

LAURA BITENCOURT

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO EM CIRURGIAS
PLÁSTICAS**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2018

LAURA BITENCOURT

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO EM CIRURGIAS
PLÁSTICAS**

Monografia apresentada ao Núcleo de Trabalho de Curso da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do Professor Mestre Rivaldo Jesus Rodrigues.

ANÁPOLIS – 2018

LAURA BITENCOURT

**RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO EM CIRURGIAS
PLÁSTICAS**

Anápolis, ____ de _____ de 2018.

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por sempre me guiar e iluminar diante de todas as dificuldades, me sustentando para que eu atinja os meus objetivos.

Agradeço aos meus pais Ulisses e Catia, pois com seu amor, carinho e apoio incondicionais me dão forças em todas as etapas da minha vida.

À toda minha família e aos meus amigos pelo incentivo dado.

Ao meu orientador Professor Me. Rivaldo Jesus Rodrigues, bem como à todos os funcionários desta instituição por todo apoio e por ajuda essencial para o meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

RESUMO

A presente monografia tem por objetivo estudar a responsabilidade civil em cirurgias plásticas, sob o enfoque da legislação brasileira. A metodologia utilizada é a de compilação bibliográfica. Está dividido didaticamente em três capítulos. O primeiro capítulo possui por objeto o estudo da responsabilidade civil, numa visão geral analisando os fatores históricos que compõe a evolução da mesma, buscando delimitar suas espécies e a aplicação dos excludentes de responsabilidade. O segundo capítulo enfatiza os aspectos da medicina, tais quais os aspectos do desenvolvimento da medicina, a formação do médico no Brasil e a responsabilidade civil aplicada na medicina. Por fim, o terceiro capítulo aborda a responsabilidade civil aplicada nas cirurgias plásticas, seus fatores históricos e os deveres do profissional da medicina.

Palavras chave: Responsabilidade civil, Cirurgia plástica, Obrigação de resultado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO I – RESPONSABILIDADE CIVIL	09
1.1 Fatores Históricos e Evolução.....	09
1.2 Responsabilidade Civil no Direito Brasileiro	11
1.3 Espécies de Responsabilidade Civil.....	13
1.4 Excludentes de Responsabilidade	15
CAPÍTULO II – DO MÉDICO	19
2.1 Aspectos Históricos da Medicina.....	19
2.2 Requisitos da Formação do Médico no Brasil e Aspectos da Relação Médico-Paciente	20
2.3 Responsabilidade Civil Aplicada no Erro Médico	22
2.4 Negligência, Imprudência e Imperícia	26
CAPÍTULO III – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NAS CIRURGIAS PLÁSTICAS	29
3.1 A evolução da cirurgia plástica e a formação do médico cirurgião plástico no Brasil	29
3.2 Deveres do Médico	31
3.3 Responsabilidade Civil por Erro Médico em Cirurgias Plásticas	33
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INTRODUÇÃO

O presente trabalho monográfico estuda a responsabilidade civil por erro médico em cirurgias plásticas, sob a ótica da legislação brasileira, bem como pelas normas administrativas que regem a profissão do Médico.

Destaca-se que a presente pesquisa foi realizada mediante compilação bibliográfica, bem como jurisprudências e legislação do sistema jurídico brasileiro. Por conseguinte, pondera-se que este trabalho foi sistematizado de forma didática, em três partes.

O primeiro capítulo relata a evolução histórica da responsabilidade civil, de maneira universal e dando-se enfoque também a seu desenvolvimento na justiça brasileira, aborda-se também as espécies presentes de responsabilidade civil, bem como os excludentes presentes neste ordenamento.

O segundo capítulo tem como abordagem a medicina, em seus aspectos como sua evolução, os requisitos para formação do médico no Brasil, e a responsabilidade civil aplicada na medicina, conforme posicionamento do ordenamento jurídico brasileiro.

Por fim, o terceiro capítulo enfatiza a responsabilidade civil aplicada as cirurgias plásticas, seus fatores históricos, estabelecendo-se também os deveres do profissional da medicina.

Destarte, a responsabilidade civil por erro médico em cirurgias plásticas necessita de uma abordagem mais aprofundada, por se tratar de uma área da medicina cujo entendimento quanto a responsabilidade civil ainda não é pacificado, de maneira diversa às demais áreas médicas, de modo em que este trabalho justificasse devido a ausência de posicionamento unísono deste tema em relação ao ordenamento jurídico brasileiro.

Este trabalho monográfico visa colaborar, ainda que de maneira sucinta e modesta, para a melhora do estudo do e compreensão do presente tema, o confrontando com entendimentos doutrinários e jurisprudenciais aplicáveis aos casos relacionados.

CAPÍTULO I – RESPONSABILIDADE CIVIL

Para Sergio Cavalieri Filho (2008), a noção da responsabilidade civil emana do posicionamento de que quando há a violação de um dever jurídico, seja por ato lícito ou ilícito, aquele que o transgrediu encontra-se com a obrigação de reparar os danos que sua violação causou, pois todos tem o dever originário de não causar dano.

1.1 Fatores Históricos e Evolução

A convivência humana desde os primórdios é regida por regras e normas, esse fato originou o Direito, com a finalidade de promover a harmonia em uma sociedade conflituosa. O Direito, antes totalmente moldado apenas de forma consuetudinária, evoluiu e hoje encontra seus ditames expressos em Constituições e Códigos pelo mundo.

Em uma parte mais característica do Direito encontra-se a responsabilidade civil, que conforme Silvio de Salvo Venosa (2003) surgiu devido ao fato do homem sentir necessidade de resguardar seus bens, e assim como o próprio Direito, a responsabilidade civil sofreu diversas modificações conforme a sociedade evolvia. Em seu primeiro momento, a responsabilidade civil existia mesmo quando não havia culpa do agente, sendo necessário apenas a ação ou omissão danosa para caracterização do direito.

Em meio a esse contexto há o surgimento da famosa Lei de Talião, do latim *lex talionis*, encontrada no Código de Hamurabi, na região da antiga

Mesopotâmia. Com seu princípio basilar de "olho por olho, dente por dente", o agente respondia na dimensão de seu ato, e a Administração Pública se manifestava apenas para deferir o direito a retaliação. Nessa época, a vingança era de natureza pessoal, não de direito patrimonial, e como não se falava na necessidade da culpa para configuração do direito, referida época é tratada como responsabilidade objetiva, é o que analisa Fernando Noronha:

O talião, aplicado primeiramente pelos povos do Oriente Médio e depois por outros que foram influenciados por eles, como os da bacia mediterrânea (chegando à Roma do tempo da Lei das XII Tábuas, que é de meados do século V a.C.), representou outro progresso, com a reciprocidade que representava, entre ofensa e castigo – mesmo que hoje pareçam chocantes preceitos como o contido no § 230 do Código de Hammurabi (de começos do século XVIII a.C.), segundo o qual se a casa construída ruísse e matasse o filho do proprietário, o filho do construtor deveria ser morto. (2007, p. 528).

Com o desenvolvimento do Direito, conforme continua Noronha (2007), a sociedade passou a notar a vantagem de estabelecer penas pecuniárias, em aversão as antigas penas de cunho pessoal, foi a chamada composição voluntária, onde o ofendido poderia substituir a pena pessoal para apenar o ofensor patrimonialmente. Conforme os Estados iam se modificando, modificou-se também a responsabilidade, que passou a ser obrigatoriamente pecuniária, estabelecendo quantias sobre o dano causado. Pensamento esse concretizado através de códigos como o Código de Ur-Nammu e pela Lei das XII Tábuas.

Conforme ensinado por Sílvio de Salvo Venosa (2003), apenas com a Lei de Aquilia é que há o surgimento da possibilidade de cominar ao titular de bens o direito de receber pelo dano sofrido. A Lei Aquiliana acabou sendo incorporada e aperfeiçoada pela lei francesa, grande berço das noções atuais de responsabilidade civil, essa evolução é destacada por Paulo Nader:

Nos tempos primitivos, diante da lesão de um direito prevalecia o princípio da vingança privada. A própria vítima ou seus familiares reagiam contra o responsável. Quando surgiu a chamada pena de talião, olho por olho, dente por dente, houve um progresso. Se, anteriormente, não havia qualquer critério convencional, a retribuição do mal pelo mesmo mal estabelecia a medida da reparação. Esse critério, que surgiu espontaneamente no meio social, chegou a ser consagrado por várias legislações, inclusive pela Lei das XII Tábuas. A grande evolução na matéria ocorreu com a composição voluntária, em que a vítima entrava em acordo com o

infrator, a fim de obter uma compensação pelo dano sofrido. O resgate (*poena*), que a vítima recebia, consistia em uma parcela em dinheiro ou na entrega de um objeto. Tal critério foi institucionalizado posteriormente e recebeu a denominação de composição tarifada. A Lei das XII Tábuas estabeleceu o quantum ou valor do resgate. Com a Lex Aquilia, inspirada na doutrina do pretor Aquiles, ocorreu um importante avanço quanto à composição. Além de definir mais objetivamente os atos ilícitos, substituiu as penas fixas: o resgate deveria ser no valor real da coisa. (2007, p. 345)

Após a Revolução Francesa entrou em vigor no ano de 1804 o Código Napoleônico, que pôs fim a confusão entre responsabilidade penal e civil, estabelecendo também a previsão de responsabilidade contratual, em seu art. 1382 o Código Napoleônico consagrou “qualquer fato oriundo daquele que provoca um dano a outrem obriga aquele do que foi a causa do que ocorreu a reparar este dano” (STOCO, 2014).

Sendo assim, pode-se observar que embora tenha passado por diversas transformações, seu intuito principal sempre foi a reparação e compensação do ano, de forma a tornar a sociedade mais justa e menos conflituosa, pois desde os primórdios o ser humano alimentou a ideia de reação frente a danos sofridos.

1.2 Responsabilidade Civil no Direito Brasileiro

Acerca da responsabilidade civil no direito brasileiro em um primeiro momento, havia a fusão entre o Direito Civil e o Direito Criminal devido ao ordenamento jurídico do reino de Portugal. Apenas com o Código Civil de 1916 se iniciou a separação da responsabilidade civil e penal e estabeleceu-se o entendimento de responsabilidade de reparação mediante comprovação de culpa, sob a influência do Código Napoleônico, vinculando-se a teoria subjetiva de responsabilidade. (NORONHA, 2007)

O Código Civil de 1916 no Art. 159 dispunha acerca do tema, da seguinte forma: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano.”

Diversas décadas depois, em janeiro de 2003, com a entrada em vigor do Código Civil aprovado no ano anterior (2002), ocorreram diferentes inovações no ramo da responsabilidade civil, acolhendo a teoria de risco, tornando dispensável a

comprovação da culpa nos casos determinados pela lei, ou quando a natureza da atividade desenvolvida implica risco a outrem.

Segundo Fernando Noronha (2007), tais mudanças se deram devido a modernização da sociedade, que passou a ter demandas diferentes das presentes nos séculos anteriores, desta forma, se passou a ter a interpretação de que apesar de, em regra, ser a aplicada no direito brasileiro a responsabilidade subjetiva, a responsabilidade objetiva será aplicada em certos casos ou devido a certas atividades.

Para que haja o direito a reparação do dano, o direito brasileiro estabelece que o ônus de provar a culpa do agente é, em regra, encarregada a vítima do dano, apenas invertendo-se nos casos de responsabilidade objetiva, haja vista que apenas o exercício da atividade arriscada presume a culpa.

Para Maria Helena Diniz (2003) existem três pressupostos para a configuração da responsabilidade, sendo estes a ação ou omissão, o dano e o nexo causal. No entanto, a doutrina não é uníssona quanto aos pressupostos, é o que se vislumbra quanto a Venosa (2003), que elege quatro pressupostos, a ação ou omissão, o dano, o nexo causal e, por fim acrescenta a culpa, advinda da teoria clássica.

A ação ou omissão são o pressuposto da conduta humana, é a conduta do agente que faz surtir o dano, gerando a necessidade de reparação. Nesse sentido, Maria Helena Diniz define como conduta humana o "ato humano, comissivo ou omissivo, ilícito ou lícito, voluntário e objetivamente imputável, do próprio agente ou de terceiro, que cause dano a outrem, gerando o dever de satisfazer os direitos do lesado" (2003, p. 37)

O dano é a lesão ao bem jurídico protegido, qualquer que seja sua ordem, Sérgio Cavalieri Filho conceitua o dano como sendo:

[...] a subtração ou diminuição de um bem jurídico, qualquer que seja a sua natureza, quer se trate de um bem patrimonial, quer se trate de um bem integrante da própria personalidade da vítima, como a sua honra, a imagem, a liberdade etc. Em suma, dano é lesão de um bem jurídico, tanto patrimonial como moral, vindo daí a conhecida divisão do dano em patrimonial e moral. (2008, p. 71)

Nem todo dano, no entanto, é indenizável, para que o dano seja passível de indenização, para que o dano seja indenizável é necessário primeiro que ele seja ofensa à patrimônio diverso do patrimônio do agente, não há de se falar em dano contra o próprio patrimônio. Haverá de ser certo o dano, pois não se admite o prejuízo eventual e improvável. O dano ainda há de apresentar um mínimo de gravidade, este mínimo é determinado pelo bom senso, pois o pleito de danos irrisórios poderá ser entendido como mero dissabor, houve o dano, porém não em tamanho suficiente para que se pudesse indenizá-lo.

O nexu causal é o elo entre a conduta humana e o dano sofrido, ou seja, é necessário que a conduta resulte em dano, e que o dano seja resultado da conduta. Segundo Silvio Venosa (2003, p. 39), nexu causal:

É o liame que une a conduta do agente ao dano. É por meio do exame da relação causal que concluímos quem foi o causador do dano. Trata-se de elemento indispensável. A responsabilidade objetiva dispensa a culpa, mas nunca dispensará o nexu causal. Se a vítima, que experimentou um dano, não identificar o nexu causal que leva o ato danoso ao responsável, não há como ser ressarcida.

A conduta culposa é definida quando o causador do dano não tinha intenção de provocá-lo, mas por imprudência, negligência ou imperícia causa dano e deve repará-lo. Já o dolo se baseia na vontade do agente em violar o direito. No entanto, de acordo com a teoria objetiva, não é sempre que se fará necessária a comprovação de culpa. (VENOSA, 2003)

No direito brasileiro é imprescindível que se respeitem estes elementos para que se configure a responsabilidade civil, sendo eles o dano, a conduta humana, o dano e o nexu causal, são os denominados pressupostos, que são retirados do estabelecido no art. 186 do Código Civil.

1.3 Espécies de Responsabilidade Civil

A responsabilidade civil pode ser analisada sobre diversos aspectos e espécies, sendo elas, doutrinariamente divididas em responsabilidade objetiva, subjetiva, contratual e extracontratual. Tal divisão se deve ao fato de ser necessário dividir a responsabilidade para que seja aprofundado o estudo científico perante o prisma do Direito. (CAVALIERI, 2003)

A responsabilidade civil subjetiva envolve a noção de conduta culposa *lato sensu* e o dolo *stricto sensu*. A conduta culposa individualiza-se quanto a conduta do agente, que de maneira causa dano a outrem ao assumir postura que possibilita o dano a outrem. O dolo é a vontade consciente do agente em praticar aquele ato que resultou no dano.

Durante o início das noções de responsabilidade civil a responsabilidade civil subjetiva se fez satisfatória para a resolução de conflitos, no entanto, com o advindo da Revolução Industrial no século XVIII houve um aumento significativo nas demandas de acidentes de trabalho e nas demandas referentes à relação de consumo. (BORGES, 2014)

Devido à esse aumento exponencial nessas demandas se tornou cada vez mais difícil a comprovação, uma vez que em diversos desses casos era dificultado a vítima obter a comprovação da culpa, por ser o elo mais frágil da relação, o agente causador do dano por vezes poderia ocultar as provas, uma vez que se encontravam sob seu poder. A teoria subjetiva era aplicada de forma indiscriminada, ainda que isso acarretasse a vítima suportar o ônus da lesão que foi sofrida injustamente.

Frente a esse novo cenário industrial no século XIV, Stoco (1999) leciona que há a ruptura da chamada *teoria clássica*, ou teoria subjetiva, para a consolidação da teoria objetiva fundada no risco, de modo em que os tribunais passaram a reconhecer com maior facilidade a culpa, extraindo-a das circunstâncias. O risco se tornou elemento caracterizador para a teoria assumida, de modo que a *teoria do risco* foi positivada no Direito brasileiro com o parágrafo único do artigo 927 do atual Código Civil, que estabelece que em casos determinados fica dispensado a vítima a necessidade de comprovar a culpa do agente.

Além da divisão entre reponsabilidade subjetiva e objetiva, a responsabilidade civil pode ser bipartida em *contratual* e *extracontratual*, quando o critério classificador disser respeito à origem. Quanto a responsabilidade contratual, discorrem César Rossi e Cassone Rossi:

Quando tiver origem na mora ou inadimplemento de uma obrigação derivada de um negócio jurídico, seja unilateral ou bilateral. Referida modalidade de responsabilidade civil “baseia-se no dever de

resultado, o que acarretará a presunção da culpa pela inexecução previsível e evitável da obrigação nascida da convenção prejudicial à outra parte. (2007, p. 16/17)

Sendo assim, pode-se extrair que base para a definição da responsabilidade civil contratual provém do negócio jurídico com direito e deveres definidos e delimitados.

Quanto ao dever extracontratual leciona Cavalieri:

Se esse dever surge em virtude de lesão a direito subjetivo, sem que entre o ofensor e a vítima preexistisse qualquer relação jurídica que o possibilite, temos a responsabilidade extracontratual, também chamada de ilícito aquiliano ou absoluto. (2008, p. 15)

A responsabilidade extracontratual é aquela onde não existe negócio jurídico entre o polo ativo e passivo do dano, porém há a responsabilidade legal, onde o agente por ação ou omissão acabou por oferecer conduta danosa a outrem, resultando no dever legal de reparar. No entanto, a responsabilidade contratual é mais fácil de ser provada, visto que é mais fácil a prova do direito e do dever adquirido.

Conforme Carlos Roberto Gonçalves (2012), esta subdivisão entre responsabilidade contratual e extracontratual assume grande relevância frente ao *ônus probandi*. Na responsabilidade extracontratual o ônus recai sobre aquele que alega, devendo este provar a ocorrência da conduta danosa e a relação do agente com a mesma, no entanto, ao passar para o aspecto da responsabilidade contratual o polo ativo da ação somente deverá mostrar que houve o descumprimento do estabelecido no contrato, cabendo a parte passiva provar quaisquer excludentes de responsabilidade que possam inocentá-lo.

1.4 Excludentes de Responsabilidade

Devido a realidade encarada na sociedade ao passar dos anos restou inadequada a aplicação universal da responsabilidade, desta maneira estabeleceu-se no direito brasileiro os excludentes de responsabilidade, definidos como situações que, mesmo havendo dano, suscitam a incapacidade de indenização, são danos lesivos, mas não indenizáveis.

Esses excludentes podem ser divididos em estado de necessidade, legítima defesa, exercício regular do direito, estrito cumprimento do dever legal, no caso fortuito e força maior, na culpa exclusiva da vítima e na culpa de terceiro.

Para Maria Helena Diniz (2003), o estado de necessidade consiste quando o direito de outrem é ofendido para combater perigo iminente, deteriorando coisa alheia para evitar um mal maior. Tal excludente somente aplicar-se-á quando estritamente necessário que ocorresse o dano e ainda que sua proporção seja adequada para afastar o perigo, é o que dispõe o artigo 188 do Código Civil:

Art. 188. Não constituem atos ilícitos:

[...]

II - a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente.

Parágrafo único. No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessário, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.

O termo *estado de necessidade* provém de uma analogia ao art. 24 do Código Penal:

Art. 24. Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se.

§ 1º – Não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo.

§ 2º – Embora seja razoável exigir-se o sacrifício do direito ameaçado, a pena poderá ser reduzida de um a dois terços

Outro excludente de responsabilidade é a legítima defesa que embora não possua expressa definição no Código Civil baseia-se no estabelecido no Código Penal de 1940 da seguinte forma no Art. 25: “Entende-se em legítima defesa quem, usando moderadamente dos meios necessários, repele injusta agressão, atual ou iminente, a direito seu ou de outrem”. Para Guilherme de Souza Nucci (2005), se o particular repele injusta agressão ele substitui o Estado, realizando o necessário para manter a ordem jurídica, não podendo se falar acerca de indenização.

Quanto ao exercício regular do direito ocorre quando o agente realiza ato lesivo durante o exercício de um direito autorizado por lei, é excludente pois trata-se de ato lícito, ainda que lesivo. Exemplificando, um caso onde um particular realiza

prisão em flagrante de um indivíduo, ainda que este indivíduo se sinta lesado moralmente, este não terá o direito de indenização, pois o artigo 301 do Código de Processo Penal permite que o agente pratique o ato.

Apesar de tratar como excludente de ilicitude, a legislação não definiu estrito cumprimento do dever legal, no entanto, sua conceituação é dada pela doutrina, para Fernando Capez (2002) o estrito cumprimento do dever legal "É a causa de exclusão da ilicitude que consiste na realização de um fato típico, por força do desempenho de uma obrigação imposta por lei, nos exatos limites dessa obrigação".

Nota-se que a distinção entre o exercício regular do direito e o estrito cumprimento do dever legal baseia-se na obrigatoriedade do ato; no exercício regular do direito o agente realiza ato facultativo autorizado por lei, no estrito cumprimento legal há a obrigação legal que o agente realize tal ato. Em ambos os casos o limite definido pela legislação deve ser respeitado, não podendo haver excessos, sob risco de que não sejam considerados excludentes de ilicitude. (DINIZ, 2003)

Dentro da esfera dos excludentes do nexa causal encontra-se o caso fortuito e força maior, estes versam a cerca de fatos inevitáveis ou imprevisíveis que independem da pretensão do agente. Aludidos no artigo 393 do Código Civil, o legislador não estabeleceu a distinção entre os dois conceitos, fato que torna a definição de ambos ainda não pacificada no Direito, certos autores inclusive tratam como conceitos idênticos.

Acerca do tema dispõe José dos Santos Carvalho Filho (2014) que caso fortuito e força maior são aqueles fatos imprevisíveis estabelecidos pela doutrina, ressaltando a grande divergência doutrinária na definição destes eventos, sendo que alguns autores tratam a força maior como sendo um acontecimento que se origina na vontade do homem, já o caso fortuito trata do evento produzido pela natureza. Seriam então exemplo de força maior fatos como a greve, e o caso fortuito seriam os eventos como furacões ou tufões

Apesar de ainda haver grande controvérsia tal distinção é tratada exclusivamente como questão hermenêutica, não tendo a sua diferenciação uma real função no âmbito jurídico, visto que suas aplicações na legislação são análogas.

O excludente por culpa exclusiva de vítima ocorre quando a vítima é responsável exclusivamente pelo dano sofrido, apesar do Código Civil ter definido apenas a culpa concorrente, a culpa exclusiva teve seu significado construído pela jurisprudência, doutrina e pela legislação. Para Sílvio Rodrigues (2002) na culpa exclusiva da vítima "desaparece a relação de causa e efeito entre o ato do agente causador do dano e o prejuízo experimentado pela vítima", sendo assim, há a ruptura do nexo causal.

Rodrigues (2002) ainda difere a culpa exclusiva da culpa concorrente, ao definir a culpa concorrente como sendo aquela onde existe responsabilidade tanto do causador do dano, quanto da vítima, de modo em que se houver de se falar em indenização, esta será repartida entre os dois responsáveis, na medida de sua culpa.

Casos em que existe culpa da vítima, paralelamente à culpa concorrente do agente causador do dano. Nessas hipóteses o evento danoso decorreu tanto do comportamento culposos daquela, quanto do comportamento culposos deste. Por conseguinte, se houver algo a indenizar, a indenização será repartida entre os dois responsáveis, na proporção que for justa.

Por fim, define-se como culpa de terceiro, quando alguém além da vítima e do agente foi o único culpado no fato que gerou o dano, isto, por si só, isenta o agente de responsabilizar a vítima, uma vez que rompe o nexo causal. (DINIZ, 2003).

CAPÍTULO II – DO MÉDICO

Para analisar o exercício da medicina e os aspectos sociais da profissão, é necessário essencialmente ter o entendimento do significado das expressões “médico” e “medicina”. Segundo Luiz Salvador de Miranda-Sá Júnior (2001), o médico é o agente capacitado e habilitado para diagnosticar enfermidades, tratá-las, bem como realizar os atos subsequentes correlacionados a elas, já a medicina seria abstração pelo qual se realizam os atos dos médicos.

2.1 Aspectos Históricos da Medicina

Os registros dos primeiros atos médicos foram encontrados na Idade da Pedra, ainda que o homem estivesse aquém de tantas descobertas que se sucederam na idade moderna, este era capaz de tratar doenças das mais distintas. Conforme Gustavo Borges (2014) desde o período neolítico é possível encontrar procedimentos cirúrgicos como amputações e trepanações (uma espécie de cirurgia cerebral onde havia a perfuração do crânio).

Na antiguidade, a figura do médico se enleava com a religião, desta maneira o médico era tratado como um ser superior em relação ao paciente, um ser capaz de promover a cura e o alívio através de seu poder advindo dos deuses, seres humanos ligados ao sobrenatural e, sendo assim, estes eram dignos de um tratamento individualizado perante a sociedade. Estes eram considerados parte da alta cúpula da época.

É o que arrazoa Nehemias Domingos de Melo:

Essa aura em muito fazia com que aqueles curandeiros, magos ou sacerdotes fossem vistos como dotados de poderes sobrenaturais, distinguindo-se dos demais tendo em vista que eles não podiam ser iguais aos outros homens; nem podiam ter uma rotina semelhante, eis que o respeito e a confiança na sua atividade, bem como a eficácia, dependiam de estar envoltos nessa aura de mistério que muito impressionava o grupo social. Por essas razões, suas roupas, comidas, o próprio sistema de vida e os pensamentos eram, e precisavam ser diferentes dos demais integrantes da comunidade. (2014, p.3)

Somente com Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), considerado o “Pai da Medicina”, na Grécia antiga, que surgem as noções de medicina que há nos dias atuais, as doenças passam a ter elucidações mais racionais do que religiosas, o ato médico é desmistificado, deixando de lado seu apelo daquilo que era vindo sobrenatural. A partir desse momento o médico também se afasta da figura de mago, curandeiro e a medicina passa a ser tomada como profissão.

Segundo narrado por Regina Andrés Rebollo (2006), Hipócrates, filho e neto de médicos passou a não só praticar a medicina como a ensiná-la, reunindo assim discípulos que seguiam seus ensinamentos. Seus preceitos perduraram pelo ocidente, influenciando a maneira como a medicina era aplicada na sociedade. Ainda hoje, podem-se encontrar as similaridades entre o que era ensinado por Hipócrates e o atual Código de Ética Médica, principalmente no que tange a beneficência, não maleficência e justiça.

No Brasil, em um primeiro momento, os médicos que aqui estavam eram aqueles que chegavam vindos de Portugal e de outros países, a situação só foi se modificar quando Dom João VI, menos de um mês após sua chegada ao solo brasileiro com a inauguração da Escola de Cirurgia da Bahia e pouco tempo depois a inauguração do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. A partir desse momento houve a expansão da prática de medicina no Brasil que perdura até os dias de hoje, com a criação frequente de novos cursos pelo país. (KFOURI, 1998)

2.2 Requisitos da Formação do Médico no Brasil e Aspectos da Relação Médico – Paciente

Para se tornar médico no Brasil, é necessário que o estudante frequente os seis anos de graduação em uma instituição credenciada pelo Ministério da Educação. Ao término da graduação, para se tornar apto ao exercício da medicina é necessário que este se inscreva no Conselho Regional de seu estado, território ou Distrito Federal, conforme inciso III do Prêmbulo da Resolução nº 1931/2009 do CFM.

Após feita essa capacitação e a habilitação, o profissional se torna um médico generalista, de modo que, para obter permissão para atuar em área específica, é mandatório que este seja aprovado e curse uma das especialidades médicas ou áreas de atuação reconhecidas pelo CFM, com duração e carga antecipadamente definidas, de maneira que o médico somente poderá declarar vínculo na especialidade ou área de atuação em que este possui certificado registrado no CRM, sob pena de sofrer sanções administrativas ou, até mesmo, judiciais.

Conforme instituído pelo Ministério da Educação no Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, acerca da residência médica no Brasil

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão ‘residência médica’ só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

O estudo da relação médico-paciente é outro aspecto de ampla estima, Gustavo Borges (2014) destaca essa relação ao situar duas principais características, que seriam “o liame se origina a partir de uma necessidade preestabelecida” e são “determinadas funções distintas para cada um de seus figurantes”, onde o médico seria responsável por oferecer o bem estar biopsicossocial, já o paciente é aquele que sofre o mal estar.

Outro a estudar essa relação, Robert Veatch (1972) descreveu os cuidados médicos como essenciais para a “vida, liberdade e busca pela felicidade”, ele também subdividiu a relação médico-paciente em quatro modelos, sendo eles sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista.

O modelo sacerdotal seria aquele mais arcaico, baseado nos ensinamentos de Hipócrates, onde o médico contrai uma postura autoritária e dona do poder. Nele o paciente está completamente vulnerável a opinião do médico, pois este tem o poder de tomar a decisão sem considerar as crenças e vontades do paciente. (VEATCH, 1972)

Por conseguinte, o modelo engenheiro é aquele inverso ao modelo sacerdotal, o paciente é o dono de todo o poder, visto como um cliente que demanda os serviços. O médico possui a responsabilidade apenas de informar e executar os procedimentos demandados, mas não se envolve na tomada de decisão, pois isso se trata de poder exclusivo do paciente. (VEATCH, 1972)

O modelo colegial é aquele que não possui autoridade, o poder é compartilhado, sendo uma relação estabelecida entre dois indivíduos iguais. Desta forma as tomadas de decisão são baseadas na negociação feita, de maneira em que não há submissão, e sim um posicionamento determinando em conjunto entre ambos. (VEATCH, 1972)

Por fim, o modelo contratualista propõe a noção de responsabilidade de ambos os lados, a autoridade seria o médico, pois este é o que conhece e domina as técnicas a serem aplicadas, no entanto, o médico possui uma relação de confiança e compromisso com o paciente, de modo em que este deve tomar suas decisões levando em consideração a vontade do paciente. (VEATCH, 1972)

Foi de preocupação do Conselho Federal de Medicina reger os aspectos dessa relação, em seu inciso V do Código de Ética Médica são tratados os deveres do médico em relação ao paciente e sua família, os art. 31 ao 42 regem a conduta do profissional. Essa preocupação do Conselho Federal se deve pelo fato de que um bom relacionamento médico-paciente é de extrema importância para ambos os lados, de modo em que a relação se mantenha saudável. (

2.3 Responsabilidade Civil Aplicada no Erro Médico

Ainda que possam ser encontrados registros de atos médicos desde o período Neolítico, é com o Código de Hamurabi que as sanções a erros médico se tornam ditames na sociedade incorporados na administração pública, o Código, por exemplo, estabelecia penas quando houvesse imperícia que culminasse em lesão grave ou mesmo morte de algum homem livre, caso em que os médicos, responderiam baseado na antiga Lei de Talião “olho por olho, dente por dente”, podendo inclusive sofrer a amputação de membros do corpo, conforme a seriedade do dano. Caso o dano fosse sobre algum animal ou escravo, a pena teria natureza pecuniária. Acerca desse tema explicita Nehemias Domingos Melo:

A ideia presente no Código de Hamurabi, assim como no Código de Manu e, posteriormente, na Lei das XII Tábuas, era de punição. Aqueles povos edificaram tais normas, impregnadas de fortes componentes penais, com a finalidade de constranger e inibir a prática dos atos ditos ilícitos. Observa-se nesses Códigos que a ideia mais segura e eficaz para refrear os instintos antissociais era o rigorismo das penas. Tal orientação influenciou os preceitos normativos e os ordenamentos jurídicos das sociedades que se sucederam no curso da história. (2014, p.4)

Conforme Melo (2014), nessa época a responsabilidade do profissional da área médica possuía grande convergência com a área penal, as penas não eram apenas pecuniárias, eram regras rígidas que propunham que a falha fosse compensada de maneira pessoal.

Foi com os Romanos, no entanto, que a responsabilidade dos médicos começou a ter os traços que possui na atualidade, afastando-se do âmbito pessoal, onde de acordo com Melo (2014) o texto de Ulpiano estabelecia que “*sicut medico imputari eventus mortali - tatis non debet, ita quod per imperitiam comptari ei debet*” (assim como não se deve imputar ao médico o evento da morte, deve-se imputar a ele o que cometeu por imperícia). Acerca desse tema Carlos Roberto Gonçalves (2010) explicita:

O direito francês, aperfeiçoando pouco a pouco as idéias românicas, estabeleceu nitidamente um principio geral da responsabilidade civil, abandonando o critério de enumerar os casos de composição

obrigatória. Aos poucos, foram sendo estabelecidos certos princípios, que exerceram sensível influência nos outros povos: direito à reparação sempre que houvesse culpa, ainda que leve, separando-se a responsabilidade civil (perante a vítima) da responsabilidade penal (perante o Estado); a existência de uma culpa contratual (a das pessoas que descumprirem as obrigações) e que não se liga nem a crime nem a delito, mas se origina da negligência ou imprudência. Era a generalização do princípio aquiliano: *in lege Aquilia et levissima culpa venit*, ou seja, o de que a culpa, ainda que levíssima, obriga a indenizar. (p. 26)

Baseando-se nessas leis Romanas, há o surgimento do Código Civil francês. Menciona Nehemias Domingos Melo (2014) que Código Civil francês trouxe as primeiras perspectivas acerca da responsabilidade civil dentro dos atos médicos como versado na atualidade. Foi também na França que se houve o primeiro julgado de médico baseado na teoria da “perda de uma chance”. São os entendimentos estabelecidos na França nos séc. 19 séc. 20 que influenciaram as noções atuais de Responsabilidade Civil se tratando de erro médico em diversos países, incluindo o Brasil.

Num primeiro momento, com a formação de profissionais da medicina que não ocorria no Brasil, e o mesmo estava subjugado às ordens do reinado de Portugal, Melo (2014) discorre que apenas com o Código Criminal de 1830 iniciaram-se as regras do Direito brasileiro acerca da responsabilidade civil desses profissionais, no entanto, apenas em 1916 que a responsabilidade civil foi aprofundada como instituto de responsabilidade no âmbito civil, o Código assim descrevia em seu art. 1545: “Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência, ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.”

Este artigo foi reproduzido no art. 951 do Código Civil de 2002, porém houve certa modificação um vez que este não delimitou a possibilidade de ocorrer os institutos de negligência, imprudência e imperícia apenas aos profissionais da saúde, mas incluiu outras profissões, ao estabelecer um artigo generalista:

Art. 951. O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade

profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

O Código Civil é apenas uma das fontes reguladoras acerca da atividade médica, no ordenamento brasileiro é possível encontrar diversas outras fontes como o Código de Defesa do Consumidor e o Código de Ética Médica, que expõe a responsabilidade civil inclusive no meio administrativo.

O Código de Defesa do Consumidor introduziu a responsabilidade objetiva, dispensando a necessidade de comprovação de culpa. O CDC enquadra o médico como fornecedor de serviço e o paciente como consumidor. No entanto, a noção de responsabilidade objetiva prevista no CDC não se aplica aos profissionais liberais, se trata da única exceção presente no Código, de forma em que os médicos ainda respondem de maneira subjetiva na grande maioria dos casos. Outra inovação advinda do CDC foi a possibilidade de inversão do ônus da prova, conforme Jerônimo Romanello Neto:

A principal inovação do Código de Defesa do Consumidor, ao tratar da responsabilidade civil dos profissionais liberais, entre eles o médico, está mesmo, contida no artigo 6º, VIII, que determina a inversão do ônus da prova para facilitação da defesa dos direitos do consumidor/paciente, quando o juiz a entender cabível em razão da verossimilhança das alegações do autor, ou em razão de sua hipossuficiência presumida pela lei, e que resulta em exigir-se que a prova de que não agiu com culpa seja produzida pelo réu, no caso o profissional liberal. (1998, p. 47).

Conforme Melo (2014) aquele que imputar ao médico ocorrência de erro médico deverá, em regra, comprovar a culpa por meio dos institutos de negligência, imprudência e imperícia. Importante ressaltar, no entanto, que o mesmo não se aplica a clínicas ou hospitais, pois estes possuem responsabilidade de natureza objetiva, ou seja, independem de comprovação de culpa.

Em seu capítulo III, artigo 1º, o próprio Código de Ética proíbe expressamente os atos danosos ocorridos por ação ou omissão aplicados nos institutos de negligência, imprudência ou imperícia, de modo em que aqueles que cometerem faltas graves podem incidir nas sanções determinadas pelo Código,

submetidos inclusive a ter o exercício profissional suspenso. O Código de Ética assim dispõe:

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

De maneira notória, a medicina possui um tratamento jurídico *sui generis*, isto se dá especificamente pela própria natureza da profissão, de maneira geral, o médico possui a obrigação de fornecer tratamentos e assistência conforme seus conhecimentos, de maneira correta e ética, no entanto, não possui o poder de garantir a restituição da saúde daquele paciente em questão. Assim como um advogado, o resultado não depende somente da capacitação e ação do profissional, e sim de um conjunto de fatores, incontroláveis por parte do contratado.

O que dá origem então a uma responsabilidade civil subjetiva. No entanto, esse mesmo posicionamento é passível de diferentes interpretações de acordo com cada caso, pois é necessária a correta análise do caso. Melo (2014) exemplifica acerca do tema ao citar Jurandir Sebastião, que o profissional apesar de possuir obrigação de meio e não de resultado é necessário que o este aplique corretamente todos os meios a serem utilizados durante o procedimento, sendo obrigação do profissional intrínseca deste.

Importante a análise de quando se há o marco inicial dessa relação, para Décio Policastro (2010) essa responsabilidade do profissional tem seu início marcado no momento em que este começa a acompanhar o enfermo, dessa relação surge um vínculo baseado na confiança do doente com o médico, fato este que torna a confiança como um dos grande pilares dessa relação.

2.4 Negligência, Imprudência e Imperícia

Institutos conhecidos do Direito, a negligência, imprudência e imperícia são suscitados no art. 18 do Código Penal como modalidade de culpa, muitas vezes ocorre à confusão entre os termos de modo com que estudá-los se torna imprescindível, pois são institutos aplicados nos casos de erro médico que embarcam no judiciário, e até mesmo na esfera administrativa frente aos Conselhos

de Medicina, haja vista que estes Códigos expressam a conduta correta a ser praticado por seus profissionais.

Nehemias Domingos Melo (2014) estabelece a negligência como sendo “toda vez que se puder provar que o médico não observou os cuidados e as normas técnicas aplicáveis à espécie”, ou seja, quando o médico descuida dos procedimentos que deveria ter adotado com o paciente, de forma com que esse fato gera um dano ao paciente. Nessa terminologia podem ser enquadradas diversas condutas entre elas: abandono ao paciente, prescrições medicamentosas erradas, esquecimento de objetos durante cirurgia, deixa de informar o paciente acerca dos riscos de uma cirurgia. A negligência se caracteriza por ser um ato de natureza omissiva, de modo em há uma inércia ou inatividade por parte do profissional, quando deste era esperado cautela e empenho.

No que tange a imprudência Gustavo Borges (2014) delimita como sendo um ato comissivo, agindo o agente de maneira precipitada, quando o agente age sem o devido embasamento técnico-científico ou realizar procedimento sem o consentimento do paciente. O médico tem a ciência de que seu ato poderia resultar em uma atividade danosa e que este deveria realizá-lo de outra maneira, ao agir em contrário do que este deveria ter feito, há a abertura da possibilidade de que seu ato resulte em algo danoso, encontrando-se assim responsável pela reparação do dano que adveio.

No caso da imperícia Melo cita Antônio C. Chaves ao abordar a imperícia como sendo uma espécie de falta de capacitação ou habilidade em realizar certo procedimento:

Já no que diz respeito à imperícia, Antonio Chaves a define como sendo a ‘ignorância, incompetência, desconhecimento, inexperiência, inabilidade, imaturidade na arte ou profissão. Em sentido jurídico, revela-se na condução de encargo ou serviço que venha a causar dano pela falta de conhecimento acerca da matéria, da sua arte, profissão ou serviço’. (2014, p. 116)

Ou seja, aquele que se aventura em uma área a qual não tem conhecimento, de modo em que o ato acaba sendo mal realizado. Um clássico exemplo disso é quando um médico realiza procedimento de área diversa daquela a

qual este se capacitou, ou ainda aquele médico que ao não se atualizar, realizou procedimento com base técnica antiga ou incorreta acarretou danos ao paciente durante ato médico.

Costa, Garrafa e Oselka (1998) sintetizam o tema do estabelecer que a negligência consiste em deixar de fazer o que deveria ser feito; a imprudência consiste em fazer o que não deveria ser feito e a imperícia em fazer mal o que deveria ser bem feito.

Os três são erros podem ocorrer por omissão e comissão e resultam em dano ao paciente, implicando responsabilidade, pois se tratam de elementos de culpa, ainda que não se verifique o dolo do agente em causar dano.

CAPÍTULO III – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NAS CIRURGIAS PLÁSTICAS

A cirurgia plástica trata-se de uma das mais de cinquenta especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), podendo ser subdivida em duas áreas: a Cirurgia Plástica Estética e a Cirurgia Plástica Reparadora.

3.1 A evolução da cirurgia plástica e a formação do médico cirurgião plástico no Brasil

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), a denominação plástica advém do grego “plastikos”, tendo por significado moldar ou modelar, pois é esse o trabalho realizado pelo cirurgião que modela e molda o corpo de modo que este assuma novas formas. A cirurgia plástica se caracteriza então por ser um ramo da medicina com o foco na mudança corporal.

O CFM estabeleceu o objetivo da Cirurgia Plástica, destacando sua importância para a melhora do bem estar do paciente, desencadeando uma conseqüente melhora na qualidade de vida do mesmo, como analisado em seu preâmbulo da Resolução nº 1.621/2001:

Tratar doenças e deformidades anatômicas, congênitas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas consequências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicossocial e conseqüente melhoria sobre a sua qualidade de vida.

O início dos padrões de beleza se confunde em meio ao surgimento do homem, desde a antiguidade até os dias atuais diversos padrões se consolidaram na sociedade. Schubert (2009) descreveu que diferentes culturas em diferentes lapsos temporais possuem seus padrões de beleza formulados, se fazendo então necessário o entendimento da sociedade ao longo dos anos para que se possa formular um estudo mais aprofundado no tema.

Foi a partir desses padrões cunhados que criou-se e desenvolveu-se a cirurgia plástica. Discorre Borges (2014) que há cerca de 6.000 anos atrás já haviam procedimentos cirúrgicos a fim de corrigir imperfeições estéticas. No entanto, apenas nos papiros de Eber (1550 a.c) é que as primeiras publicações descritivas que faziam alusão às cirurgias estéticas foram publicadas.

Martire (2005) dispõe que apesar de sua existência milenar, apenas no século XX com a Primeira Guerra Mundial é que a cirurgia plástica foi reconhecida como um ramo médico independente em face dos demais ramos da medicina, frente a necessidade de reparação ocasionadas por lesões ocorridas em virtude da guerra naquele tempo.

Com o desenvolvimento da sociedade moderna houve um crescimento no número de cirurgias plásticas estéticas ao redor do mundo, o Brasil sempre figurou no pódio quando o assunto são as cirurgias plásticas. De acordo com a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS) só no ano de 2017 foram realizadas cerca de 1.466.245 no Brasil, fazendo que o Brasil mantivesse seu segundo lugar no ranking com a porcentagem de 13,6% de todas as cirurgias feitas em 2017, atrás apenas dos Estados Unidos, com um total de 1.562.504 cirurgias, excluindo-se da contagem as intervenções estéticas não cirúrgicas, tais como preenchimentos, toxinas botulínicas, dentre outros.

Ainda de acordo com a ISAPS existem no Brasil um número estimado de 5.500 cirurgiões plásticos, cerca de 12,6% do total de médicos cirurgiões Estados Unidos, que possui um número estimado de cirurgiões correspondente a 6.800 médicos.

Para que um médico brasileiro se junte a estatística figurando como cirurgião plástico é necessário um caminho longo, além dos seis anos do curso de medicina. Conforme Gustavo Borges (2014) foi através da Resolução CFM de número 1.621/2001 que o CFM e a Associação Médica Brasileira (AMB) reconheceram a especialidade de Cirurgia Plástica como especialidade médica e iniciou-se como área independente das demais

O caminho percorrido para que o médico torne-se habilitado para agir como Cirurgião Plástico é longo, findos os seis anos da graduação em Medicina em instituição devidamente credenciada pelo Ministério da Educação, é necessário que este obtenha sua aprovação na residência de Cirurgia Geral e curse os dois anos da referida especialização.

Somente com o fim da residência em Cirurgia Geral e com o título de cirurgião em mãos é que este pode iniciar a residência de Cirurgia Plástica com duração de três anos, após esse período, o médico deve obter sua inscrição junto a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), estando a partir disso apto a realizar cirurgias plásticas.

A divulgação ou a realização de procedimentos sem a devida qualificação resulta em contravenção penal legislada pelo Decreto-Lei nº 3.688, assim, até mesmo o profissional que possua graduação em medicina poderá ser responsabilizado caso não obtenha as qualificações necessárias para exercer a titulação pretendida.

3.2 Deveres do médico

Da relação médico-paciente surgem deveres a serem respeitados pelo cirurgião, deveres estes que se não respeitados tornam-se falhas na relação passíveis de indenização. Tais deveres devem ser observados desde o primeiro

contato, na fase pré-contratual, bem como na fase contratual e na chamada fase pós-contratual.

Os deveres, de acordo com Borges (2014) subdividem-se em três grupos, sendo eles: os deveres de informação e esclarecimento, deveres de técnica e perícia e deveres de cuidado e diligência. O dever de informação e diligência engloba todas as informações acerca da cirurgia, desde os riscos, resultados possíveis, efeitos colaterais, os exames necessários, a anestesia, instrumentos necessários e aplicados, entre outras informações que se caracterizam indispensáveis para a informação e decisão do paciente quanto ao procedimento que ser-lhe-á aplicado.

A informação ainda deve respeitar certos parâmetros ao ser exprimida, de modo a se adequar o mais próximo possível da realidade do paciente, para que este possa ter o maior entendimento possível acerca do procedimento, pois somente assim este pode tomar uma decisão.

O dever de informação, ao se tornar um item extremamente necessário da construção da relação médico paciente, foi incorporado no Código de Ética Médica, em ser art 34, que disciplina:

É vedado ao médico:

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

No que tange a legislação brasileira, para Borges (2014) é possível notar que tal dever ainda encontra-se devidamente respaldado na legislação brasileira no Código de Defesa do Consumidor, conforme visto em sua obra:

No CDC, o dever de informar e esclarecer o paciente pelos profissionais da medicina decorre da positividade indicada: na regra geral, no art. 6º, inciso III; nas regras ratificadoras genéricas do dever de informar, nos arts. 4º, inciso IV, 8º, parágrafo único e 9º; nas regras de responsabilidade civil, nos arts. 12 e 14; nas regras vinculativas de informação como integrantes do contrato, nos arts. 30, 31, 36, parágrafo único, 37 e 38; e nas regras assecuratórias do amplo conhecimento pelo consumidor do conteúdo do contrato, no art. 46. Além da boa-fé objetiva, que está presente nos arts. 4º, inciso III, e 51, inciso IV, do mesmo diploma consumerista. (p.183)

Quanto aos deveres de técnica e perícia Borges (2014) preceitua que estes se encontram conectados com a necessidade do médico agir de acordo com a técnica esperada para o procedimento, isso engloba a necessidade do próprio médico atualizar-se de modo com que este esteja o mais preparado possível.

Kfoury (1998) discorre que o objetivo desses deveres é garantir que o profissional atue de maneira compatível com as exigências científicas do procedimento. Os ditames de tais deveres encontram-se igualmente descritos no Código de Ética Médica que em seu capítulo I estabelece que “V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos” . Estudar e acompanhar as técnicas mais recentes trata-se então de responsabilidade intrínseca a profissão do médico.

O conjunto de deveres relacionados ao cuidado e diligência, diz respeito ao zelo do médico para com o paciente, tanto durante o procedimento como durante a fase pré e pós-operatória. O médico deve agir com toda a cautela necessária a fim de garantir a saúde e bem-estar do paciente. Um exemplo disso trata da confidencialidade e sigilo médico aduzida no Código de Ética Médica, assunto tratado no Capítulo IX que entre outros, dispendo que é vedado ao médico, de acordo com o art. 73:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

É imprescindível a observância dos deveres principalmente pelo fato do paciente encontrar-se em uma posição definida por Borges (2014) como uma posição de *menos-valia* frente ao profissional. O paciente, na maioria das vezes é leigo e portanto necessita de uma maior proteção jurídico-administrativa para que este possa tomar suas decisões.

3.3 Responsabilidade Civil por Erro Médico em Cirurgias Plásticas

Parte mais importante no estudo acerca da responsabilidade civil aplicada no erro médico, em específico dentro do âmbito das cirurgias plásticas, é a apuração da responsabilidade do profissional, isto é, se a obrigação assumida por este é chamada obrigação de resultado ou trata-se de obrigação de meio.

Rui Stoco (1999) define a obrigação de meio como sendo aquela obrigação na qual “se exige do devedor é pura e simplesmente o emprego de determinados meios sem ter em vista o resultado. É a própria atividade do devedor que está sendo objeto do contrato”. De tal forma, basta que o profissional exerça sua função de maneira condizente ao esperado, com o intuito de alcançar determinado resultado, porém sem que este se mantenha com responsabilidade vinculada ao resultado que será obtido.

Melo (2014) lembra que apesar da natureza jurídica da prestação de serviços médicos ser *sui generis*, é contratual, porém o profissional se compromete a apenas prestar um serviço consciente, de acordo com as normas técnicas esperadas, caracterizando então uma obrigação de meios, e não uma obrigação de resultados.

Com clareza, pode-se afirmar que nestes casos só há de se falar em responsabilizar civilmente o médico por qualquer intercorrência quando se comprovar qualquer modalidade de culpa prevista no Código Civil, sendo elas negligência, imprudência ou imperícia, em consonância com o disposto no Código de Defesa do Consumidor que disciplina em seu art. 14, “§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Quanto a obrigação de resultado, como o próprio nome diz, existe esta vinculação com o resultado obtido, conforme Diniz (2013) não basta que haja o emprego dos meios de maneira correta, sem o resultado esperado persiste-se a obrigação de reparação, de forma que o ônus da culpa é invertido, e passa a ser responsabilidade do médico.

Borges (2014) discorre acerca da aplicação dessas espécies de obrigação ao estabelecer que grande parte dos procedimentos adotados em

diversas especialidades médicas cria vínculo jurídico-obrigacional de meio, onde o médico assume o compromisso de empregar as técnicas e conhecimentos mais avançados, porém sem a garantia de obter a cura ou a melhora esperada pelo paciente, de modo que isto se delimite como responsabilidade subjetiva dependendo da culpa comprovada.

Esse sentido se dá ao fato de que seria injusto colocar a responsabilidade total da cura ao médico, sendo que este não possui controle sobre as reações do organismo em resposta aos medicamentos e técnicas aplicados no paciente. Se este cumpriu com suas obrigações e observou os parâmetros técnico-científicos cogentes ao caso não deve ter obrigação de reparação.

No entanto, na seara da cirurgia plástica se faz necessário um estudo mais aprofundado, pois tanto a doutrina quanto a jurisprudência encaram de maneira distinta frente às demais áreas, especialmente no que tange às cirurgias plásticas estéticas. Segundo França (2010) isso se dá ao fato de que ninguém em boas condições de saúde se submeteria a uma cirurgia puramente estética sem garantias de resultado.

Para entender o posicionamento jurisdicional acerca da obrigação do médico para como paciente nesta área é importante vislumbrar essa diferenciação que ocorre dentro do âmbito da cirurgia plástica. A cirurgia plástica pode ser classificada como estética ou reparadora, segundo distingue Kfoury (1998) a cirurgia plástica estética, também chamada de cirurgia plástica propriamente dita se destina a corrigir imperfeições físicas, enquanto a cirurgia plástica reparadora tem por objetivo reparar enfermidades, congênitas ou adquiridas.

Outro a demonstrar a necessidade de distinguir as cirurgias plásticas estéticas das cirurgias reparadoras, Borges (2014) estabeleceu:

As cirurgias reparadoras tratam de procedimentos de correção ou reconstituição de deformidades, cicatrizes ou alterações corpóreas, competindo a elas a reposição das substâncias perdidas e a restauração das funções de determinados órgãos. Nas cirurgias estéticas está presente a característica do embelezamento e o objetivo do paciente em modificar fisicamente sua aparência, tornando sua autoimagem mais agradável para si.

A estima acerca dessa divisão ocorre porquanto tanto a doutrina quanto os próprios tribunais conferem às cirurgias plásticas reparadoras e cirurgias plásticas estéticas obrigações diferentes. Borges (2014) discorre que é preceituada a obrigação de meio no âmbito das cirurgias plásticas reparadoras, isso se deve ao fato de que estas buscam a mera correção, enquanto as cirurgias plásticas estéticas buscam especificamente melhora da aparência.

No entanto, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu em seu artigo que “Art. 4º - O objetivo do ato médico na Cirurgia Plástica como em toda a prática médica constitui obrigação de meio e não de fim ou resultado” na tentativa implícita de afastar a responsabilidade objetiva do médico cirurgião plástico, e declarar sua obrigação análoga a dos outros especialistas da medicina. Apesar desse item, esse entendimento vai de encontro aos posicionamentos jurisprudenciais e doutrinas. No que tange às cirurgias plásticas exclusivamente estéticas. Conforme arrematado por Kfoury (1998):

O exemplo, mais constantemente lembrado de especialidade médica que obriga ao atingimento do resultado previsto é o da cirurgia plástica, com finalidade exclusivamente embelezadora. Nela, ainda que não se prove a culpa do profissional – nenhuma das suas modalidades -, a simples frustração do resultado esperado conduz, inelutavelmente, ao dever indenizar. Neste caso, o ônus probatório é atribuído ao médico, que só se eximirá de responsabilidade caso prove, cumprida, culpa exclusiva da vítima ou caso fortuito.

Os tribunais brasileiros vêm acolhendo essa tese, conforme julgados anteriores que decidem em consonância ao estabelecer que devido a sua natureza de busca a melhoria física há uma determinada obrigação de resultado e não de meio, invertendo-se assim o ônus da prova para o médico, nesse sentido têm decidido:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. PREJUDICIAL DE MÉRITO DE PRESCRIÇÃO. REJEITADA. MÉRITO. **CIRURGIAPLÁSTICA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO.** CULPA PRESUMIDA. **RESULTADOINSATISFATÓRIO.** AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE POSSÍVEIS SEQUELAS. DANO MORAL CONFIGURADO. DANOS MATERIAIS. NÃO COMPROVADOS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO POR UNANIMIDADE. I - O STJ possui entendimento consolidado no sentido de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos serviços prestados por profissionais liberais, inclusive no que tange ao prazo prescricional quinquenal previsto no seu artigo 27 . Prejudicial de mérito de prescrição rejeitada. II - **Como cediço, a cirurgia estética visa à**

melhoria da aparência e a correção de uma imperfeição física, portanto, o médico, ao realizá-la, assume uma obrigação de resultado. Nesses casos, presume-se a culpa do contratado, invertendo-se o ônus da prova. (grifo próprio)
BRASIL. TJ-PE - Apelação APL 2591980.

Destarte, é notório que o entendimento de obrigação de resultado em casos de cirurgias plásticas estéticas encontra cada vez maior acolhimento na jurisprudência e doutrina brasileiras, tal fato se deve primordialmente a natureza do procedimento, que, ao distinguir-se das demais especialidades também faz jus a um posicionamento distinto frente a responsabilização civil na legislação brasileira.

Em outro ramo da cirurgia plástica, nas chamadas cirurgias plásticas reparadoras, os tribunais brasileiros vêm consolidando um posicionamento divergente a obrigação estabelecida para as cirurgias realizadas de cunho inteiramente estético, as cirurgias reparadoras firmam-se como mera obrigação de meio. De tal forma, para que seja configurada a necessidade de responsabilização do médico frente ao paciente, se faz necessária a comprovação de culpa deste, seja por ação ou omissão, caracterizando a chamada culpa subjetiva

Para. Borges (2014) essa diferenciação nos tribunais pátrios se dá por um conjunto de fatores que distinguem as próprias espécies de cirurgias plásticas entre si, enquanto as cirurgias estéticas visam tão somente a melhora na aparência, as cirurgias reparadoras servem para restaura alguma parte do corpo, afetada por doença ou acidente que resultou em sequelas na vida do paciente,

Tal dicotomia é ainda mais notável quando a cirurgia é a descrita mista (aquela que é tanto estética quanto reparadora) a jurisprudência considera que esta deverá ser analisada discriminadamente, devendo ser obrigação de meio a parte que diz respeito a cirurgia reparadora e obrigação de resultado a parte que tange quanto a cirurgia estética. Acerca desse assunto decidiu o STJ:

Processo Civil e Civil. Responsabilidade Civil. Médico. Cirurgia de Natureza Mista – Estética e Reparadora. Limites. Petição Inicial. Pedido. Interpretação. Limites. 1. A relação médico-paciente encerra obrigação de meio, e não de resultado, salvo na hipótese de cirurgias estéticas. Precedentes. 2. Nas cirurgias de natureza mista –

estética e reparadora –, a responsabilidade do médico não pode ser generalizada, devendo ser analisada de forma fracionada, sendo de resultado em relação à sua parcela estética e de meio em relação à sua parcela reparadora. 3. O pedido deve ser extraído da interpretação lógico-sistemática da petição inicial, a partir da análise de todo o seu conteúdo. Precedentes. 4. A decisão que interpreta de forma ampla o pedido formulado pelas partes não viola os arts. 128 e 460 do CPC, pois o pedido é o que se pretende com a instauração da ação. Precedentes. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.097.955/MG.

Conforme Borges (2014), assim sendo quando há uma só cirurgia que resulte nas duas espécies a avaliação quanto a caracterização da obrigação da responsabilidade civil deve ser fracionada. Esse fato faz-se notar o entendimento dos tribunais acerca de ambas as espécies de cirurgia, apesar de serem feitas por um mesmo profissional, possuem finalidades distintas e distintivamente deverão ser avaliadas individualmente.

CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho monográfico foi possível notar que em razão do progresso sofrido pela medicina, tornou-se necessário que os institutos jurídicos a acompanhassem, visto que enquanto profissão e relação consumerista é necessário um respaldo tanto para com o médico, quanto para com o paciente. Destarte, criam-se normas e regras jurídicas a fim de proteger essas relações e dirimir conflitos resultantes da mesma.

Apesar das cirurgias plásticas terem seu surgimento há milhares de anos, confundindo-se inclusive com o início da história do homem e ainda que o Brasil figure no pódio quando o assunto são cirurgias, os institutos pátrios que regem esta situação ainda são alvos de alterações, como aquelas no âmbito administrativo através de resoluções normativas dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, e também àquelas que derivam do ordenamento jurídico, através da legislação e posicionamentos doutrinários e jurisprudenciais.

Com o crescente avanço da cirurgia plástica e sua popularização no Brasil, crescem igualmente as demandas judiciais em litígios que versam sobre essas situações, demandando então um estudo mais aprofundado para que se possam analisar os casos concretos.

O ramo do Direito que diz respeito às cirurgias plásticas, ainda encontra barreiras no que diz respeito a tornar o entendimento uníssono. Apesar disso, é possível notar através de análises jurisprudenciais e doutrinárias recentes que há o crescimento do entendimento de que as cirurgias plásticas estéticas se diferem completamente às demais áreas da medicina, e, portanto devem apresentar um

tratamento diferenciado no que tange à responsabilidade civil dos médicos em caso de erro.

Observa-se pelo exposto, que as cirurgias plásticas estéticas caracterizam-se como obrigação de resultado, e não de meio, pois o paciente busca unicamente a melhora de sua aparência, e este não se colocaria em uma cirurgia estando perfeitamente saudável, sem que houvesse a expectativa de uma melhora em sua imagem. Caracterizando-se então como responsabilidade objetiva, invertendo-se inclusive o ônus da prova, ficando este sob responsabilidade do médico.

Nota-se também o firmamento do entendimento de que as cirurgias plásticas reparadoras caracterizam-se como obrigação de meio, estando o ato médico atrelado apenas as observâncias das normas técnicas da profissão, não havendo responsabilidade objetiva nestes casos.

A doutrina ainda delimita ao estabelecer que nas chamadas cirurgias plásticas mistas (aquelas que são reparadoras e estéticas) a responsabilidade se divide, confirmando a tese da responsabilidade objetiva para cirurgias estéticas e subjetiva para cirurgias reparadoras.

De tal forma, nota-se que existe um grande empenho por parte dos operadores do direito, bem como dos profissionais da medicina em delimitar os aspectos deste complexo tema, de modo a aproxima-lo da justiça. A jurisprudência acerca do tema vem evoluindo de modo a dividir a aplicação da lei e sua interpretação nos casos de cirurgias plásticas estéticas e cirurgias plásticas reparadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 29 mai. 2018.

_____. **Decreto-Lei nº 3.688, DE 03 DE OUTUBRO DE 1941.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. **Decreto nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977.** Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. **Lei nº 3.071, DE 1º DE JANEIRO DE 1916.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3071.htm>. Acesso em: 19 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm>. Acesso em: 26 mai. 2018.

BORGES, Gustavo.. **Erro médico nas cirurgias plásticas.** São Paulo. Editora Atlas, 2014.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal – Parte Geral.** São Paulo: Saraiva, 2002.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo,** 28ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil.** 8ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Programa de Responsabilidade Civil.** 10ª Ed. São Paulo: Atlas, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.621/2001.** Disponível em <http://www.portalmedico.Org.br/resolucoes/CFM/2001/1621_2001.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.

_____. **Resolução CFM nº1931/2009.** Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em 18 out. 2018.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Iniciação à Bioética.** Publicação do Conselho Federal de Medicina, Brasília. 1998.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito civil Brasileiro: Responsabilidade Civil.** Vol.7. 17ªed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico.** 10ª ed. Rio de Janeiro. Editora Forense, 2010.

FRANCISCONI, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. **Modelos de Relação Médico-Paciente.** Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>>. Acesso em 20 ago. 2018.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil: Responsabilidade Civil.** 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011. V. III.

GARABETYAN, Enrique. **Historia de La cirugía plástica.** Cortar por lobello. Suplemento Futuro Diário, no 834, 2005.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Comentários ao Código Civil,** Volume XI, Editora Saraiva, São Paulo. 2003.

_____. **Responsabilidade civil.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

KFOURI, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico.** 3ª ed. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 1998.

_____. **Responsabilidade Civil do Médico,** 4ª ed, Revista dos Tribunais, 2001.

KURY, Lorelai; HANGREAVES, Lourdes; VALENÇA, Maslóva. **Ritos do corpo.** Rio de Janeiro. Senac Nacional, 2000.

MACHADO FILHO, Carlindo. O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, p. 45-46. 2016.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Fiocruz, Rio de Janeiro. 1997.

MARTIRE, Lybio. **O alcance atual da cirurgia plástica**. São Paulo, Editora Ernesto Reichmann, 2005.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade Civil por Erro Médico: Doutrina e Jurisprudência**. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Qual a origem do nome “cirurgia plástica”?** Disponível em <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/2016/03/14/qual-a-origem-do-nome-cirurgia-plastica/>. Acesso em 21 out. 2018.

NADER, Paulo. **Introdução ao Estudo do Direito**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

NORONHA, Fernando. **Direito das Obrigações**, 2ª. Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de direito penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

POLICASTRO, Décio. **Erro Médico e suas Consequências Jurídicas**, 3º ed, Del Rey. Belo Horizonte. 2010

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiae Studia**, São Paulo, v.4, n.1, p.45-82. 2006.

RODRIGUES, Sílvio. **Direito Civil**: Vol. 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

ROMANELLO NETO, Jerônimo. **Responsabilidade civil dos médicos**. Jurídica Brasileira. São Paulo. 1998

ROSSI, Júlio César. ROSSI, Maria Paula Cassone. **Direito Civil: Responsabilidade Civil**. Série Leituras Jurídicas Provas e Concursos. Vol.6. São Paulo: Atlas, 2007.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. **Bioética**. Vol 9. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2001.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA. **ISAPS international survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2017**. Disponível em: <https://www.isaps.org/wp->

content/uploads/2018/10/ISAPS_2017_International_Study_Cosmetic_Procedures.pdf. Acesso em: 31 out. 2018.

SCHUBERT, Claudio. **A construção do conceito estético ocidental e sua implicação na formação valorativa e no processo educacional**. In: Divisão Temática Interfaces Comunicativas do X Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul. Blumenau, 2009. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2009/resumos/R16-1303-1.pdf>. Acesso em 12 out. 2018.

STOCO, Rui. **Responsabilidade civil e sua interpretação jurisprudencial**. 4 ed. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 1999

_____, Rui. **Tratado de Responsabilidade Civil**. 10ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Recurso Especial nº 1.097.955/MG**. Relatora: Nancy Andrighi. Publicado no DJ de 03/10/2011. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21073827/recurso-especial-resp-1097955-mg-2008-0239869-4-stj/inteiro-teor-21073828?ref=juris-tabs>. Acesso em 19 out. 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO. Obrigação de Resultado. Culpa Presumida. Resultado Insatisfatório. (**Apelação nº 2591980**, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça de PE, Relator: Francisco Eduardo Goncalves Sertorio Canto, Julgado em 07/03/2014). Disponível em: <https://tj-pe.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/159623924/apelacao-apl-2591980-pe>>. Acesso 15 Nov. 2018.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Responsabilidade Civil**. Vol.4. 3ª ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.

VEATCH, Robert. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **The Hastings Center Report**. Garrison, v. 2, n.3, p.5-7. 1972.