

## **Responsabilidade civil do médico no CDC e iatrogenia. Deveres de informação. Consentimento informado.**

Marcella L. de C. Pessanha Oliboni

*Sumário: 1. Introdução. 2. A boa-fé objetiva. 2.1. Dever de informação e consentimento informado. 3. Responsabilidade Civil do médico no CDC. 3.1. Teoria da Qualidade. 3.2. Obrigação de meio e obrigação de resultado. 3.3. Inversão do ônus da prova. 3.4. Responsabilidade Civil médico-hospitalar. 4. Excludentes da responsabilidade civil médica. 4.1. Outras formas de exclusão. 4.1.1. Risco inerente. 4.1.2. Iatrogenia. 5. Princípio da precaução. 6. Teoria da perda da chance. 7. Res ipsa loquitur. 8. Considerações finais.*

### **1. Introdução.**

Durante algum tempo doutrina e jurisprudência oscilavam em reconhecer a relação médico-paciente como relação de consumo. Superada a discussão tanto na academia quanto nos tribunais, firmou-se a aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor a esta espécie de relação.

E não podia ser diferente. Sendo o médico um prestador de serviço que exerce o ofício no mercado de consumo com habitualidade, profissionalismo e mediante remuneração, ele é reconhecidamente fornecedor, nos termos do art. 3º do Código de Defesa do Consumidor. E o seu paciente, por sua vez, é o destinatário final (fático e econômico) deste serviço. Portanto, consumidor, nos termos do art. 2º do Código de Defesa do Consumidor.

O CDC é uma lei que surge no ordenamento jurídico pátrio em um momento de transição histórica – do individualismo para o solidarismo social – e em razão de determinação constitucional (arts. 5º, XXXII, 170, V da CR e art. 48, ADCT). Por isso, é uma lei protetiva de um sujeito de direitos que se preocupa mais com a proteção da dignidade, da saúde e da vida desse sujeito do que com o seu patrimônio. Porque o ser vale mais que o ter. É o fenômeno da “constitucionalização” do direito civil.

E sendo lei protetiva de um sujeito de direitos, com foco na proteção de sua saúde e segurança, o legislador se preocupou em destacar, de início, como direito básico do consumidor “a proteção da vida, saúde e segurança do consumidor contra os **riscos** provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados nocivos ou perigosos.” (art. 6º, I do CDC)

O dispositivo citado deixa claro que o CDC não proíbe a colocação no mercado de produtos e serviços nocivos ou perigosos. Apenas exige a proteção do consumidor em relação aos riscos inerentes à sua execução ou à sua utilização.

E é fato que existem no mercado de consumo poucas atividades mais perigosas do que aquela exercida pelo profissional médico. O risco é intrínseco ao exercício da medicina (periculosidade latente). Qualquer falha pode ser fatal. O médico lida com vidas e, por isso, há um risco inerente à sua atividade, um risco intrinsecamente atado à própria natureza do serviço e ao seu modo de prestação<sup>1</sup>.

Assim, o paciente que vai se submeter a um ato cirúrgico, por mais simples que seja, sabe que corre riscos. E riscos inerentes ao ato. O que o médico tem que observar é o dever de informar a esse paciente que riscos são estes. Não os informando, responde pela eventual ocorrência dos mesmos.

O dever de informar é mais um direito básico do consumidor, insculpido no art. 6º, III do CDC. É através dele que o médico obtém o consentimento informado de seu paciente. E só o consentimento informado afastará a responsabilidade do médico pelo risco inerente.

Nessa esteira, a multicitada lei específica enfatizou a importância de conferir proteção à segurança, à saúde e à vida do consumidor em vários de seus dispositivos, a se destacar o art. 6º, I e os arts. 8º ao 10, valores estes objeto de cuidados do profissional da medicina.

Partindo de tais premissas, afirma-se que o serviço que o médico disponibiliza no mercado de consumo deve guardar observância a toda principiologia contida no Código de Defesa do Consumidor, com especial enfoque para o princípio da boa fé objetiva e seus consectários e, no que tange à responsabilidade civil, para a Teoria da Qualidade.

## **2. A Boa-Fé Objetiva**

O princípio da boa-fé objetiva, ineditamente positivado no direito pátrio no art. 4º, III do CDC, ganha concretude através da cláusula geral proibitória delineada no art. 51, IV do mesmo diploma legal, devendo ser observado em todas as relações jurídicas, contratuais (em todas as suas fases - pré contratual, execução e pós contratual) ou não.

Referido princípio, que constitui a base principiológica do Código de Defesa do Consumidor, na lição de Ruy Rosado de Aguiar Jr., exerce três funções: “a) fornece os critérios para a interpretação do que foi avençado pelas partes, para a definição do que se deve

---

<sup>1</sup> Cavalieri Filho, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil, 8ª edição, São Paulo: Atlas, 2008, p. 377

entender por cumprimento pontual das prestações; b) cria deveres secundários ou anexos; e c) limita o exercício de direitos.”<sup>2</sup>

Cingindo-se a análise das funções da boa-fé ao tema em estudo, há que se destacar uma delas - a função de criação de deveres anexos ou instrumentais. Extrai-se da boa-fé objetiva que não basta às partes contratuais - ou aos parceiros, como prefere a Professora Cláudia Lima Marques<sup>3</sup> - cumprir o dever principal do contrato. Este guarda deveres acessórios, deveres secundários, de observância tão indispensável quanto o principal.

Melhor doutrina aponta três deveres anexos criados pela boa-fé objetiva: o dever de informação ou aconselhamento, o dever de cuidado ou segurança e o dever de cooperação ou lealdade.

### **2.1. Dever de informação e consentimento informado.**

O médico, assim como todo fornecedor, possui deveres específicos no exercício de seu mister. José de Aguiar Dias<sup>4</sup> decompõe as obrigações implícitas no contrato médico em deveres de: 1) conselhos; 2) cuidados; 3) abstenção de abuso ou desvio de poder.

De se observar que os deveres citados pelo tratadista espelham-se nos deveres anexos criados pela boa-fé objetiva, quais sejam, de informação (conselhos), de cuidado ou segurança (cuidados) e cooperação ou lealdade (abstenção de abuso ou desvio de poder) e que, como já se mencionou, devem estar presentes na relação médico-paciente.

Mas não são estes os únicos deveres impostos aos médicos.

“Além dos deveres de informação, obtenção de consentimento e de cuidado, tem o médico os deveres de: a) sigilo, previsto no artigo 102 do Código de Ética; b) não abusar do poder, submetendo o paciente a experiências, vexames ou tratamento incompatíveis com a situação; c) não abandonar paciente sob seus cuidados, salvo caso de renúncia ao atendimento, por motivos justificáveis, assegurada a continuidade do tratamento (art. 61, Código de Ética); d) no impedimento eventual, garantir sua substituição por profissional habilitado; e) não recusar o atendimento de paciente que procure seus cuidados em caso de urgência, quando não haja outro em condições de fazê-lo.”<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Aguiar Júnior, Ruy Rosado de. A Boa-fé na relação de consumo. Revista de Direito do Consumidor, nº 14, p. 20 a 27, abr/jun. 1995.

<sup>3</sup> Marques, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais - 5ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006

<sup>4</sup> Dias, José de Aguiar. Da Responsabilidade Civil, vol. I, Rio de Janeiro: Forense, 1994, 9ª edição, pág. 256

<sup>5</sup> Aguiar Júnior, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 84, n. 718, pp. 33-53, ago. 1995.

Atendendo ao foco do presente trabalho, merece atenção especial o dever de informação ou aconselhamento, que resume e acomoda vários dos outros deveres citados.

Para o exercício de sua atividade, o médico deve informar ao paciente sobre a cautela que seu estado recomenda, deve adverti-lo dos riscos do tratamento ou do procedimento indicado, dos efeitos colaterais recorrentes das medicações prescritas, deve instruí-lo e orientá-lo na decisão sobre por qual tratamento optar, analisando o risco-benefício de cada ato seu.

É através desse dever de aconselhamento/informação que o médico vai obter do paciente o consentimento para atuar, para prescrever e para intervir. Sempre que houver um risco, é necessário que o paciente consinta com a conduta médica.

Neste sentido, a lição de Sergio Cavalieri Filho:

“(…) Na verdade, o direito à informação está no elenco dos direitos básicos do consumidor: “informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, bem como sobre os riscos que apresentam” (art.6º, III do Código de Defesa do Consumidor). A informação tem por finalidade dotar o paciente de elementos objetivos de realidade que lhe permitam dar, ou não, o consentimento. É o chamado consentimento informado, considerado, hoje, pedra angular do relacionamento médico paciente. A informação deve ser completa, verdadeira e adequada, pois somente esta permite o consentimento informado.”

Quanto à veracidade integral da informação ao próprio paciente, Savatier, citado por José de Aguiar Dias<sup>6</sup>, recomenda que

“o médico não deve jamais tratar o doente senão como um ser humano com um princípio de razão e de liberdade. A ausência de pormenores técnicos não impede mostre sumariamente os riscos do tratamento aconselhado; a necessidade de salvaguardar o moral não deve ser superestimada em relação ao direito de saber para onde o conduzem. Em todo o caso, se considerações de ordem moral impedem de o instruir cabalmente, o médico deve a verdade completa aos membros da família com autoridade sobre o doente.”

O consentimento do doente deve ser alcançado após ter-lhe sido oferecido esclarecimento suficiente sobre os riscos que podem eventualmente ocorrer e só pode ser dispensado em casos de urgência ou de atuação compulsória do médico. Apenas o próprio doente pode decidir se prefere correr os riscos e aceitar ser submetido aos mesmos ou não.

---

<sup>6</sup> Ob. Cit., p. 257

Mas a falta de informação só gera responsabilização do médico se efetivamente o paciente sofrer danos. A simples omissão do médico neste aspecto não gera danos, mas “é preciso distinguir: se a intervenção era indispensável e causou dano, a falta de informação adequada não pode ser levada em conta, a não ser para uma indenização por dano moral; se dispensável, sim, porque o paciente poderia ter decidido não correr o risco.”<sup>7</sup>

O fato é que ainda que não havendo defeito na conduta do médico e mesmo sendo o dano causado ao paciente proveniente do risco inerente da intervenção, se não houve prévio consentimento informado, o médico poderá ser responsabilizado.

Isto porque a lei impõe seja dada ao paciente a chance de optar por se submeter aos riscos da intervenção ou não. Não cabe ao médico a escolha. É o que estabelece o art. 15 do CC, *verbis*: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se com risco de vida a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

Por óbvio, excepcionam-se desta situação, os casos em que se verifica ser impossível ou não recomendável aguardar-se o tempo de se prestar a informação e obter o consentimento. É o denominado privilégio terapêutico.

Elucidativa a seguinte decisão sobre o tema em comento, prolatada pelo Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro:

“Responsabilidade Civil. Erro médico. Caracterização. Limites. Cirurgia de prostatectomia. Lesões permanentes. Seqüelas de incontinência urinária e impotência. Prova pericial deficiente. Evento ocorrido sob a égide do Código de Defesa do Consumidor. Observância do princípio da reparação necessária. Responsabilidade objetiva das prestadoras de serviços médicos. Responsabilidade mediante a verificação de culpa do médico com aplicação com aplicação do princípio da inversão do ônus da prova. Sentença de improcedência reformada. (...) Se o médico não adota a providência acauteladora de fazer o paciente bem ciente do risco e obter sua anuência para tal intervenção, não se pode pretender deste conduta diversa da busca de ampla reparação pelos danos graves e irreversíveis que sofreu. (...) E depois, restando fisicamente e moralmente liquidado para uma vida normal, basta o médico dizer “sinto muito” ou o perito afirmar que tais conseqüências “independem do cirurgião?” Não! Definitivamente não! A culpa exsurge da circunstancia de não comprovar o médico a conscientização do paciente dos riscos a que será submetido e obter sua anuência expressa para tanto, independentemente de ter ocorrido, no caso,

---

<sup>7</sup> Aguiar Júnior, Ruy Rosado de. Ob. Cit.

uma lesão no esfíncter, o que se comprovado apenas agravaria a responsabilidade do profissional pela caracterização da imperícia.”<sup>8</sup>

No mesmo diapasão, André Gonçalo Dias Pereira<sup>9</sup> ensina que

“o dever de esclarecer e de obter o consentimento do paciente têm em vista salvaguardar os bens jurídicos *autodeterminação e liberdade pessoal* bem como a *integridade física e psíquica*. Assim sendo, o médico responde, em princípio, por todas as conseqüências da intervenção, devendo compensar os danos patrimoniais e não patrimoniais resultantes da intervenção arbitrária.”

Mas existem limites para este dever de informar. Deve ser verificada a circunstância em que o caso ocorreu (urgência/emergência), se os riscos são consideráveis ou se são estatisticamente irrelevantes e se, caso fosse informado, o paciente teria se recusado a aceitar o tratamento.

Se não houve tempo suficiente para formalização da informação antes de ser prestado o socorro médico, não há que se responsabilizar o profissional, se não houve culpa.<sup>10</sup> Ainda, os riscos a serem informados são aqueles normais e previsíveis. Não se exige que se informe todo e qualquer risco grave ou hipotético ou raro ao paciente. E, por fim, de se verificar o comportamento e as características pessoais do paciente para identificar se é necessário ou recomendável esclarecer-lhe sobre determinados riscos.

O que vale para a análise responsável do tema é a observância do princípio da razoabilidade e da proporcionalidade. Ou se estará contribuindo para uma relação baseada na dúvida, na desconfiança, em suspeitas e, ainda, na burocracia. São todos os adjetivos que uma relação médico-paciente dispensa. Médico e paciente devem ser parceiros e não oponentes.

### 3. Responsabilidade Civil do médico no CDC

<sup>8</sup> Ap. Cív. nº 20.632, 5ª Câmara Cível, j. 03/04/2001, Rel. Des. Roberto Wider. No mesmo sentido: “Intervenção cirúrgica. Consentimento informado. Inobservância do art. 15 CC/02. Precedentes. Dano material. Perda da chance. Dano moral configurado. O paciente deve participar da escolha e discussão acerca do melhor tratamento tendo em vista os atos de intervenção sobre o seu corpo. Necessidade de informações claras e precisas sobre eventual tratamento médico, salientando seus riscos e contra-indicações, para que o próprio paciente possa decidir, conscientemente, manifestando seu interesse através do *consentimento informado*. No Brasil, o Código de Ética Médica já há muito previu a exigência do consentimento informado *ex vi* arts. 46, 56 e 59 do atual. O CC/02 acompanhou a tendência mundial e positivou o consentimento informado no art. 15. A falta injustificada de informação ocasiona quebra de dever jurídico, evidenciando a negligência e, como conseqüência, o médico ou a entidade passa a responder pelos riscos da cirurgia não informados ao paciente. A necessidade do consentimento informado só poderá ser afastada em hipótese denominada pela doutrina de *privilegio terapêutico*, não ocorrente no presente caso. (...)” Ap. Cív. nº 13.957, 9ª Câmara Cível, j. 05/09/2006, Rel. Des. Roberto de Abreu Silva

<sup>9</sup> Pereira, André Gonçalo Dias. O dever de esclarecimento e a responsabilidade médica, *Revista dos Tribunais*, 2005, ano 94, São Paulo, p. 69-109.

<sup>10</sup> Idem, *ibidem*. “Quanto mais **urgente** for o tratamento, menos rigor deve ser exigido quanto à informação a revelar ao paciente”. E prossegue o autor, citando decisão da Audiência Provincial de Ávila: “em caso de conflito entre o dever de informação e a assistência ao paciente, deve prevalecer sempre este último por assim o exigir o princípio da proporcionalidade”.

A relação travada entre o médico e o seu paciente tem como objetivo a preservação e a manutenção da vida-saúde deste último. A proteção constitucional conferida a este binômio (arts. 1º, III, 196, 197 e 199 da Constituição da República) e reforçada pela norma especial infra-constitucional (art. 6º, I e arts. 8º ao 10 do CDC) impõe que ao médico seja exigida conduta que guarde a mais estrita observância à boa-fé objetiva e aos citados deveres anexos criados pela mesma no exercício de seu mister. A não observância implicará em caracterização de conduta abusiva e/ou ilegal, passível de responsabilização de seu autor em razão dos danos eventualmente causados ao paciente.

Ressalte-se que a confiança é o pilar desta relação, é o valor que a sustenta. E assim deve ser em toda e qualquer relação de consumo. Mas esta, especificamente, tem um *plus*. A confiança que o doente deposita no seu médico assistente é a de que este protegerá seus bens mais valiosos – saúde e vida. Tão valiosos que protegidos pela Carta Maior, ao erigir a fundamento da República a dignidade da pessoa humana, valor humanístico que se desdobra em quatro princípios: igualdade, liberdade, integridade psicofísica e solidariedade.<sup>11</sup>

Baseado na confiança e na legítima expectativa de que o médico resguardará seus valores mais especiais, o consumidor paciente, com sua vulnerabilidade mais acentuada pelo simples fato de encontrar-se enfermo, merece atenção especial quando da reparação de eventuais danos que lhe sejam causados.

Não se olvide, por outro lado, que o equilíbrio da relação é preocupação pontual do legislador especial, evidenciada principalmente quando excepciona as regras da responsabilidade civil e impõe a necessidade de comprovação da culpa do profissional liberal identificando-se uma responsabilidade subjetiva (art. 14, §4º, CDC).

Não fosse assim, o que estaria em risco seria o sério e prudente exercício da medicina, que se tornaria tão burocrático e temerário que poderia beirar as raias da inviabilidade. Por esta razão, o que se busca é a harmonização e o equilíbrio da relação, fulcrados na equidade e na boa-fé<sup>12</sup>.

### **3.1. Teoria da Qualidade**

<sup>11</sup> Bodin de Moraes, Maria Celina. Danos à Pessoa Humana: Uma Leitura Civil-Constitucional dos Danos Morais. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 356 p.

<sup>12</sup> Art. 4º, CDC: A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria de sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

**I** – (...)

**II** – (...)

**III** - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (artigo 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

A Teoria da Qualidade, teoria francesa importada para o nosso Direito com muita propriedade pelo Professor Ministro Antonio Herman Benjamin, impõe a todo e qualquer fornecedor o dever geral de só inserir produtos e serviços no mercado de consumo que ostentem Qualidade. E nas suas duas vertentes: qualidade adequação e qualidade segurança.

Na lição da Professora Cláudia Lima Marques apresenta-se uma garantia implícita, baseada na confiança do consumidor no produto e serviço que pretende utilizar ou adquirir:

“Observando a evolução do direito comparado há toda uma evidência que o legislador brasileiro inspirou-se na idéia de garantia implícita do sistema da *common law (implied warranty)*. Assim, o produto ou serviços prestados trariam em si uma garantia de adequação para o seu uso e, até mesmo, uma garantia referente à segurança que deles se espera. Há, efetivamente, um novo dever de *qualidade* instituído pelo sistema do CDC, um novo dever *anexo* à atividade dos fornecedores.”<sup>13</sup>

Assim, fácil concluir que o serviço que o médico oferece ao seu paciente deve ser adequado e seguro ou este profissional liberal submeter-se-á às regras da responsabilidade civil inculpidas no Código de Defesa do Consumidor, seja a relação estabelecida entre os mesmos contratual ou extracontratual (atendimento de urgência, atendimento a incapaz ou a pessoa inconsciente, por exemplo). A lei especial impõe a responsabilização do médico, seja qual for a natureza jurídica da relação, pondo fim à tradicional dicotomia.

A sede legal da responsabilidade civil do profissional liberal da medicina (profissional graduado e no exercício da atividade com habitualidade) é o art. 14, §4º do CDC<sup>14</sup>, que abre exceção ao regime da citada lei especial e institui uma responsabilidade subjetiva quando exige a presença do elemento normativo culpa.

Enfatize-se, por fim, que a responsabilidade **pessoal** do profissional liberal é subjetiva. Delimitando o tema, a responsabilidade pessoal e direta do médico é subjetiva. A do hospital continua sendo objetiva, regida pelo art. 14, *caput*, CDC. Idem para os planos de saúde. Todos estes solidários, porém, por força do art. 7º, parágrafo único, do CDC.

### 3.2. Obrigação de meio e obrigação de resultado

A doutrina é assente em afirmar que a obrigação do médico não é de cura. O profissional de saúde tem a obrigação de empregar todos os meios que a medicina e a ciência lhe disponibilizam para tentar alcançar a cura de seu paciente, para precisar o diagnóstico,

---

<sup>13</sup> Op. Cit. pp. 1148-1149

<sup>14</sup> Art. 14, §4º: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.”



para prescrever o remédio e/ou o tratamento mais indicado. A questão a se verificar é se o médico não alcançou a cura porque a ciência não lhe permitiu ou porque agiu com culpa (negligência, imprudência ou imperícia).

Conclui-se, assim, que a obrigação do médico é, em regra, de meio. Nenhum médico pode se comprometer a curar ou a salvar a vida um paciente, já que há limitações decorrentes da própria ciência médica e da resposta individual de cada organismo.

Desta forma, a responsabilidade é subjetiva pura. Ela não decorre do mero insucesso do diagnóstico ou do tratamento. É necessária a prova da culpa.

Na lição de Carlos Roberto Gonçalves, diz-se de meio a obrigação em que “o devedor promete empregar seus conhecimentos, meios e técnicas para a obtenção de determinado resultado, sem no entanto responsabilizar-se por ele.”<sup>15</sup>

O consumidor, neste caso, se submete ao risco de não ver alcançado o resultado pretendido. Ele assume uma álea.

A obrigação de resultado faz com que o profissional se comprometa a alcançar o resultado pretendido. Não alcançando o resultado, será inadimplente e responderá pelos prejuízos causados.

Com raras, mas respeitáveis exceções<sup>16</sup>, tem-se firmado jurisprudência no sentido de que a obrigação do cirurgião plástico, quando realiza cirurgia estética<sup>17</sup>, é de resultado. Ou seja, deve ele alcançar o resultado prometido ou responderá civilmente. Neste caso, a culpa do médico é presumida. Diferentemente da obrigação de meio em que haverá responsabilização apenas se restar provado que o resultado não foi atingido porque faltou diligência na conduta do médico. Daí a importância da diferenciação.

Registre-se que a obrigação que o médico assume de alcançar o resultado na cirurgia estética está intimamente ligado ao cumprimento do dever de informação. O cirurgião deve informar ao seu paciente não apenas sobre os bons resultados do procedimento, mas sobre os riscos inerentes ao procedimento a que será submetido, inclusive o possível não alcance do resultado pretendido pelo paciente em sua integralidade. Este assumirá o risco em se submeter ou não ao tratamento invasivo.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Gonçalves, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro, volume II: teoria geral das obrigações, 2ª edição, São Paulo: Saraiva, 2006, p.174-175

<sup>16</sup> Aguiar Júnior, Ruy Rosado de. Ob. Cit.

<sup>17</sup> Se a cirurgia for reparadora ou corretiva, a obrigação é de meio. V. Cavalieri Filho, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil, 8ª edição, São Paulo: Atlas, 2008, p. 380

<sup>18</sup> “Ninguém que se encontre absolutamente saudável se submeteria a uma cirurgia estética, a não ser que estivesse bastante seguro a respeito de seu resultado.” Andrighi, Fátima Nancy. Responsabilidade civil na cirurgia estética. 2006. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/2278>>. Acesso em: 30 de março de 2009.

Com efeito, o paciente jamais se submeteria aos riscos de uma cirurgia plástica se fosse avisado antecipadamente que o resultado poderia não ocorrer da forma desejada, presumindo-se que eventual insucesso somente ocorreria em decorrência de conduta culposa do médico<sup>19</sup>, cabendo este provar que o resultado esperado da cirurgia estética não se operou em virtude de fatores imprevisíveis.

### 3.3. Inversão do ônus da prova

O Código de Defesa do Consumidor, aplicável às relações entre médico e paciente, como já se teve a oportunidade de referir, prevê exceção às regras da responsabilidade civil do fornecedor e impõe a responsabilidade subjetiva para os profissionais liberais.

Esta a única diferença a pautar a relação de consumo ora em estudo. Os demais princípios e direitos previstos na lei especial se aplicam, sem restrição ou exceção, a tais casos.

Merece destaque o direito de inversão do ônus da prova, traçado como direito básico do consumidor (art. 6º, VIII, CDC<sup>20</sup>). A doutrina por vezes dissente sobre a aplicação deste direito às relações reguladas pelo §4º do art. 14 do CDC. Com vênias às respeitáveis opiniões contrárias, não se vê razão para tanto. É cristalina a necessidade de observância a todos os direitos básicos do consumidor em toda e qualquer relação jurídica qualificada como de consumo e, portanto, submetida às normas do Código de Defesa do Consumidor.

É certo que a inversão do ônus da prova tal como prevista no art. 6º, VIII do CDC não se dá *ope legis* e sim *ope iudicis*. Assim, diante do caso concreto, o Juiz deve identificar a

---

<sup>19</sup> É nesse sentido o entendimento do Egrégio Tribunal do Estado do Rio de Janeiro:

“Lipoaspiração. Responsabilidade médica subjetiva. Culpa presumida. Obrigação de resultado. 1- Cirurgia de lipoaspiração malsucedida. Matéria que deve ser apreciada sob a ótica da responsabilidade civil subjetiva (art. 14, § 4º do CODECON). Em se tratando de cirurgia estética embelezadora, a culpa é presumida, para uma obrigação contratual e de resultado. 2- O médico que se dispõe a proceder a uma lipoaspiração sabe que se busca um certo e determinado resultado, consistente no embelezamento. Portanto, deve usar toda a perícia possível para alcançá-lo, inclusive, avaliando riscos. Se o resultado final, notoriamente, não é bom e não é o esperado, não tendo ocorrido fatores estranhos que tenham interferido, então, não foi perito suficiente para garantir o resultado objeto do serviço contratado. 3- Até mesmo fatores de natureza orgânica devem ser previstos, ou pelo menos devem estar na esfera de previsibilidade médica numa cirurgia da qual se espera um resultado mais belo. Apenas uma causa imprevisível e externa teria o condão de afastar a responsabilidade. 4 - Basta um pequeno dano acarretado pela conduta imperita que a obrigação de reparar surge. As conseqüências são importantes para avaliar o grau de culpa e dispor sobre a indenização. Primeiro recurso provido em parte, nos termos do voto do Desembargador Relator. Recurso adesivo não conhecido.” (Apelação cível nº 2006.001.03462. Des. Ricardo Rodrigues Cardozo - Julgamento: 05/04/2006 – 15ª Câmara Cível)

<sup>20</sup> Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:

I a VII – (...)

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 hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

existência de pelo menos um dos dois requisitos legais: verossimilhança das alegações ou hipossuficiência do consumidor.

A verossimilhança (aparência da verdade) das alegações do consumidor pode ser aferida pelo Juiz com base nas regras ordinárias de experiência.

Quanto ao segundo requisito, não se confunda vulnerabilidade, qualidade intrínseca do consumidor, integrando seu próprio conceito, e hipossuficiência, sendo esta a fragilidade processual da parte, seja técnica, seja econômica.

Como já se registrou, o dissenso na doutrina e na jurisprudência sobre a aplicabilidade ou não da inversão do ônus da prova em relações processuais travadas entre médico e paciente consumidor, escorando-se aqueles que entendem pela não aplicabilidade, basicamente, no fato de ser a responsabilidade subjetiva.

Orientamo-nos pela doutrina mais moderna no sentido de que a inversão do ônus da prova, direito básico do consumidor, norma de ordem pública e interesse social (art. 1º do CDC) não pode ser afastada quando instalada lide cujo objeto é relação de consumo. Não fosse assim, não seria considerada abusiva eventual cláusula contratual que afastasse a regra, como de fato o é (art. 51, VI do CDC).

Não há exceção a esta regra. Todas as normas do Código de Defesa do Consumidor devem ser aplicadas às relações de consumo. Ainda que esta relação seja aquela protagonizada por um profissional liberal, baseada na responsabilidade subjetiva, já que aqui o médico não haverá que provar que não agiu com culpa (fato negativo), como sustentam alguns, e sim que diligenciou em sua conduta, observando todas as técnicas e meios que a ciência e a tecnologia colocaram à sua disposição à época do ato.

Assim, em eventual processo judicial de erro médico que tenha fundamento no art. 14, §4º do CDC, há de se inverter o ônus da prova, em favor do consumidor, para que o médico faça a prova de sua diligência, já que onerar o consumidor dessa prova dificultaria ou até inviabilizaria o seu pleito, já que quem detém a técnica e os meios de prová-la é o médico.

Afigura-se inegável que o consumidor é completamente vulnerável perante o profissional da área médica, visto que além de se encontrar fragilizado por seu estado de saúde, desconhece completamente os termos médicos e a técnica utilizada por estes profissionais.

Conclui-se, assim, que seja a responsabilidade objetiva ou subjetiva, cabe ao fornecedor comprovar a ausência de pelo menos um dos requisitos da responsabilidade civil, inclusive a culpa, caso seja subjetiva, sendo este um direito que se opera *ope iudicis*, ou seja,

por decisão do juiz. Basta estar presente um de seus dois requisitos: verossimilhança ou hipossuficiência.

### **3.4 – Responsabilidade civil médico-hospitalar**

Vale uma rápida menção à responsabilidade civil médico–hospitalar, que pode ser decorrente da atuação pessoal e direta do médico profissional liberal, com sede legal no art. 14, §4º do CDC, que é a até aqui tratada, ou decorrente de uma atuação empresarial (clínicas, hospitais, laboratórios etc), com sede legal no *caput* do art. 14 do CDC. Esta última, responsabilidade objetiva, dispensando a prova da culpa.

Frise-se que a responsabilidade do médico só será subjetiva quando sua atuação for pessoal, valendo, ainda, a ressalva de que deve ser proveniente de um fato do serviço (acidente de consumo). Se for proveniente de vício do serviço, a responsabilidade, mesmo pessoal do profissional liberal, é objetiva.

O citado art. 14 trata do fato do serviço, bastando apenas que se verifiquem o defeito, o dano e o nexo. Por esta razão que a doutrina afirma que é uma responsabilidade fundada na Teoria do Risco do Empreendimento e não no risco integral. Deve haver um defeito, não bastando o dano.

Além disto, frise-se que é uma responsabilidade solidária entre todos aqueles responsáveis pela colocação do serviço no mercado de consumo (hospitais, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas, pronto socorro, bancos de sangue, clínicas, planos de saúde etc).

Conclui-se, assim, que a legitimidade para figurar no pólo passivo de uma ação de erro médico quando o serviço é prestado de forma empresarial é de toda a cadeia de fornecedores já citados, bastando, para tanto, que haja concorrido para o dano.

### **4. Excludentes da responsabilidade civil médica**

Ainda que subjetiva a responsabilidade pessoal do médico, as suas formas de exclusão são aquelas previstas no art. 14, §3º do CDC.<sup>21</sup>

Uma leitura atenta do citado dispositivo legal remete à necessidade de comprovação do nexo de causalidade para que haja responsabilidade. Inexistente o nexo entre a conduta (defeito) e o dano, afastada está a responsabilidade.

---

<sup>21</sup> Art. 14, §3º, CDC: “O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I – que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II – a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Assim, em se tratando de responsabilidade civil do médico, este deve provar que não prestou o serviço ou que, tendo prestado, o defeito inexistiu (art. 14, §3º, I do CDC). Ou que ainda que tenha prestado e de maneira defeituosa, deve provar que não gerou danos, já que o dano e o nexo são pressupostos da responsabilidade previstos no *caput* do art. 14 do CDC.

Por fim, mesmo havendo defeito e dano, a prova de que a culpa é exclusiva do consumidor ou de terceiro afasta o nexo. Por esta razão, não basta a caracterização de culpa concorrente, já que esta influenciará apenas na fixação do *quantum indenizatório*<sup>22</sup>.

E não se trata de inversão do ônus da prova. Esse ônus já é originariamente do fornecedor, de acordo com as regras de distribuição do art. 333, CPC, já que se trata de fato impeditivo do direito do autor.

#### **4.1 – Outras formas de exclusão**

##### **4.1.1. Risco Inerente**

Como já se teve a oportunidade de mencionar (vide item 2.1), o risco inerente pode afastar a responsabilidade do médico, se houver informação prévia, clara e suficiente ao paciente, já que, por ser inerente à atividade do médico, o risco não representa um defeito. E não havendo defeito, não há responsabilidade (art. 14, §3º, I, CDC).

Ao contrário, se não houver informação precisa, apesar de não haver defeito intrínseco à prestação do serviço, há o defeito extrínseco, que é o de comercialização por informação deficiente. Explica-se. Ainda que não haja defeito no atuar médico, concretizando-se o risco inerente à sua atividade com danos ao consumidor paciente, responderá civilmente em razão da omissão da informação.

Nesta esteira, ensina Sérgio Cavalieri Filho:

“Em princípio, o médico e o hospital não respondem pelos riscos inerentes. Transferir as conseqüências desses riscos para o prestador do serviço seria um ônus insuportável; acabaria por inviabilizar a própria atividade. É nesse cenário que aparece a relevância do dever de informar. A falta de informação pode levar o médico ou hospital a ter que responder pelo risco inerente, não por ter havido defeito do serviço, mas pela ausência de informação devida, pela omissão em informar ao paciente os riscos reais do tratamento.”<sup>23</sup>

##### **4.1.2. Iatrogenia**

<sup>22</sup> Cavalieri Filho, Sérgio. Op. Cit.

<sup>23</sup> Op. Cit., p. 377

O outro fator que pode, em regra, excluir a responsabilidade civil do profissional médico é o dano iatrogênico.

O termo deriva do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem, causa).

José Carlos Maldonado de Carvalho define iatrogenia como “dano (físico ou psíquico) ocasionado por ato médico em pessoas sadias ou doentes, através do uso de técnicas e de fármacos necessários para vencer crises ou surtos.”<sup>24</sup>

De acordo com o mesmo autor, a iatrogenia é erro escusável (*faute du service*) e não gera responsabilização.

Isto porque existem situações em que, mesmo o médico conhecendo os riscos de um tratamento ou de um procedimento, ele entende ser o mais adequado e executa. Elucida-se com o seguinte exemplo: a massagem para retomar uma parada cardíaca e ressuscitar um paciente pode causar fratura de costela. Não é erro. É dano iatrogênico e não gera responsabilidade para os que entendem como o citado autor.

Do exemplo citado extrai-se que o dano deve ser previsível e que pode fazer parte do tratamento ou do procedimento. Se, ao contrário, decorrer de imprudência, negligência ou imperícia no atuar (culpa), não tipificará o dano iatrogênico.

A ser assim, na prática, a linha divisória entre iatrogenia e erro médico é muito tênue e deve observar o princípio da razoabilidade.

A Professora Heloísa Helena Barboza conceitua iatrogenia de forma mais abrangente afirmando tratar-se de “apenas um fato – o dano causado pelo médico, mas sem qualquer qualificação. Importa analisar a parte subjetiva, de modo a verificar se houve culpa do responsável pelo ato iatrogênico e, só então, qualifica-lo como lícito ou ilícito.”

Primando pela didática, distingue a citada Professora:

“Indicam-se três tipos de iatrogenia: a) lesões previsíveis, como as decorrentes de cirurgias mutiladoras (amputações de membros); b) lesões inesperadas (reações alérgicas a medicamentos, contrastes); c) lesões decorrentes na falha do comportamento humano (confusão da veia safena com a artéria femoral, durante a cirurgia de varizes, levando à gangrena.)”

E acrescenta que apenas no último caso haveria responsabilização do médico, destacando que nos dois outros só seria responsável o médico que agisse contra a vontade do paciente ou que lhe omitisse informações ou as prestasse de forma insuficiente.

Irretocável a lição da citada Professora quanto aos dois primeiros tipos de iatrogenia que define e suas conseqüências. Quanto à terceira espécie (lesões decorrentes da falha

<sup>24</sup> Maldonado de Carvalho, José Carlos. Iatrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil, 2ª edição, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 8.

humana), vale tecer alguns comentários, a começar pela distinção entre culpa (negligência, imprudência ou imperícia, caracterizadora do erro médico) e erro profissional.

E para apontar a distinção, a preclara lição de Sérgio Cavalieri Filho:

“Há erro profissional quando a conduta médica é correta, mas a técnica empregada é incorreta; há imperícia quando a técnica é correta, mas a conduta médica é incorreta. A culpa médica supõe uma falta de diligência ou de prudência em relação ao que era esperável de um bom profissional escolhido como padrão; o erro é a falha do homem normal, consequência inelutável da falibilidade humana”, concluindo o mesmo autor que “embora não se possa falar em um direito ao erro, será este escusável quando invencível à mediana cultura médica, tendo em vista circunstâncias do caso concreto.”<sup>25</sup>

Em conclusão, a falha humana caracterizadora de dano iatrogênico de que possa ser civilmente responsável o profissional da medicina deve ser baseada na culpa, em uma de suas três modalidades (negligência, imprudência ou imperícia), caracterizando erro grosseiro, e não apenas na falibilidade do ato humano que, a princípio, é erro escusável.

## 5. Princípio da precaução

Tema seguramente conexo à responsabilidade civil do médico é o princípio da precaução, normalmente utilizado para os danos ambientais.

Trata-se de princípio que tem origem na verificação de diversos desastres tecnológicos que o homem tem causado e que faz com que, em nome da segurança, se deva ter maior cautela no uso da tecnologia.

Sempre que uma nova tecnologia e seu respectivo dano não tiverem comprovação científica satisfatória, o princípio da precaução deve ser observado. Isto significa dizer que o médico não pode omitir de seu paciente os riscos tecnológicos de um novo medicamento ou de um novo procedimento ou de um novo tratamento, cabendo a escolha de assumir ou não o risco ao paciente esclarecido. Havendo omissão da informação, diz-se que não houve precaução e, portanto, responsável será o médico pelos danos eventualmente causados.

## 6. Teoria da Perda da Chance (*perte d'une chance*)

Mais uma forma de se caracterizar a ocorrência de erro médico é através da identificação da perda da chance de cura ou de recuperação do paciente em razão de um ato culposos do médico. É a chamada teoria da perda da chance.

<sup>25</sup> Op. Cit. p.372

Esta teoria nada mais representa que a perda de uma possibilidade ou probabilidade de cura, presumindo-se que o atuar médico diminui essa possibilidade, mesmo sendo aleatória<sup>26</sup>.

Ainda que não haja dano, o dever de indenizar pode exsurgir da simples perda da chance, da subtração ao paciente da possibilidade de alcançar a cura ou de ter menor prejuízo do que aquele que fatalmente já o atingiria.

É fato que tal teoria aproxima-se muito do erro de diagnóstico, já que quando não identificada determinada doença em momento oportuno, a chance de cura pode ser mais remota ou, no mínimo, mais dolorosa, mais invasiva ou mais lenta para o paciente.

Miguel Kfoury Neto, após profunda análise do tema e sua aplicação na França e no Brasil, destaca que “a jurisprudência tem decidido que o erro de diagnóstico, do qual advém tratamento inadequado, constitui perda de uma chance de cura ou sobrevivência – e abre aos pacientes e familiares a possibilidade de reparação, nos limites da perda da chance considerada.”

O fato, conclui-se, é que basta a dúvida para gerar a responsabilidade pela perda da chance. Mas é necessário que a chance perdida seja real e séria.<sup>27</sup>

Neste sentido, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro abraça a Teoria:

Responsabilidade civil – Diagnóstico tardio – Dano moral configurado – O perito vislumbrou demora no atendimento da paciente, fato que teria provocado retardamento no início do tratamento da doença que acometia a autora, comportamento profissional conhecido na literatura pericial francesa como perda de uma chance (*perte d'une chance*), que preconiza a perda da possibilidade de cura do paciente pela intervenção errada do profissional, pois as possibilidades de recuperação são muito maiores quando descoberta a doença do início. É o quanto basta para estabelecer-se a responsabilidade do réu, cuja culpa assenta em uma das três hipóteses: erro médico, erro de procedimento e erro de diagnóstico. Configurado o dano imaterial, pelos sofrimentos físicos e sensoriais que o erro no procedimento provocou na autora, até que as providências para a correção da perfuração do seu útero fossem tomadas, dando-se início ao tratamento adequado, que não produziria o mesmo resultado se iniciado o quanto antes. Redução da capacidade física atestada pelo expert oficial. Honorários de sucumbência corretamente fixados. Improvimento do recurso.”<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Barboza, Heloisa Helena. Responsabilidade Civil Médica no Brasil. *In* RTDC, vol. 19, jul/set 2004

<sup>27</sup> Maldonado de Carvalho, José Carlos. *Op. Cit.*

<sup>28</sup> Apelação Cível 2006.001.53158. Des. Edson Vasconcelos, Julgamento: 24/01/2007, 17ª Câmara Cível. E no mesmo sentido: TJRJ - Apelação Cível 2007.001.45512 – 20ª Câmara Cível – Relator Des. Odete Knaack de Souza. “Responsabilidade Civil Do Estabelecimento Hospitalar – Perda De Uma Chance – Erro De



### 7. *Res ipsa loquitur* (common knowledge)

Por vezes, o dano causado pela intervenção médica fala por si mesmo, ou seja, a simples verificação do dano já indica a culpa no atuar do profissional. É a denominada teoria da *res ipsa loquitur*, ou de sabença geral, ou common knowledge.

Em outras palavras, o dano causado ao paciente é de tal monta que é fácil verificar que jamais ocorreria em circunstâncias normais. Assim a manifestação do Superior Tribunal de Justiça no Resp 466.730/TO.<sup>29</sup>

“No direito norte-americano, entende-se que certas situações peculiares induzem à afirmação de culpa do médico ('res ipsa loquitur, common knowledge, que todo mundo sabe'), com base apenas na probabilidade e na verossimilhança, a prova se torna encargo de quem alega contra essa verossimilhança ou probabilidade.”

Ainda sobre o tema, Nehemias Domingos de Mello, citando o mestre argentino, Professor Mosset Iturraspe, preleciona:

“Jorge Mosset Iturraspe leciona que essa construção teórica se insere naquilo que se pode denominar de ‘direito de evidência circunstancial’, aplicável quando se apresentam as seguintes circunstâncias:

- a) quando não há evidência de como e por que ocorreu o dano;
- b) quando se crê que não teria ocorrido o dano se não houvesse culpa; e
- c) quando recair sobre o médico que estava atendendo pessoalmente o paciente.

Significa dizer que o evento danoso ocorreu em face de uma intervenção que normalmente não oferecia aquele tipo de risco, ou seja, em circunstâncias normais aquilo não ocorreria. Assim, se veio a ocorrer o acidente, alguma forma de culpa (imprudência, negligência ou imperícia) deve ter ocorrido para sua manifestação.”<sup>30</sup>

### 8. Considerações finais

---

Procedimento – Morte De Paciente – Dano Moral. Apelação cível. Ação indenizatória. Responsabilidade de Hospital. Aplicação da Teoria da perda de uma chance (perte d'une chance), que alarga o nexo de causalidade, possibilitando a responsabilidade médica, ainda que não ocorra o erro médico propriamente dito, sendo suficiente a ocorrência de condutas negligentes ou falta de diagnóstico preciso. No caso, houve falta de um diagnóstico preciso, além de ter havido erro de procedimento, quando a traquéia foi lesionada na intubação, embora a lesão não tenha sido a causa *mortis*, o fato de o paciente não ter tido a chance de sobreviver, em razão da falta de segurança da equipe das rés em conceder um diagnóstico preciso, já importa na condenação do hospital pelos danos morais sofridos pela esposa do finado, em virtude do falecimento deste. Verba compensatória que se fixa em R\$ 40.000,00. Recurso provido em parte”

<sup>29</sup> Relatoria do Ministro Hélio Quaglia Barbosa, sendo Relator para acórdão o Ministro Fernando Gonçalves. Quarta Turma, julgamento em 23/09/2008.

<sup>30</sup> Mello, Nehemias Domingo de. Responsabilidade Civil por Erro Médico, Editora Atlas, 2008, p. 28

A farta jurisprudência sobre erro médico no Brasil pode traduzir a conscientização dos consumidores sobre os direitos de que são titulares enquanto pacientes. Paradoxalmente, é lamentável acompanhar o vertiginoso crescimento do tema nos tribunais.

O exercício da medicina no Brasil, como atividade privada, expõe a classe médica a toda sorte de riscos, assim como as demais atividades do mercado de consumo, destacando-se o fato de que a ocorrência dos riscos inerentes à atividade médica são mais dramáticos à sociedade por envolverem saúde e vida.

Por vezes, a questão acaba na análise de um terceiro não profissional da área (Juiz de Direito) para identificação de acertos e erros. Mas esta não é a regra, já que o número, ainda que alarmante, de casos de responsabilidade civil do profissional de medicina que chegam aos Tribunais, não retrata a realidade do País. A questão se agrava quando se inclui na apreciação a saúde pública, não alcançada pelo presente estudo.

Esta realidade pode dever-se ao fato de que as condenações não são suficientes para chamar a classe médica à responsabilidade (contratação de seguros, por exemplo, tal como se dá nos Estados Unidos) ou pode se dar ao fato de que os Tribunais, ponderando interesses, são razoáveis (princípio da razoabilidade) na justa aplicação da lei para não burocratizar a ponto de dificultar ou inviabilizar prestação de serviço essencial à sobrevivência digna (art. 1º, III, CR), mas sempre com olhos no princípio da busca da reparação integral e efetiva.

De toda sorte, os princípios éticos e deontológicos que permeiam as relações médico-paciente devem ser o fiel da balança e o esteio para se alcançar cumprir, com boa-fé (objetiva) de todas as partes envolvidas, o valor humanístico da dignidade da pessoa humana.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. **Aguiar Dias**, José de. Da Responsabilidade Civil, vol. I, 9ª edição, Rio de Janeiro: Forense, 1994.
2. **Aguiar Júnior**, Ruy Rosado de. A Boa-fé na relação de consumo. Revista de Direito do Consumidor, nº 14, p. 20 a 27, abr/jun. 1995.
3. \_\_\_\_\_ Responsabilidade civil do médico. Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 84, n. 718, pp. 33-53, ago. 1995.

4. **Barboza**, Heloísa Helena. Responsabilidade Civil Médica no Brasil. *In* RTDC, vol. 19, jul/set 2004
5. **Bodin de Moraes**, Maria Celina. Danos à Pessoa Humana: Uma Leitura Civil-Constitucional dos Danos Morais. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
6. **Cavaliere Filho**, Sérgio. Programa de Responsabilidade Civil, 8ª edição, São Paulo: Atlas, 2008.
7. **Gonçalves**, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro, volume II: teoria geral das obrigações, 2ª edição, São Paulo: Saraiva, 2006.
8. **Maldonado de Carvalho**, José Carlos. Iatrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil, 2ª edição, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
9. **Marques**, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais, 5ª edição, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.
10. **Mello**, Nehemias Domingo de. Responsabilidade Civil por Erro Médico, São Paulo: Editora Atlas, 2008.
11. **Pereira**, André Gonçalo Dias. O dever de esclarecimento e a responsabilidade médica, São Paulo: *Revista dos Tribunais*, 2005, ano 94, p. 69-109.
12. **Kfoury Neto**, Miguel.