

## **PRECISÃO EM CIRURGIA PLÁSTICA E EMBELEZAMENTO DA JURISPRUDÊNCIA: O PROBLEMA DAS OBRIGAÇÕES DE RESULTADO**

*PRECISION IN PLASTIC SURGERY JURISPRUDENCE BEAUTYMENT:  
THE PROBLEM WITH OF THE OBLIGATION DE RÉSULTAT*

*Fernanda Schaefer\*  
Frederico Eduardo Zenedin Glitz\*\**

**Resumo:** a cirurgia plástica, assim como de qualquer outro ato médico, requer a observação de um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante a formação profissional. No entanto, apesar de especialidade única e indivisível, há décadas doutrina e jurisprudência brasileiras costumam diferenciar a cirurgia plástica em razão de sua finalidade, distinguindo-se, assim, suas consequências jurídicas. O presente artigo, a partir de revisão bibliográfica e normativa, questiona esta classificação, perpassando a análise do inadimplemento e discutindo se a revisão em cirurgia plástica constitui um crédito do paciente ou uma obrigação médica.

**Abstract:** plastic surgery, as with any other medical procedure, requires the observance of a set of scientific and technical knowledge acquired during professional training. However, despite being a unique and indivisible specialty, for decades Brazilian doctrine and jurisprudence have tended to differentiate plastic surgery based on its purpose, thus distinguishing its consequences. This article, based on a bibliographic and normative review, question this classification, and discusses if revision in plastic surgery constitutes a patient's credit or a medical obligation.

**Palavras-chave:** Cirurgia Plástica. Embelezadora. Reparadora. Meio. Resultado.

**Keywords:** Plastic Surgery. Beautifying. Restorative. Means. Result.

**SUMÁRIO:** Introdução. 1. Obrigação de meios ou de resultado? 2. Inadimplemento contratual e dever de reexecução. 3. Considerações finais. Referências.

### **INTRODUÇÃO**

A cirurgia plástica é ato médico que visa corrigir sequelas adquiridas, doenças e alterações anatômicas, congênitas, degenerativas ou oncológicas e outras consequências buscando beneficiar o paciente anatômica, física e psicologicamente (equilíbrio biopsicossocial).

---

\* Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Bioética da PUC-PR, bolsista CAPES. Doutorado em Direito das Relações Sociais na Universidade Federal do Paraná, curso em que realizou Doutorado Sanduíche nas Universidades do País Basco e Universidade de Deusto (Espanha) como bolsista CAPES. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Médico e da Saúde da PUC-PR. Assessora Jurídica CAOP Saúde MPPR. E-mail: [schaeferfernanda@gmail.com](mailto:schaeferfernanda@gmail.com) / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5508-1720>

\*\* Advogado. Pós-doutorado em Direito e Novas Tecnologias (Reggio Calabria). Mestre e Doutor em Direito das Relações Sociais pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professor de Direito Civil da UFPR. Componente da lista de árbitros da Câmara de Arbitragem e Mediação da Federação das Indústrias do Paraná (CAMFIEP) e da Câmara de Mediação e Arbitragem do Brasil (CAMEDIARB). E-mail: [frederico@fredericoglitz.adv.br](mailto:frederico@fredericoglitz.adv.br) / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0191-9129>

Enquanto especialidade, foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1978 (Resolução n. 879)<sup>1</sup>. Desde então, as técnicas se transformaram e evoluíram, mas em nenhum momento a entidade diferenciou a especialidade em reparadora e estética. A inexistência de distinção técnica foi confirmada pela Resolução CFM n. 1.621/02<sup>2</sup>, que afirma ser especialidade única e indivisível, sem subdivisões topográficas, diagnósticas ou de finalidade, exercida por médicos qualificados que utilizam técnicas habituais e reconhecidas cientificamente.

Acertado é o posicionamento da entidade, uma vez que do ponto de vista biológico, não há dúvidas, não existe porque diferenciar ou classificar a cirurgia plástica em reparadora e estética já que as técnicas cirúrgicas, a reação tecidual, cauterizações, manipulações, e as fases do processo cicatricial (inflamação, proliferação e maturação) são as mesmas. Além disso, não há distinção entre as chances de intercorrências e complicações; e em ambas as hipóteses os resultados dependem de múltiplos fatores (internos e externos). O organismo reage da mesma forma, independente se a pessoa está buscando corrigir ou minimizar defeitos ou danos anteriores ou se está à procura de ideais de beleza, que muitas vezes apenas para ela fazem sentido. Em ambas as situações se está a buscar saúde, ou seja, para além de elemento estético, o “estado de bem-estar físico, psíquico e social”. Por fim, não custa recordar que, em ambas, a finalidade é terapêutica e a intervenção médica necessária.

Vale ainda lembrar que, segundo o art. 17, da Lei n. 3.268/57<sup>3</sup>, os médicos só podem exercer legalmente a Medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após prévio registro dos seus diplomas expedidos por instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação e inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina do local de sua atividade. Ou seja, o diploma de Bacharel em Medicina autoriza o médico a atuar em qualquer área, inclusive cirurgia plástica. As restrições, portanto, se dão quanto à forma como se apresenta ao mercado: o médico só pode se apresentar como especialista quando possui o Registro de Qualificação de Especialista<sup>4</sup> (RQE), obtido após Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC) ou em prova específica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) (Resolução CFM n. 1.621/01).

A realização de cirurgia plástica, assim como de qualquer outro ato médico, requer a observação de um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos adquiridos durante a formação profissional. No entanto, apesar de especialidade única e indivisível, há décadas doutrina e jurisprudência brasileiras costumam diferenciar a cirurgia plástica em razão de sua finalidade: seria meramente estética aquela em que se busca embelezamento (como se beleza fosse passível de mensuração objetiva) e seria reparadora aquela em que o objetivo é corrigir deformidades congênitas ou adquiridas por origens diversas (trauma, outros tratamentos etc.).

Distinguindo-se dessa forma, outra consequência foi determinada pelos mesmos atores: as cirurgias plásticas estéticas resultariam em obrigações de resultado e as reparadoras em obrigações de meios. O mantra se repete há mais de quatro décadas em textos acadêmicos e decisões judiciais,

---

<sup>1</sup> Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1978/879\\_1978.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1978/879_1978.pdf).

<sup>2</sup> Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2001/1621\\_2001.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2001/1621_2001.pdf).

<sup>3</sup> Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l3268.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm).

<sup>4</sup> Vide Decreto n. 8.516/15 que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialidades, criado pela Lei n. 6.932/81 e Lei n. 12.871/13.

sem qualquer reflexão mais aprofundada sobre sua origem, utilidade e, principalmente, adequação ao sistema jurídico hoje vigente. O presente artigo, a partir de revisão normativa e bibliográfica, questiona a classificação antes proposta para, a partir das provocações apresentadas, discutir se a revisão em cirurgia plástica constitui um direito do paciente ou uma faculdade médica.

## 1. OBRIGAÇÃO DE MEIOS OU DE RESULTADO?

Para buscar a resposta ao problema de pesquisa proposto, não há outra forma de iniciar esse estudo. É preciso retomar a classificação das obrigações para questionar sua utilidade prática ao tema que aqui se discute.

Em sentido amplo a expressão *obrigação* designa qualquer forma de dever, de vínculo ou de sujeição, seja no campo moral, jurídico, religioso ou social. Nesse sentido, é tida como uma submissão a uma regra de conduta cuja adesão pode ser voluntária ou coercitiva.

Já no sentido jurídico (*obrigação stricto sensu*), tradicionalmente significa a relação jurídica, de natureza pessoal, patrimonial e temporária, entre credor (*accipiens*) e devedor (*solvens*) que confere àquele o direito de exigir deste uma determinada prestação, consubstanciada em um comportamento (lícito, possível e, ao menos, determinável). Classicamente compreendia-se que o devedor estava totalmente subordinado ao credor, sendo o seu patrimônio a garantia do cumprimento da prestação assumida.

Passa-se a compreender que o vínculo obrigacional não apenas confere direitos ao credor, mas também protege o devedor, estabelecendo-se entre eles uma verdadeira relação de cooperação (*obrigação como relação complexa* – Clóvis Couto e Silva<sup>5</sup>) para a realização de interesses mútuos. Reconhece-se a funcionalização das situações patrimoniais a fim de se garantir a plena realização de situações existenciais, compreendendo-se o crédito como um bem jurídico de interesse não só particular, mas também social. Com isso, por exemplo, a análise do (des)cumprimento obrigacional se desloca do interesse estritamente subjetivo do credor (desejo) para análise objetiva da utilidade/finalidade do comportamento exigível.

Não há dúvidas de que o sentido contemporâneo das obrigações, portanto, impõe sua análise a partir da noção da boa-fé objetiva, uma vez que a relação obrigacional não pode ser compreendida apenas como uma relação destinada ao adimplemento, mas também um conjunto de deveres anexos que se exigem para o seu correto adimplemento. Passa-se a compreender que a relação obrigacional é um sistema de processos que visam a satisfação dos interesses das partes (credor e devedor). Nesse sentido, destaca Mauricio Mota<sup>6</sup> (2011, p. 21) que “sob o ângulo da totalidade, o vínculo passa a ter sentido próprio, diverso do que assumiria se se tratasse de pura soma de suas partes, de um compósito de direitos, deveres e pretensões, obrigações, ações e exceções. Se o conjunto não fosse algo de

---

<sup>5</sup> COUTO E SILVA, Clóvis V. *A obrigação como processo*. Rio de Janeiro: FGV, 2011, *passim*. Mais sobre o assunto leia: DI LAURO, Antonio Procida Mirabelli. A obrigação como relação completa. *Revista Brasileira de Direito Civil*, v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/75/69>

<sup>6</sup> MOTA, Mauricio. A pós-eficácia das obrigações revisitada. In: MOTA, Mauricio; KLOH, Gustavo. (Org.). *Transformações contemporâneas do direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 03-63. p. 21.

orgânico, diverso dos elementos ou das partes que o formam, o desaparecimento de um desses direitos ou deveres, embora pudesse não modificar o sentido do vínculo, de algum modo alteraria a sua estrutura. Importa, no entanto, constatar que, mesmo adimplindo o dever principal, ainda assim pode a relação jurídica perdurar como fundamento da aquisição (dever de garantir), ou em razão de outro dever secundário independente”.

Portanto, atualmente, o vínculo obrigacional não pode ser compreendido apenas como um conjunto de direitos reconhecidos ao credor, mas também como um conjunto de direitos reconhecidos ao devedor, e essa interação entre direitos e deveres do credor e do devedor se manifesta não apenas no adimplemento direto da prestação convencionada, mas também em deveres acessórios, sujeições, ônus e avaliação do (in)adimplemento.

Entre as diversas classificações doutrinárias existentes, em razão dos reflexos para o tema neste artigo estudado, aponta-se a distinção entre obrigações de meios e de resultado. Genericamente, pode-se afirmar que são obrigações de resultados aquelas em que o devedor se obriga a alcançar um resultado útil para o credor, ou seja, visam uma modificação na realidade material ou jurídica daquele que contratou. Isso significa afirmar que ainda que o devedor tenha despendido a máxima diligência para obter um resultado, se este não foi alcançado, estaria evidenciado o inadimplemento. Note-se, desde já, seu nítido caráter ‘objetivante’.

Já nas obrigações de meios, a prestação do devedor não se concentra na obtenção do resultado a ser buscado, mas sim, na atividade diligente, ou seja, caso aquele não reste alcançado, mas demonstrada a adequada diligência na sua busca, não se poderia falar em inadimplemento, liberando-se o devedor de seus efeitos.

A classificação, embora nunca tenha expressamente constado na legislação brasileira<sup>7</sup>, foi consagrada na doutrina<sup>8</sup> e tribunais há várias décadas. Sua origem, contudo, é essencial para que se perceba suas nuances e precisa ser resgatada.

---

<sup>7</sup> O Código Civil de 1916, obviamente a ela não se referiu, porque sua proposta é posterior. O Código Civil de 2002, não a mencionava, justamente pela falta de critérios objetivos suficientes. Recentemente, aparece legislação esparsa com a Lei da Liberdade Econômica n. 13.874/19, o que parece ter sido fruto da repetição de um mantra: quando altera o Código Civil para regular o contrato de investimento! Não a define, no entanto, revelando a ausência de preocupação técnica com seu sentido.

<sup>8</sup> Apesar disso, não se pode afirmar que seja unânime. A pesquisa revela que são poucos os manuais que a abordam. Citemos: GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito Civil brasileiro: teoria geral das obrigações*. 8ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2011, vol. 2, p. 190-193; NADER, Paulo. *Curso de Direito Civil: obrigações*. 5. Ed. Rio de Janeiro: 2010. Vol.2, p.53-54; GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *Direito Civil: obrigações*. São Paulo: Atlas, 2008, p. 184-189; FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006, p. 174; CRUZ, Gisele Sampaio da. *Obrigações alternativas e com faculdades alternativas. Obrigações de meio e de resultado*. In TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *Obrigações: estudos na perspectiva civil constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p.147-179; TEPEDINO, Gustavo. *A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea*. In ALVIM, Arruda; CÉSAR, Joaquim Portes de Cerqueira; ROSAS, Roberto (Coord.). *Aspectos controvertidos do novo Código Civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 293; BITTAR, Carlos Alberto. *Direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990, p. 84-84; COMPARATO, Fábio Konder. *Obrigações de meios, de resultado e de garantia*. In: TEPEDINO, Gustavo e FACHIN, Luiz Edson (Org.) *Doutrinas essenciais: obrigações e contratos*. São Paulo: Revista dos Tribunais. Vol. I, p. 761-776. Por outro lado, **não** a tratam como classificação obrigacional: NONATO, Orosimbo. *Curso de Obrigações*. Rio de Janeiro: Forense, 1959, Vol. I e II; PONTES DE MIRANDA. *Tratado de Direito Privado: parte especial*, 3. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1971, Tomo XXII; BEVILAQUA, Clovis. *Direito das Obrigações*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977; OLIVEIRA, José Lopes de. *Direito das Obrigações*. Recife: Livrotecnica, 1976; SERPA LOPES, Miguel Maria de. *Curso de Direito Civil*. 6. ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1995; GOMES, Orlando. *Obrigações*. 12. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1998; RODRIGUES, Silvio.

No início do século passado (séc. XX), intensos debates sobre o papel da culpa na responsabilidade civil e seus reflexos na distribuição do ônus da prova tomaram conta da doutrina francesa, especialmente em razão da aparente contradição nos arts. 1.137 e 1.147 daquele *Code* (anteriores à reforma de 2018). Naquele contexto, em 1927, o civilista René Demogue<sup>9</sup> sugeriu a dita classificação que conduziria às seguintes consequências: as obrigações de resultado gerariam ao devedor uma espécie de culpa presumida, sendo dele, portanto, o dever de apresentar provas excludentes de culpa ou do nexo de causalidade; já as obrigações de meio, por estarem exclusivamente ligadas ao dever de diligência, estariam submetidas ao sistema clássico de responsabilidade civil subjetiva, para o qual é do lesado o dever demonstrar a culpa (*lato sensu*) do autor do ilícito. Ao se referir à especialidade médica<sup>10</sup>, mencionava que “le médecin contracte une obligation de moyen, non de résultat. Il n'est donc pas responsable si son client ne guérit pas. Il promet seulement des soins attentifs et le client doit prouver la faute du médecin. Il faut également prouver la relation » causale entre la faute et l'acte dommageable: décès, etc. Par exception, si le médecin qui a promis de se rendre près d'un malade ne le fait pas, il est de plein droit responsable du dommage. Mais il faut prouver la relation causale entre son abstention et le dommage et le médecin peut se justifier en établissant n'avoir pu venir ”<sup>11</sup>.

---

*Direito Civil*: parte geral das obrigações. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, vol. 2; MONTEIRO, Washington de Barros. *Curso de Direito Civil*: Direito das Obrigações. 32. ed., São Paulo: Saraiva, 2003, vol. 4; COELHO, Fábio Ulhôa. *Curso de Direito Civil*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005, vol. 2; WALD, Arnoldo. *Obrigações e contratos*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2006; VIANA, Marco Aurélio S. *Curso de Direito Civil*: Direito das Obrigações. Rio de Janeiro: Forense, 2007; RIZZARDO, Arnaldo. *Direito das Obrigações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007; LÔBO, Paulo. *Direito Civil*: Obrigações. 2. ed., São Paulo: Saraiva, 2011; NERY, Rosa Maria de Andrade; NERY JUNIOR, Nelson. *Instituições de Direito Civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, vol. III.

<sup>9</sup> Esta ‘paternidade conceitual’ é, em parte reconhecida pela doutrina brasileira: NADER, Paulo. *Curso de Direito Civil*: obrigações. 5ª Ed., Rio de Janeiro: 2010. Vol.2, p.54; CRUZ, Gisele Sampaio da. Obrigações alternativas e com faculdades alternativas. Obrigações de meio e de resultado. In TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *Obrigações*: estudos na perspectiva civil constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2005. p. 169; COMPARATO, Fábio Konder. Obrigações de meios, de resultado e de garantia. In TEPEDINO, Gustavo e FACHIN, Luiz Edson (Org.) *Doutrinas essenciais*: obrigações e contratos. São Paulo: Revista dos Tribunais. Vol. I. p. 763. PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de Direito Civil*. Tanto na 15. ed. (CC/16, p. 37) quanto na 23. ed. (CC/02) (Rio de Janeiro: Forense, 1996 e 2010, p. 47-48), menciona a dita classificação, atribuindo-a a Demogue, mas afirmando ser uma forma de agrupar em razão do problema da apuração da responsabilidade civil, razão pela qual não vê necessidade de construir uma classificação genérica sobre esta base.

<sup>10</sup> GAMA e CRUZ mencionam que o precedente francês teria sido julgado em 1936, pela Corte de Cassação, em caso envolvendo serviços médicos, consagrando a teoria de Demogue, mas sem esclarecer qual foi a leitura daquela Corte (GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *Direito Civil*: obrigações. São Paulo: Atlas, 2008, p.185 e CRUZ, Gisele Sampaio da. Obrigações alternativas e com faculdades alternativas. Obrigações de meio e de resultado. In TEPEDINO, Gustavo (Coord.). *Obrigações*: estudos na perspectiva civil constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p.169). Ambos citam sua consagração na doutrina brasileira para estabelecer a obrigação de resultado para cirurgias estéticas embelezadoras, assim como GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito Civil brasileiro*: Teoria geral das obrigações. 8ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2011, vol. 2, p. 192; ROSENVALD, Nelson. *Direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 74 (citando o anterior).

<sup>11</sup> DEMOGUE, René. *Traité des obligations en général*. Tome 6, Paris: A. Rousseau, 1933, §180. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6488897x.r=.langFR.textePage>. Tradução livre do original: “o médico contrata uma obrigação de meio, não de resultado. Ele não é, então, responsável se seu paciente não se cura. Ele promete apenas o atendimento atencioso, o paciente deve provar a culpa do médico. É necessário provar, igualmente, a relação causal entre sua falta e o ato danoso: morte, etc. Excepcionalmente, se o médico que prometeu visitar um paciente não o fizer, será – de pleno direito – responsabilizado pelo dano. No entanto, o nexo causal entre a sua omissão e o dano deve ser provado, podendo o médico justificar a sua ausência demonstrando que estava impossibilitado de comparecer.”.

Para o autor, a classificação permitiria, então, que médicos (em geral e não especialistas) fossem responsabilizados pelo raciocínio clássico de culpa, cabendo ao paciente demonstrá-la. Já, excepcionalmente, quando houvesse a promessa de se dirigir até o paciente (*se rendre près*), haveria responsabilização se demonstrada a relação causal entre a abstenção de deslocamento e o dano, cabendo ao médico justificá-la. Não havia, portanto, na origem da concepção classificatória a distinção de responsabilidades médicas, nem sua aplicação à responsabilidade médica!

Natural que assim fosse, afinal, apenas para se ter uma delimitação temporal da proposta, ela é concebida dois anos antes do *crash* da bolsa de Nova Iorque (1929) que empurraria o mundo para uma gigantesca recessão. O Brasil era presidido por Washington Luís, nos estertores da República Velha. São Paulo, que havia sido bombardeada pelas tropas federais anos antes (1924) possuía população de 2.1 milhões de pessoas (10% da atual) e era, apenas, a segunda maior cidade do país<sup>12</sup>. Na Medicina, área de nosso recorte, o impulso de desenvolvimento, especialidades e pesquisa se daria apenas a partir da década seguinte<sup>13</sup> (1930). Este, aliás, é o momento em que, após os horrores da Grande Guerra, alguns olhares começam a se voltar para a reconstrução corporal. O mundo e a técnica eram, na aurora desta proposta classificatória, muito distintos dos atuais.

Com algum nível de simplificação, convém destacar que se tratava de proposta doutrinária (que sequer foi amplamente adotada), que exigiria do intérprete (usualmente judicial) uma classificação das “Ciências profissionais”, como se tratava o tema na época excepcionando expressamente a disciplina médica. Ou seja, em abordagem vitoriana e usual nas ciências biológicas e matemática se trataria de entender quais ‘ofícios’ poderiam ser classificados em termos matemáticos puros de causalidade (resultado) e quais admitiriam variáveis externas na avaliação (meio). Mais interessante ainda, é que se pensava na avaliação da responsabilização a partir de premissas de culpa (responsabilidade subjetiva), criando – na prática – uma presunção relativa para a responsabilização do agente. Por fim, advirta-se que seria uma classificação que talvez nem poderia se projetar para a intervenção médica aqui abordada, vez que ainda não ramificada em finalidades estritamente ‘embelezadoras’. Tal como acabou adotada no Brasil, nas obrigações de resultado se obrigaria que profissão do agente envolvido fosse classificada a partir de premissas não explícitas/explicitadas previamente para daí exigir dele prova de que não contribuiu para que o resultado não fosse alcançado.

À época, no Brasil, não havia um sistema de responsabilidade civil bem estruturado, contando o Código Civil de 1916 com disposições esparsas que, sem dúvidas, traziam muitos problemas práticos. À luz da inexistente sistematização, rapidamente uma releitura da distinção proposta por Demogue se alastrou entre doutrinadores e tribunais brasileiros, que até os dias de hoje dela se valem, especialmente quando enfrentam questões ligadas à cirurgia plástica que à medida que foram se popularizando e seus problemas foram apresentados aos tribunais, foram diferenciadas também quanto à finalidade.

---

<sup>12</sup> IBGE, Situação demográfica em 1957. Disponível em: [https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos\\_download/populacao/1957/populacao\\_m\\_1957aeb\\_037.pdf](https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1957/populacao_m_1957aeb_037.pdf)

<sup>13</sup> BULCÃO, L. G., EL-KAREH, A. C., & SAYD, J. D. (2007). Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(2), 469–487. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000200005>

Pode-se afirmar que criação da diferença entre cirurgia plástica embelezadora e reparadora é fruto da doutrina e da jurisprudência que buscaram, a partir de tal distinção, traçar o regime de responsabilidade aplicável quando a sistematização do assunto era inexistente. Talvez até mais, buscava-se, para alguns casos, a simplificação de uma avaliação – extremamente complexa para a técnica científica da época. O que parece mais incrível, é que passados quase cem anos de sua proposta – depois de consideráveis avanços tecnológicos que usualmente são empregados em matéria probatória - e mais de meio século de sua utilização para as cirurgias plásticas, a classificação acabou sendo também incorporada em laudos e perícias médicas, que a elas fazem referência sem se atentar à restrição de âmbito original e, objetivamente, sem apresentar nenhum critério distintivo ou subsídio biológico ou científico que a sustente.

Operou-se, então, algo inusitado no Brasil: a seleção e classificação judicial do regime obrigacional aplicável as diferentes profissões, sendo repetido acriticamente até mesmo pelos próprios profissionais envolvidos em sua avaliação. Há, nisto, dois problemas evidentes: o primeiro é que não são claros os critérios desta classificação. Em algumas oportunidades parece decorrente exclusivamente da capacidade judicial de entendê-lo. Nestes casos, reproduz-se algo como: parece-me complicado, logo é uma obrigação de meio; o que inevitavelmente conduz a avaliação de que certas atividades médicas são corriqueiras e absolutamente controladas pelos profissionais envolvidos. Algo que o próprio Demogue já compreendia não ser possível quando a propôs.

O segundo grande problema, a partir da criação daquele pressuposto classificatório, é que ele tende a se cristalizar. Isto é, a resposta judicial com a utilização da classificação soluciona o caso, varrendo para a omissão detalhes que precisam ser discutidos: fatores externos como conduta do paciente, forma como as informações foram prestadas, publicidade envolvida, conduta do próprio médico, variáveis genéticas e de predisposições etc. Ao fazê-lo, tornou-se aquela presunção relativa, inaplicável – na origem - à atividade médica em, na prática, absoluta e o regime de culpa foi, judicial e aleatoriamente, substituído pelo de risco.

Assim, a classificação se consolidou na prática jurídica que afirma que cirurgias plásticas reparadoras seriam obrigações de meio e, por consequência, a não obtenção dos fins pretendidos pelo paciente acarretaria a necessidade de demonstração de culpa *lato sensu* (responsabilidade subjetiva). No entanto, sendo considerada meramente estética, o resultado não obtido implicaria numa espécie de culpa presumida<sup>14</sup> do médico, técnica processual de inversão do ônus da prova ou de flexibilização do ônus subjetivo que não se confunde com a responsabilidade objetiva<sup>15</sup> e da qual decorre a

---

<sup>14</sup> Vale lembrar que a culpa presumida não se confunde com responsabilidade objetiva. Segundo Nelson Rosenvald e Felipe Braga Netto sobre a culpa presumida: “tal se verifica no momento em que a prova quanto ao ônus de demonstrar a veracidade do quadro fático não mais incidirá sobre a parte usualmente onerada, porém sobre a contraparte, que então terá a incumbência de provar o fato contrário. Ou seja, em hipóteses previstas pela lei, não mais caberá ao ofendido a hercúlia missão de provar o erro de conduta moralmente imputável ao agente – o brocardo *actori incumbit probatio* -, pois em princípio a demonstração do fato ilícito (antijuridicidade + imputabilidade) já equivaleria a um atestado de culpa. Lado outro, o demandado, que, pela regra geral, não tinha qualquer ônus probatório em relação a esse pressuposto, terá doravante o encargo exclusivo de provar o fato contrário” (ROSENVALD, Nelson; BRAGA NETTO, Felipe. *Responsabilidade civil: teoria geral*. Indaiatuba: Foco, 2024. p. 462).

<sup>15</sup> “[...] pretendemos demonstrar que a teoria da presunção de culpa se insere na teoria subjetiva, com o mérito de constituir uma fase intermediária de evolução entre aquela e a teoria objetiva. Em outras palavras, no contexto

necessidade do paciente demonstrar apenas o dano (ou aquilo que se entende um dano), cabendo ao profissional demonstrar causas excludentes de sua responsabilidade, impondo-se a este o dever de provar que agiu com diligência e em conformidade com as melhores práticas cientificamente aceitas.

Se à luz de uma inexistente sistemática da responsabilidade civil a classificação se justificaria quando vigente o Código Civil de 1916 e ainda inexistente do Código de Defesa do Consumidor (CDC), a divisão *a priori* poderia fazer sentido, certo é que à luz do Código Civil vigente (arts. 186, 927 e 951, CC) e do CDC (arts. 14 e 22, CDC), que possuem sistemas de responsabilidade bem estabelecidos, a diferenciação não só perde utilidade, como se mostra tecnicamente equivocada, exigindo do profissional, muitas vezes, a produção da chamada prova diabólica. Nesse sentido, afirma Luís Andorno<sup>16</sup> que é “mais adequado não fazer distinções a respeito, ubicando também a cirurgia estética no âmbito das obrigações de meio, isto é, no campo das obrigações gerais de prudência e diligência. [...]. 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”.

Trata-se, portanto, de encarar, como dito anteriormente, a cirurgia plástica como ato médico uno e indivisível, no qual o principal resultado buscado é o estado de completo bem-estar do paciente.

As soluções baseadas nessa distinção são casuísticas e desprovidas de amparo profissional, biológico, científico e técnico-jurídico. Impor a distinção é desconsiderar não só os sistemas de responsabilidade civil (objetiva e subjetiva) e de ônus probatório já estabelecidos nas normas brasileiras mas, também, perpetuar uma cultura que atrela saúde apenas à ausência de doença ou, ainda, a questões meramente físicas e estéticas. Saúde é estado de equilíbrio biopsicossocial e avaliar responsabilidade médica sem ter isso em conta, é o mesmo que dizer que, no caso das cirurgias estéticas, a beleza é algo objetivamente passível de aferição e que a busca por padrões estéticos decorre tão somente de modismos, quando na verdade sua origem pode estar em transtornos importantes como o TDC (Transtorno Dismórfico Corporal) ou para evitar atos de agressão como aqueles originados de *bullying* nos mais diferentes ambientes. Isso para não afirmar que tais padrões são cultural e historicamente condicionados e, atualmente, altamente influenciados pela excessiva exposição das pessoas a imagem (usualmente irreal e manipulada) de adequação (ou perfeição) algorítmica.

Diversos seriam os exemplos para enfatizar a inexistência possível de padronização de avaliação. Em termos puramente estéticos, pode-se afirmar a tendência ocidental de se valorizar a figura feminina esguia, bronzeada (ora voluptuosa, ora não). Já no extremo oriente, o padrão mais pálido e de feições diminutas é o buscado (nem que seja com recursos cirúrgicos também). A

---

tradicional da teoria subjetiva o ônus da prova quanto à culpa seria de inteira demonstração da vítima; já na presunção *juris tantum* de culpa, transfere-se essa prova (agora negativa) ao autor do fato. Por fim, na teoria objetiva, a discussão de culpa é completamente desprezada, sendo despidendo se aferir se houve ou não um erro de conduta ou omissão de diligência, cuidando-se de responsabilidade independente da existência de culpa. Por esses motivos, é um equívoco associar a responsabilidade objetiva a uma presunção *juris et de jure* de culpa, mesmo que na prática possam conduzir a consequências semelhantes” (ROSENVALD, Nelson; BRAGA NETTO, Felipe. **Responsabilidade civil**: teoria geral. Indaiatuba: Foco, 2024. p. 465).

<sup>16</sup> ANDORNO, Luís. La responsabilidad civil médica. *Ajuris*, n. 59, p. 224-235. p. 176-177.

propensão de pensar a beleza a partir de padrões utópicos e mitológicos, como o corpo apolíneo, não são universais. A tribo *Karen* do norte da Tailândia vai a extremos para alongamento dos pescoços de suas meninas (as ‘mulheres girafas’ da mídia), da mesma forma que a nação *Ndebele* do Zimbábue. Enquanto isso, no Brasil, fala-se de uma beleza “recorta-cola” em que harmonizações faciais deixaram as pessoas com os mesmos traços emoldurados, ainda, pelas intervenções odontológicas que prometem a perfeição bucal. Esta advertência é necessária porque o que entendemos como beleza e feiura são mutáveis<sup>17</sup> e, usualmente, refletem padrões inatingíveis e não podem ser confundidas com ‘danos’.

Para ilustrar a indevida distinção entre as cirurgias plásticas é possível mencionar aquelas realizadas para remoção/redução de pele em pacientes bariátricos. A Lei n. 9.656/96, que regula as operadoras de saúde, afirma serem excluídas da cobertura obrigatória dos planos de referência os procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos (art. 10, II). As cirurgias bariátricas foram incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, pela Resolução Normativa n. 262, de 2011. Consequência da ampliação da cobertura foi o aumento na busca pelo procedimento por obesos mórbidos. O emagrecimento alcançado com a cirurgia acaba gerando em boa parte dos pacientes sobras de pele, cuja remoção deve ser também cirúrgica e cujos custos as operadoras não estão dispostas a arcar.

A judicialização da questão foi inevitável. De um lado as operadoras sustentam a recusa afirmando ser a mamoplastia e a cirurgia de remoção de excesso de pele meramente estéticas e, portanto, de cobertura não obrigatória. De outro, pacientes afirmam serem procedimentos reparadores, até porque, dependendo da situação, o excesso de pele pode gerar feridas crônicas, infecções e alterações morfológicas importantes. Diante da controvérsia estabelecida, em 2020<sup>18</sup>, o Superior Tribunal de Justiça consolidou<sup>19</sup> entendimento de que as cirurgias para remoção de excesso de pele devem ser consideradas reparadoras nos casos de pacientes submetidos a gastroplastia porque implica em consequências anatômicas e morfológicas e, portanto, devem ser custeadas pelos planos de saúde porque necessárias à recuperação integral da saúde do paciente com obesidade mórbida.

Aqui, então, é preciso indagar: admitindo-se que foi a cirurgia plástica de retirada de excesso de pele considerada reparadora, a obrigação da operadora não deveria ser estendida também aos

---

<sup>17</sup> ECO, Humberto. *História da beleza*. São Paulo: Record, 2010, *passim*.

<sup>18</sup> Vide REsp n. 1757938 disponível em:

<https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201757938>

Ementa: Recurso Especial. Civil. Plano de saúde. Paciente pós-cirurgia bariátrica. Dobras de pele. Cirurgias plásticas. Necessidade. Caráter funcional e reparador. Eventos cobertos. Finalidade exclusivamente estética. Afastamento. Restabelecimento integral da saúde. Danos morais. Configuração. Valor indenizatório. Manutenção. Razoabilidade. Súmula no 7/STJ. Min. Relator Ricardo Villas Bôas Cueva,

<sup>19</sup> Vide Tema 1069, STJ: (i) É de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, em paciente pós-cirurgia bariátrica, visto ser parte decorrente do tratamento da obesidade mórbida. (ii) Havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada ao paciente pós cirurgia bariátrica, a operadora de plano de saúde pode se utilizar do procedimento da junta médica, formada para dirimir a divergência técnico assistencial, desde que arque com os honorários dos respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=1069&cod\\_tema\\_final=1069](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1069&cod_tema_final=1069)

obesos que conseguem perder peso sem passar por gastroplastias (embora sejam essas situações mais raras)? Esse detalhe não parece ser levado em conta pelos tribunais, especialmente porque além de adotarem a indevida distinção das cirurgias plásticas, acabaram condicionando estas a àquelas, afastando-se da premissa essencial: obesidade é doença crônica complexa<sup>20</sup> de cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde, sendo o cuidado integral devido independente de classificações acientíficas adotadas.

Outro exemplo interessante da indevida distinção está no tratamento a laser das malformações vasculares capilares (manchas vinho-do-porto ou nevo flâmeeo), doenças congênitas caracterizadas por manchas avermelhadas ou arroxeadas que podem aparecer em qualquer parte do corpo e que se manifestam já ao nascimento<sup>21</sup>. A depender da localização, tamanho e demais fatores podem apresentar risco à saúde e, mesmo, significativo sofrimento emocional decorrente da deformidade na aparência<sup>22</sup>. A utilização da laserterapia (*Pulsed Dye Laser/PDL* ou Laser de Corante Pulsado) para tratamento dessa doença é reconhecida em literatura médica como uma alternativa terapêutica com possível eficácia para fins de clareamento (e até eliminação) da mancha, mas não para o tratamento em si da condição. Se aplicada a distinção, a consequência é uma: o tratamento a laser é considerado meramente estético e, nesse sentido, andam, em grande parte, os pareceres dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus). Mas será possível afirmar que quem possui desde tenra idade manchas avermelhadas ou arroxeadas, que muitas vezes tomam conta de boa parte da face ou outras partes visíveis do corpo, está realmente procurando mero embelezamento? Se a resposta é sim, sem dúvida a injustiça da classificação se evidencia.

Por isso, pode-se afirmar que “a interpretação que situa a questão neste ângulo não tem lastro na lei, **repetindo**, apenas, a jurisprudência anterior ao Código que enxergava a dicotomia. [...]. A jurisprudência, todavia, insiste em dispensar à cirurgia estética tratamento draconiano: ou se atinge o resultado ‘embelezamento’ ou responde o médico pela frustração”<sup>23</sup> [grifo nosso]. O cenário doutrinário originariamente proposto, o ambiente francês do início do século XX que justificou a proposta da classificação das obrigações de meio e de resultado e sua consequente influência sobre a taxinomia da cirurgia plástica no Brasil não guarda nenhuma identidade com o estado atual da responsabilidade civil, da técnica científica, da compreensão da Medicina e do ônus probatório no Direito brasileiro.

---

<sup>20</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma em cada oito pessoas no mundo vive com obesidade. O estudo pode ser acessado em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

<sup>21</sup> Vide Nota Técnica Natjus 201803 (de 8/4/24), disponível em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=201803>

<sup>22</sup> Vide Nota Técnica Natjus 162418 (de 6/9/23), disponível em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=162418>

“O benefício da terapia solicitada está bem descrito na literatura para malformações vasculares. Na sua grande maioria, os benefícios descritos são de ordem estética. Neste caso em especial, não foram descritos: tamanho da lesão, diagnóstico dermatológico final da lesão, potencial de complicações (risco de sangramento) caso não realizada a laserterapia, possibilidade de doença sistêmica associada e objetivo do tratamento para além da questão estética”.

<sup>23</sup> Voto do Ministro Carlos Alberto Menezes Direito no REsp n. 81.101/PR.

## 2. INADIMPLENTO CONTRATUAL E DEVER DE REEXECUÇÃO

Insistir na distinção é firmar em favor do cirurgião plástico uma presunção de culpa (ou assunção de risco?) que não encontra amparo normativo, uma vez que, analisando-se à luz do Código Civil (arts. 186, 927 e 951, CC) ou analisando-se à luz do Código de Defesa do Consumidor (arts. 14 e 22, CDC), a responsabilidade deverá ser aferida mediante a demonstração de culpa, porque expressamente a lei estabelece ser aquela subjetiva. Assim como o era, na proposta original de classificação doutrinária.

Ainda que se pudesse afirmar que isso poderia dificultar para o paciente o exercício do direito à eventual reparação, a assertiva também não se sustenta, seja porque se tratando de relação de consumo, o fato da responsabilidade do profissional liberal ser subjetiva não impede a inversão do ônus da prova quando demonstrada hipossuficiência do paciente ou verossimilhança de suas alegações (art. 6º, VII, CDC); seja porque o Código de Processo Civil estabelece a distribuição dinâmica do encargo probatório<sup>24</sup> (art. 373, CPC). A dificuldade probatória, portanto, estaria facilmente superada por critérios legais objetivos e não por distinções doutrinárias subjetivas e biologicamente desprovidas de qualquer sentido. Além disso, nem mesmo a presunção de vulnerabilidade pode ser feita, como reiteradamente vem demonstrando a jurisprudência trabalhista (para casos envolvendo trabalhadores mais qualificados) e a jurisprudência cível (para abranger ou não empresários).

Há quem argumente que as próprias partes poderiam estabelecer entre si se a obrigação assumida é de meio ou de resultado em razão da autonomia privada. Sim, elas podem (para delimitar a controvérsia, por exemplo – art. 357, § 2º do CPC), mas as consequências do estabelecimento dessa cláusula não se produzem sobre o ônus probatório, até porque o CPC veda convenções que afetem as regras de distribuição do ônus probatório quando recair sobre direito indisponível da parte ou tornar o exercício do direito excessivamente difícil (art. 373, §3º do CPC). As consequências de cláusulas contratuais como essas se produzem sobre os riscos pelo inadimplemento e não sobre a espécie de responsabilidade assumida (que decorre de lei), até porque a simples menção à obrigação como de meios ou de resultado não é suficiente para definir a natureza jurídica da obrigação.

O que se quer aqui afirmar é que embora médico e paciente tenham liberdade para convencionar os limites de diligência e distribuir os riscos contratuais, o que verdadeiramente deve influenciar a análise é o cumprimento do dever de informação, presente em todas as fases de relação contratual. Lembre-se, as obrigações desempenham importante função social e, segundo Nelson Rosenvald<sup>25</sup>, “a obrigação deve ser vista como uma relação complexa, formada por um conjunto de

---

<sup>24</sup> “A redistribuição dinâmica do ônus da prova altera a imputação subjetiva da incumbência de provar o fato constitutivo do direito alegado ou do fato impeditivo, modificativo ou extintivo da pretensão, o que não diz respeito à prova em si, mas ao sujeito processual que deverá produzi-la, não podendo ser admitida quando a parte estiver, segundo a análise do caso concreto, em condições de produzir, por si só, a prova por ela solicitada. O comando principiológico ínsito se alinha aos princípios da cooperação, da boa-fé, da lealdade e, sobretudo, à igualdade substancial, a fim de direcionar o maior encargo probatório àquele que tenha maior aptidão para obter as provas necessárias ao deslinde do caso” (ROSENVALD, Nelson; BRAGA NETTO, Felipe. *Responsabilidade civil: teoria geral*. Indaiatuba: Foco, 2024. p. 466).

<sup>25</sup> ROSENVALD, Nelson. *Dignidade humana e boa-fé no Código Civil*. São Paulo: Saraiva: 2005. p. 4.

direitos, obrigações e situações jurídicas, compreendendo uma série de deveres de prestação, direitos formativos e outras situações jurídicas. A obrigação é tida como um processo – uma série de atos relacionados entre si -, que desde o início se encaminha a uma finalidade: a satisfação do interesse na prestação. Hodiernamente, não mais prevalece o *status* formal das partes, mas a finalidade à qual se dirige a relação dinâmica. Para além da perspectiva tradicional de subordinação do devedor ao credor existe o bem comum da relação obrigacional, voltado para o adimplemento, da forma mais satisfativa ao credor e menos onerosa ao devedor. O bem comum na relação obrigacional traduz a solidariedade mediante a cooperação dos indivíduos para a satisfação dos interesses patrimoniais recíprocos, sem comprometimento dos direitos da personalidade e da dignidade do credor e do devedor”.

Afirmar genericamente que o médico que apresenta uma foto antes e depois está a prometer um resultado, é desconsiderar que para esse tipo de conduta a consequência pode ser outra, como por exemplo, a responsabilidade por publicidade enganosa, a violação da boa-fé objetiva ou até a invalidade do negócio jurídico por dolo. Há de se diferenciar, portanto, o insucesso do resultado pretendido em decorrência da falta de diligência, da busca por resultados prometidos ou até imaginados pelo próprio paciente na busca de um desejo tecnicamente irrealizável e cuja representação, muitas vezes, pode ter sido induzida pelo próprio médico.

Este debate contamina, ainda, outro aspecto associado à tutela das obrigações de fazer: a reexecução ou, como comumente denominada na área, as revisões cirúrgicas.

Antes de avançarmos neste tema, convém, então, sumarizar algum campo seguro. Começamos, então, pela relação entre médico e paciente. Nosso pressuposto de análise é que ela tenha sido eletiva, em outros termos, que a relação não tenha se instaurado diante de emergência médica em que o atendimento não era prévio e escolhido. Esta relação, acreditamos que pouca dúvida persista, é de natureza contratual. Como tal, pressupõe a interação obrigacional dos sujeitos envolvidos anterior ao próprio procedimento. Em resumo, seriam as consultas, os exames, as dúvidas externadas e orientações dadas. Este contrato, então, não se forma na maca, mas antes e se protraí até depois da própria cirurgia. Esta relação obrigacional, portanto, não se resume ao ato cirúrgico e à transferência dos valores de honorários.

Isto significa que a relação obrigacional consubstanciada no contrato médico é mais ampla que o ato cirúrgico em si e afirmar seu cumprimento ou descumprimento não pode se resumir ao ato de um dos devedores. A título de exemplo, é oportuno exemplo antigo, mas real: em seu consultório, durante o atendimento, certo cirurgião indaga seu paciente se ele seria fumante. Como sabemos, fumar reduz a eficiência do processo de cicatrização. A pergunta, portanto, era relevante e poderia demonstrar o cumprimento/incumprimento, para qualquer dos sujeitos envolvidos, de um dever associado à boa-fé objetiva. Suponhamos que o paciente negue a prática, embora esteja mentindo. A possível necrose do tecido pode ser avaliada apenas pela perspectiva da conduta do médico? Pior ainda, ao se dizer que o eventual dano estético decorre de responsabilidade do médico porque aquela era uma cirurgia embelezadora cujo resultado não foi alcançado, parece simplificar em excesso a análise, não? A análise, portanto, das fases pré e pós negocial podem revelar variáveis importantes que acabam omitidas por uma classificação artificial.

Além disso, a avaliação do conteúdo obrigacional daquele contrato também merece análise mais aprofundada. A ausência de clareza nas manifestações de vontade exigirá a avaliação do conteúdo sobre o qual incide o consentimento. Aqui entrarão ferramentas específicas para interpretação do negócio: novamente recorreremos aos deveres anexos decorrentes da boa-fé objetiva, mas, igualmente, aos padrões de mercado, aos riscos assumidos, ao equilíbrio negocial, etc. Qual era o efeito desejado? Como foi explicada a intervenção? Como foram explicadas as limitações ao resultado desejado? Todas estas variáveis, que dependem da análise pormenorizada do ambiente negocial, basearão a análise do (in)adimplemento.

Outro ponto é que ao analisar a relação em si, para sua tutela específica, passa a ser essencial destrinchar os comportamentos devidos em modalidades obrigacionais específicas. Daí porque, por um breve momento, deixamos a análise do contrato no todo, para buscar os vínculos obrigacionais que lhe compõem. Nestes casos, o ato cirúrgico inevitavelmente se traduz em uma obrigação de fazer que precisará ser classificada, a partir da análise da essencialidade ou não da realização do ato pelo devedor, em fungível ou infungível.

O descumprimento da obrigação de fazer pode conduzir, a depender desta classificação, na extinção do vínculo e surgimento de obrigação indenizatória ou no seu 'fazimento' por terceiro, o que também influencia na fixação da obrigação indenizatória. Além disso, a depender do tipo de inadimplemento, ainda é possível se associar a ideia de reexecução da prestação.

Como se sabe, a tutela das obrigações de fazer não autoriza a imposição coercitiva do comportamento. Assim, o devedor que se recusa a cumpri-la de forma voluntária pode ser incentivado a realizá-la por diferentes mecanismos (contratuais e judiciais), mas se insistir no inadimplemento imporá ao credor a resolução da prestação e sua conversão em perdas e danos.

Por que isso é relevante? Não há na literatura médica indicação precisa do que seria considerado retoque, nova cirurgia, revisão cirúrgica (reoperação), refinamento, entre outros termos correlatos. A menção é comumente encontrada em cláusulas de contratos de prestação de serviços médicos que buscam definir a responsabilidade médica nessas situações. Referem-se aos honorários médicos como aqueles decorrentes da execução da cirurgia plástica contratada e retornos em consultório, excluindo, por consequência, medicamentos, materiais, despesas hospitalares, auxiliares de cirurgia, drenagens, massagens, modeladores, próteses, tratamentos estéticos complementar etc.

E os problemas estão justamente na delimitação daquilo que é parte do ato médico contratado, aquilo que decorre de eventual erro médico e das situações que decorrem de reações imprevistas do corpo do paciente. Significa afirmar que, respeitadas as limitações, as partes podem, sob o abrigo da autonomia privada, estabelecer o conteúdo das obrigações, inclusive quanto à fixação das condutas diligentes a serem desempenhadas a fim de se concretizar o adimplemento da obrigação. A determinação do nível de diligência deve considerar a natureza da prestação e as circunstâncias e os métodos cirúrgicos adotados, entre outros fatores. Isso porque, ao se impor o dever de reexecução ou retoque pode-se, por exemplo, estar se presumindo o inadimplemento; impondo-se novo risco aos sujeitos e, até mesmo, desequilibrando a relação negocial.

Melhor seria tratar, de modo claro e explícito, os encargos efetivamente atribuídos a cada um dos contratantes, considerando a natureza dos riscos assumidos e os beneficiários das prestações e das contraprestações (já que o aumento do risco deve refletir no valor das prestações, o que não costuma ser observado ao tratar das obrigações de meios e de resultado). Até mesmo porque, não existe um critério claro e objetivo que distinga a cirurgia plástica estética e reparadora ou uma obrigação de meios de uma de resultados, nem há uniformidade, na doutrina e na jurisprudência, quanto às consequências. Isso significa afirmar que a menção à classificação da obrigação ou da cirurgia plástica pode representar uma medida inócua (e contrária ao interesse das partes), pois é no sistema de responsabilidade civil estabelecido no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor que se encontrarão as respostas aplicáveis à hipótese concreta.

Isso fica ainda mais sensível se incluirmos o negócio no contexto da classificação mencionada anteriormente. Imagine-se, então, que o cirurgião tenha tomado para si que aquela relação paciente-médico é um contrato de cirurgia estética embelezadora. A partir disso e conhecedor dos meandros jurisprudenciais, resolve calcular e limitar seu risco. Sabe, por exemplo, que em razão do entendimento do tribunal de sua região, que ou assegura o 'resultado' esperado ou estará diante de seu próprio inadimplemento. Embora ele não seja empresário (por definição legal), é razoável esperar que este profissional faça um cálculo: quais serão meus custos? Neste caso, seria de se esperar que seu contrato descrevesse – minuciosamente – o resultado esperado (se é que isso seria possível) e limitasse seu risco de exposição, ou seja, não assumindo nenhuma outra obrigação que não seja essencial ao ato cirúrgico.

A complexidade desta interpretação é evidente: como entender o resultado? Como descrevê-lo? Como fazer o paciente entender que o ele espera não é alcançável muitas vezes? Como calcular o risco se a jurisprudência o atribui?

Genericamente, pode-se afirmar que quanto ao erro médico (entendido como dano causado pelo inadimplemento), não há dúvidas, o paciente tem direito ao retoque, refinamento, reexecução às custas do profissional que errou. Trata-se de aplicação da tutela particular às obrigações de fazer. Isto não quer dizer, no entanto, que o próprio médico o realizará. A questão está, no entanto, nas hipóteses em que há divergência sobre o resultado. Ou, em termos mais simples, em que erro efetivamente não há, mas insatisfação do credor com a prestação. A discussão passa a ser, então, aquele cálculo mencionado. Impor o dever de reexecução porque o resultado desejado não foi alcançado é factível? Parece, então, conveniente retomarmos a noção de inadimplemento e de satisfação do credor.

Como mencionado, ela se desloca progressivamente da subjetividade para a objetividade. Isto quer dizer que a avaliação do inadimplemento deixa de focar no desejado pelo credor para aquilo que é socialmente útil. Talvez, neste contexto, precisaremos entender até mesmo do estado da arte e identificar o que é possível e desejável.

Cita-se o exemplo contido no Parecer CRM-DF n. 11/2015: “a melhora desejada pela paciente após uma mastoplastia ou braquioplastia redutora nem sempre é alcançada depois da primeira operação. O percentual da melhora estética e reparadora após a primeira operação depende de vários fatores, inerentes à paciente e geneticamente determinados, tais como: qualidade da pele (grau de

flacidez, quantidade de estrias, alterações de pigmentação, textura e tônus); qualidade da cicatrização, isto é, a formação de cicatrizes hipertróficas (elevadas), hipercrômicas (escuras) ou queloidianas; presença de obesidade ou excesso de peso e presença de doenças associadas (anemia, diabetes, hipertensão arterial, doenças tireoidianas e outras). Tais doenças interferem diretamente no risco de infecção pós-operatória e qualidade da cicatrização, portanto afetando o resultado estético final da operação”.

Saindo deste escopo e exagerando a subjetividade poderíamos avaliar mesmo aquelas intervenções mais radicais em que o desejado pelo paciente pode impor-lhe danos à saúde. A reexecução da cirurgia com a imposição de ato que ofenderia o estado de saúde do credor é aceitável? O ‘retoque’ a este nível está abrangido na obrigação negocial?

Do exemplo é possível afirmar ser impossível delimitar previamente o que caracterizaria uma revisão cirúrgica e se ela seria ou não necessária. E, se isto é impossível, também o é o cálculo dos potenciais riscos assumidos pelo devedor. Assim, por consequência, entender esta obrigação como de resultado é exigir mais do que se pode do devedor.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Uma análise comparativa entre o modelo dogmático das obrigações de meios e de resultado e o sistema de responsabilidade civil e as regras sobre o ônus probatório do ordenamento jurídico brasileiro revela uma evidente incompatibilidade entre o que está presente nos tribunais e o que está determinado nas normas.

A construção teórica original acabou ganhando, por esforços doutrinários e jurisprudenciais brasileiros, amplitude e aplicabilidade distintas daquelas para as quais foi concebida. A partir, então, de uma ‘importação’ conceitual, descaracterizada, desatualizada e descontextualizada, temos insistido em analisar artificialmente o inadimplemento de um contrato de prestação de serviços extremamente relevante. Isso tende a não só apresentar como fraturas consequências típicas e esperadas de outros negócios (elastecendo ainda mais a ficção teórica) como pode conduzir à excessiva oneração de agentes que não estão autorizados a repassar riscos que não podem calcular, assumir e compensar.

Por fim, ao atual estado da arte, técnico-científico e normativo, concebem-se mecanismos probatórios, de inversão de ônus e de responsabilização, prescindindo – portanto – desta artificialidade.

#### **REFERÊNCIAS**

ANDORNO, Luís. La responsabilidad civil médica. *Ajuris*, n. 59, p. 224-235.

BEVILAQUA, Clovis. *Direito das Obrigações*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977.

BITTAR, Carlos Alberto. *Direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

BRASIL. Decreto n. 8.516 de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35

da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm](https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm).

BRASIL. Lei 10.406/2002 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm).

BRASIL. Lei n. 13.874 de 20 de setembro de 2019. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113874.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113874.htm).

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. NatJus. Nota Técnica 201803. Disponível em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=201803>.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. NatJus. Nota Técnica 162418. Disponível em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=162418>.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1757938, Terceira Turma, Relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 05 de fevereiro de 2019. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1787614&num\\_registro=201800574856&data=20190212&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1787614&num_registro=201800574856&data=20190212&formato=PDF).

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Tema Repetitivo 1069. Segunda Seção. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=1069&cod\\_tema\\_final=1069](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1069&cod_tema_final=1069).

BULCÃO, L. G., EL-KAREH, A. C., & SAYD, J. D.. (2007). Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 14(2), 469-487. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000200005>.

COELHO, Fábio Ulhôa. *Curso de Direito Civil*, 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005, vol. 2.

COMPARATO, Fábio Konder. Obrigações de meios, de resultado e de garantia. In TEPELINO, Gustavo e FACHIN, Luiz Edson (Org.) *Doutrinas essenciais: obrigações e contratos*. São Paulo: Revista dos Tribunais. Vol. I, p. 761-776.

CRUZ, Gisele Sampaio da. Obrigações alternativas e com faculdades alternativas. Obrigações de meio e de resultado. In TEPELINO, Gustavo (Coord.). *Obrigações: estudos na perspectiva civil constitucional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005, p.147-179.

DEMOGUE, René. *Traité des obligations en général*. Tome 6, Paris: A. Rousseau, 1933. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6488897x.r=.langFR.textePage>.

DI LAURO, Antonio Procida Mirabelli. A obrigação como relação completa. *Revista Brasileira de Direito Civil*, v. 7, n. 1, 2016. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/75/69>

ECO, Humberto. *História da beleza*. São Paulo: Record, 2010.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *Direito Civil: obrigações*. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Orlando. *Obrigações*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito Civil brasileiro: Teoria geral das obrigações*. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011, vol. 2.

IBGE, Situação demográfica em 1957. Disponível em: [https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos\\_download/populacao/1957/populacao\\_m\\_1957aeb\\_037.pdf](https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1957/populacao_m_1957aeb_037.pdf)

LÔBO, Paulo. *Direito Civil: Obrigações*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MONTEIRO, Washington de Barros. *Curso de Direito Civil: Direito das Obrigações*. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003, vol. 4.

MOTA, Maurício. A pós-eficácia das obrigações revisitada. In: MOTA, Maurício; KLOH, Gustavo. (Org.) *Transformações contemporâneas do direito das obrigações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 03-63. p. 21.

NADER, Paulo. *Curso de Direito Civil: obrigações*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010. Vol.2.

NERY, Rosa Maria de Andrade; NERY JUNIOR, Nelson. *Instituições de Direito Civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015, vol. III.

NONATO, Orosimbo. *Curso de Obrigações*. Rio de Janeiro: Forense, 1959, Vol. I e II.

OLIVEIRA, José Lopes de. *Direito das Obrigações*. Recife: Livrotecnica, 1976.

PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de Direito Civil*. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

PEREIRA, Caio Mário. *Instituições de Direito Civil*. 23. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

PONTES DE MIRANDA. *Tratado de Direito Privado: parte especial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Borsoi, 1971, Tomo XXII.

RIZZARDO, Arnaldo. *Direito das Obrigações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

RODRIGUES, Silvio. *Direito Civil: parte geral das obrigações*. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, vol. 2.

ROSENVALD, Nelson; BRAGA NETTO, Felipe. *Responsabilidade civil: teoria geral*. Indaiatuba: Foco, 2024.

SERPA LOPES, Miguel Maria de. *Curso de Direito Civil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1995.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. In ALVIM, Arruda; CÉSAR, Joaquim Portes de Cerqueira; ROSAS, Roberto (Coord.). *Aspectos controvertidos do novo Código Civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 291-314.

VIANA, Marco Aurélio S. *Curso de Direito Civil: Direito das Obrigações*. Rio de Janeiro: 2007.

WALD, Arnaldo. *Obrigações e contratos*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. 1 mar. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.



Este artigo está licenciado sob a licença *Creative Commons* Atribuição-Não Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Para mais informações sobre os termos desta licença, consulte: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt>

Recebido em:  
**24/06/2025.**

Aprovado em:  
**20/03/2026.**

#### **Como citar segundo a NBR 6023/ABNT:**

SCHAEFER, Fernanda; GLITZ, Frederico Eduardo Zenedin. Precisão em cirurgia plástica e embelezamento da jurisprudência: o problema das obrigações de resultado. **Revista IBERC**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 26-42, jan./abr. 2026.