

A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA NA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA: OBRIGAÇÃO DE MEIO

Julia Salustino Ramalho Cavalcanti¹

Ana Paula Cacho²

RESUMO

O presente estudo aborda a natureza jurídica da responsabilidade civil médica, trazendo à baila um esboço histórico da cirurgia plástica no mundo e no Brasil, assim como, analisa as peculiaridades inerentes às teorias da reparação. Outrossim, encarrega-se de expor as teses da responsabilização dos profissionais de medicina, quais sejam, de obrigação de meio ou de resultado, dando enfoque especial às cirurgias estéticas e à obrigação de meio, aplicável ao médico em geral, e que deve, igualmente, ser aplicada aos cirurgiões plásticos estéticos, demonstrando as razões que justificam seu enquadramento neste tipo de obrigação, defendendo-se a equiparação dessa especialidade aos demais ramos da medicina, de forma a se evitar qualquer tratamento discriminatório ou prejudicial ao médico atuante. Traz, por fim, a análise das consequências e dos limites da possibilidade do paciente pleitear indenização por dano estético no caso de insatisfação com o resultado da cirurgia estética.

PALAVRAS-CHAVE: Responsabilidade Civil. Cirurgia Plástica Estética. Obrigação de meio. Dano Estético.

CIVIL LIABILITY IN MEDICAL AESTHETIC PLASTIC SURGERY: OBLIGATION OF MEANS

ABSTRACT

This study addresses the legal nature of medical liability, bringing up a historical sketch of plastic surgery in the world and in Brazil, as well as analyzes the peculiarities inherent to the theories of repair. Furthermore, undertakes to expose theses of accountability of medical professionals, known as the obligation of means or obligation of result, with special focus on cosmetic surgeries and the obligation of means, applicable to the doctor in general, that should be also applied to aesthetic plastic surgeons, demonstrating the reasons for its framing in this kind of obligation, defending the assimilation of this specialty to other branches of medicine, so as to avoid any

¹Discente do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN. E-mail: juliasalustino@hotmail.com

² Docente do Curso de Direito do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI - RN E-mail: acacho36@hotmail.com

discriminatory or prejudicial treatment to this professional. It brings, finally, the analysis of the consequences and limits of the possibility to request compensation aesthetic damage in case of dissatisfaction with the results of cosmetic surgery.

KEYWORDS: Liability. Aesthetic Plastic Surgery. Obligation of means. Aesthetic damage.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “A Responsabilidade Civil Médica na Cirurgia Plástica Estética: Obrigação de meio”, tendo em vista o aumento vultoso da realização de cirurgias plásticas estéticas na sociedade moderna e as consequentes demandas judiciais em casos de insatisfação do paciente.

A popularização das cirurgias plásticas, a evolução das técnicas utilizadas e a busca incessante pelo “corpo ideal” levaram o Brasil a liderar o ranking de intervenções cirúrgicas, com fins estéticos, no mundo. Com isso, elevou-se também o número de processos indenizatórios desta natureza, uma vez que o crescimento desmedido das ações contra cirurgias plásticas é diretamente proporcional à vertiginosa procura pelos padrões de beleza ditos perfeitos.

A busca pelo mencionado padrão de beleza justifica a procura inicial das pessoas por um cirurgião plástico, assim como a posterior demanda pela via judicial a fim de reparar eventuais insatisfações com o resultado estético, o que despertou intenso interesse social na classe jurídica e principalmente na classe médica, em razão do insistente enquadramento da responsabilidade médica destes profissionais como uma obrigação de resultado.

A respeito das cirurgias plásticas, o professor Henrique Freire de Oliveira Souza leciona:

Tal cirurgia exerce em nossa sociedade, extremamente valorizadora do belo, um papel fundamental: e, se em épocas passadas foi ela vivamente condenada, hoje, pela sua incorporação à arte médica e sua aceitação social, qualquer condenação seria sem sentido. (SOUZA, 2010, p. 445)

É de conhecimento geral que nos tempos remotos esse tipo de intervenção cirúrgica não era bem aceito, de maneira geral julgavam ser de extrema futilidade e uma

intervenção nos desígnios de Deus, diferente da visão atual, que enxergou o lado terapêutico desse procedimento, não havendo mais discriminação dessa especialidade da medicina. Entretanto, mesma evolução não se deu no poder judiciário, que vem atribuindo equivocado julgamento quanto à responsabilização dos médicos cirurgiões, ao entender que se trata de uma obrigação de resultado.

A tendência de mudança desse posicionamento se dá em razão da perspectiva do avanço da pesquisa jurídica, para que esta possa acompanhar a pesquisa científica, e provar que não se podem determinar todas as possíveis reações fisiológicas de um paciente a um ato médico, seja este clínico ou cirúrgico e de qualquer natureza – estética ou reparadora.

Entendemos ser de grande valia a presente pesquisa para todos os operadores do Direito – estudiosos, doutrinadores, julgadores e defensores – bem como para todo profissional médico, que muitas vezes se sente injustiçado ou desmotivado ao se deparar com uma condenação, mesmo após tamanha dedicação com o fim de atender ao objetivo do paciente.

Nesse sentido, o presente estudo, de pesquisa bibliográfica, com caráter descritivo e cunho qualitativo, visa induzir ao entendimento de que toda e qualquer responsabilidade médica, independente da especialidade do profissional, está amparada pela obrigação de meio.

Em outras palavras, todo médico, cirurgião plástico ou não, ao desempenhar seu mister, está obrigado a fazê-lo com atenção, cuidado, zelo, diligência e dedicação, utilizando-se de toda a técnica disponível sem, entretanto, ser obrigado a alcançar o êxito.

Para tanto, no decorrer deste artigo far-se-á um relato histórico da cirurgia plástica, desde a antiguidade, assim como sua reflexão na vida das pessoas até os dias atuais, destacando-se o momento de ascensão desta modalidade da medicina, que cresce até hoje.

Em seguida, se faz necessário comentar as teorias da responsabilidade civil no direito brasileiro – teoria subjetiva e objetiva – e o tipo de obrigação a que está vinculado o devedor de uma prestação – obrigação de meio ou de resultado.

Posteriormente, far-se-á estudo a respeito da responsabilidade civil médica em geral e do cirurgião plástico, profissional este que, consoante doutrina e jurisprudência dominantes, é tratado aparte dos demais médicos, como já consignado, sendo regido por uma responsabilidade bastante objetiva, o que é considerado um fator discriminante dentro da própria classe médica.

O estudo apresentado descreverá a atual posição doutrinária e jurisprudencial, no direito pátrio, acerca da Responsabilidade Civil do Médico, bem como discutirá e fará menção ao direito internacional comparado, com o escopo de propor uma nova visão desta responsabilidade.

2 A HISTÓRIA DA CIRURGIA PLÁSTICA

2.1 A cirurgia plástica na antiguidade³

Quando se fala em cirurgia plástica, em razão de ser um tema bastante atual, é natural que se remeta ao mundo moderno. Contudo, ao contrário do que muitos imaginam, ela surgiu na antiguidade, da necessidade que o ser humano tinha de corrigir imperfeições, estas causadas por acidentes ou punições. A palavra “plástica” tem origem na palavra grega plastikos, o mesmo que o Latim plasticus, que significa “capaz de ser moldado”.

Os primeiros relatos documentados sobre essa especialidade da medicina encontram-se no Papiro de Ebers, cerca de 3.500 a.C., que trata sobre a realização de transplante de tecidos e contém mais de 700 fórmulas e remédios populares. Foi encontrado em um túmulo da necrópole de Tebas, no Antigo Egito, e hoje se encontra na biblioteca da Universidade de Leipzig, na Alemanha. Ainda no antigo Egito, o Papiro de Edwin Smith, de aproximadamente 2.500 a.C., destacou-se como verdadeiro manual de cirurgia, fazendo referências a tratamentos de fraturas mandibulares, nasais, cranianas, entre outros procedimentos cirúrgicos.

³ Disponível em: < <http://www.bgcirurgiaplastica.com.br/artigo28-cirurgiaenariz.htm> > Acesso em: 22 de Agosto de 2014; < <http://www.ricardoboggio.com.br/artigos/PDF/historia.pdf> > Acesso em: 23 de Agosto de 2014; < <http://www.henriquemuller.com.br/?dep=36&0=historia-da-cirurgia-plastica.html> > Acesso em: 23 de Agosto de 2014.

Há também documentos escritos que trazem relatos de 1.400 a.C. sobre práticas de cirurgias reparadoras realizadas entre os hindus, notadamente o trabalho do cirurgião hindu Sushruta, que em seu livro “Ayurveda”, um misto de teorias de cunho sagrado e científico, faz referência à práticas de reconstrução nasal, labial, auricular e outras, a fim de reparar mutilações sofridas em razão de adultérios ou de derrotas em batalhas, como era costume da Índia.

Para correção de certas mutilações, os hindus aplicavam enxertos retirados das nádegas, e para o nariz faziam a reconstrução com retalho da pele da fronte, que eram fixados com uma massa secreta de barro, outras vezes com azeite vermelho de sésamo acrescido de pós hemostáticos. Ainda hoje, são empregadas técnicas como o “retalho indiano” para reconstrução nasal.

Na Roma antiga, Cornelius Celsus, chamado o “Pai da cirurgia plástica” escreveu um livro, intitulado “De Re Medica”, sendo este o documento médico mais antigo dos manuscritos de Hipócrates. O documento aborda métodos reparadores para o nariz, lábios e orelhas, realizados com retalho de pele retirados das adjacências. Celsus cuidou de problemas relacionados à correção de defeitos nas pálpebras, da sindactília – anormalidade que resulta na união de dedos das mãos ou dos pés – e das fissuras labiais.

Já na Grécia, no quinto século a.C., eram proibidas as disseções anatômicas, em razão do respeito que se tinha aos corpos após a morte. Entretanto, os estudos deram continuidade através dos animais. Hipócrates deixou descrições de inúmeros procedimentos relativos à cirurgia plástica, a exemplo de enfaixamentos, cuidados com a estética de curativos, excesso de pele, preocupando-se, inclusive, com a calvície.

Ainda na Grécia antiga, o médico Claudius Galeno, refletindo a escola de Hipócrates, deu especial atenção à reconstituição nasal, auricular e bucal, deixando instruções precisas a respeito de como empregar o linho, a seda e a fibra utilizada nas ligaduras hemostáticas, embora grande parte dos seus ensinamentos fosse desprovida de verdade científica.

Posteriormente, em Salerno, na Itália, foi fundada uma escola de medicina, tendo à frente Rolando de Capezzutti, escola esta que fez renascer a técnica da rinoplastia. A partir desse momento, já durante a idade média, a cirurgia plástica passa

pelo seu período mais obscuro, com referências insignificantes, por diversos motivos, principalmente religiosos.

A religião passou a assumir todo o poder, levando a um retrocesso das civilizações. Assim, o interesse pela medicina e cirurgia declinou, em razão de os problemas do homem só poderem ser resolvidos pela religião. Por um período de quase dez séculos o pensamento científico ficou praticamente estagnado, restrito aos escritos deixados por Galeno e Hipócrates que foram guardados por monges nos mosteiros, principalmente Beneditinos.

Apesar das experiências às escuras, a cirurgia plástica só teve novo impulso em meados do século XVI, quando o Papa Sixto V autorizou as disseções anatômicas. Um novo trabalho surgiu, em 1587, com a publicação do livro do médico italiano Gaspare Tagliacozzi, um dos mais importantes cirurgiões plásticos da sua época, em que descreveu cientificamente a reconstrução de nariz, especialidade esta reconhecida como importante ramo da cirurgia a partir do século XIX.

Ainda no século XVI, Ambroise Parré deu impulso à cirurgia propondo entre outras coisas, novas formas de tratamento para os ferimentos, praticando a ligadura das artérias em substituição à cauterização por azeite fervente como já fazia Giovanni de Vigo, foi ainda pioneiro nos processos de desarticulação do cotovelo e descreveu várias próteses braquiais e faciais em “Dez livros de cirurgia” em 1564.

No século XVII salienta-se o tratamento das amputações e a proposta de James Yonge, cirurgião naval, fazendo retalhos de pele e músculo em substituição ao tradicional método circular nas amputações. Richard Wiseman descreveu múltiplos traumatismos faciais em seu livro “Several chirurgical treatises” em 1676.

Em seguida, já no século XVIII o Ocidente passou a conhecer, por publicação, o retalho indiano, através do “Magazine of Gentleman”. Neste século a realização do retalho frontal popularizou-se na Europa e Estados Unidos.

No século XIX a cirurgia deu maior passo da sua história com a descoberta da anestesia geral em 1846 por Willian T.G. Morton, e da anti-sepsia por Lister em 1865. Neste momento o interesse dos cirurgiões volta-se para o que até então era mais difícil

de ser tocada, a cavidade abdominal. A anestesia aumenta a possibilidade e a antissepsia a margem do êxito.

Em 1869, Reverdin, um cirurgião suíço, publicou sua tese demonstrando a possibilidade de se transferir pele de uma região para outra, o chamado “enxerto livre”. Anos depois, no século XX, houve a grande explosão da cirurgia plástica, se convertendo em interesse social e humanista.

As duas grandes guerras mundiais possibilitaram aos cirurgiões que atuavam no front de batalha adquirir uma vasta experiência em reparações de feridos, ensinamentos esses que foram transmitidos ao mundo científico. Dois cirurgiões ingleses da época se destacaram: Sir Harold Gillies e Mc Indoe, em 1920, que assim estabeleceram as bases da nova era, destacando-se pelo trabalho humanitário e suas inúmeras técnicas utilizadas na reconstrução dos mutilados de face, resultados da guerra.

A existência de especialistas, a necessidade crescente, a anatomia dominada e o sucesso consolidado somaram-se às mudanças socioculturais a partir da década de vinte, com a posição mais independente da mulher e a maior exposição corporal, pois enquanto antes, era apreciável a pele alva para não se parecer com um camponês, com a revolução industrial os trabalhadores internaram-se nas fábricas passando eles a ter a pele clara, assim, como diferenciação, a cutis bronzeada passou a ser conceito de beleza.

A cirurgia estética então avança a passos largos, incorporando-se à sociedade como recurso dos mais utilizados para obtenção de uma das finalidades primárias da medicina: o bem estar do ser humano. Assim, em meados dos anos 40, a cirurgia plástica estética foi ganhando mais espaço e reconhecimento mundial, um dos motivos está, como mencionado acima, na maior participação da mulher na sociedade, no trabalho e na sua liberdade, que acabaram permitindo a ela uma maior exposição do seu corpo, o que desencadeou uma preocupação e valorização mais intensa da aparência física.

Importante destacar que as cirurgias plásticas abrangem tanto as cirurgias reparadoras quanto as estéticas, que estão profundamente entrelaçadas, pois não há como separar a natureza estética da cirurgia reparadora nem tampouco o cunho reparador da cirurgia estética.

Portanto, a evolução da cirurgia plástica se dá primeiramente através da necessidade do homem, que sempre existiu, de corrigir os traumas e patologias cirúrgicas. Necessidade esta que aumentou com as guerras e o aprimoramento de armas capazes de agredir em maior escala.

Em conjunto com o fator da necessidade, levam-se em conta os aspectos culturais, no que diz respeito à permissão para realização da cirurgia, o que em determinados momentos facilitou ou dificultou o desenvolvimento desta ciência, assim como o avanço dos estudos anatômicos.

Além do evidente conhecimento anatômico, condição vital para o avanço da cirurgia, pois conhecendo o corpo humano adequadamente o médico teve a possibilidade de atuar nele com menor probabilidade de erro e utilização dos melhores meios. Os estudos anatômicos estiveram presentes em algumas culturas, como visto anteriormente, a exemplo da Índia no segundo milênio a.C., mas é com o Renascimento, no século XVI, que tomaram impulso definitivo, se tornando o marco inicial da anatomia moderna.

O sucesso foi a condição que fez com que a cirurgia passasse a ser vista como um meio de tratamento e não mais como última alternativa. Foi ele que possibilitou a visão mais natural do procedimento, principalmente por parte do paciente e da sociedade. Ele vai estar presente em percentual maior a partir dos estudos de Pasteur em meados do século passado e com a antisepsia cirúrgica idealizada por Lister em 1865.

Antes desse período, o insucesso, em grande parte das vezes com óbito do paciente, era frequente, o que gerava, inclusive, a responsabilidade do médico. Cabe lembrar, todavia, que a Cirurgia Plástica, neste ponto levou vantagem, pois atuando em superfície e em órgãos com boa irrigação e conseqüentemente boa defesa, oferecia menor risco ao paciente.

Feita a síntese histórica da cirurgia plástica na antiguidade e no mundo, importa neste momento fazer um breve relato a respeito do marco inicial e evolução desta modalidade da medicina no Brasil.

2.2 A cirurgia plástica no Brasil⁴

Os primeiros trabalhos relativos à cirurgia plástica no Brasil datam de 1842, provenientes da Bahia e Rio de Janeiro, cidades sedes das faculdades de medicina existentes no País. Os temas de trabalhos produzidos e publicados nesse período são os mais variados, entre os quais se destacam: “Considerações sobre o lábio leporino”, de Joaquim Januário Carneiro (1842); “Considerações sobre rinoplastia”, de João Baptista Lacerda (1843); “Diferentes causas de destruição dos lábios e paredes laterais da boca”, de Pedro A. Vieira da Costa (1852); “Do princípio nervoso da queiloplastia e genoplastia”, de Alexandre Mendes Calasa (1853); “Operações que reclamam as lesões dos lábios”, de José Soriano de Souza (1860), dentre outros.

Nas duas primeiras décadas do século XX, novos centros médicos surgiram, pois foram criadas novas Faculdades de Medicina que iniciaram seu funcionamento em Porto Alegre, RS (1899); Belo Horizonte, MG (1911); Curitiba, PR (1912); São Paulo, SP (1913) e Belém, PA (1919).

Nessa época cirurgiões das várias especialidades procuravam obter conhecimentos em cirurgia plástica, através de livros ou frequentando atividades fora do país, nos maiores centros da época, situados na Europa. Entretanto, não se dedicavam exclusivamente à cirurgia plástica e continuavam exercendo, concomitantemente, outras atividades dentro da medicina. Alguns procuravam dedicar-se à estética como Antonio Pires Rebelo, que na década de trinta após voltar da Europa, montou no Rio de Janeiro uma clínica que denominou “Academia Científica de Beleza”, mas, embora tenha realizado algumas cirurgias plásticas, dedicou-se à dermatologia estética.

É somente na década de trinta, em São Paulo, que surge a primeira clínica específica em cirurgia plástica, criada por José Rebello Netto na Santa Casa de Misericórdia. Sua inclinação pela especialidade pode ser notada em sua tese, de 1915, intitulada “Cirurgia Estética”.

⁴ Disponível em: < <http://www.henriquemuller.com.br/?dep=36&0=historia-da-cirurgia-plastica.html> >
Acesso em: 23 de Agosto de 2014.

Em abril de 1930 o serviço de Cirurgia Plástica foi criado por Rebello Netto, a célula mater da especialidade, intitulado “Unidade de Cirurgia Plástica” e, a partir de 1938, foi criado o Serviço de Cirurgia Plástica, no Pavilhão Conde Lara, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A criação destes dois serviços pode ser considerada o início da cirurgia plástica brasileira porque deu origem à formação sistemática de especialistas na área.

Rebello Netto promoveu também intercâmbio com cirurgiões plásticos de todo o mundo destacando-se entre eles: Sir Harold Gillies, Bames, Padget, Joseph entre muitos outros, levando junto com eles não só o conhecimento técnico e científico, mas, sobretudo, o espírito humanista e solidário que é a origem e a essência dessa grande escola.

Outro marco inicial é a criação, em 1933, da primeira Disciplina de Cirurgia Plástica em uma faculdade, por Antonio Prudente Meirelles de Moraes, primeiro catedrático de cirurgia plástica do Brasil, na recém fundada Escola Paulista de Medicina.

No final da década de trinta a cirurgia plástica brasileira já era conhecida e respeitada em outros países. Foi então, em 1939, que Ernesto Malbec da Argentina procurou por Antonio Prudente sugerindo a criação de uma sociedade que congregasse especialistas em cirurgia plástica de toda a América Latina. Malbec dizia que os países da América Latina, sozinhos, não dispunham de cirurgiões plásticos em número suficiente, como a própria Argentina, de onde ele vinha, para realizar o almejado, sendo imperativa a liderança do Brasil.

Antonio Prudente passou a liderar o movimento e promoveu no início de 1940, em São Paulo, uma reunião no Hospital Alemão (atual Hospital Oswaldo Cruz) com esse objetivo.

Ainda no mês de julho de 1940 no Hospital Alemão, foi realizada a sessão solene para a fundação da Sociedade Latino Americana de Cirurgia Plástica, estavam presentes à solenidade vinte e três cirurgiões plásticos sendo dez do Brasil (sete de São Paulo e três do Rio de Janeiro), oito da Argentina, dois do Chile, dois do Uruguai e um do Peru. Pelo Brasil participaram: Antonio Prudente (SP), José Rebello Netto (SP),

Linneu Silveira (SP), David Adler (RJ), Georges Arié (SP), Lutero Vargas (RJ), Duarte Cardoso (SP), Georges da Silva (RJ), Carlos Caldas Cortese (SP), e Alípio Pernet (SP).

Nesse momento, a cirurgia plástica brasileira começou a revelar seu papel de liderança na América Latina e destacar-se mundialmente.

Nos anos seguintes foi realizado no Brasil o primeiro Congresso de Latino Americano de cirurgia plástica, com Antônio Prudente e Rebello Netto Presidentes do evento. E ainda a fundação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que teve como primeiro Presidente Rebello Netto e o segundo Antonio Prudente.

A expansão da cirurgia plástica no Brasil, a partir da década de quarenta, em parte foi fruto do estímulo provocado pela criação das Sociedades Latino-Americana e Brasileira de Cirurgia Plástica, mas também, em grande parte, pelos cursos realizados do norte a sul do país por Rebello Netto.

A partir de 1950 os serviços de cirurgia plástica em hospitais nas capitais brasileiras e em outras cidades passaram a se multiplicar, começando a surgir novos cirurgiões, especialistas com formação específica, que se dedicaram integralmente à especialidade, que foram os pioneiros em cidades, estados e mesmo em regiões inteiras do país, criando suas próprias escolas, entretanto, a maioria, teve de alguma forma contato com os serviços anteriormente citados e criados por cirurgiões que iniciaram suas atividades até o final da década de 40 e que, em última análise, são as raízes primordiais da Cirurgia Plástica Brasileira.

A partir das décadas de sessenta e de setenta a cirurgia plástica brasileira começa a ser vista como uma das melhores do mundo. Foram criados diversos hospitais e clínicas, específicos na área.

Na década de oitenta aumentou a procura pela especialidade e multiplicaram-se os serviços credenciados. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica entendeu haver a necessidade de aumentar o tempo de especialização passando para dois anos o estágio em cirurgia geral e para três anos em cirurgia plástica, nos vários serviços por ela credenciados.

A evolução dessa especialidade da medicina decorre da busca incessante pela juventude e da vontade de amenizar os sinais do tempo, que sempre foram objeto de desejo do ser humano, principalmente das mulheres, desde a Antiguidade.

O cirurgião plástico é capacitado para realizar procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos visando o reestabelecimento da forma, seja com finalidade reparadora ou estética. Em ambos os casos, é possível trazer harmonia ao desarmônico e elevar a autoestima do paciente, que pode estar diminuída por alterações congênitas (Ex: orelhas em abano), acidentes (Ex: queimaduras) ou em consequência da idade (Ex: pálpebras caídas), gravidez (Ex: queda das mamas) ou até oscilações de peso (Ex: flacidez abdominal).

Se antes a cirurgia plástica era restrita a um público reservado, hoje, com o aumento do número de cirurgias plásticas e o maior acesso às informações, ela tornou-se bem mais acessível. A *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* divulgou um relatório com números sobre a especialidade ao redor do mundo em 2013. Ao todo foram 23 milhões de cirurgias plásticas realizadas no ano passado. O Brasil ocupa posição de destaque no levantamento, sendo o país que mais realizou procedimentos cirúrgicos, ficando à frente, inclusive, dos EUA com 1.491.721 do total.

A medicina estética propõe-se a utilizar novas técnicas, sempre buscando inovar a fim de promover a beleza feminina, aparecendo como a Arte Médica do Belo, que proporciona uma felicidade subjetiva, dificilmente submetida a um juízo de valor. O seu valor é determinado pelo bem estar que causa a quem recebe seus benefícios. O gosto, a capacidade de julgar o que é belo, é que faz a obra de arte ser bonita para uns e feia para outros, influenciado pela cultura, pelas condições socioeconômicas, pela moda, pelos costumes de cada povo. Logo, não é a Medicina estética que, como ciência, cria esses aspectos básicos que fundamentam o gosto e a estética. Cabe a ela apenas atender os anseios do inconsciente coletivo e, como uma manifestação artística, criar, manter e melhorar a beleza.

É justamente o caráter subjetivo que determina o sucesso das cirurgias estéticas, daí porque existe grande divergência doutrinária a respeito da natureza da obrigação do cirurgião plástico, se de meio ou de resultado. Na obrigação de meio o profissional deverá empregar todo o seu zelo e técnica para alcançar o objetivo final, e nas

obrigações de resultado, o objetivo é o próprio resultado compactuado. Sempre que este não seja atingido, a obrigação pode ser considerada descumprida.

Para adentrar no mérito do objeto de estudo deste trabalho, qual seja, a natureza da obrigação na atividade de medicina para fins de responsabilidade civil, notadamente as cirurgias plásticas, se faz necessário um breve relato a respeito da responsabilidade civil no direito brasileiro.

3 A RESPONSABILIDADE CIVIL NO DIREITO BRASILEIRO

3.1 Responsabilidade Civil Subjetiva e Objetiva

A palavra responsabilidade origina-se do latim re-spondere, que encerra a idéia de segurança ou garantia da restituição ou composição do bem sacrificado. Teria, assim, o significado de recomposição, de obrigação de restituir ou ressarcir. (GONÇALVES, 2007, p. 18).

Em sentido jurídico, o vocábulo não foge desta ideia, pois designa o dever de um indivíduo reparar o dano decorrente de uma violação de outro dever jurídico, garantindo uma restituição ou uma compensação.

Para o sistema brasileiro, são caracterizados como elementos formadores da obrigação de reparar a existência de uma conduta humana voluntária ativa ou omissiva, o dano, a culpa e o nexo causal. Pode-se dizer que a responsabilidade civil é baseada no dever inerente ao indivíduo causador do dano de recompor um prejuízo, restabelecendo o *statu quo ante* e trazendo o equilíbrio e harmonia anteriores à conduta culposa deste.

A doutrina jurídica brasileira por muito tempo discutiu a respeito da natureza jurídica da sanção imposta numa ação de responsabilidade civil, e admitiu duas vertentes: uma defendendo a indenização como um castigo pelo comportamento ilícito – natureza punitiva; outra buscando na sanção uma restituição do prejuízo da vítima – natureza restitutiva.

Para os que defendiam o caráter punitivo, a responsabilidade seria mais uma espécie de punição ao autor do dano, sendo imprescindível, para configuração da obrigação de ressarcimento, a constatação da culpa, motivo pelo qual predominou por muito tempo a responsabilidade subjetiva. Vale ressaltar que além da culpa, para que

alguém possa ser responsabilizado e obrigado a reparar um dano, segundo a teoria subjetiva em questão, é necessário ainda que o autor tenha capacidade de discernimento, uma vez que “aquele que não pode querer e entender não incorre em culpa e, ipso facto, não pratica ato ilícito”. (GONÇALVES, 2003, p. 20).

Hodiernamente, essa visão tem sido modificada pela doutrina jurídica que passou a dar uma atenção maior ao dano sofrido pela vítima, ampliando os prejuízos abrangidos pelo instituto da responsabilidade e admitindo, em alguns casos, a responsabilização por danos decorrentes não só da culpa, mas também do risco e perigo inerentes a determinadas atividades. Essa é a concepção da responsabilidade objetiva, na qual o foco primordial de atenção deslocou-se, de uma preferência por atender o interesse do responsável, por meio da exoneração de sua responsabilidade, para o interesse da vítima e seu direito de ser ressarcida. Nessa visão, Clóvis Beviláqua versava que:

"[...] o Direito Penal vê, por trás do crime, o criminoso e o considera um ente anti-social, ao passo que o Direito Civil vê, por trás do ato ilícito, não simplesmente o agente, mas principalmente a vítima, e vem em socorro dela, a fim de, tanto quanto lhe for permitido, restaurar seu direito violado, constituindo a eurritmia social refletida no equilíbrio dos patrimônios e das relações pessoais, que se formam no círculo do direito privado". (BELIVAQUA, 1929).

A teoria objetiva é também chamada teoria do risco, teoria esta prevista no art. 927 parágrafo único, na qual estabelece que haverá obrigação de reparar, aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, e que tal obrigação existe, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Na conceituação do ato ilícito, o Código Civil de 2002 remete ao artigo 187, caracterizando-o como o ato cometido pelo titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa fé, ou pelos bons costumes. E o artigo 186 define como ato ilícito a violação do direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral.

Assim, depreende-se que a regra geral adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro é a responsabilidade civil subjetiva, fundada na comprovação da culpa, além dos requisitos essenciais caracterizadores de qualquer responsabilização civil, conforme

se verifica no artigo 186 do Código Civil. Todavia, a teoria do risco é adotada quando a regra for ineficaz no atendimento das imposições do progresso, cabendo ao legislador fixar especificamente os casos regidos pela responsabilidade objetiva, criando um sistema em que as duas teorias se conjugam e dinamizam. Assim entendia o jurisconsulto pátrio Miguel Reale:

Responsabilidade subjetiva, ou responsabilidade objetiva? Não há que fazer essa alternativa. Na realidade, as duas formas de responsabilidade se conjugam e se dinamizam. Deve ser reconhecida, penso eu, a responsabilidade subjetiva como norma, pois o indivíduo deve ser responsabilizado, em princípio, por sua ação ou omissão, culposa ou dolosa. Mas isto não exclui que, atendendo à estrutura dos negócios, se leve em conta a responsabilidade objetiva. Este é o ponto fundamental. (REALE, 2003)

Diante do exposto, entende-se que as duas teorias devem se complementar, englobando um número maior de possíveis litígios.

3.2 Obrigação de meio e de resultado

Neste momento importante salientar que para que haja a classificação de uma obrigação como sendo de meio ou resultado é necessário que se tenha uma relação jurídica formada. Tal classificação, portanto, será feita a partir da manifestação da vontade das partes, diante de um negócio jurídico.

O negócio jurídico é um instrumento da autonomia privada, traduzido pelo poder que têm as pessoas de criar as regras de seu próprio comportamento para realização de seus interesses. É por meio do negócio jurídico que se dá vida às relações jurídicas tuteladas pelo direito. (VENOSA, 2003, p. 369).

Cumprе ressaltar que o instituto da autonomia privada, acima descrito, não é sinônimo de autonomia da vontade, pois esta possui uma conotação subjetiva, psicológica, enquanto aquela marca o poder da vontade no direito de forma objetiva, real e concreta.

Por conseguinte, não se pode classificar a obrigação como sendo de meio ou de resultado enquanto não houver a manifestação da autonomia privada, característica primordial do negócio jurídico.

Importa distinguir a obrigação de meio e de resultado, uma vez que delas decorrem efeitos diversos. Na obrigação de meio o devedor promete dispor de toda a diligencia para executar o contrato, ainda que não prometa um resultado, há a promessa de buscar alcançá-lo utilizando-se de todos os esforços. A atitude do devedor deve ser analisada em conjunto com as condições reais de realização da obrigação, assim como a qualidade do agente individualizado. No caso da responsabilização médica, Matielo assim dispõe:

Obrigação de meios é a que vincula o profissional à aplicação diligente de todos os recursos disponíveis para a melhor condução possível do caso clínico que será alvo de seus préstimos. Na relação que envolve obrigação de meios o objeto do contrato é a atuação zelosa e tecnicamente correta do médico; mantendo-se dentro dos parâmetros apontados pela ciência. (MATIELO, 1998, p. 53).

Já a obrigação de resultado, o devedor se compromete em um nível além da obrigação de meios, prometendo um resultado determinado e preciso. Como sua denominação está a indicar, é aquela em que se exige do sujeito a consecução de determinado fim à qual está subordinado o respectivo adimplemento (BITTAR, 1991).

Para exemplificar tais assertivas, pode-se citar a situação na qual um paciente busca certo tratamento médico, como por exemplo, uma cirurgia plástica estética (nariz). Se o profissional de saúde, qual seja, o médico cirurgião, ao realizar a consulta, mostrar na tela de um computador vários formatos de nariz, pedir para que a paciente escolha um de seu agrado, e afirmar que o nariz do paciente ficará naquele molde, neste momento concretiza-se a relação entre as partes, tendo por objeto uma obrigação de resultado.

Entretanto, se, nas mesmas circunstâncias, ao invés do médico afirmar para o paciente que seu nariz ficará naquele molde, e disser que diante de sua experiência profissional, as técnicas modernas as quais utiliza, os cursos que realizou no país e no exterior, disponibilizará de toda diligência para adequar no melhor formato o nariz do paciente, mas que não pode garantir que ficará igual ao de outra pessoa, uma vez que cada indivíduo tem suas características específicas e que nenhum ser humano é igual, estará criando uma relação com obrigação de meios.

Quando se trata de profissionais liberais não é o tipo de relação contratual que determina a classificação de uma obrigação (p. ex. tratamento médico, cirurgia plástica

estética ou reparadora, anestesia, odontologia, serviços de advogado, entre outros), e sim a análise concreta da manifestação da vontade das partes na formação da relação jurídica. Outrossim, há de se considerar também a possibilidade real em se estabelecer uma obrigação de resultado diante do corpo humano, uma vez que este possui características únicas e distintas, das quais podem surgir riscos diferentes, situações peculiares.

4 A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

Conquanto a distinção das obrigações de meio e resultado tenha aplicação nas mais diversas searas da responsabilidade civil, é na responsabilidade profissional, notadamente atividade da saúde, que reside sua mais expressiva aplicabilidade.

No passado existia uma discussão acerca da natureza jurídica da responsabilidade médica, dialogando-se se teria natureza contratual ou não. Tal contenda não mais existe já que resta claro a natureza contratual da prestação de serviços de um médico junto ao seu paciente e, conseqüentemente, de sua responsabilidade.

Vale ressaltar que na responsabilidade contratual, ao autor da ação, lesado pelo descumprimento, cabe apenas provar a existência do contrato, o fato do inadimplemento e o dano, com o nexo de causalidade, incumbindo ao réu demonstrar que o dano decorreu de uma causa estranha a ele. Há ainda a responsabilidade extracontratual ou delitual, na qual o autor da ação deve provar, ainda, a imprudência, negligência ou imperícia do réu causador do dano, este se isentando de responder pela indenização se o autor não se desincumbir desse ônus.

É pacífico o entendimento doutrinário a respeito de a obrigação contratual médica ser de meio e sua responsabilização de forma subjetiva, pois o que o médico pode afiançar é apenas a utilização de cautela na aplicação da arte médica, com os procedimentos éticos, conhecimentos e meios disponíveis no momento, tornando a conduta médica satisfatória. Todavia, podem surgir situações aleatórias e incertas, muitas das quais fogem ao controle do profissional. Por exemplo, se o indivíduo não pode fazer uso de determinado medicamento, é advertido pelo médico que não pode ingeri-lo, e mesmo assim o ingere, provocando-lhe uma reação colateral inesperada e que compromete seu quadro clínico, nesta hipótese não há que se cogitar em falta de

precaução pelo profissional, considerando que a situação foi provada por atitude pessoal do próprio enfermo.

Ademais é imprescindível a mentalidade de que todo procedimento médico tem o potencial de trazer uma complicação, por mais simples que seja, uma vez que cada indivíduo é um ser único, reagindo de formas diferentes a cada estímulo e acontecimento do meio, assim, a falibilidade do médico e da medicina é inquestionável.

Miguel Kfoury Neto apresenta o exemplo que segue, com relação aos meios que o médico dispõe no atendimento do paciente e eventual responsabilização quando deixa de usá-los:

Questão relevante cinge-se à concretização de exames complementares, a fim de orientar o diagnóstico, tornando-o o mais possível exato. Paciente pobre, internado pelo Sistema Único de Saúde em hospital público, necessita de exame ultrasonográfico (ou tomografia computadorizada, ou ressonância magnética), para que seu médico assistente possa estabelecer juízo de certeza diagnóstica. Não existem, entretanto, condições materiais para a realização do ultra-som. Com os elementos de que dispõe, o médico comete erro de avaliação diagnóstica e o paciente morre, conseqüentemente ao indevido tratamento que lhe foi dispensado. A questão deverá ser deslindada pela regra geral: se, naquelas circunstâncias, com os meios de que dispunha, o profissional não se desviou crassamente da conduta prevista para aquele caso, inexistirá culpa – e, por conseguinte, estará arredado o dever de indenizar.

O contrário ocorrerá, por óbvio, se o médico não utilizou todos os recursos a sua disposição, para elevar o grau de certeza diagnóstica. (KFOURI NETO, 2008, p. 88)

Ensina Gonçalves que o médico não se compromete a curar seu paciente, mas sim a tratá-lo com zelo, utilizando-se dos recursos adequados. Assim sendo, não poderá o médico ser responsabilizado por não atingir o resultado pretendido, ao menos que essa falta de alcance não tenha se dado por fatores exógenos, e sim pela falta de competência do médico, seja por falta de conhecimento, ou por não utilizar o aparelhamento adequado, ou até mesmo por diagnosticar errado o problema do paciente, ou seja, se ele agir com negligência, imprudência ou imperícia, levando em consideração a possibilidade da exigência técnica ou competência em cada situação.

Portanto, a responsabilidade profissional médica deverá ser aferida mediante o cauteloso exame dos meios por ele empregados em cada caso, e ainda que o caso questionado cause revolta, cabe ao julgador manter-se imparcial, não tomando qualquer decisão com base na emoção, em razão das peculiaridades da relação médico-paciente e a imperfeição da ciência.

Em razão de todo o exposto, verifica-se que é de entendimento majoritário a regra geral da obrigação assumida pelo profissional da saúde, qual seja, de obrigação de meio, em que se aplicam todos os esforços para que determinado fim seja atingido, sem haver, contudo, a vinculação a obtê-lo, devendo a vítima, em caso de insatisfação, demonstrar que houve negligência, imprudência ou imperícia por parte do profissional. Entendimento este firmado pelos Tribunais, conforme se vê na mais atual jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MEDICO. CIRURGIA DE CORREÇÃO DE HERNIA DISCAL. INOCORRENCIA DE CONDUTA CULPOSA. INOCORRENCIA DE LESÃO NERVOSA CAUSADA POR ATO MÉDICO. FIBROSE PÓS-OPERATÓRIA. COMPLICAÇÃO ESPERADA NESTE TIPO DE CIRURGIA. **Inocorrente falha na prestação do serviço médico, quando demonstrada a utilização da melhor técnica a atender a necessidade da autora à época e em razão do quadro e exames apresentados.** A existência de dores na paciente autora, decorrentes da fibrose formada próximo ao local do ajuste cirúrgico, assim como as quelóides, são reações naturais do corpo humano à intervenção cirúrgica, conforme afirma a prova pericial colhida nos autos. Demonstrado o atendimento pós-operatório, não tendo sido comprovadas as alegações de negativa de atendimento pelo hospital. O contexto probatório demonstra que a lamentável situação decorrente da autora, incapaz para as atividades laborais, não pode ser atribuída à responsabilidade da conduta médica-hospitalar, pois pré-existente lesão na coluna lombosacra, **sendo a prestação de serviços uma atividade de meio e não de resultado, ensejando ausência de dever de indenizar diante da não configuração da culpa do médico cirurgião imputado.** NEGARAM PROVIMENTO À APELAÇÃO. (Apelação Cível Nº 70059581488, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 10/09/2014).

Importante ressaltar que deve haver ainda o recrudescimento dos deveres de informação de forma exaustiva além do consentimento do paciente que deve ser expresso e claramente manifestado.

A regra geral da obrigação de meio é aplicável sem qualquer ressalva às cirurgias reparadoras, entretanto, para as cirurgias plásticas de cunho estético, a doutrina e jurisprudência brasileira vem adotando posição diversa. Nesse caso, a obrigação assumida tem sido de resultado, a fim de alcançar a finalidade almejada, e caso não seja apresentada, o cirurgião incorre em inadimplemento. Entendimento este que não deve ser corroborado pelos Tribunais, conforme razões que se seguem.

5 A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA NA CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA

Para introduzir o estudo a respeito da responsabilidade civil do médico-cirurgião na cirurgia plástica, importa tecer alguns comentários a respeito desta modalidade da medicina. A cirurgia plástica estética é aquela realizada pelo paciente com o objetivo de realizar melhorias à sua aparência. Quando um paciente se submete a tal intervenção cirúrgica não a faz com intenção ou propósito de obter alguma melhora em seu estado de saúde, mas sim para aperfeiçoar algum aspecto físico que não lhe agrada, ou seja, corrigir uma deformidade que adquiriu ao nascimento, por exemplo uma orelha proeminente (ou em abano), ou em casos de mama flácida que pode lhe dificultar um relacionamento afetivo. Situações que não lhe causam prejuízo da ordem funcional, mas sim de ordem psicológica, ou seja, não existe a necessidade real de mudança, a não ser a necessidade psicológica de insatisfação do paciente com seu corpo.

Seguindo essa linha de raciocínio, um paciente que procura um cirurgião plástico quer exatamente o resultado, a melhoria da aparência e não apenas que o cirurgião se empenhe atuando com diligência e conhecimento, caso contrário de nada adiantaria arriscar-se e gastar quantia substancial no ato cirúrgico.

Nesse sentido Stoco (2007) afirma que é extremamente difícil sustentar a tese de que a responsabilidade do cirurgião plástico estético seria de meio. A promessa de resultado seria essencial a este tipo de procedimento e a propaganda maciçamente feita destas cirurgias afirma o sucesso de intervenções desta natureza mostrando, inclusive,

imagens do “antes e depois” dos pacientes dando ensejo a expectativas quanto ao resultado.

Da mesma forma, entende Silvio Rodrigues, (2003, p. 252) que, no caso da cirurgia plástica o paciente almeja remediar uma situação desagradável, mas não doentia. Por conseguinte, o que o paciente busca é um fim em si mesmo, tal como uma nova conformação do nariz; a supressão de rugas; a remodelação de pernas; seios; queixo etc. De modo que o paciente espera do cirurgião não que ele se empenhe em conseguir um resultado, mas que obtenha resultado em si.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça também defende que, por se tratar de cirurgia estética, a obrigação assumida pelo médico é de resultado. Visualiza-se tal entendimento nas ementas, *in verbis*:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CIRURGIA ESTÉTICA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. REGRA DE INSTRUÇÃO. ARTIGOS ANALISADOS: 6º, VIII, E 14, § 4º, DO CDC.

1. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais, ajuizada em 14.09.2005. Dessa ação foi extraído o presente recurso especial, concluso ao Gabinete em 25.06.2013.
2. Controvérsia acerca da responsabilidade do médico na cirurgia estética e da possibilidade de inversão do ônus da prova.
3. **A cirurgia estética é uma obrigação de resultado, pois o contratado se compromete a alcançar um resultado específico, que constitui o cerne da própria obrigação, sem o que haverá a inexecução desta.** 4. Nessas hipóteses, há a presunção de culpa, com inversão do ônus da prova. 5. O uso da técnica adequada na cirurgia estética não é suficiente para isentar o médico da culpa pelo não cumprimento de sua obrigação. 6. A jurisprudência da 2ª Seção, após o julgamento do Reps 802.832/MG, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, DJe de 21.09.2011, consolidou-se no sentido de que a inversão do ônus da prova constitui regra de instrução, e não de julgamento. 7. Recurso especial conhecido e provido. (REsp 1395254 SC 2013/0132242-9 , 3ª Turma, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, p. 29/11/2013. Brasil, 2014, grifo nosso).

AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS E MATERIAIS. ERRO MÉDICO. CIRURGIA PLÁSTICA EMBELEZADORA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. SÚMULA 83/STJ. POSSIBILIDADE DE O

PROFISSIONAL DE SAÚDE ELIDIR SUA CULPA MEDIANTE PROVA. PERÍCIA QUE COMPROVA O NEXO DE CAUSALIDADE. REEXAME DE PROVAS. ANÁLISE OBSTADA PELA SÚMULA 7/STJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO COM RAZOABILIDADE. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

1. De acordo com vasta doutrina e jurisprudência, a cirurgia plástica estética é obrigação de resultado, uma vez que o objetivo do paciente é justamente melhorar sua aparência, comprometendo-se o cirurgião a proporcionar-lhe o resultado pretendido.

2. A reforma do aresto no tocante à comprovação do nexo de causalidade entre a conduta médica e os danos experimentados pela recorrente, demandaria, necessariamente, o revolvimento do complexo fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula n. 7/STJ.

3. A revisão da indenização por danos morais só é possível em recurso especial quando o valor fixado nas instâncias locais for exorbitante ou ínfimo, de modo a afrontar os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Ausentes tais hipóteses, incide a Súmula n. 7/STJ a impedir o conhecimento do recurso.

4. No caso vertente, verifica-se que o Tribunal de origem arbitrou o quantum indenizatório em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), pelos danos morais que a recorrida experimentou em decorrência do erro médico produzido pelo recorrente, que além de ter contrariado as expectativas da paciente com os resultados alcançados na cirurgia íntima de natureza estética a que foi submetida, gerou-lhe prejuízos em sua saúde.

5. Agravo regimental não provido. (AgRg nos EDcl no AREsp 328110 RS 2013/0110013-4, 4ª Turma, Rel. LUIS FELIPE SALOMÃO, p. 25/09/2013, Brasil, 2014, grifo nosso).

Como se vê da jurisprudência supramencionada é de entendimento majoritário que a obrigação, nas cirurgias plásticas estéticas, se dá através do resultado, porém, como se verá adiante essa posição é discutível. Cumpre salientar ainda que sendo a relação médico-paciente uma relação de consumo, deve ser atendido aquilo que dispõe o artigo 6º, inciso VIII, do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

(...)

VIII – a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipó-suficiente, segundo as regras ordinárias de experiências.

De acordo com o referido dispositivo legal, caberá ao juiz avaliar o cabimento da inversão do ônus da prova conforme seja, ou não, pertinente no caso concreto.

Portanto, ainda que a obrigação seja de meio, se o juiz considerar adequada a inversão do *onus probandi*, haverá de determiná-la, tendo em vista a proteção do consumidor por meio da facilitação de sua defesa.

A chamada inversão do ônus da prova, no Código de Defesa do Consumidor, está no contexto da facilitação da defesa dos direitos do consumidor, ficando subordinada ao critério do juiz, quando for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência (art. 6º, VIII). Isso quer dizer que não é automática a inversão do ônus da prova. Ela depende de circunstâncias concretas que serão apuradas pelo juiz no contexto da facilitação da defesa dos direitos do consumidor.

A inversão, ou não, do ônus da prova, portanto, deve ficar a cargo da decisão do juiz, não sendo de forma automática, como vem ocorrendo nos casos do prestador de serviço ser um cirurgião plástico. Contudo, é fundamental que os profissionais da medicina se preocupem em produzir meios de provas que sejam capazes de comprovar o correto procedimento desses profissionais em relação aos seus pacientes em todas as fases de sua atividade. Por essa razão, atualmente, é de extrema relevância que os cirurgiões-plásticos estéticos precavendam-se de modo a garantir que sejam responsabilizados nos limites de sua efetiva culpa.

Retomando ao objeto de estudo, qual seja, a obrigação de meio ou de resultado na cirurgia plástica estética, e vistos os posicionamentos a favor da obrigação de resultado para esta modalidade, cumpre agora analisar aqueles que defendem posição contrária ao entendimento majoritário brasileiro, entendimento no qual nos filiamos, de que a obrigação assumida até mesmo nas cirurgias de cunho estético deve ser de meio.

Importante discussão gira em torno do caráter puramente estético de uma cirurgia plástica estética, vez que é inegável a intervenção terapêutica deste tipo de cirurgia, às vezes, a reparação estética não está relacionada a doenças físicas, mas decorre de patologias ou anormalidades psicológicas. Assim entente Miguel Kfoury Neto:

Há que se entender saúde, todavia, como bem-estar não somente físico, mas também psíquico e social.

Nesse contexto, indubitosa é a feição curativa de que se pode revestir a cirurgia estética. Enfermidade não é apenas o processo patológico de degeneração orgânica ou física. Existe uma

variada gama de moléstias mentais e de perturbações psíquicas. A cirurgia estética pode atenuar ou eliminar totalmente um mal-estar, não físico, mas psíquico ou moral. (KFOURI NETO, Revista dos Tribunais, 1994, p. 150-151).

Portanto, não há que se fazer distinção entre uma cirurgia plástica estética e uma intervenção reparadora. Essa distinção existe pela falsa concepção dos juristas de que, ao contrário das demais intervenções, o procedimento estético não mexe com pessoas enfermas, apenas buscando priorizar as feições externas. Entretanto, isso não é o que deve acontecer, tendo em vista que, também em inúmeras cirurgias e intervenções reparadoras há, além do intento de sanar imperfeições, o desejo de tornar mais agradável a aparência, como é o exemplo de tratamentos dermatológicos. Assim, como afirmado no primeiro capítulo do presente artigo não há como separar a natureza estética da cirurgia reparadora nem tampouco o cunho reparador da cirurgia estética.

No que tange à responsabilidade civil obrigacional do cirurgião plástico, o Brasil deixa bastante a desejar, já que em muitos países, como por exemplo, a França, o dilema da obrigação de meio ou de resultado encontra-se pacificado há mais de quatro décadas. Como nos relata o notável jurista francês Penneau:

“La jurisprudence a admis, avec sans doute une certaine hésitation, que l’obligation du chirurgien esthétique n’était pas fondamentalement différente de l’obligation de tout autre chirurgien, en raison de l’aléa inherent à tout acte chirurgical.” (PENNEAU, 1977, p. 35)

“A jurisprudência admitiu, ainda que com uma certa hesitação, que a obrigação do cirurgião estético não era, fundamentalmente, diferente da obrigação de qualquer outro cirurgião, em virtude da álea inerente a todo ato cirúrgico.” (apud GIOSTRI, 2006, p. 84)

O entendimento supra se dá em razão do fator denominado *álea*, lecionado por Hildegard Taggesell Gistri (2006), o qual é amplamente defendido nas doutrinas e jurisprudências francesa, italiana e espanhola, e quase um desconhecido em nosso país. Esse fator trata da aleatoriedade que é tratar do corpo humano, afirmando que, devido a esta aleatoriedade, a prestação obrigacional só poderá se desenvolver na natureza de meio, pois não se pode responsabilizar o médico cirurgião por algo que esteja alheio ao seu alcance, de maneira imprevisível ou limitadamente previsível. A visualização dessa

situação pode se dar com uma reação que o corpo do paciente tenha a determinado procedimento ou medicamento, a uma infecção causada por fatores exógenos e que venha a prejudicar o resultado, ou até mesmo a inadimplência do paciente que muitas vezes não segue as orientações médicas acerca do pós-operatório e acaba por prejudicar o resultado que, pelo trabalho cirúrgico do médico, seria perfeito.

Assim, a orientação hoje vigente na França, na doutrina e na jurisprudência, defende que a obrigação a que está submetido o cirurgião plástico não é diferente daquela dos demais cirurgiões, pois corre os mesmos riscos e depende da mesma álea. Seria, portanto, como a dos médicos em geral, uma obrigação de meio. A particularidade residiria no recrudescimento dos deveres de informação, a qual deve ser exaustiva, e de consentimento, claramente manifestado, esclarecido e determinado. (AGUIAR, 2000, p. 151)

Ometto (2004, p. 207-208) leciona que há várias questões que estão fora do domínio do cirurgião plástico, tais como a evolução do processo de cicatrização, que depende de fatores individuais como espessura e textura da pele, além de influências hereditárias e hormonais. Menciona ainda outros elementos essenciais às cirurgias em geral e à anestesia, afirmando, com referência a esta última que não se sabe se o indivíduo entrará em choque com a medicação, se haverá parada cardíaca, embolia pulmonar, entre outras complicações. Ademais, questão relevante é a chamada assimetria, tanto anatômica quanto funcional, dos organismos e do corpo humano em geral. A implicação do fato é que também os fenômenos de reparação, nos quais se inclui a cicatrização, podem se dar de modo assimétrico em razão exclusivamente da álea.

Diante disso, não resta dúvida de que, em havendo a presença do fator álea em determinada obrigação, esta deverá ser tratada como obrigação de meio. Todavia, entende-se que para tanto é imprescindível que o profissional médico tenha fornecido a seu paciente a devida informação sobre todas as possibilidades de eventos adversos passíveis de ocorrência, e não só informado como também tenha se certificado de que o paciente entendeu claramente tais explicações.

Assim, atualmente vem surgindo no Brasil essa corrente, ainda minoritária, mas que merece prosperar, que pugna pela responsabilidade de meio das operações que visam precipuamente ao embelezamento do paciente, asseverando principalmente que é

impossível o médico pré-determinar o resultado de um procedimento cirúrgico e que, em praticamente todas as operações, há o mesmo risco envolvido, a mesma álea e o idêntico potencial de aparecimento de imprevistos.

Outrossim, luta pela incompatibilidade entre a atuação do cirurgião estético e o seu dever de sucesso o fato de que, muitas vezes, o paciente se exime de seus deveres e cuidados pós-operatórios e pratica extravagâncias, o que escapa do controle do médico e, em virtude de descuido único do tomador de serviços, o resultado positivo da correta atuação do médico fica comprometido. Em decorrência disso, o médico não pode ter sua culpabilidade já presumida, o que iria de encontro aos alicerces do Direito.

Ainda acerca da matéria, em discurso brilhante Miguel Kfoury Neto expõe:

Não há dúvida que a cirurgia plástica integra-se normalmente ao universo do tratamento médico e não deve ser considerada uma ‘cirurgia de luxo’ ou mero capricho de quem a ela se submete. Dificilmente um paciente busca a cirurgia estética com absoluta levandade e sem real necessidade, ao menos de ordem psíquica. Para ele, a solução dessa imperfeição física assume um significado relevante no âmbito de sua psique – daí se poder falar, ainda que em termos brandos, como afirma Avecone – de ‘Estado Patológico’ [...] Em recente publicação, Luís O. Andorno expõe as seguintes reflexões: ‘Se bem que tenhamos participado durante algum tempo deste critério de ubicar a cirurgia plástica no campo das obrigações de resultado, um exame meditado e profundo da questão levou-nos à conclusão de que resulta mais adequado não fazer distinções a respeito, ubicando também a cirurgia estética no âmbito das obrigações de meios, isto é, no campo das obrigações gerais de prudência e diligência’.

Para o jurista platino, o comportamento da pele humana, de fundamental importância na cirurgia plástica, revela-se imprevisível em numerosos casos. Acrescenta que toda intervenção sobre o corpo humano é aleatória. Anota, por fim, que a doutrina e a jurisprudência francesas têm se orientado nesse sentido.

E arremata: ‘A nosso juízo, o cirurgião plástico não está obrigado a obter um resultado satisfatório para o cliente, mas somente a empregar todas as técnicas e meios adequados, conforme o estado atual da ciência, para o melhor resultado da intervenção solicitada pelo paciente. (KFOURY NETO, Revista dos Tribunais, 2001, p. 160/176-177).

Por todo o exposto, pode-se afirmar, com absoluta certeza, que o mais sensato, quando da análise da reparação de dano ocasionado pelo cirurgião plástico, é a percepção de que tal profissional deveria receber tratamento semelhante ao conferido aos demais profissionais cirurgiões, inteligência que resta exposta e comprovada no rol de discussões supra e que vem buscando forças no mundo causídico para, um dia, erguer-se e vigorar como uma doutrina fortalecida e consistente.

O que esta minoria pretende demonstrar é que seja qual for a intervenção cirúrgica, as reações do organismo humano podem ser as mais diversas, pois cada ser é único, e consequências indesejadas, não somente pelo paciente, mas também pelo médico, podem sobrevir, ainda que se tenha empregado a melhor técnica, os melhores recursos e agido com toda perícia e prudência.

Adotado nosso posicionamento acerca da natureza obrigacional do médico na cirurgia plástica estética, passamos a esclarecer os efeitos e consequências gerados por esse posicionamento no que tange a possibilidade de o paciente ser indenizado por dano estético, caso não esteja satisfeito com o resultado obtido.

6 A INSATISFAÇÃO DO PACIENTE E A INDENIZAÇÃO POR DANO ESTÉTICO

Antes de tratar sobre o dano estético como uma lesão autônoma, importante fazer breves considerações a respeito das espécies de danos encontradas na legislação brasileira. No ordenamento jurídico pátrio, o dispositivo que trata sobre o tema é o art. 5º, que logo no inciso V, determina que caberá indenização por dano material, moral ou à imagem, quando houver violação à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, conforme complementa o inciso X do preceito em comento.

Vale salientar que a conjunção alternativa “ou”, contida no inciso V do art. 5º da Carta Magna não traduz fielmente a intenção do legislador quanto às indenizações cabíveis no nosso ordenamento jurídico, a melhor redação seria a conjunção aditiva “e”, assim, cabe reparação cumulativa por dano material, moral “e” à imagem, conforme Súmula 37 do Superior Tribunal de Justiça, não sendo este objeto de discussão.

No Direito Brasileiro as espécies de danos nominadas cingem-se aos danos materiais e morais. Contudo, na seara da responsabilidade civil médica, não menos

importante é o dano estético. Ressalte-se que os danos morais implicam em ofensas aos direitos da personalidade que, por sua vez, envolvem o aspecto da integridade física, da qual faz parte a aparência estética. Assim, é inevitável concluir que o dano estético é uma espécie de dano moral, sendo uma lesão a um direito da personalidade, embora tratado de maneira independente.

Essa espécie de dano refere-se à lesão à beleza física, à harmonia das formas externas do indivíduo, ou seja, lesão à sua imagem, difícil, no entanto, é saber determinar aquilo que é belo, quando seu conceito é tão abstrato e relativo.

Segundo Maria Helena Diniz (DINIZ, 2011, p. 98.), o dano estético é toda alteração morfológica do indivíduo, que, além do aleijão, abrange as deformidades ou deformações, marcas e defeitos, ainda que mínimos, e que impliquem sob qualquer aspecto um afeiamento da vítima, consistindo numa simples lesão desgostante ou num permanente motivo de exposição ao ridículo ou de complexo de inferioridade, exercendo ou não influência sobre sua capacidade laborativa.

Ao fazer-se a apreciação de um prejuízo estético deve-se levar em consideração a modificação sofrida pela pessoa em relação à sua imagem anterior. (LOPEZ, 1999, p. 45). Assim, o primeiro elemento caracterizador do dano estético é qualquer transformação para pior na aparência da vítima, havendo um desequilíbrio entre o passado e o presente.

Contudo, para haver sua configuração é necessário que a lesão seja definitiva, permanente, caso contrário caracterizar-se-ia o enriquecimento ilícito por parte do beneficiário da indenização, posto que, além do ressarcimento poderia ter, posteriormente, corrigida a deformidade que lhe afligia (SOUZA, 1999, p. 81-82). Se este for o caso, se resolverá com as habituais perdas e danos.

Portanto, a avaliação do dano estético deve ser o mais retardada possível, sem prejuízo da correta prestação jurisdicional, mas levando-se em conta a necessidade de irreversibilidade no dano apresentado para não se configurar, *a posteriori*, uma indenização indevida. Para que haja dano estético indenizável, necessário se torna que a modificação na aparência, a transformação, não seja passível de reversão. Com a

ressalva de que tal lesão não precisa ser aparente, basta que exista, ainda que em áreas pouco evidenciadas.

Além das características apresentadas, se faz necessário que o mesmo fato lesivo enseje dano moral, ou seja, a ofensa à integridade física deve promover sofrimento moral, para que assim seja configurado o dano estético. Em resumo, pode-se afirmar que são quatro os elementos que caracterizam o dano estético: piora na aparência, irreparabilidade, permanência e sofrimento moral.

Situações diversas podem acarretar o dano estético e, como objeto de reparação civil, tem como pressupostos básicos, para sua caracterização, a existência do dano, do ato lesivo e do nexo causal. Faz-se necessário também observar que o dano estético pode ser delitual (quanto não há vínculo anterior entre as partes) e contratual (quando as lesões advindas decorrem de tratamentos médicos).

Assim, a obrigação da reparação do dano estético será sempre produzida contratualmente ou delitualmente, com a observância da responsabilidade civil objetiva ou teoria do risco, onde neste caso basta o nexo de causalidade entre fato e dano, independente de culpa para ensejar obrigação de indenizar (art. 927, §único, CC).

Existem outros pontos distintos quanto à diferenciação das duas responsabilidades relativas ao dano estético, uma vez que a contratual é definida por termos contratuais podendo constar dela limitações, como cláusulas excludentes de culpa leve (até mesmo a culpa delitual). Outra diferença é esta primordial, diz respeito à presunção de culpa, que acarreta a inversão do ônus da prova quanto à responsabilidade contratual, o que traz maior facilidade para vítima. Já quanto à delitual, a culpa do autor deverá ser provada pela vítima.

Esta inversão do ônus probatório e a presunção de culpa não se ligam à divisão entre culpa contratual e culpa aquiliana. É a jurisprudência e a doutrina que vêm interpretando as obrigações estruturais, como obrigações de meio ou de resultado. Na qual a obrigação de meio tem por finalidade a própria atividade do devedor e a obrigação de resultado visa o resultado da atividade, assim, sendo relativo à responsabilidade contratual pode-se presumir ou não a culpa.

O art. 951 do Código Civil trata expressamente da responsabilidade de indenizar, que se impõe aos profissionais que, por negligência, imprudência ou imperícia, causarem lesão ou morte do paciente, agravarem sua condição de saúde, ou o inabilitarem para o trabalho. O mencionado dispositivo trata do profissional da medicina, vez que no exercício da atividade médica existe a possibilidade de que seus procedimentos venham a causar o referido dano ao paciente.

A responsabilidade médica, no geral, tem por fundamento a responsabilidade subjetiva, baseada na culpa e na obrigação de meio, daí porque se faz necessário a comprovação, por parte do paciente, da imprudência, negligência ou imperícia na atuação médica.

Ocorre que, se tratando de cirurgias plásticas estéticas, caso seja adotado o posicionamento da obrigação de resultado – como vem sendo adotado pelos Tribunais – a responsabilidade será objetiva, ficando a cargo do cirurgião a prova de que o dano causado decorreu de circunstâncias as quais ele não poderia ter previsto, nem mesmo com toda a cautela e diligência.

Tal enquadramento da operação plástica, como obrigação de resultado, coopera consequentemente para a presunção de culpa do médico na hipótese de inadimplemento do contrato, ocorrendo, portanto, a inversão do ônus da prova, sendo necessário que a vítima prove apenas que o resultado que deveria ter sido obtido, não o foi, e o nexo de causalidade entre o procedimento cirúrgico e tal lesão.

O que novamente demonstra o tratamento discriminatório e prejudicial a este profissional, posicionamento que não deve ser corroborado pelos Tribunais. Vislumbra-se neste estudo, portanto, a adoção da responsabilidade subjetiva para caracterização do dano estético, já que sua obrigação seria de meio, situação que protege o profissional da medicina, conferindo o desempenho regular de direito que lhe compete, com segurança jurídica para tanto e, caso seu paciente pleiteie uma indenização por dano estético, que seja apurada a culpa (*lato senso*), não havendo inversão do ônus da prova.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, não objetivamos o encerramento da discussão sobre o tema enfrentado, e sim uma análise das argumentações expostas, tendo em vista a

complexidade inerente a este campo do direito, qual seja, a responsabilidade civil, na atuação médica dos cirurgiões plásticos, motivo pelo qual a pesquisa científica relacionada a este assunto deve se perpetuar no mundo jurídico a fim alcançar um posicionamento mais justo nos Tribunais.

Através do relato histórico das cirurgias plásticas, observamos que na antiguidade essa prática era um mecanismo utilizado para corrigir imperfeições decorrentes de acidentes ou punições, e nos dias atuais atingiu o número de 23 milhões de intervenções realizadas em todo planeta – conforme estudo publicado pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica – restando claro sua evolução em razão da visão da sociedade moderna em torno da beleza física e a consequente aceitação dessa especialidade da medicina, que visa proporcionar melhoras à aparência estética.

Conforme explanação a respeito do instituto da responsabilidade civil, destacando-se os elementos formadores de uma obrigação de reparar – existência de uma conduta humana voluntária ativa ou omissiva; dano; culpa; e nexo causal – e suas teorias – objetiva e subjetiva –, verificamos que a regra no Direito Pátrio é a adoção da teoria subjetiva, fundada na comprovação da culpa, observando-se, ainda, os requisitos essenciais caracterizadores de qualquer responsabilidade civil, sendo a teoria do risco (objetiva) adotada quando a regra for ineficaz no atendimento das imposições de progresso.

Ainda concernente à responsabilidade civil, através do presente estudo, percebeu-se que esta pode se dar através de uma obrigação de meio ou de resultado, sendo a primeira àquela que vincula o profissional, apenas, ao cumprimento diligente de sua atividade, com emprego da técnica e ferramenta disponíveis no momento, ausente, contudo, a promessa do resultado. E a segunda, por sua vez, àquela que obriga o prestador de serviços à consecução de determinado fim à qual está subordinado o respectivo adimplemento.

Ao entrar no mérito da responsabilidade civil médica, destacou-se que esta possui natureza contratual, na qual, ao autor da ação, lesado pelo descumprimento, cabe apenas provar a existência do contrato, o fato do inadimplemento e o dano, com o nexo de causalidade, incumbindo ao réu demonstrar que o dano decorreu de uma causa estranha a ele. Ressaltando que cabe ainda a responsabilidade extracontratual ou delitual

quando restar provado pelo autor que houve imprudência, negligência ou imperícia do réu causador do dano.

Nesse contexto demonstrou-se que a doutrina e jurisprudência são equânimes ao atribuir ao profissional da medicina, prestador de serviços da relação consumerista em análise, uma obrigação de meio, já conceituada anteriormente como aquela consagrada a partir de uma atuação diligente, responsável e que empregue todos os seus conhecimentos e ferramentas disponíveis, não se vinculando ao resultado pretendido, em razão da imprevisibilidade da saúde humana.

Essa imprevisibilidade é atribuída através do fator *álea*, conceituado neste estudo como a zona aleatória de todo organismo humano, que é previsível até certo ponto, a partir do qual entra-se no universo nebuloso da imprevisibilidade e imponderabilidade.

No que tange à responsabilidade civil médica na cirurgia plástica estética, depreendeu-se que um cirurgião plástico em seu atuar depara-se com o mesmo fator da imprevisibilidade supramencionado, inerente ao organismo humano e à atividade médica, assim, não se pode atribuir tratamento diverso no que diz respeito à responsabilidade desses profissionais, como vem ocorrendo na doutrina e jurisprudência brasileira.

Assim, concluímos que a obrigação de resultado somente é adequada para os casos de prestações determinadas, onde o fator *álea* não está presente, daí porque é inadequado considerar como de resultado uma obrigação cujo cumprimento se desenrola numa zona tão aleatória quanto a do organismo humano.

Sabe-se que um paciente ao procurar um cirurgião plástico, o faz em busca de melhorar algum aspecto físico que lhe desagrade, bem como que este encontra-se – ao menos em tese – em perfeito estado, seria admissível, portanto, que após a intervenção cirúrgica o paciente viesse a se encontrar em condição pior àquela anterior à cirurgia. Não é esse tipo de situação que o presente estudo se reportou, mas, sim, do que advém – na forma de consequência negativa –, como resultante da subjetividade do ser humano, da complexidade de seu organismo, do fator *álea* presente e da participação do próprio paciente no resultado final, tão importante para determinar um bom resultado ou para alterá-lo.

Desta feita, se comprovado que o resultado negativo adveio por erro do profissional, este deve ser responsabilizado. Por outro lado, não pode ser responsabilizado se, ao fazer tudo que estava ao seu alcance, dentro das condições físicas e mentais e das técnicas consideradas adequadas, o resultado atingido não foi o esperado ou o ideal, até porque o que é ideal para uns não o é para outros.

Portanto, a teoria da obrigação de resultado deve ser aplicada quando se tratar de área previsível, ponderável, não subjetiva e com ausência do fator álea, características estas completamente distintas daquelas encontradas na área médica da cirurgia plástica estética, sendo adequada, assim, a aplicação da obrigação de meio, a mesma de qualquer outra área médica, em virtude do mesmo subjetivismo, imprevisibilidade do organismo e complexidade presentes. Somando ao exposto, o artigo 4º da resolução nº 1.621/2001⁵, do Conselho Federal de Medicina aduz que “O objetivo do ato médico na Cirurgia Plástica como em toda a prática médica, constitui obrigação de meio e não de fim ou resultado”.

Por último, ao tratar do dano estético - entendido como uma ofensa aos direitos da personalidade, no que tange à integridade e beleza física – constatou-se que o referido dano vem sendo comum objeto de reparação civil, notadamente nos casos de insatisfação do paciente com o resultado obtido nas cirurgias plásticas estéticas.

Assim, ao adotar o posicionamento supramencionado – de obrigação de resultado –, no qual não nos filiamos, consequentemente, com a configuração do dano estético, haverá presunção de culpa do médico e ainda inversão do ônus da prova, sendo necessário que a vítima prove apenas o nexo de causalidade entre o fato e o dano, independente da culpa para ensejar obrigação de indenizar. Devendo-se, no entanto, admitir posicionamento já defendido no presente estudo, de uma obrigação de meio, fazendo com que a reparação civil do dano estético, decorrente de procedimentos cirúrgicos, também seja mediante a comprovação de culpa (*lato sensu*).

Dessa forma, discordando da doutrina e jurisprudência, ainda majoritária, conclui-se que a obrigação do profissional médico, independente de sua especialidade, deve ser de meio, em razão de todos os argumentos apresentados, posição esta adotada

⁵ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm> Acesso em: 05 de outubro de 2014.

na doutrina e jurisprudência francesa, alemã, espanhola e argentina, tese que deve ser no mínimo debatida e refletida no mundo jurídico.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JUNIOR, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. In: Direito e medicina: aspectos jurídicos da Medicina, Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

BELIVAQUA, Clovis. Teoria Geral do Direito Civil, 2. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1929.

BITTAR, Carlos Alberto. Curso de Direito Civil, 2. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1991.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Código de Proteção e Defesa do Consumidor e Legislação Correlata. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm> Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL, Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm> Acesso em: 25 set. 2014.

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil Brasileiro - Responsabilidade Civil. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. Erro Médico – Responsabilidade Médica – As obrigações de meio e resultado: avaliação, uso e adequação. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOMES, Orlando. Responsabilidade Civil. Texto revisado, atualizado e ampliado por Edvaldo Brito. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade civil por erro médico. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LOPEZ, Teresa Ancona. Dano Estético: responsabilidade civil. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.

MATIELO, F.Z. Responsabilidade civil do médico. 1. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

OMETTO, R.T.V. Responsabilidade civil do médico cirurgião. Capivari: Unimed Gráfica e Editora, 2004.

REALE, Miguel. Lições Preliminares de Direito. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

RODRIGUES, Silvio. Responsabilidade Civil. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

SOUZA, Neri Tadeu Câmara. Responsabilidade Civil e Penal do Médico. Campinas/SP: LZN, 1999.

SOUZA, Henrique Freire de Oliveira. Responsabilidade Civil na Área da Saúde Privada. 2. ed. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2010.

STOCO, Rui. Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência. Revisado, ampliado e atualizado. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça de Rio Grande do Sul. Apelação Cível n. 70059581488, Apelante: Rosa Monteiro, Apelado: Grupo Hospitalar Conceição, Nona Câmara Cível, Relator: Des. André Luiz Planella Villarinho, 10 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/139227189/apelacao-civel-ac-70059581488-rs>> Acesso em: 13 ago. 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. Direito Civil – Responsabilidade Civil. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Agravo em Recurso Especial n. 328.110 - RS (2013/0110013-4), Agravante: J.B.J.N, Agravado: A.S.O.O, Quarta Turma, Relator: Min. Luis Felipe Salomão, 19 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24202906/agravo-regimental-nos-embargos-de-declaracao-no-agravo-em-recurso-especial-agrg-nos-edcl-no-aresp-328110-rs-2013-0110013-4-stj/inteiro-teor-24202907>> Acesso em: 15 set. 2014.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Recurso Especial n. 1395254 SC 2013/0132242-9, Recorrente: Adriano José Tonin, Recorrido: Maurício Luiz Pertuzzatti, Terceira Turma, Relator: Min. Nancy Andrighi, 29 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24712655/recurso-especial-resp-1395254-sc-2013-0132242-9-stj>> Acesso em: 21 set. 2014.