

DIONE BATISTA VILA-NOVA DA SILVA

**PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS MOVIDOS POR
PACIENTES EM CIRURGIA PLÁSTICA.**

**Tese apresentada à Universidade Federal de São
Paulo para obtenção do Título de Doutor em
Ciências.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. FÁBIO XERFAN NAHAS.

COORIENTADORES: Prof. HEITOR FRANCISCO DE C. GOMES.

Profa. MARIA JOSÉ AZEVEDO DE BRITO.

SÃO PAULO

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIFESP**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIRURGIA TRANSLACIONAL**

**TITULAR: Profa. Dra. LYDIA MASAHO FERREIRA
COORDENADOR: Prof. Dr. MIGUEL SABINO NETO**

Vila-Nova da Silva, Dione Batista.

Perfil dos processos judiciais movidos por pacientes em Cirurgia Plástica. Dione Batista Vila-Nova da Silva. São Paulo, 2016.
XIV, 132 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Profile of judicial legal process moved by patients in Plastic Surgery.

1. Imperícia/negligência em medicina, 2. aspecto legal, 3. satisfação em cirurgia plástica, 4. demandas em cirurgias, 5. perfil cirúrgico do país.

DEDICATÓRIA

Ao Senhor meu DEUS.

As pessoas que acreditaram no meu trabalho e sempre me incentivaram no intuito de sua finalização. As dificuldades que fortaleceram a vontade de vencer.

Homenagem póstuma: (Mãe) Antonia Vila-Nova da Silva, (Pai) Manoel Batista Pereira da Silva, (Irmã) Diva Vila-Nova Aniceto, (Mãe adotada) Norma Severina Pompeu Pumar, (Irmão) Manoel Batista Vila-Nova da Silva, (Irmão) Mário Batista Vila-Nova da Silva.

Ademir Narciso e Angélica Bogatzky, queridos amigos que me apoiaram.

A todos os meus amigos do Centro Espírita Dr. Luiz Monteiro de Barros.

À professora Jocelina Carpes da Silva Rodrigues, amiga e advogada de todas as horas. Sempre pronta a ajudar nas dificuldades.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para finalização deste trabalho.

Ao professor Antonio Lessa que esteve presente nos momentos de trabalho.

À Manuella (Manú), neta adotada que enche de Sol minha vida, desde os primeiros dias de sua existência.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor **FÁBIO XERFAN NAHAS**, PROFESSOR ORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL, PROFESSOR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, pelas correções realizadas nesta tese, sem as quais não seriam ultimadas.

À Professora Doutora **LYDIA MASAKO FERREIRA**, PROFESSORA TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP.

Ao Professor Doutor **MIGUEL SABINO NETO**, COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL, pela conduta ética e profissional no Programa de Pós-Graduação, dando continuidade à alta qualidade e propriedade das gestões anteriores, possibilitou a realização desta tese do seu início ao fim.

Ao Professor **HEITOR FRANCISCO DE CARVALHO GOMES**, PROFESSOR COORIENTADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL, PROFESSOR AFILIADO DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP, pela coorientação e correções realizadas nesta tese, sem as quais não seriam ultimadas.

À Professora **MARIA JOSÉ DE AZEVEDO BRITO**, COORIENTADORA desta tese, pela colaboração na redação do texto desta dissertação e de artigos derivados deste estudo.

Às secretárias da DISCIPLINA DE CIRURGIA PLÁSTICA DA UNIFESP:
**SANDRA DA SILVA, SILVANA APARECIDA DA COSTA E MARTA
REJANE DOS REIS SILVA**, pela inestimável participação direta e
indireta no desenvolvimento deste trabalho.

Aos **PÓS-GRADUANDOS** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA TRANSLACIONAL DA UNIFESP, pelo incentivo e
amizade.

Sem alimentar fantasias de saltos evolutivos, dê um passo atrás do outro.

Sem ansiar pela grandeza das estrelas, ame-se na condição de singelo pirilampo que se esforça por fazer luz na noite escura.

Faça as pazes com suas imperfeições.

Descubra suas qualidades, acredite nelas e coloque-as a serviço de suas metas de crescimento, essa é a fórmula da verdadeira transformação.

Ermance Dufaux.

(Reforma Íntima sem Martírio. Wandelely Oliveira. Editora Dufaux).

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
EPÍGRAFE	VII
LISTA DE FIGURAS	IX
LISTA DE TABELAS	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	XVII
RESUMO	XXIV
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVO.....	05
3. LITERATURA.....	07
4. MÉTODOS.....	22
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	44
7. CONCLUSÃO.....	55
8. REFERÊNCIAS.....	57
9. NORMAS ADOTADAS.....	64
10. ABSTRACT.....	66
11. APÊNDICES.....	68
12. ANEXO.....	104
13. FONTES CONSULTADAS.....	107

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado do Rio Grande do Sul 25
- Figura 2- Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo..... 25
- Figura 3- Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro 26
- Figura 4- Incidência de processos de pacientes contra médicos no Rio de Janeiro (APÊNDICE 3)..... 74
- Figura 5- Incidência de processos de pacientes contra médicos no Rio Grande do Sul (APÊNDICE 3)..... 74
- Figura 6- Incidência de processos de pacientes contra médicos em São Paulo. (APÊNDICE 3).....75
- Figura 7- Porcentagem de processos de pacientes contra médicos, procedentes no Rio de Janeiro. (APÊNDICE 4)..... 76
- Figura 8- Porcentagem de processos de pacientes contra médicos, procedentes no Rio Grande do Sul. (APÊNDICE 4)..... 76

Figura 9-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos, procedentes em São Paulo. (APÊNDICE 4).....	77
Figura 10-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos, médico condenado para os três estados.....	33
Figura 11-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos com perícia no Rio de Janeiro. (APÊNDICE 5).....	78
Figura 12-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos com perícia no Rio Grande do Sul. (APÊNDICE 5).....	78
Figura 13-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos com perícia em São Paulo. (APÊNDICE 5).....	79
Figura 14-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2009. Cirurgias de maiores incidências (APÊNDICE 6).....	81
Figura 15-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2009. Cirurgias de menores incidências (APÊNDICE 6).....	81
Figura 16-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2010. Cirurgias de maiores incidências (APÊNDICE 6).....	83

Figura 17-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2010. Cirurgias de menores incidências (APÊNDICE 6).....	83
Figura 18-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2011. Cirurgias de maiores incidências (APÊNDICE 6).....	85
Figura 19-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2011. Cirurgias de menores incidências (APÊNDICE 6).....	85
Figura 20-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2012. Cirurgias de maiores incidências (APÊNDICE 6).....	87
Figura 21-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida, em cada estado – 2012. Cirurgias de menores incidências (APÊNDICE 6)	87
Figura 22-	Porcentagem das principais cirurgias plásticas envolvidas, em litígio em cada estado estudado.....	36
Figura 23-	Queixas mais frequentes que originaram os processos de pacientes contra médicos, por estado.....	37

Figura 24-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação nos três estados – 2009. (APÊNDICE 7).....	88
Figura 25-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação nos três estados – 2010. (APÊNDICE 7).....	89
Figura 26-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação nos três estados – 2011. (APÊNDICE 7).....	90
Figura 27-	Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação nos três estados – 2012. (APÊNDICE 7).....	91
Figura 28-	Porcentagem de causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à cicatriz (tamanho e forma), e a outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados.....	38
Figura 29-	Porcentagem de causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à insatisfação, e a outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados	39

Figura 30- Porcentagem de causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à assimetria, e a outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados.....	40
Figura 31- Valores médios e medianos referentes aos anos.....	41
Figura 32- Valor médio e mediano por ano das sentenças consideradas procedentes (favorável ao paciente), de acordo com as causas de queixa.....	42
Figura 33- Valor médio por ano das sentenças procedente de cinco casos de óbitos de 2011 e 2012	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Total de processos de pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica e população	30
Tabela 2-	População (APÊNDICE 2).....	73
Tabela 3-	Incidência de processos de pacientes contra médicos para os três estados e totais	31
Tabela 4-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos procedente para os três estados e totais	32
Tabela 5-	Porcentagem de processos de pacientes contra médicos com perícia para os três estados e totais	34
Tabela 6-	Processos por tipo de cirurgias, em cada estado, considerando-se o total de cirurgias envolvidas.....	35
Tabela 7-	Distribuição dos processos por tipos de cirurgia envolvida em cada estado - 2009. (APÊNDICE 6).....	80
Tabela 8-	Distribuição dos processos por tipos de cirurgia envolvida em cada estado - 2010. (APÊNDICE 6).....	82
Tabela 9-	Distribuição dos processos por tipos de cirurgia envolvida em cada estado - 2011. (APÊNDICE 6).....	84

Tabela 10-	Distribuição dos processos por tipos de cirurgia envolvida em cada estado - 2010. (APÊNDICE 6).....	86
Tabela 11-	Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado - 2009. (APÊNDICE 7).....	88
Tabela 12-	Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado - 2010. (APÊNDICE 7).....	89
Tabela 13-	Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado - 2011. (APÊNDICE 7).....	90
Tabela 14-	Distribuição dos processos por tipos de reclamação, de cada estado - 2012. (APÊNDICE 7).....	91
Tabela 15-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz. Rio de Janeiro. (APÊNDICE 8).....	92
Tabela 16-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz. Rio Grande do Sul. (APÊNDICE 8).....	93
Tabela 17-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz. São Paulo. (APÊNDICE 8).....	94
Tabela 18-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação. Rio de Janeiro. (APÊNDICE 9).....	95

Tabela 19-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação. Rio Grande do Sul. (APÊNDICE 9).....	96
Tabela 20-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação. São Paulo. (APÊNDICE 9).....	97
Tabela 21-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria. Rio de Janeiro. (APÊNDICE 10).....	98
Tabela 22-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria. Rio Grande do Sul. (APÊNDICE 10).....	99
Tabela 23-	Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria. São Paulo. (APÊNDICE 10).....	100
Tabela 24-	Valor total do processo (R\$), por reclamação, de acordo com ano e estado. (APÊNDICE 11).....	102
Tabela 25-	Participação das reclamações no valor total do processo, de acordo com ano e estado. (APÊNDICE 11).....	103

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS E TERMOS JUDICIAIS UTILIZADOS.

AJG	Assistência Judiciária Gratuita.
Art	Artigos.
CDC	Código de Defesa do Consumidor.
CF	Constituição Federal.
CRM	Conselho Regional de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
LASER	<i>“Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation”</i> . Dispositivo que emite radiação monocromática intensa e concentrada, altamente controlável, e que tem inúmeras aplicações na indústria, na engenharia e na medicina.
EUA	Estados Unidos da América.
PMMA	Poli-Metil-Meta-Acrilato.
RS	Rio Grande do Sul.
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJ/SP	Superior Tribunal de Justiça de São Paulo.
TCI	Termo de Consentimento Informado.
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TJ	Tribunal de Justiça.
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo.
WEB	Palavra da língua inglesa que significa, “teia”

	Internet.
Acórdão	É a decisão judicial proferida em recurso nos Tribunais.
Advertência	Ação ou resultado de advertir, censura, repreensão.
Assistencial	Que presta assistência ajuda.
Ação	É um direito subjetivo público processual, que tem, como correspondente dever por parte do juiz, condutas reguladas pelo Direito processual.
Cassar	Revogar, anular.
Censura	Ação ou resultado de advertir. Censura repreensão.
Constituição	Lei fundamental da organização política de uma nação soberana que determina a sua forma de governo, institui os poderes públicos, regula as suas funções e estabelece os direitos e deveres essenciais do cidadão.
Código	Corpo único e sistematizado de disposições legais referentes a um mesmo setor do Direito.

Dano	Mal ou prejuízo causado a alguém (danos morais/materiais)
Defesa	Ação ou resultado de defender. Meios, estratégia, preparação.
Defesa do Consumidor.	Direito básico do consumidor, a facilitação da defesa dos seus direitos.
Câmara	Assembleia que tem função legislativa.
Culpa	Responsabilidade atribuída a alguém por algum mal ou dano.
Custa Judicial	Parte das despesas judiciais relativas à informação, propulso e determinação do processo.
Demanda	Ação cível judicial.
Deferido	Quando o Juiz concorda com um pedido, ele é deferido.
Direito	Normas e leis que regulam a vida em sociedade.
Epidemia	Doença que se alastra rapidamente, atingindo grande número de pessoas.

Epígrafe	Pequeno texto colocado antes do começo de um livro, sintetizando sua ideia ou conteúdo.
Especialista	Que ou quem tem grande domínio sobre algum assunto ou atividade: especialista em medicina legal.
Estelionato	Crime de enganar alguém para conseguir vantagem. Fraude.
Ética	Conjunto de princípios e normas que regulam a vida em sociedade.
Fator	coisa que concorre para um resultado.
Fazenda Pública	Erário público. Complexo do ativo e passivo do Estado. Vários crimes, como o descaminho, causam dano a Fazenda Pública, porque não há recolhimento de tributo.
<i>Habeas Data</i>	Que tu tenhas as informações. Conceder-se-á para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante.
Incompetência	Falta de capacidade para realização de tarefa para desempenho de função.
Imperícia	Falta de perícia, de habilidade específica.

Instância	O foro de que há apelação.
Inteiro teor	Transcrição integral, com todos os elementos constantes de registro.
Improcedente	É quando o Juiz nega o pedido, ou seja, considera que os autores do processo não têm direito ao que pedem.
Jurídico	Relativo, consoante ao Direito; conforme os preceitos do Direito, a ciência do Direito ou a ordem Jurídica.
Jurisprudência	Termo jurídico que significa conjunto de decisões e interpretações das leis.
Justiça	Ideal que, em dado momento histórico, os homens procuram alcançar, valendo-se do Direito e como realizá-lo. Sinônimo de poder judiciário.
Laudo pericial	Relatório fundamentado em que o perito apresenta suas conclusões.
Legal	Conforme a lei.
Lei	É a fonte, por excelência, do Direito positivo. A lei é ao mesmo tempo, pensamento e vontade, por isso que compreende uma determinação lógica e um ato

	de império.
Litigar	Empenhar-se em questão no juízo contencioso; demandar.
Litígios	Pendências pertinentes a uma ação. São as discordâncias entre as partes (autor/réu) que compõem um processo judicial. Normalmente se discutem litígios nas áreas de direito do trabalho e civil.
“ <i>Malpractice</i> ”	Conduta profissional imprópria ou imoral no performance do dever. Feita intencionalmente ou por ignorância.
Negligência	Omissão de cautela a que uma pessoa está obrigada em face das circunstâncias em que é praticada a ação.
Procedente	É quando o Juiz decide algo positivamente. É reconhecer e conceder o direito de busca. Às vezes o Juiz julga que algo é procedente em parte do que foi pedido, negado o restante.
Prótese	Peça ou aparelho artificial que substituí um órgão ou parte do corpo.

Prontuário	Fichário ou ficha que contém informações a respeito de alguém ou de algo. O conjunto dessas informações.
Processo	é o movimento dos atos da ação em juízo.
Pessoa jurídica	é aquela que, sendo incorpórea, é compreendida por uma entidade coletiva ou artificial, legalmente organizada, com fins políticos, sociais, econômicos e outros, a que se destine, com existência autônoma, independente dos membros que a integram. É sujeita, ativa ou passivamente, a direitos e obrigações.
Sentença	decisão proferida por juiz de direito, apreciando o mérito, diz-se definitiva, em hipótese contrária terminativa.
Sucumbência	perda, derrota; só quem é vencido em sua pretensão debatida pode interpor recurso.
Termo	Ato por meio do qual o escrivão consigna por uma convenção das partes ou a declaração formal de outrem, que deva produzir certos efeitos de Direito: termo de protesto, de consentimento informado etc.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Cirurgia Plástica tem alto índice de processos judiciais de pacientes contra médicos em muitos países. Esse fato pode estar relacionado à falta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a resultados estéticos inadequados como cicatrizes, e a outros fatores como a pouca experiência dos cirurgiões envolvidos. **OBJETIVO:** Comparar o perfil de processos judiciais de pacientes contra médicos relacionados à Cirurgia Plástica no Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Rio de Janeiro. **MÉTODOS:** Foram selecionadas ações de pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica nos endereços: www.tjrs.jus.br, www.tjsp.jus.br, www.tjrj.jus.br de 2009 a 2012. Foram coletados e comparados os dados das sentenças no “Inteiro teor”: dados favoráveis ao paciente ou ao médico, laudo pericial, tipo de cirurgia, reclamação e valores das sentenças nos três estados. **RESULTADOS:** O número total de processos foi maior em São Paulo (n=156), seguido do Rio Grande do Sul (n=110) e Rio de Janeiro (n=58), porém, observou-se que a maior incidência de condenação de médicos foi no Rio de Janeiro, seguida de São Paulo e Rio Grande do Sul. **CONCLUSÕES:** A incidência de processos judiciais foi distinta entre os três estados ao longo do tempo. As reclamações referentes à insatisfação nos três estados tiveram (mais de 50%) de improcedência da ação, e o valor da sentença aumentou no evento morte do paciente. As maiores indenizações a pacientes ocorreram em São Paulo. Pacientes com queixas de assimetria e cicatriz inestética apresentaram a maior incidência de sentenças favoráveis.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Eventos secundários a erros médicos e suas demandas custam à estimada quantia de dez bilhões de dólares, além de 98 mil mortes, por ano, em hospitais nos Estados Unidos da América (EUA). Afetam, também, substancialmente, a qualidade de vida de ambos os polos do litígio, tanto do ponto de vista emocional, quanto econômico, além de afetar o sistema de saúde (PAIK (A) *et al.*, 2014).

A Cirurgia Plástica tem alto índice de processos judiciais de pacientes contra médicos nos EUA (13%), em comparação a outras especialidades, principalmente a cirurgia estética, com litigâncias de alto valor. Esse fato pode estar relacionado à falta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a resultados estéticos inadequados como cicatrizes, e a outros fatores como pouca experiência dos cirurgiões envolvidos (PAIK (B) *et al.*, 2014).

A Constituição brasileira de 1988 instituiu o direito ao *habeas data*, (o cidadão pode obter informações sobre sua pessoa, em qualquer lugar, como é o caso do prontuário médico). O Código de Defesa do Consumidor no Brasil permite o acesso aos prontuários médicos relacionados ao próprio paciente, enquanto direito de conhecimento e decisão sobre qualquer procedimento médico (APÊNDICE 1).

Entretanto, a legislação brasileira vem sendo usada como “incentivo” para litígio de pacientes contra médicos. Desta forma, a impunidade respaldada pela justiça gratuita, com advogados trabalhando com percentagens de ganhos, leva a um aumento deste tipo de processo (PATANÈ & PATANÈ., 1996; VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2010; PRESTES, TOURINHO, RANGEL., 2012).

Embora a Cirurgia Plástica possa promover a melhora da imagem corporal, autoestima e saúde mental (De BRITO *et al.*, 2010), o Transtorno Dismorfo Corporal (TDC) parece ser prevalente nos pacientes que desejam submeter-se a procedimentos de Cirurgia Plástica (FELIX *et al.*, 2014; DE BRITO *et al.*, 2016). Esta é uma das condições psiquiátricas mais comumente encontradas em pacientes que buscam procedimentos estéticos e cirúrgicos (SHRIDHARANI *et al.*, 2010), com prevalência de 7% a 53% (SARWER *et al.*, 1998; VINDIGNI *et al.*, 2002; VEALE, DE HARO, LAMBROU., 2003; ALAVI *et al.*, 2011; DE BRITO *et al.*, 2016), e pode ser um importante fator no aumento de litígio paciente contra médico em Cirurgia Plástica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) acolheu 1.874 denúncias contra médicos em 1998 e, em menos de uma década, em 2007, foram 4.498 (aumento de 240%), sendo que a Cirurgia Plástica foi à especialidade mais envolvida durante o ano de 2008 (CREMESP., 2008).

Parte das denúncias do CREMESP transformou-se em processos no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Em 2002 foram 120 processos protocolados no (TJ-SP) e, em 2008, foram 398 revelando um aumento de 332%. (TRIBUNAL JUSTIÇA., 2008).

O custo social e econômico do aumento do número de processos é grande, gerando desgaste emocional a médicos e pacientes, bem como um grande prejuízo econômico que se reflete também na sociedade como um todo. Assim, é aconselhável reduzir o número de litígios de forma preventiva, detectando os possíveis fatores que os causam (VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2015).

Diante desse fenômeno social, a comunidade médica transformou-se e ocorreram mudanças para médicos, pacientes e sistema de saúde (MELLO *et*

al., 2005; STUDDERT *et al.*, 2005). O prejuízo financeiro decorrente deste problema aumenta a insegurança de todos indistintamente (ZULIANI., 2006), sendo importante que seja feito um diagnóstico do que está ocorrendo atualmente no Brasil.

No Brasil, os três maiores estados em população e sistema judicial são: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Além disso, são os estados com maior concentração de cirurgiões plásticos. Por esta razão, surgiu a motivação para a realização de um trabalho que reunisse amostragem jurídica adequada sobre o tema "perfil dos processos judiciais movidos por pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica", uma vez que não há estudos metodologicamente confiáveis que permita uma avaliação adequada deste tipo de ocorrência.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Comparar o perfil dos processos judiciais movidos por pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica.

LITERATURA

3. LITERATURA

PRUDENTE (1994), no Brasil, analisou o conceito de custas processuais. Segundo o autor, esse conceito era fundamental para o exercício do direito e acesso à justiça, mediante garantia do processo, nos termos legais. As custas seriam regidas pelo princípio do adiantamento das despesas e da responsabilidade objetiva do vencido, que deveria arcar com todo ônus da sucumbência. Os honorários advocatícios fazem parte das custas processuais e seriam pagos pelo vencido. A exceção legal favorecia os beneficiários da justiça gratuita, não se incluindo as entidades da Fazenda Pública. A responsabilidade pelo pagamento das custas seria individual, nos termos do artigo 5º da Constituição Federal em seu inciso LXXIV.

FISHER (2000), analisou o efeito do litígio na prática cirúrgica nos Estados Unidos da América (EUA), e concluiu que os advogados referem-se ao sistema jurídico não como sistema de justiça, mas como sistema de leis. Com respeito ao litígio da prática cirúrgica é referido como conduta adversa da prática. Estudos mostram que tem pouca relação com erro, principalmente em hospitais, e sim, aumenta com a falta de comunicação entre médico e paciente.

MAVROFOROU, GIANNOUKAS, MICHALODIMITRAKIS (2004), avaliaram o alto índice de problemas que envolviam a cirurgia plástica com a lei, e o valor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como medida de proteção profissional na Grécia. Os autores afirmaram que a demanda por cirurgia estética parecia concentrar-se numa classe de nível socioeconômico elevado.

Entretanto, a cirurgia plástica estética estava exposta a número alto de demandas judiciais. A maior parte das reclamações não era consequência de falhas técnicas, mas da falta de triagem na seleção dos pacientes e da dificuldade em estabelecer comunicação apropriada. Os autores sugeriram que, a adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de maneira adequada ao paciente, era de fundamental e necessária importância, sobretudo, no caso de litigância jurídica.

MALLARDI (2005), na Itália, relacionou a origem do (TCLE) ao aspecto moral, religioso e avanço da biotecnologia. Segundo o autor, *“Hipócrates se preocupava que o paciente nunca fosse negligenciado do dever profissional de se fazer o melhor”*. Egípcios, gregos e romanos apresentavam os princípios fundamentais em relação à doença: cuidar para melhorar e não para causar danos. O (TCLE) teve origem nos Estado Unidos da América (EUA), ainda no século 18, e estabelecia o foco no direito do paciente à informação.

Assim, no início do século 19, uma série de ações legais em responsabilidade médica induziu magistrados italianos a adotar postura rígida. Todavia, foi em 19 de dezembro de 1946 que os juízes americanos definiram o Código de Nuremberg: *“a ciência nunca deveria transformar ou considerar o ser humano como instrumento para propósitos científicos”*. Entretanto, documentos mostraram evidências anteriores a este código, onde o (TCLE), já era usado em cirurgias.

SHIFFMAN (2005) nos (EUA), investigou a responsabilidade civil em um quadro social específico: disputas de mercado entre especialidades, que resultavam no incentivo a processos judiciais de pacientes contra médicos. O autor salientou falhas nos procedimentos cosméticos, na

qualidade do relacionamento médico/paciente, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nas informações da história pregressa (anamnese) com os procedimentos cirúrgicos, no diagnóstico e no tratamento de complicações, bem como na falta de um laudo pericial adequado.

As queixas, que expressaram as principais demandas, permitiram analisar o grau de responsabilidade da cirurgia plástica (estética), tendo como principal objetivo a prevenção e solução dos problemas apresentados. As recomendações foram as seguintes: O médico deveria explicar os riscos possíveis e complicações referentes à cirurgia; as explicações e recomendações dadas ao paciente, deveriam ser documentadas por escrito; a assinatura do (TCLE), deveria ser seguida da seguinte frase: “O paciente afirmou ter lido e entendido todo o material e assinou. Todas as questões foram respondidas”. No dia da operação, o profissional deveria conversar com o paciente fortalecendo um vínculo de confiança.

CRERAND, FRANKLIN, SAWER. (2005), nos Estados Unidos da América (EUA), demonstraram que o Transtorno dismórfico Corporal (TDC), é desordem psiquiátrica relativamente comum em pacientes de cirurgias estéticas minimamente invasivas. Mostrou, também, os critérios para o diagnóstico, etiologia, características clínicas e demográficas, comorbidades e sua associação com a doença obsessiva compulsiva. O tratamento inclui medicações e intervenção psicológica e psiquiátrica. Por causa de sua frequência em pacientes de cirurgia estética deve ser identificado para tratamento apropriado de saúde mental.

FERRAZ (2006), no Brasil, relatou que, quando um tratamento médico não apresenta bons resultados é frequente a dúvida se foi decorrente

de mal resultado ou de erro médico. O tratamento médico não é isento de risco, e a cirurgia estética tem o agravante de ser realizada em pessoa sadia.

Recentemente, representantes do judiciário têm considerado que a ausência do (TCLE), poderia ser considerada negligência médica. Dentre as figuras dos Códigos Civil e Penal, a imperícia teoricamente é mais fácil de ser imputada, sendo muito importante considerar a experiência e os resultados prévios do cirurgião no tipo de procedimento realizado. A complicação é evento inerente aos procedimentos médicos e deve ser cuidadosamente separada dos casos em que ocorre a culpa que caracteriza o erro médico.

ROHRICH (2007), nos Estados Unidos da América (EUA), analisou o valor da culpa, frente a erro médico em Cirurgia Plástica, com o objetivo de reduzir custos financeiros para os profissionais. Desta forma, implantou programa de reeducação médica, aplicado ao quadro clínico profissional do hospital da Universidade de Michigan (EUA). Os litígios sofreram redução de 61,5% após a implementação destas medidas (*www.sorryworks.net*). O autor afirmou que o reconhecimento do erro por parte do médico, ou mesmo o reconhecimento de uma complicação, teve efeito benéfico no vínculo de confiança e afetou de forma positiva a relação médico/paciente.

AMODEO (2007), na Itália, relacionou o papel central do nariz na face ao seu aspecto psicológico, sendo a rinoplastia o procedimento de maior frequência das cirurgias estéticas realizadas na adolescência. Foi, ainda, a cirurgia mais requisitada por pacientes com (TDC). O autor assinalou a responsabilidade do cirurgião, tanto na intervenção física quanto na psíquica. Desta forma, reconheceu a importância dessa implicação, bem como a seleção dos pacientes no pré-operatório.

Para FUJITA & SANTOS (2009), no Brasil, a cidadania reforçava os instrumentos de defesa dos direitos individuais. Os atuais modelos da saúde diminuía a comunicação entre médicos e pacientes. Por outro lado, crescia o número de queixas contra as atitudes médicas, e o impacto social era grande. Foi um estudo descritivo, retrospectivo, sobre as denúncias formalizadas em Goiás, entre 2000 e 2006, que fez a leitura interpretativa da evolução processual das queixas ajuizadas no Conselho e cálculo da eficácia das ações dali decorrentes.

Não foi grande a flutuação na frequência de reclamações nesse período; 62% das queixas alegaram incompetência do profissional e inadequada relação médico/paciente. Houve 73 denúncias contra quatro profissionais da Cirurgia Plástica e um médico (não cirurgião plástico) foi denunciado 49 vezes. Em 60% dos casos a denúncia foi feita por pessoa física.

Foram consideradas improcedentes 17% das denúncias e 35% das restantes se transformaram em processos éticos (10% arquivados). O julgamento levou à advertência e censura em alguns casos e suspensão (5%) e cassação do direito (3%). Mais de 90% dos casos anuais foram resolvidos. O problema era abordado com eficácia e eficiência, apesar de graves imperfeições na gestão do banco de dados, que impediu análises qualitativas.

VILA-NOVA da SILVA *et al.* (2010), no Brasil, em estudo de 98 processos envolvendo Cirurgia Plástica (onde 59 foram excluídas por se tratar de ações contra planos de saúde e outros no Rio Grande do Sul), foram analisadas 39 demandas médico/paciente, comparadas em dois períodos (2000 a 2004 e 2005 a 2008). As cirurgias estéticas estavam envolvidas em 91% dos casos de cirurgias de abdômen, lipoaspiração e nariz associadas com a litigância.

O número de ações no primeiro período de (2000 a 2004) foi de 2,44% e de (2005 a 2008) foi de 6,22%, perfazendo um aumento de mais de 100% no segundo período. As custas também aumentaram e se verificou que mesmo quando o médico foi inocentado teve que pagar as despesas, independente do estresse, perda de tempo e horas despendidas para sua defesa. A solução seria esclarecer o paciente evitando falsas expectativas e melhorar o relacionamento.

ANETTE *et al.* (2010), na Noruega, fizeram investigação prospectiva sobre a decisão da cirurgia estética de aumento de mamas. O resultado mostrou motivos e expectativas das pacientes, o que poderia evitar insatisfações e desapontamento no pós-operatório. Foram detectados quatro aspectos psicológicos associados à cirurgia estética: feminilidade; fatores gerais (autoestima, insatisfação com o corpo, figura ideal, roupas e sexualidade); conhecimento das cirurgias por outros pacientes, mídia e médicos; incentivos para realizar cirurgia por companheiros ricos com tendências românticas.

Esse novo conhecimento de como e porque as pacientes queriam fazer esse tipo de cirurgia mostrava a importância da comunicação entre cirurgião plástico e pacientes, bem como a necessidade da avaliação psicológica no pré-operatório de cirurgia estética.

GOGOS *et al.* (2011), na Austrália, realizaram estudo de janeiro de 2002 a dezembro de 2008, sobre Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) inadequado, negligência médica e reclamações de pacientes. Foram abordados casos frequentes de especialidades médicas, tipo de alegação e tipo de tratamento.

Como resultado, no total de 481 casos alegando deficiência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (218 de 1898 de reconciliação de reclamações [11,5%]; 263 de 7846 reclamações de negligência [3,4%]). Cinquenta e sete por cento destes casos foram contra cirurgiões. A Cirurgia Plástica apresentou duas vezes mais disputas que as outras especialidades. Noventa e dois por cento dos casos (442/481) e 16% (77/481) envolviam procedimentos estéticos. A alegação primária em 71% dos casos foi falha ao explicar os riscos e complicações dos procedimentos.

Foram encontrados cinco tipos de tratamentos: órgãos reprodutores (12%), procedimentos faciais excluindo olhos (12%), prescrição de medicamentos (8%), cirurgia de olhos (7%) e cirurgia de mamas (7%) – relatados de 46% de todos os casos. Como conclusão, a disputa de (TCLE), versou sobre cirurgia, sempre estética, alegando que a complicação não foi descrita. Na Corte da Austrália atualmente se leva em conta dois fatores: o esforço despendido e o risco no manuseio da atividade.

LYU *et al.* (2011), realizaram estudo para investigar os fatores-chave nas disputas médicas entre pacientes do gênero feminino após cirurgia estéticas em Taiwan e para explorar as correlações de litígio médico. Um total de 6.888 pacientes (3.210 pacientes de dois hospitais e 3.678 pacientes de duas clínicas), se submeteram a cirurgia estética de janeiro de 2001 a dezembro de 2009. Dos 43 pacientes que tiveram disputa médica (hospitais, 0,53%; clínicas, 0,73%), nove demandantes entraram com ação contra seus cirurgiões plásticos. Tal resultado apresentou tendência decrescente anual.

Os hospitais e clínicas não diferiram significativamente em termos de perfis de pacientes. A maioria das pacientes com disputa médica tinham mais de 30 anos, se divorciaram ou casaram, tinham realizado operações sob

anestesia geral, não tinham estresse econômico, tinham histórico de litígios médicos e, eventualmente, não processaram os cirurgiões.

Os resultados também mostraram que idade e experiência do médico influenciaram positivamente na possibilidade de disputa médica, evitando demandas. As pacientes que decidiram entrar em litígio tiveram fatores relacionados: estresse marital e escolaridade sem nível superior. Os resultados do estudo sugerem que as principais características dos pacientes e dos cirurgiões devem ser consideradas não apenas na busca para melhorar a comunicação pré e pós-operatória, mas também como informação útil para depoimento de um especialista no sistema de direito.

Segundo MARCHESI *et al.* (2011), na Itália, os procedimentos de cirurgia estética estão aumentando em todo o mundo, e assim relacionados com questões médico-legais e casos de litígio. As mamoplastias estéticas são frequentes e muitos casos de erro ocorrem. Cada caso é baseado na avaliação de ambas as documentações utilizadas pelo juiz e por dois especialistas envolvidos na avaliação do erro presumido. Os casos estudados (N=50) foram divididos em 34 casos de mamoplastia de aumento, 11 casos de mamoplastia redutora, e cinco casos de mastopexia.

A maioria dos problemas com queixa pelos pacientes estavam em fase pré-operatória e intra-operatória. Em apenas 10% dos casos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi contestado e uma expectativa de redução dos danos foi individualizada em menos de metade dos casos. A avaliação do dano estético é difícil devido a diferentes aspectos, tais como o componente psicológico ou a frequente falta de documentação fotográfica adequada do paciente antes da operação. Além disso, sempre que possível a redução dos danos é proposta pela vontade do paciente de se submeter à outra operação, com todos os seus custos e benefícios.

RICHARDS & VIJH (2011), no Reino Unido, estudaram reclamações por erro médico em resultados inadequados de cirurgias estéticas de mamas. Verificaram que a pesquisa detalhada não havia sido bem conduzida. Analisaram no Serviço de Autoridade e Litigância Nacional de Saúde, de setembro de 2005 a abril de 2008. Neste mesmo período foram analisadas as reclamações no setor privado, demonstrando ser maior o número. A maioria das reclamações sobre o resultado era de cirurgia estética em comparação aos resultados das cirurgias pós-doença maligna. A maioria foi contra cirurgião plástico, sendo mais marcante no setor privado.

Para SABOYE (2011), na França, na Cirurgia Plástica o direito à assistência também se tornou jurisprudência. De acordo com o autor, este direito obrigava o cirurgião a tomar parte ativa na tomada de decisão de seu paciente e a equipe seria responsabilizada por danos causados. Entretanto o contrato médico estava obsoleto, pois a lei era de quatro de março de 2002. Por outro lado, a obrigação legal de estabelecer uma estimativa antes de operar e dar uma data de restabelecimento constituía contrato de consumo, entre o cirurgião e seu paciente. Talvez esta fosse a razão pela qual o direito à assistência, que era prática comum em contratos comerciais ou de serviços, agora também seria importante para o cirurgião plástico.

Para PRESTES, TOURINHO, RANGEL (2012), no Brasil, a Constituição de 1988 instituiu o acesso ao “*habeas data*”, que assegura a qualquer cidadão obter informações existentes sobre sua pessoa, em qualquer lugar, inclusive o prontuário médico. O Código de Defesa do Consumidor estabelece o dever de informar por parte do fornecedor de produtos ou serviços. O profissional de saúde poderá ser responsabilizado

quando agir com culpa, não só pelo que fez, mas também pelo que deixou de fazer, pelo que informou ou deixou de informar.

A socialização da medicina, a sobrevivência no mercado, fez da medicina a profissão que mais absorve os impactos das novas concepções sociais, tornando-a profissão de altíssimo risco. Medida salutar seria a abordagem de Direito Médico nos cursos de graduação de medicina, orientando para ações de ordem prática, ressaltando os aspectos jurídicos e éticos que envolvem o exercício profissional.

De FONTAINE (2013), na França, informa que a medicina e a cirurgia estética estão se tornando incrivelmente populares, sendo fenômeno real na sociedade. A cirurgia estética não é isenta de complicação e produz importantes mudanças no corpo humano. O interesse exagerado deste produto pode comprometer a saúde dos pacientes. O ato invasivo da medicina estética, deve ser colocado em uma estrutura legal e ética como proteção ao paciente.

Um projeto de lei da Bélgica neste sentido está aguardando publicação. Esta lei esclarece a competência requerida por tratamentos estéticos não invasivos e invasivos. Outros projetos de lei estão em estudo a respeito de publicidade, informação ao público, regras de clínicas privadas onde procedimentos invasivos são praticados. Recentes notícias internacionais sobre o escândalo das próteses indicam que a supervisão do campo estético é mandatória. Para providenciar melhor proteção ao paciente, o legislador decidiu legislar sobre essa matéria.

JALIAN, JALIAN, AVRAM (2013), nos Estados Unidos da América (EUA), fizeram trabalho sobre as causas de injúrias em cirurgia de laser. De 1985 a 2012, os autores identificaram 174 casos relatados de lesões cutâneas

por laser. O litígio devido ao laser aumentou em 2010. A remoção de pelos por laser foi o procedimento de maior litigância, e quando não era profissional médico que estava acessando a máquina, o seu supervisor era chamado como acusado.

A Cirurgia Plástica também foi à especialidade que teve maior litigância. Como prevenção, a causa principal foi à obtenção do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE). Dos 120 casos com decisão publicada, 61 (50,8%) resultaram a favor do paciente. A média de indenização foi de \$380.719,00 dólares. Como conclusão, verificaram aumento do número de demandas e valores acima de todas as especialidades. O profissional médico responde pela ação de seus agentes não médicos.

SVIDER *et al.* (2013), nos Estados Unidos da América (EUA), estudaram litígios relacionados a cirurgias plásticas faciais. No banco de dados da Corte de “*Westlaw*”, foram examinados procedimentos faciais de cirurgia plástica. O termo “*mal-prática*” foi selecionado no banco de dados da Academia Americana de Plástica Facial e Cirurgia Reconstructiva. Dos 88 casos incluídos, 62,5% foram decididos a favor do médico, 9,1% resolvidos extra judicialmente, e 28,4% acabaram em demandas por “*mal-prática*”.

A média monetária por estabelecimento foi \$577.437,00 dólares e por júri \$352.341,00 dólares. Os procedimentos com maior número de demandas foram blefaroplastias e rinoplastias. Falta de (TCLE) foi de 38,6%; outras reclamações foram, cicatrizes excessivas, desfiguramento, considerações funcionais e dor no pós-operatório. Os autores concluíram que o gatilho para as demandas foi o (TCLE). Isto enfatiza a importância de comunicação aberta entre médico e paciente no que concerne à expectativa, bem como à documentação.

DE BRITO *et al.* (2013), no Brasil, demonstraram as características do Transtorno Dismorfico Corporal (TDC), e os sintomas de neurodesordem cognitiva, além da tendência ao suicídio, porém, após tratamento psiquiátrico prévio, os pacientes se beneficiam da cirurgia e melhoram sua auto-estima. A prevalência destes casos em cirurgia cosmética é de 7 a 15%. Com o crescimento do número de indivíduos em cirurgia estética, muitos dos casos de (TDC) são diagnosticados pelo cirurgião plástico e não pelo psiquiatra. Por essa razão é importante desenvolver instrumentos para identificar esses pacientes e decidir se eles podem ou não se beneficiar com a cirurgia.

GUBISH & DACHO (2013), na Alemanha, realizaram trabalho sobre faltas e falhas em cirurgia estética de nariz com sobrancelhas, pálpebras e de coxas. A cirurgia estética de nariz é a mais solicitada e a mais criticada pelo seu resultado aparente. Segundo a Sociedade Internacional de Cirurgia Estética (ISAPS) mais de 980.000 cirurgias estéticas de nariz foram realizadas em 2010. Isto corresponde a 10,4% de todos os procedimentos estéticos do mundo. Mais de 15% de todos os pacientes retornam ao médico para revisão do resultado por insatisfação, problemas funcionais e dorso.

O cirurgião estético deve ficar atento para a imagem corporal e o Transtorno Dismorfico Corporal (TDC), também para os detalhes anatômicos e psicológicos do pré-operatório. Considerando aspectos éticos para a seleção dos pacientes e dos cuidados pós-operatórios, este artigo descreve os erros frequentes, complicações e armadilhas após cirurgia estética de nariz. Discute, também, resultados e sugestões para prevenção no futuro. Os aspectos psicológico, social e psiquiátrico deverão também ser bem discutidos com os pacientes.

PAIK *et al.* (A) (2014), nos Estados Unidos da América (EUA), estudaram o efeito dos custos nas sentenças das demandas e a qualidade no cuidado com a saúde, em 113 casos de demandas de contorno corporal. Cirurgias em jovens e lesões iatrogênicas levaram à condenação. A reclamação do tipo desfiguramento favoreceu o reclamante a ganhar a ação.

O estudo enfatizou a necessidade de melhorar a comunicação entre as partes e mostrar os resultados estéticos de maneira realista. Em adição, as lesões iatrogênicas deviam ser abordadas rapidamente, elevando a confiança no médico. Desta forma ao incorporar essas recomendações na prática clínica, promover-se-ia um relacionamento melhor, reduzindo os litígios e, assim, os custos com a saúde.

PAIK *et al.* (B) (2014), nos (EUA), em estudo de 292 casos de cirurgia das mamas verificaram que, a lesão mais comum foi o desfiguramento, que representou 53,1% dos casos. A negligência teve 98% de resolução em favor do reclamante. O estudo enfatizou que, a comunicação adequada entre médico e paciente era ferramenta valiosa para reduzir tanto a frequência dos litígios quanto os custos da saúde.

SVIDER *et al.* (2014), nos (EUA), estudaram a litigância em cirurgia plástica ocular por injúrias no procedimento. De 1988 a 2012 foram encontrado 69 casos no banco de dados em “*Westlaw*”. Os procedimentos mais comuns foram a blefaroplastia (63,8%) no total e o levantamento de sobrancelhas (11,6%). As complicações mais comuns foram cicatrizes excessivas (24,6%), lagofalmo (24,6%), defeito visual (23,2%), e ceratite por exposição (21,7%).

O cirurgião plástico foi o mais acusado com (46,4%), oftalmologistas, e residentes de plástica oftálmica (17,3%). Os médicos foram inocentados

em 60,9%, e condenados em 31,9% dos casos. Cegueira, lesão do nervo e alegação de déficit permanente foram resolvidos com pagamento ao paciente (teste exato de Fisher, $p < 0,05$).

Como conclusão: a maior parte das demandas foram a favor do acusado, a média de pagamento ao paciente foi de \$455.703,00 dólares. Blefaroplastia constituiu dois terços dos casos, associada às complicações como lagofalmo e déficit visual. Alegada falta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (30,4%), ou que necessitou cirurgia adicional (39,1%), estavam presentes na maioria dos casos. Foi enfatizada a importância do (TCLE) e a clara comunicação pré-operatória esclarecendo as expectativas dos pacientes.

GUNN, LOH, ATHANASSOPOULOS (2014), fizeram estudo das redes de informática na Escócia, procurando por procedimentos cosméticos não cirúrgicos e cirúrgicos. Cerca de 125 endereços eletrônicos foram revisados, 109 locais e 16 nacionais, com 17 endereços associados a cirurgiões. Vinte e seis falharam em aderir ao regulamento. A falha foi relatada e a página teve que ser retirada em 20 casos, e mostrou-se totalmente inapropriada em seis (26,6%), pois não relatava a qualificação dos profissionais. Só em 16,6% descrevia os efeitos colaterais das injeções antirrugas. E só em 12,5% mencionava tratamentos alternativos.

A maioria dos endereços eletrônicos revistos aderiu às advertências. O cirurgião plástico representa percentagem pequena dos profissionais que fazem procedimentos cosméticos. Grande regulação deve ser feita nesse tipo de propaganda.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1 DESENHO DE PESQUISA

É um estudo primário, observacional, analítico, transversal, descritivo, retrospectivo, consecutivo, não controlado, realizado em centro único e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sob o número 369.777, em 30/08/2013.

Foram selecionadas ações em Cirurgia Plástica, referentes a processos de pacientes contra médicos no Rio Grande do Sul, em São Paulo e no Rio de Janeiro, nos endereços eletrônicos. Todas haviam sido publicadas no Diário Oficial pelo Tribunal de Justiça (www.tjrs.jus.br, www.tjsp.jus.br, www.tjrj.jus.br).

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, NÃO INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os processos judiciais movidos por pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica, em 1ª e 2ª instâncias e em sentença definitiva publicada no diário oficial. Não foram incluídos processos em segredo de justiça (sigilo), contra empresas de planos de saúde, clínicas, hospitais, laboratórios e poder público. Não houve exclusão, pois todas as sentenças pacientes contra médicos neste estudo apresentaram informações suficientes.

4.3 BUSCA DA AMOSTRA

Nos Tribunais de Justiça do Rio Grande do Sul (Figura 1), de São Paulo (Figura 2) e do Rio de Janeiro (Figura 3), seguiu-se pelo *Menu* “*Jurisprudência*”. No campo “Pesquisa livre” digitou-se as palavras “erro médico e Cirurgia Plástica”. No campo “Tribunal” selecionou-se a opção “Tribunal de Justiça do R/S, S/P e ou R/J”. Digitou-se as datas “01/01/2009” até “31/12/2009”, “01/01/2010” até “31/12/2010”, “01/01/2011” até “31/12/2011” e “01/01/2012” até “31/12/2012”.

4.4 COLETA DE DADOS

No número do processo foram coletados os dados da 1ª instância. Por meio do inteiro teor, os seguintes dados da 2ª instância foram obtidos: resumo das sentenças, números dos processos de pacientes contra médicos, data do julgamento, procedimento(s) cirúrgico(s), cirurgias combinadas ou não no mesmo paciente, tipos de cirurgias que levaram ao litígio, sentença definitiva como procedente ou improcedente e se foi concedida ou não justiça gratuita. Os dados de cada processo foram anotados em protocolo de coleta.

Os processos judiciais movidos por paciente contra médicos foram pesquisados em cada ano na página de cada estado, com a data por ano da pesquisa e especificando “cirurgia plástica e erro médico”.

Figura 1. Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado do Rio Grande do Sul.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Site | Diário da Justiça Eletrônico | Publicações Administrativas | Legislação | **Jurisprudência** | Consulta Processual

erro médico "cirurgia plástica" **BUSCAR** [ajuda](#) [instruções importantes](#) [busca avançada](#)

Tribunal: Tribunal de Justiça do RS Órgão Julgador: Todos

Relator: Todos Inteiro Teor Ementa Seção: Cível Crime

Resultado da Pesquisa
Resultados 1 - 10 de aproximadamente 32 para erro médico "cirurgia plástica". A pesquisa demorou 0,19 segundos. | Próxima > | Última >>
Classificar por data decrescente / [Classificar por data crescente](#)

1. Número: 70031390560 Inteiro Teor: [doc](#) [html](#) Tribunal: Tribunal de Justiça do RS Seção: CIVEL
Tipo de Processo: Apelação Cível Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível Decisão: Acórdão
Relator: Leo Lima Comarca de Origem: Comarca de São Gabriel

Figura 2. Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo.

Consulta Completa

Pesquisa livre : cirurgia plastica Ver sinônimos

E OU NÃO ? * " "

Como utilizar os filtros Pesquisar por sinônimos

Pesquisa por campos específicos

Ementa :

Número do recurso :

Número do registro :

Relator(a) :

Classe :

Assunto :

Comarca :

Órgão julgador :

Data do julgamento : 01/01/2009 até 31/12/2009 (dd/mm/aaaa)

Data de registro : até (dd/mm/aaaa)

Tipo de Decisão : Acórdãos Acórdãos do Colégio Recursal Homologações de Acordo Decisões Monocráticas

Ordenar por : Data de registro Relevância

Pesquisar **Limpar**

"Data do Julgamento"
Busca decisões de julgamentos que tenham sido realizados em determinado período.

Figura 3. Página do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro.

Consulta Jurisprudência

Súmulas **Enunciados**

Tipo da Consulta :
Por Assunto/Palavra na ementa ▼

Origem :
Tribunal de Justiça - Processos Cíveis ▼

Julgadas a partir do ano de :
2009 ▼

Até o ano de :
2009 ▼

Desembargador :
▼

Órgão Julgador
▼

Ementário

Digite o assunto a ser consultado:
▼

Acórdão Decisão Monocrática

Os dados foram coletados levando em conta os seguintes parâmetros:

Procedimento dos processos dos pacientes contra médicos:

O total dos processos levando em conta o que era procedente (ganho de causa pelo paciente) ou improcedente (ganho de causa pelo médico), e o laudo pericial, que é o parecer técnico do perito (AULETE, 2004).

Tipo de cirurgia:

Neste item os tipos de cirurgia envolvidos foram listados. Foram, ainda, resumidas todas as queixas específicas de pacientes nos processos estudados.

Reclamações dos pacientes:

As principais reclamações foram listadas. Casos mais graves como coma ou óbito também foram anotados. Além disso, a inadimplência do

paciente para com o médico e gestação pré ou pós-operatória também foram listados como possíveis pontos de conflitos.

Custos das sentenças:

Nas demandas procedentes (ganho de causa pelo paciente) os honorários advocatícios e os custos do processo foram calculados nos improcedentes (ganho de causa pelo médico) também foram calculados.

4.5 AVALIAÇÃO ESTATÍSTICA

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente, por meio de testes paramétricos com frequências absolutas e relativas.

As associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas, o teste exato de Fisher. Em se verificando associação, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para localizar as associações locais com valores absolutos acima de 1,96.

A verificação de existência de tendência nas séries foi realizada utilizando-se o teste de Cochran-Armitage.

O teste de Cochran-Armitage foi realizado utilizando-se o software estatístico SAS 9.2. As demais análises foram realizadas utilizando-se o SPSS v20.0.

Para todos os testes o nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 AMOSTRAGEM

O número total de processos foi maior em São Paulo, porém verificou-se que o número de processos por habitantes foi muito maior no Rio Grande do Sul, em relação aos outros estados (Tabela 1). (Tabela 2) População (APÊNDICE 2).

Tabela 1. Total de processos de pacientes contra médicos em Cirurgia Plástica e população.

Estado	Nº de Processos Médico/Paciente (%) em CP	Nº Processos procedentes	População (nº de habitantes)	Número de Processos p/habitante
RS 387	110 – (32)	36	10.693.929	1.02 x 10⁻⁵
SP 1033	156 – (50)	84	41.262.199	0.38 x 10⁻⁵
RJ 202	58 – (18)	47	15.989.929	0.36 x 10⁻⁵
TOTAL	324 (100%)			

De acordo com a tabela 3 e figuras 4 a 6 (APÊNDICE 3) observou-se que as incidências de processos movidos pelo paciente foram distintas nos três estados nos anos de 2009 ($p < 0,001$), 2010 ($p < 0,001$), 2012 ($p = 0,003$) e no total do período considerado ($p < 0,001$). Não foi verificada diferença no ano 2011 ($p = 0,860$) no qual a incidência oscilou em torno de 30%.

Tabela 3. Incidência de processos movidos por pacientes contra médicos para os três estados e totais.

	Ano				Total	p
	2009	2010	2011	2012		
Rio de Janeiro	35,1% (20/57)	26,3% (10/38)	29,5% (13/44)	23,8% (15/63)	28,7% (58/202)	0,220
Rio Grande do Sul	21,0% (13/62)	41,4% (36/87)	28,7% (33/115)	22,8% (28/123)	28,4% (110/387)	0,341
São Paulo	10,6% (26/246)	16,6% (35/211)	31,9% (38/119)	12,5% (57/457)	15,1% (156/1.033)	0,617
Total	16,2% (59/365)	24,1% (81/336)	30,2% (84/278)	15,6% (100/643)	20,0% (324/1622)	0,452

p - Nível descritivo do teste de Cochran-Armitage para tendência

De acordo com tabela 4 e figuras 7 a 9 (APÊNDICE 4), não se identificam tendência de aumento, ou redução da porcentagem de demandas procedentes no período de 2009 a 2012.

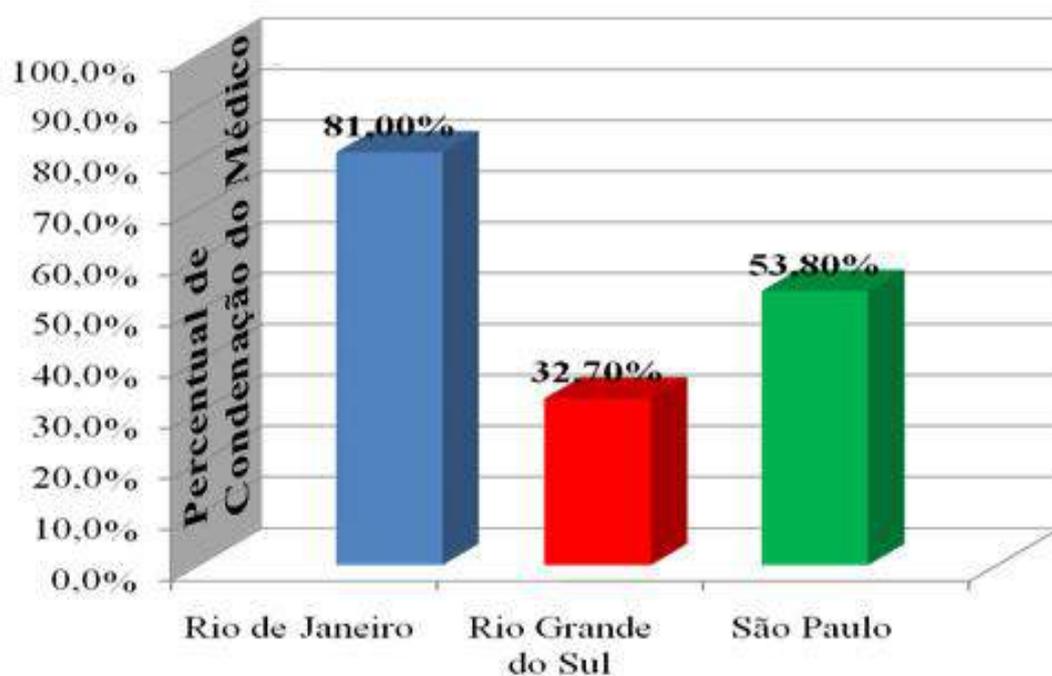
Tabela 4. Porcentagem de processos movidos por pacientes contra médicos procedentes para os três estados e totais.

	Ano				Total	p
	2009	2010	2011	2012		
Rio de Janeiro	95,0% (19/20)	60,0% (6/10)	61,5% (8/13)	93,3% (14/15)	81,0% (47/58)	0,648
Rio Grande do Sul	38,5% (5/13)	30,6% (11/36)	30,3% (10/33)	35,7% (10/28)	32,7% (36/110)	0,979
São Paulo	65,4% (17/26)	51,4% (18/35)	57,9% (22/38)	47,4% (27/57)	53,8% (84/156)	0,198
Total	69,5% (41/59)	43,2% (35/81)	47,6% (40/84)	51% (51/100)	51,5% (167/324)	0,128

p - Nível descritivo do teste de Cochran-Armitage para tendência

A maior incidência de condenação de médicos em relação ao número total de processos por estado ocorreu no Rio de Janeiro, seguido pelo estado de São Paulo e por último o do Rio Grande do Sul. (Figura 10).

Figura 10. Porcentagem dos processos movidos por pacientes, médico condenado para os três estados.



$p=0,979$ (teste de Cochran-Armitage).

De acordo com a tabela 5 e figuras 11 a 13 (APÊNDICE 5), não foi observada tendência de aumento, ou redução da porcentagem de processos movidos por pacientes contra médicos com perícia, no período de 2009 a 2012, no Rio de Janeiro, em São Paulo e nos três estados como um todo. Destaca-se no Rio Grande do Sul uma tendência de redução de 100 em 2009 para 82,1% em 2012

Tabela 5. Porcentagem de processos movidos por pacientes contra médicos com perícia para os três estados e totais.

	Ano				Total	p
	2009	2010	2011	2012		
Rio de Janeiro	90,0% (18/20)	100,0% (10/10)	100,0% (13/13)	93,3% (14/15)	94,8% (55/58)	0,558
Rio Grande do Sul	100,0% (13/13)	94,4% (34/36)	100,0% (33/33)	82,1% (23/28)	93,6% (103/110)	0,039
São Paulo	92,3% (24/26)	97,1% (34/35)	92,1% (35/38)	98,2% (56/57)	95,5% (149/156)	0,352
Total	93,2% (55/59)	96,3% (78/81)	96,4% (81/84)	93% (93/100)	94,8% (307/324)	0,785

p=0,039 p - Nível descritivo do teste de Cochran-Armitage para tendência

De acordo com a tabela 6, vários foram os tipos de cirurgias envolvidas, segundo os estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo de 2009 a 2012. Tabelas 7, 8, 9, 10 e figuras 14 a 21 no (APÊNDICE 6).

Tabela 6. Processos por tipo de cirurgias em cada estado, considerando-se o total de cirurgias envolvidas.

Procedimentos	Rio de Janeiro (%)	Rio Grande do Sul (%)	São Paulo (%)	Total
Abdômen	14 (16,7%)	40 (22,8%)	40 (20,6%)	94 (20,7%)
Redução/mamas	12 (14,2%)	25 (14,3%)	37 (19,1%)	74 (16,3%)
Lipoaspiração	10 (11,9%)	23 (13,1%)	28 (14,4%)	61(13,5%)
Próteses/mamas	14 (16,7%)	19 (10,8%)	18 (9,3%)	51(11,3%)
Nariz/septo	8 (9,5%)	9 (5,1%)	9 (4,6%)	26 (5,7%)
Face	6 (7,1%)	10 (5,7%)	10 (5,2%)	26 (5,7%)
Pálpebras	4 (4,8%)	6 (3,4%)	10 (5,2%)	20 (4,4%)
Umbilicoplastia	4 (4,8%)	1 (0,6%)	1 (0,5%)	6 (1,3%)
Mastectomia	1 (1,2%)	3 (1,7%)	3 (1,6%)	7 (1,6%)
Outras Cirurgias	11(13,0%)	39 (22,3%)	38 (19,6%)	88 (19,4%)
Total por Estado	84 (100%)	175 (100%)	194 (100%)	453 (100%)

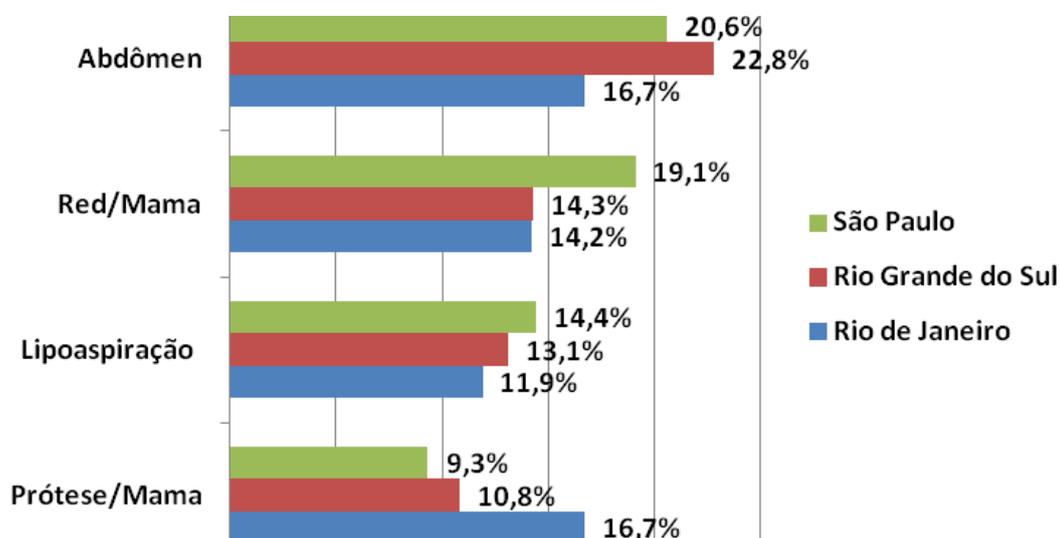
Além destas outras cirurgias estiveram envolvidas em disputas judiciais na casuística avaliada neste estudo. Foram elas: ressecção de carcinoma, correção de hérnia umbilical, tratamento de queimadura, mastopexia, colocação de prótese de glúteo, inclusão de prótese de panturrilha e mento, ressecção de nevus, correção de cicatriz, uso de Botox®, injeção de polimetilmetacrilato, colocação de goretex®, realização de laser ou peeling, colocação de fio Russo de suporte de face, doença de

dupuytren, lifting de coxas, correção de orelha em abano, correção cirúrgica de fratura de mandíbula ou malar, ressecção de tumor glúteo, correção de estrias, cirurgia ortognática, ginecomastia bilateral, ninfoplastia, implante capilar, enxertia de pele e lifting cervical.

Outras causas de litígio também foram identificadas como uso indevido da imagem e o caso de um médico que não realizou a cirurgia.

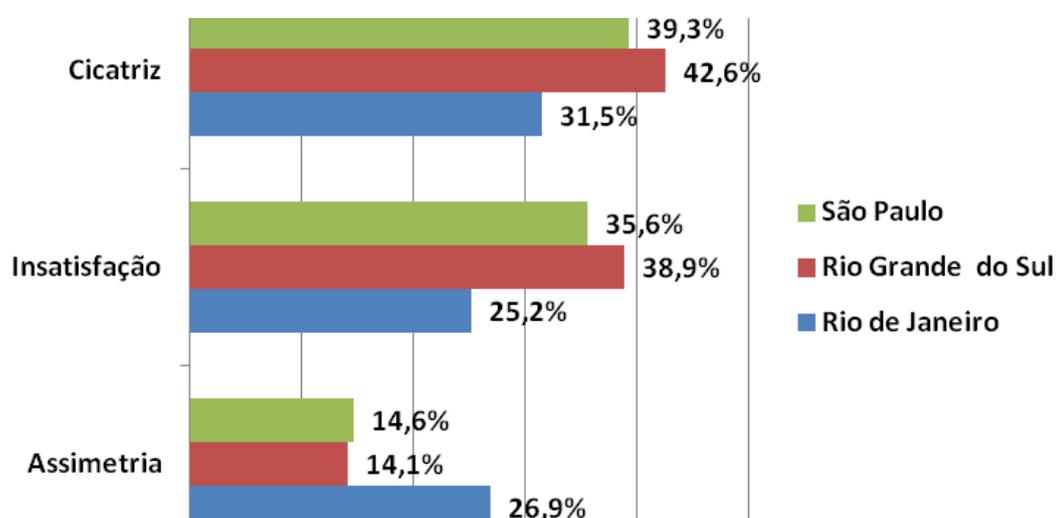
Os tipos de cirurgias mais frequentemente envolvidas nos processos nos três estados foram abdominoplastia, com grande preponderância no Rio Grande do Sul, mamoplastia redutora e de aumento, e lipoaspiração. (Figura 22).

Figura 22. Porcentagem das principais cirurgias plásticas envolvidas em litígio, em cada estado estudado.



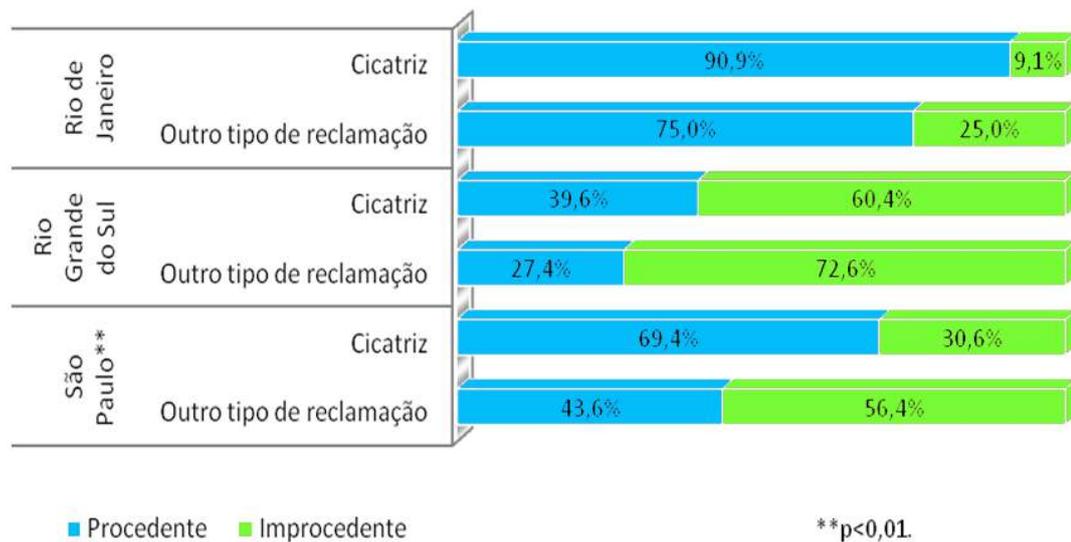
A maior parte das reclamações envolvia cicatrizes e insatisfação generalizada, em relação ao resultado, principalmente no Rio Grande do Sul. A queixa de assimetria teve maior incidência no Rio de Janeiro (Figura 23). Tabelas, 11, 12, 13, 14 e figuras 24, 25, 26, 27, (APÊNDICE 7).

Figura 23. Queixas mais frequentes que originaram as demandas, por estado, nos processos.



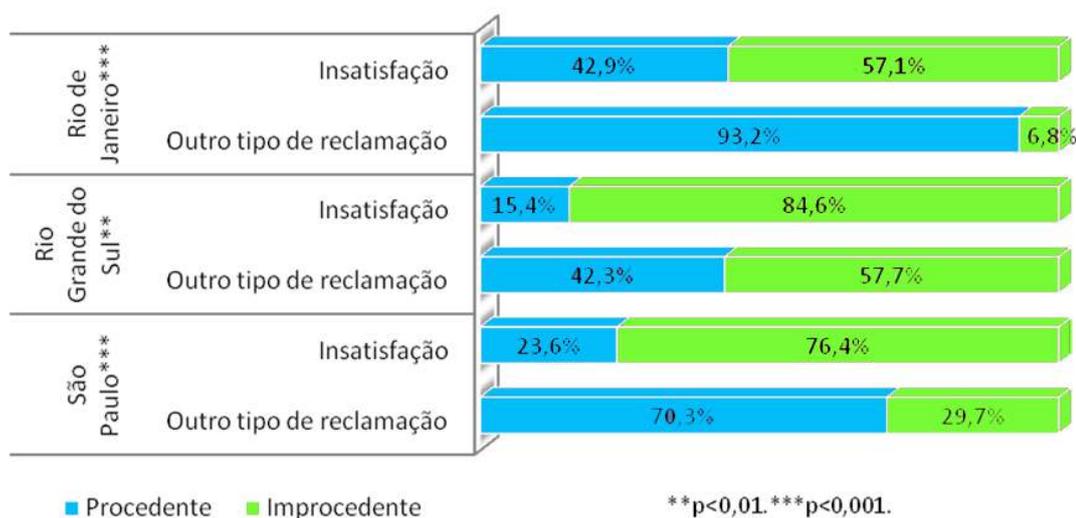
Verificou-se uma maior porcentagem de ganho de causa para os pacientes (procedentes) com queixas relacionadas à cicatriz, quando comparada a outras queixas nos processos. Esta tendência foi semelhante em todos os estados, embora o número de causas ganhas para os pacientes tenha sido alto no Rio de Janeiro, quando a queixa esteve relacionada à cicatriz, (Figura 28). Tabelas 15, 16, 17, (APÊDICE 8).

Figura 28. Porcentagem das causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à cicatriz (hipertrófica, quelóide, alargamento, direção [tamanho e forma]), e a outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados.



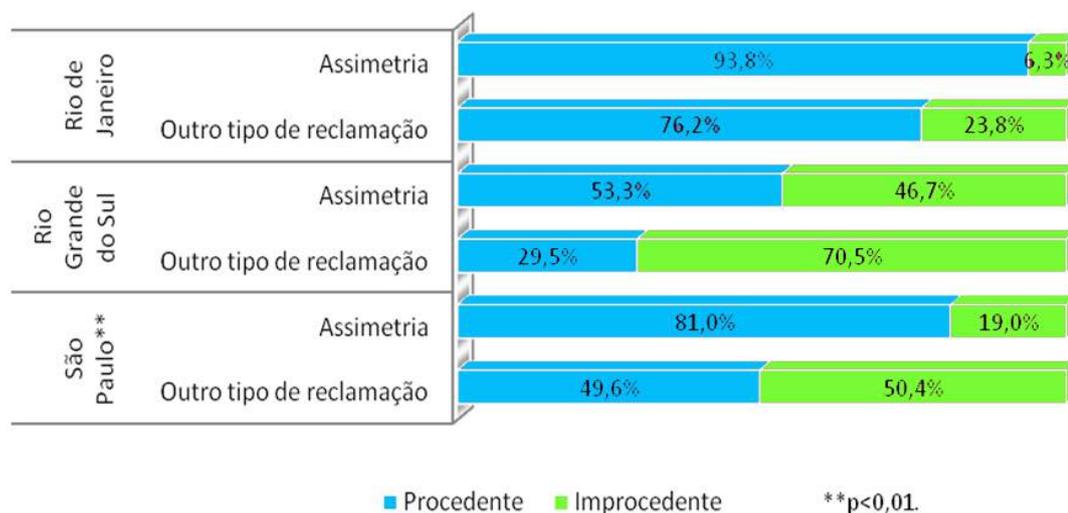
Pacientes cujas reclamações eram de insatisfação generalizada perderam mais as causas do que pacientes que reclamaram por outros motivos. O laudo pericial assinalava em boa parte dos casos, técnica correta, simetria nos procedimentos e bom posicionamento de cicatriz, compatível com cada caso. (Figura 29). Tabelas 18, 19, 20, (APÊNDICE 9).

Figura 29. Porcentagem das causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à insatisfação e a outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados.



No ano de 2010, no Rio Grande do Sul, verificou-se que 100% das reclamações por assimetria foram dadas como causas procedentes ($p=0,006$), o que não se repetiu, nos outros anos. Considerando-se o período total do estudo, observou-se, apenas em São Paulo, diferença com significância estatística quando queixas por assimetria foram comparadas a outras queixas ($p=0,007$). Neste caso verificou-se que 81,0% das demandas por assimetria tiveram procedência, enquanto que este percentual foi apenas de 49,6% nos demais tipos de reclamações. (Figura 30). Tabelas, 21, 22, 23, (APÊNDICE 10).

Figura 30. Porcentagem das causas com sentença favorável a pacientes (em azul) quando foram avaliadas as queixas relacionadas à assimetria e outros tipos de reclamação, nos diferentes estados avaliados.

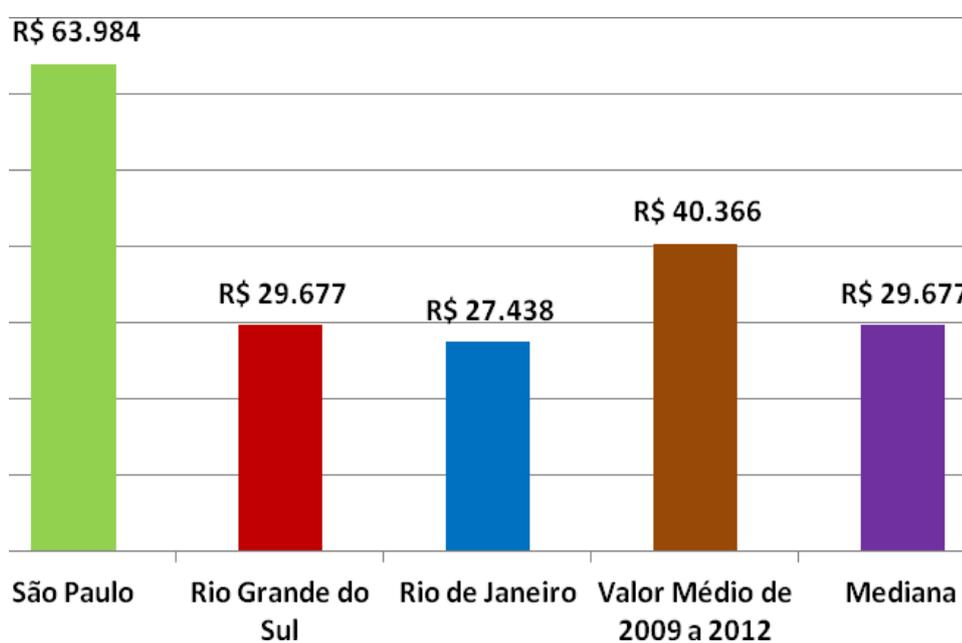


Dessa forma, observou-se que no período de 2009 a 2012, a cicatriz, insatisfação e assimetria foram às reclamações mais frequentes.

Valores das sentenças.

Os valores médios sentenciados por caso de processos procedentes (favoráveis aos pacientes), considerando-se o estado e o ano de 2009 a 2012, estão descritos na figura 31. Tabelas, 24, 25, (APÊNDICE 11).

Figura 31. Valores médios e medianos das sentenças referentes aos estados.



O valor médio e mediano a ser pago pelo médico variou conforme a gravidade dos casos. Por outro lado, a causa de insatisfação apresentou os menores valores em todos os estados (Figura 32). Em todos os estados, os maiores valores estipulados pelo juiz foi em casos cuja principal queixa era a cicatriz. No ano de 2011 e 2012 (Figura 33), os óbitos no estado de São Paulo foram responsáveis pelo aumento dos valores.

Figura 32. Valor total médio e mediano por ano das sentenças consideradas procedentes (favorável ao paciente), de acordo com as causas da queixa.

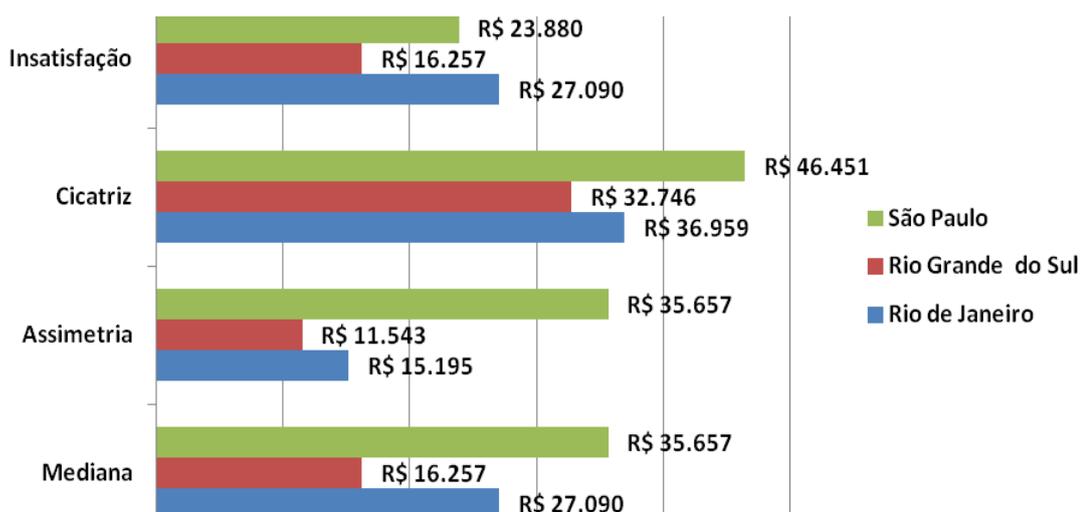
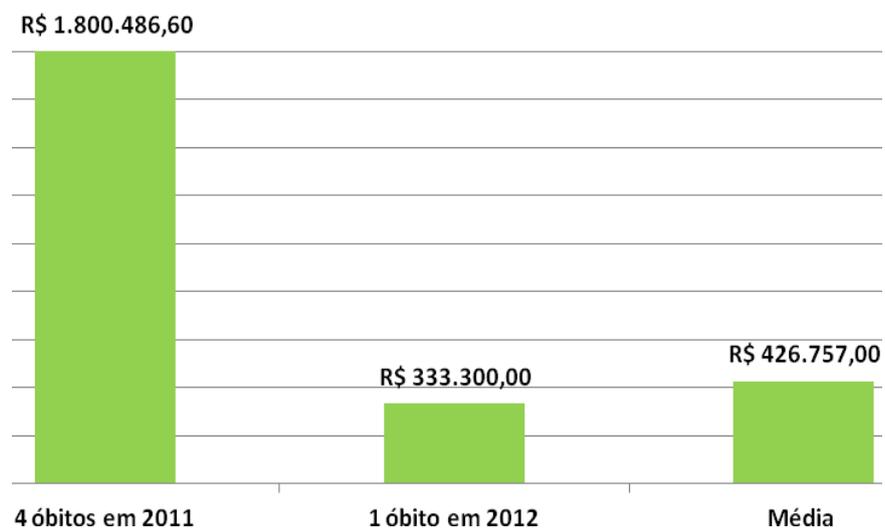


Figura 33. Valor médio por ano das sentenças procedente de cinco casos de óbitos no estado de São Paulo.



DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Os pacientes candidatos à cirurgia estética são, em geral, pessoas saudáveis que se submetem a procedimentos de cirurgia plástica. Quando ocorrem eventos adversos no pós-operatório, esta especialidade torna-se mais vulnerável a demandas médico-legais. (FERRAZ, 2006). Perícia médica judicial realizada por cirurgião plástico é importantes e mais adequada, para que ações específicas dessa área sejam defendidas, com laudo pericial corretamente elaborado por especialista (PATANÉ & PATANÉ, 1996).

Atitudes psicológicas defensivas, como negligência e abandono por parte de profissional da área da saúde, são condutas antiéticas. Por outro lado, a atitude de vítima do paciente, alimentada por sistema “assistencialista”, pode mascarar comportamentos de caráter perverso, como estelionato. Essas duas possibilidades são premissas frequentes na prática do Direito (GOUVÊA & SILVA, 2005).

A atitude afirmativa, solícita e amorosa na assistência imediata à vulnerabilidade do paciente, em todos os momentos exigidos, vem sendo adotada em universidades, com resultados interessantes. Notou-se redução no número de pacientes que processavam médicos e/ou hospitais, quando os médicos concordaram em reconhecer falhas e prestar reparação por danos (ROHRICH, 2007).

Os cirurgiões plásticos podem avaliar os fatos de forma analítica, enfrentando a demanda de ações pelo uso de estratégias de cunho preventivo. A participação ativa de colegiados e sociedades de especialistas por um lado, e a boa compreensão da linguagem jurídica e do funcionamento do sistema judicial pelos cirurgiões plásticos por outro, são fundamentais para que sejam obtidos resultados mais satisfatórios entre as partes

envolvidas (MAVROFOROU, GIANNOUKAS, MICHALODIMITRAKIS, 2004; GUN, LOH, ATHANASSOPOULUS, 2014).

Falhas na comunicação, que podem afetar a relação médico/paciente, são a causa principal dos litígios. Em vários países (Estados Unidos da América, Brasil, Alemanha, Austrália, Itália, França), observa-se este tipo de situação (FISHER, 2000; ROHRICH, 2007; FUJITA & SANTOS, 2009; RICHARDS & VIJH, 2011).

Nos conflitos da Cirurgia Plástica com a lei, foi sugerida a adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os esclarecimentos ao paciente foram apontados como fundamentais no caso de litigância jurídica (MAVROFOROU, GIANNOUKAS, MICHALODIMITRAKIS, 2004; MALLARDI, 2005; SHIFFMAN, 2005; FERRAZ, 2006; VILANOVA DA SILVA *et al.*, 2010; GOGOS *et al.*, 2011; LYU *et al.*, 2011; MARCHESI *et al.*, 2011; SABOYE, 2011; JALIAN, JALIAN, AVRAM, 2013; SVIDER *et al.*, 2013; DE FONTAINE, 2013).

Desta forma, a clareza da comunicação pode ajudar na compreensão de resultados estéticos realistas. Por isso, lesões iatrogênicas devem ser abordadas rapidamente, favorecendo a confiança do paciente no médico. Um vínculo de confiança entre médico/paciente pode reduzir a possibilidade de litígios e custos com a saúde (PAIK *et al.*, (A) 2014; PAIK *et al.*, (B) 2014; SVIDER *et al.*, 2014).

Por outro lado, o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é uma condição psiquiátrica comum em pacientes que procuram procedimentos estéticos e cirúrgicos e cuja principal característica é a insatisfação corporal. Por sua frequência, o paciente deve ser identificado para tratamento apropriado, uma vez que, a presença do (TDC) pode afetar de forma negativa os resultados de satisfação em Cirurgia Plástica (CRERAND, FRANKLIN, SAWER, 2005; AMODEO, 2007; ANETTE *et al.*, 2010; DE

BRITO *et al.*, 2013; GUBISH & DACHO, 2013). Portanto, queixas de insatisfação com o resultado adequado podem estar relacionadas a este transtorno mental.

A motivação de realizar este estudo foi obter uma fotografia de como estão os processos envolvendo cirurgiões plásticos. Os estados de São Paulo, do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul foram escolhidos por apresentarem um número significativo de cirurgiões plásticos e por serem estados populosos no Brasil. Desta forma, foi realizada busca nas páginas da *WEB* nos endereços eletrônicos dos tribunais dos três estados. Essa busca é fidedigna, pois se trata das sentenças publicadas dadas pelos juízes em audiência. A obrigatoriedade de informatização destas informações, que se encontram nos autos, ocorreu a partir de 2009 para todos os tribunais do país.

O número total de processos foi maior no estado de São Paulo, porém quando se avaliou o número de habitantes por estado, pode-se observar que foi muito maior no Rio Grande do Sul.

Verificou-se também um aumento de condenação dos médicos no Rio de Janeiro seguido de São Paulo, e, por último, no Rio Grande do Sul. No Rio de Janeiro existe uma Câmara Técnica para julgamento antecipado composto por cirurgiões plásticos do Conselho Regional de Medicina. Após essa avaliação grande parte dos casos, que apresente grande indício de culpa médica, acaba levando a condenação na justiça comum.

Não houve variação significativa do percentual de médicos condenados em relação ao número total de processos segundo o teste de Cochran-Armitage $p=0,128$, quando o período considerado foi de 2009 a 2012.

A perícia médica foi feita em quase todos os casos e não se verificou diminuição do número no período estudado. O perito é considerado “os olhos do juiz”, sendo que sua formação técnica permite mostrar com clareza se houve ou não erro. As perícias médicos-judiciais realizadas por cirurgião plástico são uma boa proposição para os que sofrerem ações. Desta forma, poderão ser defendidos com um laudo pericial corretamente elaborado por um especialista da área (PATANÉ & PATANÉ, 1996).

No período estudado a cirurgia de abdômen foi a mais frequente em processos médicos legais que envolviam Cirurgia Plástica, principalmente no Rio Grande do Sul. Esse tipo de cirurgia tem cicatrizes extensas e é uma das cirurgias mais realizadas no Brasil e no mundo. O grande descolamento, além da extensão da cicatriz deste tipo de cirurgia são fatores que aumentam o risco de complicações e, conseqüentemente, processos médico legais.

Esse resultado foi seguido pelas reduções de mamas, lipoaspiração e colocação de prótese em mamas. Nas reduções de mamas, assim como nas abdominoplastias os cirurgiões deparam-se com margens assimétricas de pele que necessitam ajustes durante o fechamento. Esses ajustes são realizados com a premissa de que boa parte dos pacientes apresente boa retração de pele, o que nem sempre ocorre. Nestes casos, incisões extensas podem representar um grande problema no resultado estético quando ocorrem cicatrizes patológicas, o que pode não ser compreendido pelo juiz como um problema inerente de qualquer procedimento cirúrgico.

Várias são as causas na formação do quelóide e estas independem da qualidade técnica do cirurgião, (no quelóide há um grande número de fibras de nervos dérmicos que são localizados mais profundamente que na pele normal e é inerente a determinado tipo de pele). (HOCHMAN *et al.*, 2007).

A lipoaspiração é uma cirurgia realizada em grandes extensões do corpo, podendo deixar irregularidades quando mal indicada e ou mal

realizada. A lipoaspiração foi colocada para o leigo como um procedimento menor, de baixo risco e com recuperação imediata. Quando ocorre um problema neste tipo de cirurgia, o leigo sempre acredita que houve algum erro médico, pela imagem que foi construída nos meios de comunicação deste tipo de cirurgia, gerando demandas médico-legais. (Ferraz, 2006)

Nos Estados Unidos da América (EUA), os procedimentos que mais frequentemente levou a demandas, foram: lipoaspiração (38,1%), abdômen (21,1%, e a combinação dos dois procedimentos (19,5%). (PAIK et al., (B) 2014). A mamoplastia de aumento é uma cirurgia que pode ter complicações pelo uso do material protético, geradas por reações orgânicas ao corpo estranho, como a contratura capsular.

Cirurgias com maior potencial de complicações têm maior risco de incidência de processos contra médicos. A avaliação de danos estéticos em cirurgia de mama é difícil devido a diferentes aspectos, tais como componentes psicológicos e a frequente falta de documentação fotográfica adequada (MARCHESI *et al.*, 2011).

Houve uma maior perda de demandas pelo médico nos casos relacionados à queixa em relação à cicatriz, seguida de queixas relacionadas à insatisfação e assimetria. Nos casos cuja queixa principal era a cicatriz, o estado do Rio de Janeiro, apresentou ganho de causa pelo paciente em 90,9% dos casos, e 69,4% e 39,6% respectivamente, em São Paulo e Rio Grande do Sul.

Embora a qualidade da cicatriz dependa da técnica, o tipo de pele, e cuidados no pós-operatório são fatores que podem influenciar no resultado final. A cicatriz pode apresentar alterações de coloração, hipotrofia ou hipertrofia e alargamento. Além disso, elas podem ser patológicas, quando ocorre a formação de cicatrizes hipertróficas ou quelóide, estas alterações são bastante evidentes no olhar dos leigos, bem como no do juiz. Cicatrizes

de qualidade ruim prejudicam de sobremaneira o resultado estético final. É importante lembrar que, na maioria das vezes, a qualidade da cicatriz está relacionada à condição genética do paciente e a cuidados pós-operatórios como a exposição ao sol.

Pacientes cujas reclamações eram relativas à insatisfação com o resultado de uma maneira geral, em todos os estados, apresentaram menor percentual de êxito quando comparadas às pacientes cuja queixa principal não era esta. Pacientes com queixas inespecíficas em relação aos resultados obtidos podem apresentar Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Nestes casos, os pacientes acreditam ter um problema estético mínimo ou inexistente, mesmo após a cirurgia. Estes pacientes procuram obter na justiça uma resolução do caso, por acreditar não ter sido realizada uma correção a contento. (De Brito *et al.*, 2016).

É importante que o cirurgião plástico faça uma boa anamnese, e em caso de suspeita, solicitar avaliação psicológica e ou psiquiátrica antes da cirurgia (CRERAND, FRANKLIN, SAWER, 2005; AMODEO, 2007; ANETTE *et al.*, 2010; DE BRITO *et al.*, 2013; GUBISH & DACHO, 2013). Estes pacientes poderão ser operados, dependendo do grau de (TDC) (FELIX *et al.*, 2014). É importante ressaltar que esta condição, quando não diagnosticada, pode ser fator desencadeante de litígio médico/paciente após a cirurgia (VILA-NOVA da SILVA *et al.*, 2010).

Quando a queixa foi de assimetria verificou-se um aumento de mais de 50% de ganho de causa pelos pacientes. No ano de 2010 no Rio Grande do Sul, verificou-se que 100% das reclamações por assimetria foram dadas como causas procedentes ($p=0,006$). A comparação entre órgãos pares e posicionamento de cicatrizes pode detectar assimetria. Portanto, a assimetria pode ser medida e o perito poderá descrevê-la no laudo, se for diagnosticada. De forma oposta, uma paciente cuja queixa é de insatisfação tem uma

questão inespecífica, não mensurável. Portanto, casos de assimetria são mais difíceis para a defesa do médico.

Considerando-se o período total do estudo, observou-se apenas em São Paulo, distribuição distinta de desfecho da demanda por reclamação ($p=0,007$) na qual verificou-se que 81,0% das demandas por assimetria tiveram procedência. O que corrobora o fato de que queixa de assimetria é amplamente favorável ao paciente. O cuidado rigoroso com as fotografias de pré e pós-operatório, juntamente com a conscientização dos pacientes, é importante na defesa do médico, já que elas podem ser detectadas no pré-operatório e podem ajudar a explicar a assimetria após a cirurgia. No entanto, o médico deve estar atento, no pós-operatório, para conversar e corrigir, dentro do prazo correto de cicatrização, as possíveis diferenças, evitando conflitos. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizado de maneira clara evitando falsas expectativas pode ajudar muito na defesa.

Os valores médios por caso de processo procedente (sentença favorável ao paciente) foram em São Paulo R\$63.983,78, no Rio Grande do Sul R\$29.677,43 e no Rio de Janeiro R\$27.437,89. Segundo a análise estatística foi considerado um valor constante para cada período. No entanto de São Paulo, em 2011, houve quatro casos de óbito e em 2012, um caso de óbito, o que elevou para esses casos o valor médio de R\$426.757,00 por caso. O valor médio dos três estados de 2009 a 2012 foi de R\$40.366,36 e mediana de R\$29.677,43.

No período estudado, a reclamação de cicatriz apresentou valores mais altos nas sentenças, sendo respectivamente em São Paulo (R\$46.450,79), Rio Grande do Sul (R\$32.746,31) e Rio de Janeiro (R\$36.958,55). No caso de reclamação por assimetria em São Paulo apresentou o valor médio (R\$35.656,77), no Rio Grande do Sul (R\$11.542,54) e no Rio de Janeiro (R\$15.194,91), porém, no item insatisfação ocorreu o menor ganho por parte

dos pacientes: em São Paulo (R\$23.879,69), no Rio Grande do Sul (R\$16.256,81) e no Rio de Janeiro (R\$27.090,41). Mesmo com valores relativamente baixos o grau de estresse do médico que se encontra em litígio é incalculável. E quando é inocentado não tem como reaver seu prejuízo.

Nos Estados Unidos, de 1990 a 2012, foram 113 casos estudados em 25 estados. A maior parte dos casos ocorreu em 2009 (n=14). A reclamação maior foi de desfiguramento (n=38; 33,6%), seguido de insatisfação e necessidade de revisão do procedimento (n=38, 33,6%), e a próxima reclamação mais comum foi de cicatriz (n=34; 30,1%). Também houve casos de óbito (n=14; 12,4%). As razões foram: negligência, a mais comum (n=95; 84,1%); falta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo casos em que o médico falhou ao descrever os riscos do procedimento e suas terapias alternativas (n=37; 29,2%), falha no diagnóstico da injúria resultante do contorno corporal (n=33; 29,7%).

Os Estados que tiveram maior quantidade de litígios foram: Califórnia, Nova York e Flórida. As cirurgias foram lipoaspiração e abdômen, seguidos de cirurgia das mamas. O estudo também identificou a reclamação por pacientes jovens, idade média de (36 anos), mostrando que eles estão inclinados a maior compensação financeira. As médias das indenizações foram de \$439.351,00 e \$276.155,00, respectivamente. Não houve diferença estatística significativa, (PAIK *et al.*, (A), e PAIK *et al.*, (B) (2014). Observou-se a semelhança dos resultados com o presente estudo. A limitação deste estudo foi a visão que têm o juiz e advogado do mesmo caso em relação à visão do médico.

O conhecimento do sistema jurídico e seu funcionamento são necessários para auxiliar na busca da redução dos processos (MAVROFOROU, GIANNOUKAS, MICHALODIMITRAKIS, 2004) e consequentemente, dos gastos.

No entanto, a legislação vem sendo utilizada como “incentivo” aos que decidem interpor ações indenizatórias milionárias contra médicos. A impunidade respaldada pela justiça gratuita com advogados trabalhando com percentagens de ganho leva a um aumento de ações sem coerência nos pedidos. No caso de perda da ação pelo autor, o médico não é ressarcido de seus prejuízos (VILA-NOVA DA SILVA *et al.*, 2010).

Há necessidade de uma nova abordagem no relacionamento médico/paciente com uma documentação adequada, tanto escrita como fotográfica, onde esclareça todas as possibilidades do tratamento, evitando expectativas irreais, criando vínculos de confiança, compreensão e até cumplicidade para um melhor resultado. Fazer uma triagem rigorosa no consultório evitando os casos de transtorno psiquiátricos e de má fé. E quando ocorrer um resultado adverso, deve-se procurar repará-los no tempo devido. Em caso de má fé, o médico deve estar bem munido de documentação e ter boa orientação jurídica.

Os cirurgiões plásticos não precisam amedrontar-se diante da “epidemia” de ações médico – legais que estão ocorrendo atualmente. É possível avaliar os fatores que envolvem essas ações de forma analítica. Pode-se continuar planejando e executando boas estratégias preventivas e modificar esse panorama geral. A participação ativa de colegiados e sociedades de especialistas e a boa compreensão da linguagem jurídica e do funcionamento do sistema judicial pelos cirurgiões plásticos são fundamentais para que se atinja o sucesso nessa missão (MAVROFOROU, GIANNOUKAS, MICHALODIMITRAKIS, 2004).

Como perspectiva, a aplicação do protocolo deste estudo poderá ser ampliado para outras especialidades e para outros estados, o que poderá proporcionar uma melhor compreensão destes processos. Outra perspectiva é fazer uma comparação no cenário mundial, verificando como está

atualmente a especialidade em relação ao tema em outros países. Além disso, deve-se avaliar possíveis ações práticas capazes de prever a ocorrência deste tipo de processo. Esta estratégia passa pelo esclarecimento dos juízes e pela formação de peritos da área da especialidade.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Pode-se concluir que:

- 1) São Paulo teve a menor incidência de demandas judiciais em comparação ao Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que foram similares.
- 2) O Rio Grande do Sul foi o estado que apresentou o maior número de demandas por habitante.
- 3) Nos processos movidos por insatisfação 57,1% foram considerados improcedentes.
- 4) As ações com queixas relacionadas à assimetria e à cicatriz tiveram a maior incidência de ganho de causa pelos pacientes.
- 5) Os valores indenizatórios foram no evento morte e no estado de São Paulo os maiores.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Alavi M, Kalafi Y, Dehbozorgi GR, Javadpour A. Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64:738-41.

Amodeo AC. The central role of the nose in the face and psyche: Review of the nose and psyche. *Aesth Plast Surg*. 2007;31(4):406-10.

Anette S. Solvi, Kaja Foss, Tilmann von Soest, Helge E. Roald, Knut C. Skolleborg & Arne Holte. Motivational Factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2010) 63, 673-80.

Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dysmorphic Disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2005;118(7):167-80.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. *Jornal do CREMESP. Cirurgia plástica: 97% dos médicos processados não têm título de especialista*. 2008;253(10):3-4.

De Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, Ferreira LM. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem and mental health. *Ann Plast Surg*. 2010;65(1):5-10.

De Brito MJ, Nahas FX, Ortega NR, Cordás TA, Dini GM, Neto MS, Ferreira LM. Support system for decision making in the identification of risk for body dysmorphic disorder: A fuzzy model. *Int J Med Inform*. 2013;82:844-53.

De Brito MJ, Nahas FX, Cordás TA, Gama MG, Sucupira ER, Ramos TD, Felix GAA, Ferreira LM, Prevalence of body Dysmorphic Disorder Symptoms and Body Weight Concerns in Patients Seeking Abdominoplasty.

Aesth Surg Journal 2016. 1-9.

De Fontaine S. Ethics in aesthetic surgery. Rev Med Brux 2013 Sep;34(4):287-90.

Felix GA, de Brito MJ, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, Ferreira LM. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesth Surg. 2014;67(5):646-654. doi: 10.1016/j.bjps.2014.01.002.

Ferraz EM. Complicação ou erro médico? Rev Col Bras Cir. 2006;33(4):205-6.

Fischer JE. The effect of litigation on surgical practice in the USA. British Journal of Surgery 2000,87,833-834.

Fujita RR&Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Rev. Assoc. Med. Bras. Vol.55 nº.3 São Paulo, 2009.

Gogos AJ, Clark RB, Bismark MM, Gruen RL, Studdert DM. When informed consent goes poorly: a descriptive study of medical negligence claims and patient complaints. Med J Aust. 2011 Sep 19;195(6):340-4.

Gouvêa JRF&Silva VA. Dano moral: Quantificação pelo Superior Tribunal de Justiça. Revista Síntese de Direito Cível e Processual Civil. 2005;37(09/10):147-59.

Gubish W&Dacho A. Faults and failure: aesthetic rhinoplasty plus brow, eyelid and conchal surgery. *Laryngorhinologie*. 2013Apr;92 Suppl 1:S73-87. doi: 10.1055/s0033-1337926. Epud2013Apr26.

Gunn EG, Loh CY, Athanassopoulos T. Cosmetic websites Scotland: legal or lurid. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014 Aug;67(8):1144-7. doi: 10.1016/j.bjps.2014.04.035. Epud 2014 May 14.

Hochman B, Nahas FX, Sobral CS, Arias V, Locali RF, Juliano Y, Ferreira LM. Nerve fibres: A possible role in keloid pathogenesis. *Br J Dermatol*. 2008;158(3):651-2.

Jalian HR, Jalian CA, Avram MM. Common causes of injury and legal action in laser surgery. *JAMA Dermatol*. 2013 Feb;149(2):188-93. Doi: 10.1001/jamadermatol.2013.1384.

Lyu SY, Liao CK, Chang KP, Tsai ST, Lee MB, Tsai FC. Analysis of Medical Litigation Among Patients with Medical Disputes in Cosmetic Surgery in Taiwan. *Aesthetic Plast Surg*. 2011 mar 17.

Mallardi V. The origin of informed consent. *Acta di Otorhinolaryngol Ital*. 2005 Oct;25(5):312-27.

Marchesi A, Marchesi M, Fasulo FC, Morini O, Valienti L. Mammoplasties and Medicolegal Issues: 50 Cases of Litigation in Aesthetic Surgery of the Breast. *Aesth Plast Surg*. 2011 jul 2.

Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Med Law*. 2004;23(3):479-88.

Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA, Sage WM. Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Ann Surg.* 2005;242(5):621-8.

Paik AM*, Mady LJ, SoodA, LeeES, Beyond the operating room: a look at legal liability in body contouring procedures. *Aesthet Surg J.* 2014 Jan 1;34(1):106-13.

Paik AM, Mady LJ, SoodA, LeeES, A look inside the courtroom: an analysis of 292 cosmetic breast surgery medical malpractice cases. *Aesthet Surg J.* 2014 Jan1;34(1):79-86.

Patané J&Patané CV. Legal responsibility of the Plastic Surgeon. Propositions. *Rev Arg Cir Plást.* 1996;2(2):123-7.

Prestes jr, Tourinho E.K, Rangel M. análise médico legal das demandas judiciais em imaginologia. *Radiol Bras.* 2012 Mar/Abr;45(2):98-100.

Prudente AS. Custas Processuais. *Revista de Informação Legislativa.* 1994;123(07/09):13-4.

Richards E&Vijh R. Analysis of malpractice claims in breast care for poor cosmetic outcome. *Breast.* 2011 Jun;20(3):225-8. doi: 10.1016/j.breast.20101.12.004. Epub2011 Jan 12.

Rohrich RJ. It's okay to say "I'm sorry". *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(5):1425-7.

Saboye J. From Information to the right to advice, the responsibility increase in aesthetic surgery. *Ann Chir Plast Esthet.* 2011 jun;56(3):216-8.

Svider PF, Keeley BR, Zumba O, Mauro AC, Setzen M, Eloy JA. From the operating room to the courtroom: a comprehensive characterization of litigation related to facial plastic surgery procedures. *Laryngoscope*. 2013 Aug;123(8):1849-53. Doi 10. 1002/lary.23905. Epud 2013 Jan 8.

Svider PF, Blake DM, Husain Q, Mauro AC, Turbin RE, Eloy JA, Langer PD. In the eyes of the law: malpractice litigation in oculoplastic surgery. *Ophthal Plast Surg*. 2014 Mar-Apr;30(2):119-23. doi: 10.1097/IOP.0000000000000025.

Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998 May; 101(6):1644-9.

Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg*. 2010;126:2243-51.

Shiffman MA. Medical liability issues in cosmetic and plastic surgery. *Med Law* (2005) 24:211-32.

Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005;293(21):2609-17.

TJSP – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Disponível no endereço eletrônico: www.tjsp.jus.br

TJRS – Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível no endereço eletrônico: www.tjrs.jus.br

TJRJ – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Disponível no endereço eletrônico: www.tjrj.jus.br

Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 2003;56:546-51.

Vila-Nova da Silva DB, Nahas F.XL, Bussolaro RA, Ferreira LM. The Increasing Growth of Plastic Surgery Lawsuits in Brazil. *Aesth Plast Surg* 2010;34:541-42.

Vila-Nova da Silva, Nahas FXL, Ferreira LM. Factors Influencing Judicial Decisions on Medical Disputes in Plastic Surgery. *Aesth Surg Journal* 2015; Vol 35(4)477-483.

Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Granà S, Gambaro FM, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plast Surg.*2002;25:305-8.

Zuliani ES. Responsabilidade civil e reparação de danos: Raízes históricas, função e objetivo. *Revista IOB de Direito Civil e Processual Civil.* 2006;40(04/05):54-74.

NORMAS ADOTADAS

9. NORMAS ADOTADAS

Orientação Normativa para Elaboração de teses: Guia prático. Ferreira LM, coordenadora. Goldemberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, organizadores. São Paulo: Livraria Médica Paulista, Editora; 2008.

Consulta ao DeCS – Descritores em ciência da Saúde. <http://decs.bvs.br/> - terminologia em saúde.

ABSTRACT

10. ABSTRACT

INTRODUCTION: Plastic Surgery has a high rate of judicial process of patient against physician in all over the world. This may be related to a lack of Informed Consent, poor cosmetic results, such as scar and other factors as little experience of involved surgeons. **PURPOSE:** To compare the profile of patient against physician of judicial process related to Plastic Surgery in Rio Grande do Sul, São Paulo and Rio de Janeiro. **METHODS:** were selected patient/physician lawsuits in Plastic Surgery in the web site of each one of the State court of justice: www.tjrs.jus.br, www.tjsp.jus.br, www.tjrj.jus.br from the year 2009 to 2012. They were collected and compared data from the final sentences in the "Full Content": favorable data to the patient or physician, expert report, type of surgery, and complaint prices of sentences of the three studied States. **RESULTS:** The total number of lawsuit was higher in São Paulo (n = 156), followed by Rio Grande do Sul (n = 110) and Rio de Janeiro (n = 58), however, it was observed higher condemnation incidence of physician in Rio de Janeiro, followed by São Paulo and Rio Grande do Sul. **CONCLUSIONS:** the incidence of demands was distinctive in the three States over time. Complaints concerning dissatisfaction, in the States had a rate of (more than 50%) of dismissing the action, and the judgment of the increased price in cases followed by death to patient event. The largest amounts paid to patients took place in São Paulo. Patients with complaints of asymmetry and scar have a greater share of gain incidence.

APÊNDICES

11. APÊNDICES

APÊNDICE 1

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição é definida como: 1-lei fundamental da organização política de uma nação soberana que determina a sua forma de governo. Ela institui os poderes públicos, regula as suas funções e estabelece os direitos e deveres essenciais do cidadão. 2-ato de estabelecer alguma coisa, em favor de alguém (HORCAIO, 2006).

Desde 1988 impera a Constituição Federal. Ela regula modernizando e proporcionando o equilíbrio nos diversos setores conferindo o Poder da Nação (PINTO *et al*, 2005).

As pessoas que vivem sob esta Constituição têm assegurados seus direitos fundamentais. No artigo 5º do Título II, Capítulo I da CF 2005, termos de I a XX apresentam aspectos relevantes para o estudo dos litígios entre médico e paciente. O termo III afirma que ninguém pode ser submetido à tortura nem tratamento desumano ou degradante. Existem situações cotidianas na medicina em que isso pode acontecer; quando a relação médico paciente fica desgastada e o paciente devido a sua fragilidade pode sentir-se em tratamento desumano.

No caso de uma cirurgia em paciente que trabalhe valendo-se de sua imagem (por exemplo: modelos, artistas, pessoas do ramo de comunicação social), os termos V e X do art. 5º são de notada relevância. Eles afirmam serem invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. Pacientes com esse perfil, obviamente no caso de violação

da imagem sem prévia anuência, pode requerer indenização por danos moral, como ocorreu num caso deste estudo.

O termo XIII do art. 5º afirma que o profissional deve estar qualificado ao que se dispõe a fazer. Portanto a qualificação do profissional médico processado foi objeto de investigação deste estudo.

O termo XIV do art. 5º assegura o sigilo profissional em relação ao paciente. Título VIII, Capítulo II, da ordem social da saúde; art. 196 e 199 afirmam que tanto o Estado quanto à iniciativa privada têm direitos e deveres com a população de promover a saúde. (PINTO *et al*, 2005)¹.

HABEAS DATA

Que tu tenhas as informações. Conceder-se-á *habeas data* para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público, bem como para retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo.

Constituição federal

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

LXIX – conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por habeas-corpus ou habeas-data, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;

LXXII – conceder-se-á "habeas-data":

- a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público;*

b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo.

O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Indenização por dano moral: não se questiona o seu reconhecimento, já que está expresso na CF (art. 5º, incisos V e X), no CDC (art. 6º, V) e no novo CC (art. 186). Indenização por dano estético: assim como a indenização por dano moral, a reparação do dano estético tem finalidade compensatória. A cumulação do dano moral e estético é admitida pela Justiça. (Art. 5º, V)

O Código de Defesa do Consumidor (CDC): *Agora começa a verdadeira vida da Lei. Ela se encarregará de mostrar os seus acertos e suas imperfeições. A jurisprudência exercerá o papel de acrisolar textos, em confronto com a realidade social. A doutrina cumprirá o ofício de esclarecer e apurar conceitos e preceitos* (GRINOVER *et al.* 2004)¹.

GRINOVER *et al.* (2004)² afirmam que com a promulgação do CDC (Lei nº. 8.078/90), vigente desde 11 de março de 1991, as relações de consumo passaram a ser regidas pelo sistema da responsabilidade objetiva, consultável nesta tese.

Os médicos e os demais profissionais liberais são exceção à regra da responsabilidade objetiva. No CDC a categoria dos profissionais liberais manteve-se em “responsabilidade subjetiva”, como se pode observar do artigo 14, § 4º, do CDC. A natureza da atividade médica é, em regra, de meio, e não de resultado, não se justifica a imposição da responsabilidade objetiva (independentemente da apuração de culpa). Os profissionais liberais continuam a responder perante seus clientes apenas quando demonstrada sua culpa (negligência, imprudência ou imperícia) (GRINOVER *et al.*, 2004)³.

O CDC prevê, em seu artigo 6º, inciso VIII, como direito básico do consumidor, 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, ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias da experiência (GRINOVER *et al.*, 2004)⁴.

APÊNDICE 2

Tabela 2. Apresenta as informações de população residente, área geográfica e total de demandas pelos três estados.

Tabela 2. População residente, área geográfica e total de processos por estado

Estados	Ano			
	2009	2010	2011	2012
Rio de Janeiro				
Área (Km ²)		43.780,17		
População residente ¹	16.010.429	15.993.583	16.112.678	16.231.365
Demandas	57	38	44	63
São Paulo				
Área (Km ²)		248.222,80		
População residente ¹	41.384.039	41.252.160	41.587.182	41.901.219
Demandas	246	211	119	457
Rio Grande do Sul²				
Área (Km ²)		281.730,22		
População residente ¹	10.914.128	10.695.532	10.733.030	10.770.603
Processos	62	87	115	123

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

¹População residente enviada ao Tribunal de Contas da União

²Rio Grande do Sul . * Anos de 2009, 2010 e 2011 e 2012, dados do IBGE de população estimada.

APÊNDICE 3

De acordo com as figuras de 4 a 6 não se observa tendência de aumento, ou redução da incidência de demandas médico/paciente no período de 2009 a 2012.

Figura 4. Incidência de processos de pacientes contra médicos no Rio de Janeiro.

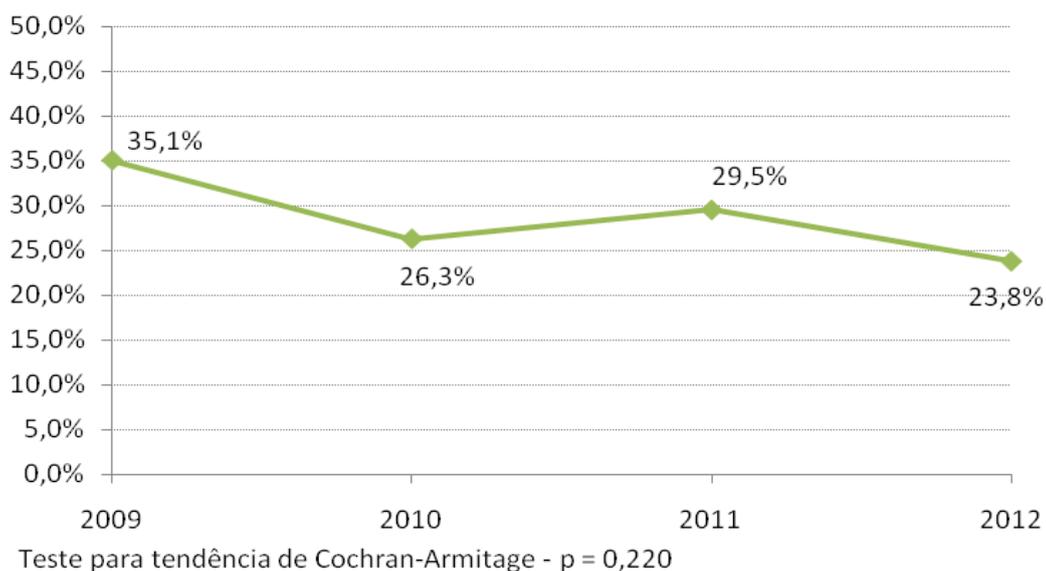


Figura 5. Incidência de processos de pacientes contra médicos no Rio Grande do Sul.

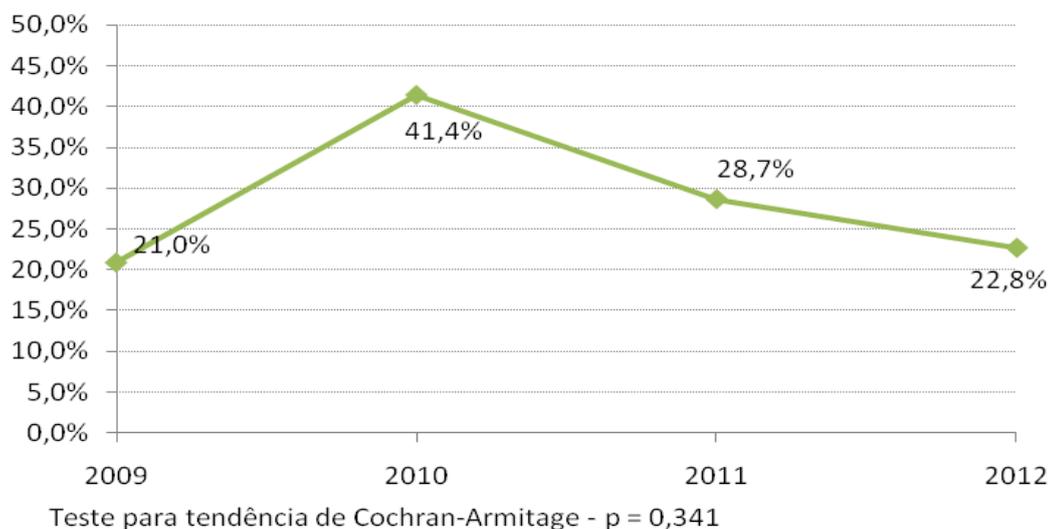
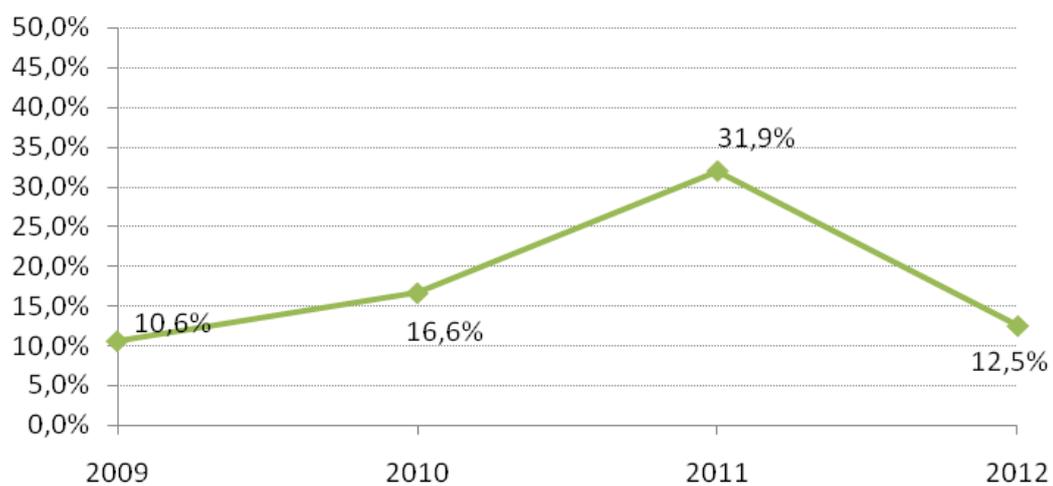


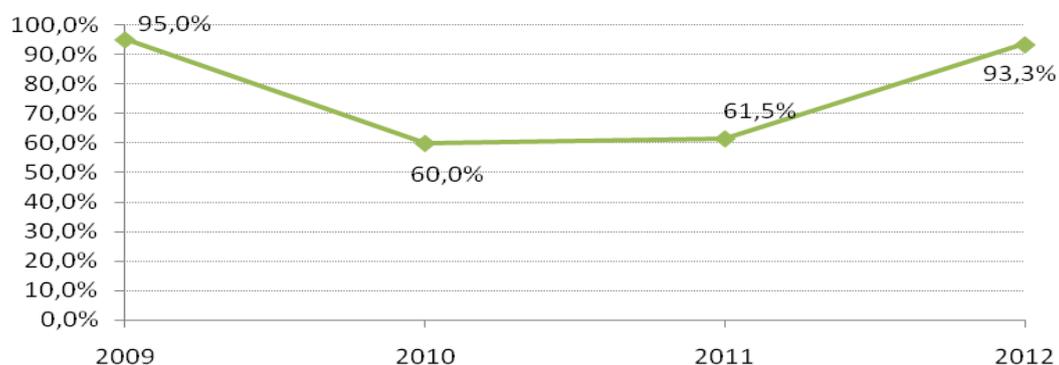
Figura 6. Incidência de processos de pacientes contra médicos em São Paulo

Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,617$

APÊNDICE 4

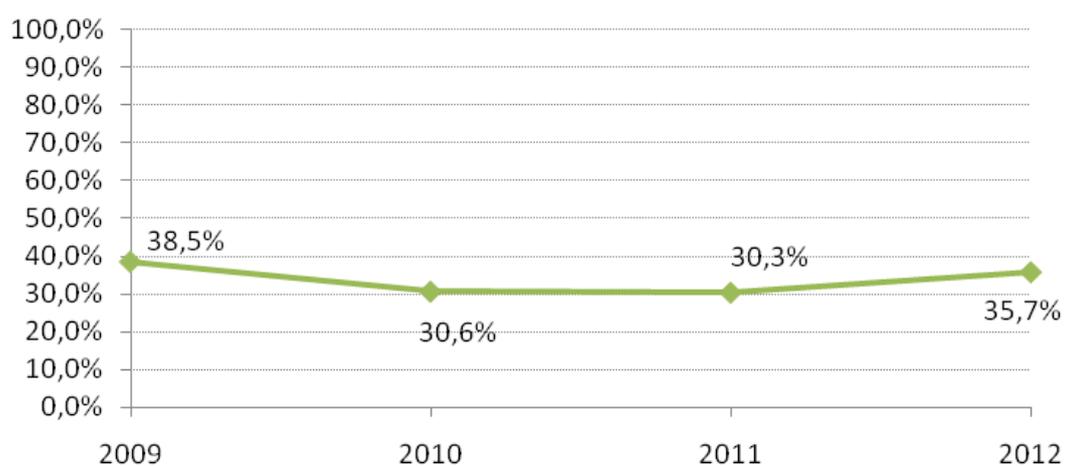
De acordo com as figuras de 7 a 9 não se observa tendência de aumento, ou redução da incidência de demandas médico/paciente no período de 2009 a 2012.

Figura 7. Porcentagem de processos de pacientes contra médicos procedentes no Rio de Janeiro.



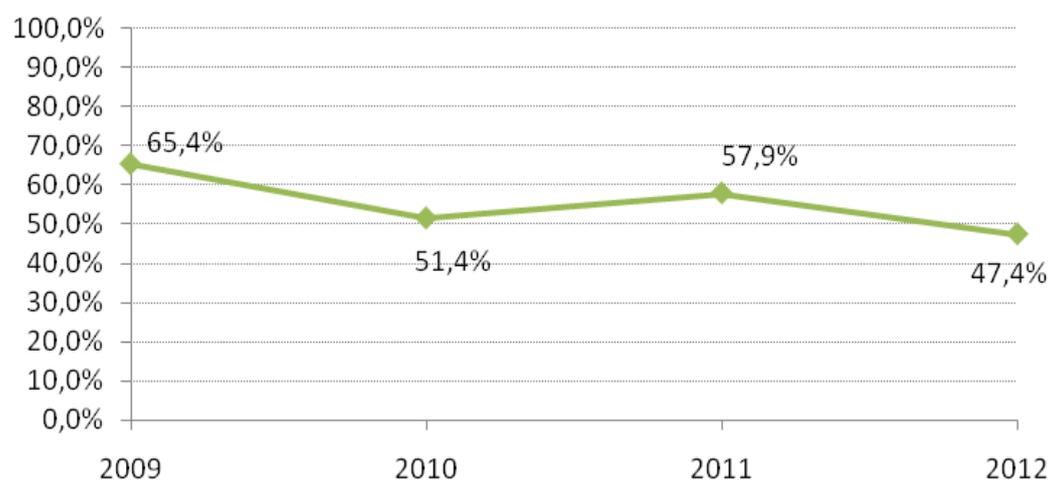
Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,648$

Figura 8. Porcentagem de processos de pacientes contra médicos procedentes no Rio Grande do Sul.



Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,979$

Figura 9. Porcentagem de processos de pacientes contra médicos procedentes em São Paulo.

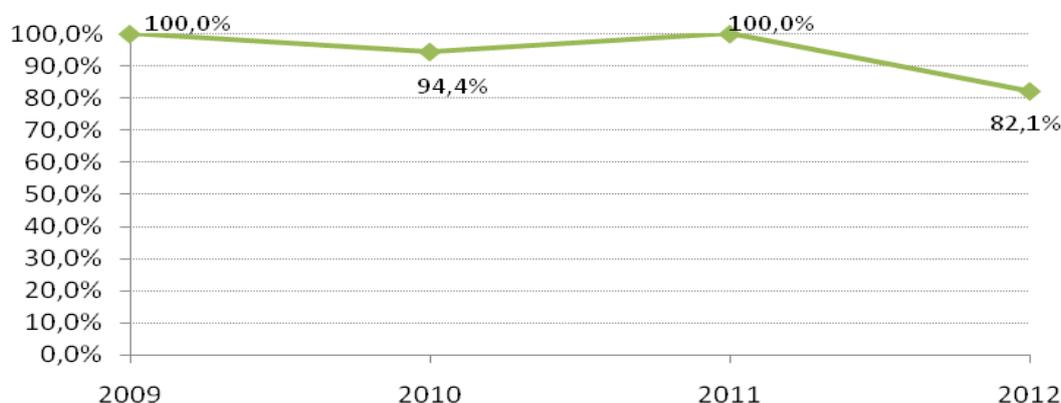


Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,198$

APÊNDICE 5

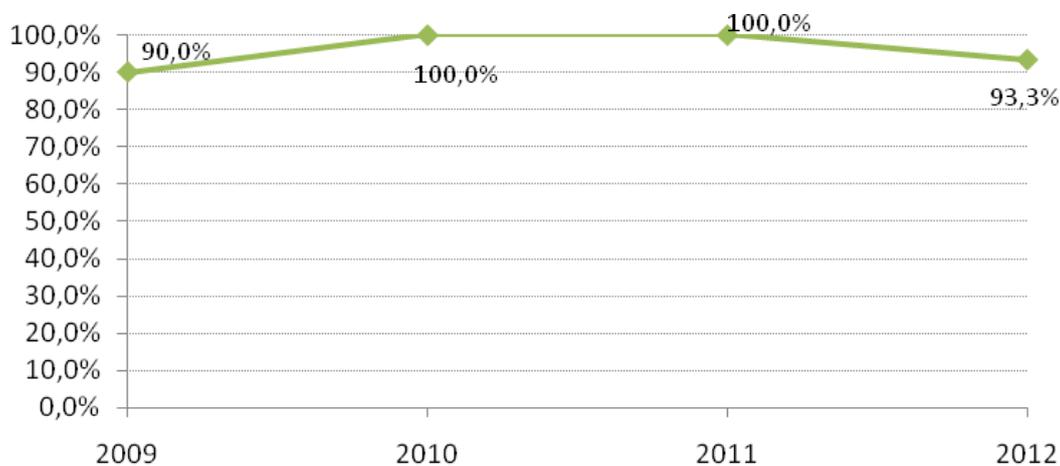
De acordo com as figuras 11 a 13, não foi observada tendência de aumento, ou redução da porcentagem de demanda médico/paciente com perícia, no período de 2009 a 2012, no Rio de Janeiro, em São Paulo e nos três Estados como um todo. Destaca-se no Rio Grande do Sul uma tendência de redução de 100 em 2009 para 82,1% em 2012 ($p=0,039$).

Figura 11. Porcentagem de processos pacientes contra médicos com perícia no Rio de Janeiro.



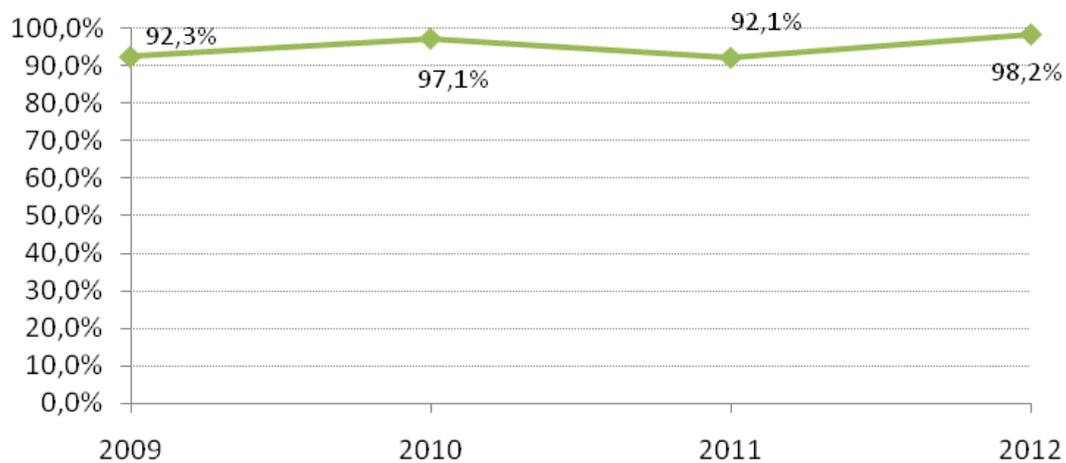
Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,039$

Figura 12. Porcentagem de processos pacientes contra médicos com perícia no Rio Grande do Sul.



Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,558$

Figura 13. Porcentagem de processos pacientes contra médicos com perícia em São Paulo.



Teste para tendência de Cochran-Armitage - $p = 0,352$

APÊNDICE 6

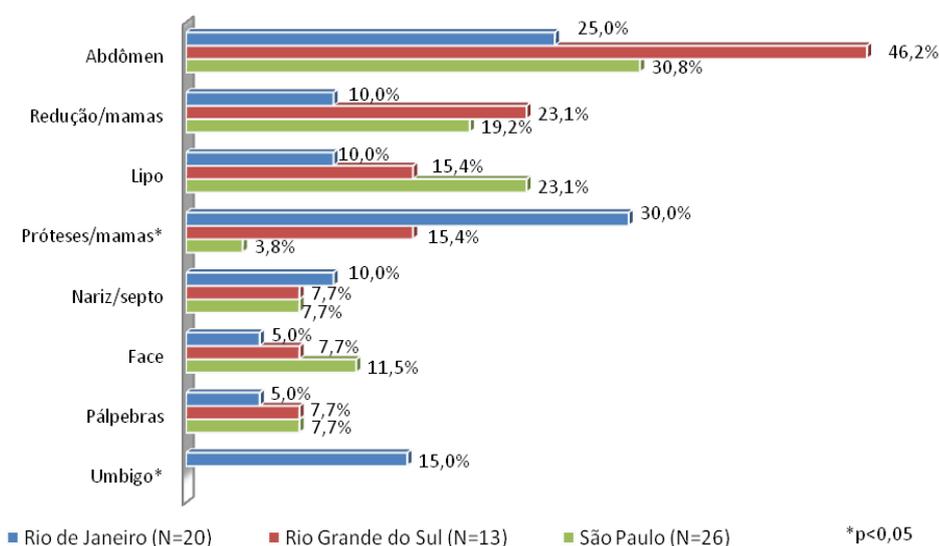
De acordo com a tabela 7 e figuras 14 a 21, observa-se que em 2009, a maior parte das demandas envolvia cirurgias de abdômen (32,2%), de redução de mamas e lipoaspiração, ambas com (16,9%) todas no total dos três Estados. Destaca-se ainda próteses de mamas as quais não apresentaram distribuições similares entre os Estados ($p=0,044$), Rio de Janeiro a maior porcentagem (30,0%) e São Paulo a menor (3,8%). Ressaltam-se ainda as cirurgias de umbigo, presentes apenas no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 7. Distribuição dos processos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado – 2009

(p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher).

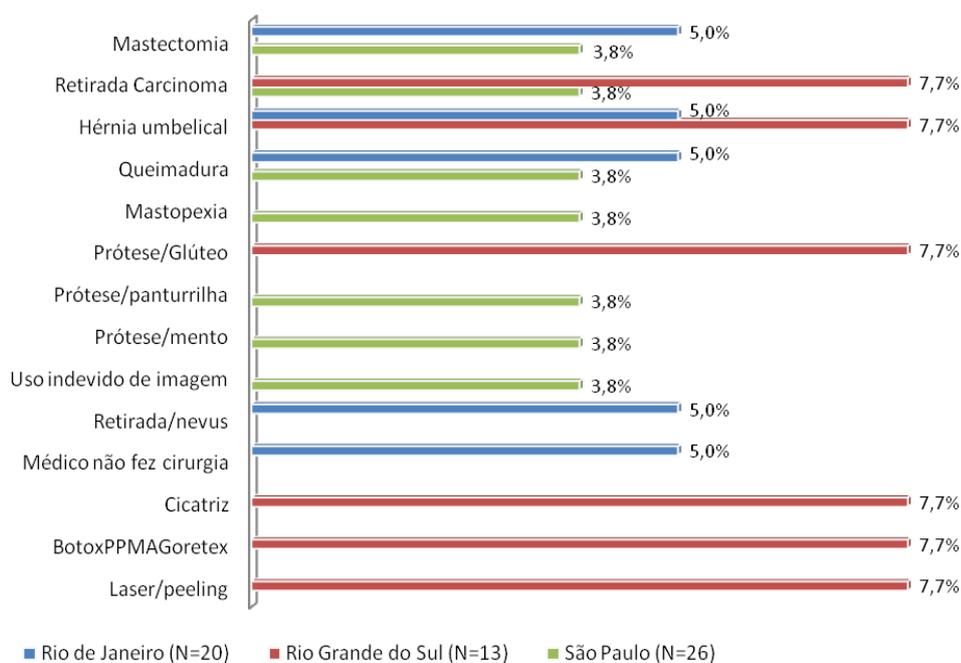
	Estados						Total	p	
	Rio de Janeiro (N=20)		Rio Grande do Sul (N=13)		São Paulo (N=26)				
	N	%	N	%	N	%			
Abdômen	5	25,0%	6	46,2%	8	30,8%	19	32,2%	0,436 ^a
Redução/mamas	2	10,0%	3	23,1%	5	19,2%	10	16,9%	0,617
Lipo	2	10,0%	2	15,4%	6	23,1%	10	16,9%	0,557
Próteses/mamas*	6	30,0%	2	15,4%	1	3,8%	9	15,3%	0,044
Nariz/septo	2	10,0%	1	7,7%	2	7,7%	5	8,5%	1,000
Face	1	5,0%	1	7,7%	3	11,5%	5	8,5%	0,837
Pálpebras	1	5,0%	1	7,7%	2	7,7%	4	6,8%	1,000
Umbigo*	3	15,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,1%	0,043
Mastectomia	1	5,0%	0	0,0%	1	3,8%	2	3,4%	1,000
Retirada Carcinoma	0	0,0%	1	7,7%	1	3,8%	2	3,4%	0,695
Hérnia umbelical	1	5,0%	1	7,7%	0	0,0%	2	3,4%	0,307
Queimadura	1	5,0%	0	0,0%	1	3,8%	2	3,4%	1,000
Mastopexia	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	1	1,7%	1,000
Prótese/Glúteo	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,217
Prótese/panturrilha	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	1	1,7%	1,000
Prótese/mento	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	1	1,7%	1,000
Uso indevido de imagem	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	1	1,7%	1,000
Retirada/nevus	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0,556
Médico não fez cirurgia	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0,556
Cicatriz	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,217
BotoxPPMAGoretex	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,217
Laser/peeling	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,217

Figura 14. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado – 2009.



Cirurgias de maiores incidências

Figura 15. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2009



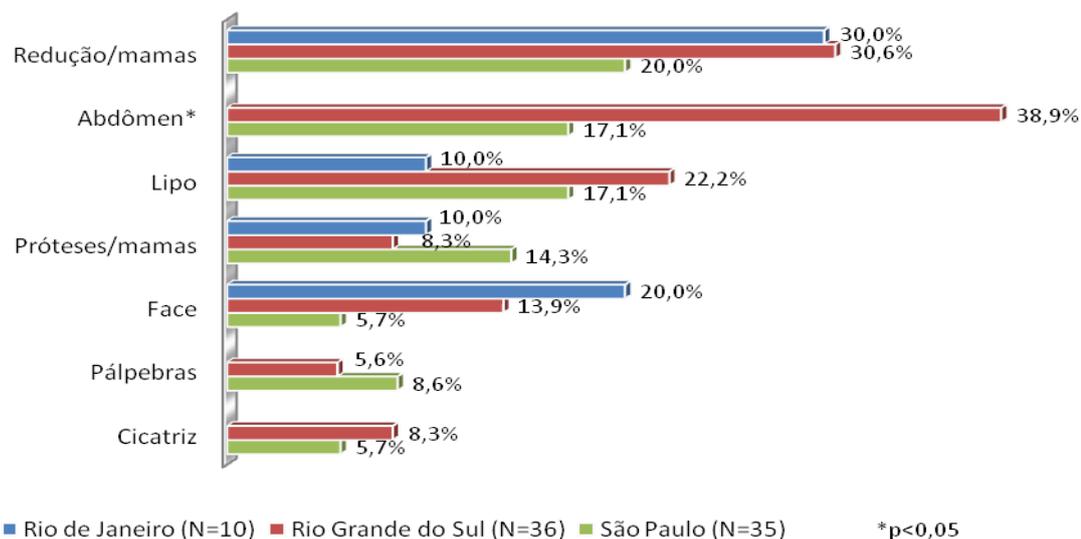
Cirurgias de menores incidências

Tabela 8. Distribuição dos processos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estados - 2010

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher. ^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

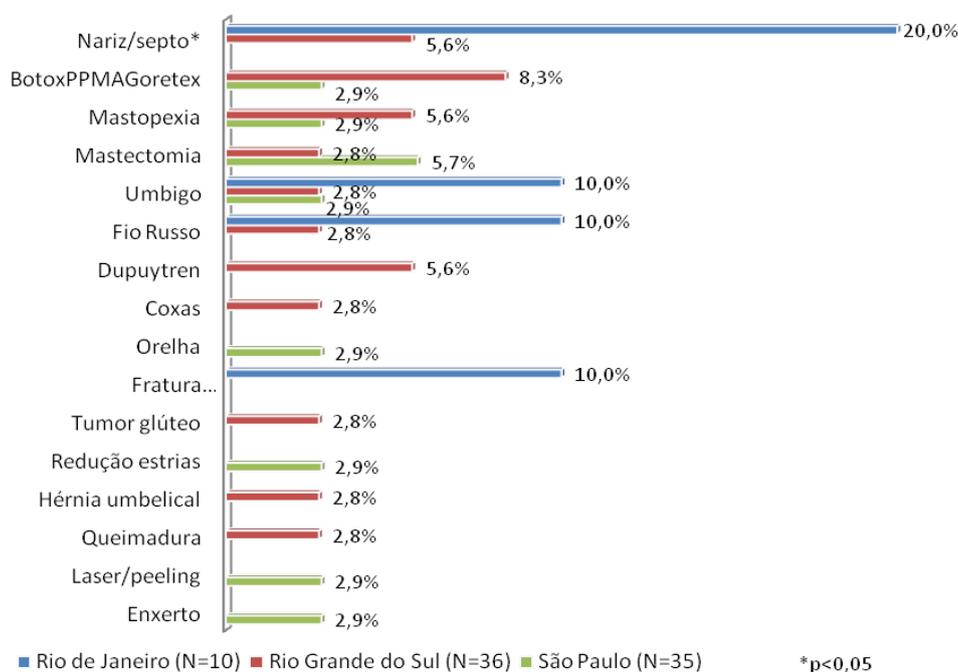
	Estados								
	Rio de Janeiro (N=10)		Rio Grande do Sul (N=36)		São Paulo (N=35)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Redução/mamas	3	30,0%	11	30,6%	7	20,0%	21	25,9%	0,569 ^a
Abdômen*	0	0,0%	14	38,9%	6	17,1%	20	24,7%	0,016 ^a
Lipo	1	10,0%	8	22,2%	6	17,1%	15	18,5%	0,653 ^a
Próteses/mamas	1	10,0%	3	8,3%	5	14,3%	9	11,1%	0,780
Nariz/septo*	2	20,0%	2	5,6%	0	0,0%	4	4,9%	0,038
Face	2	20,0%	5	13,9%	2	5,7%	9	11,1%	0,243
Pálpebras	0	0,0%	2	5,6%	3	8,6%	5	6,2%	0,833
Fio Russo	1	10,0%	1	2,8%	0	0,0%	2	2,5%	0,230
Laser/peeling	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,2%	0,554
Mastopexia	0	0,0%	2	5,6%	1	2,9%	3	3,7%	1,000
Mastectomia	0	0,0%	1	2,8%	2	5,7%	3	3,7%	0,737
Umbigo	1	10,0%	1	2,8%	1	2,9%	3	3,7%	0,489
Tumor glúteo	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	1	1,2%	1,000
Coxas	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	1	1,2%	1,000
Orelha	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,2%	0,554
Redução estrias	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,2%	0,554
Frat/mandíbula/malar	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,122
Queimadura	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	1	1,2%	1,000
Dupuytren	0	0,0%	2	5,6%	0	0,0%	2	2,5%	0,610
BotoxPPMAGoretex	0	0,0%	3	8,3%	1	2,9%	4	4,9%	0,770
Hérnia umbelical	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	1	1,2%	1,000
Cicatriz	0	0,0%	3	8,3%	2	5,7%	5	6,2%	1,000
Enxerto	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,2%	0,554

Figura 16. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2010



Cirurgias de maiores incidências.

Figura 17. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2010



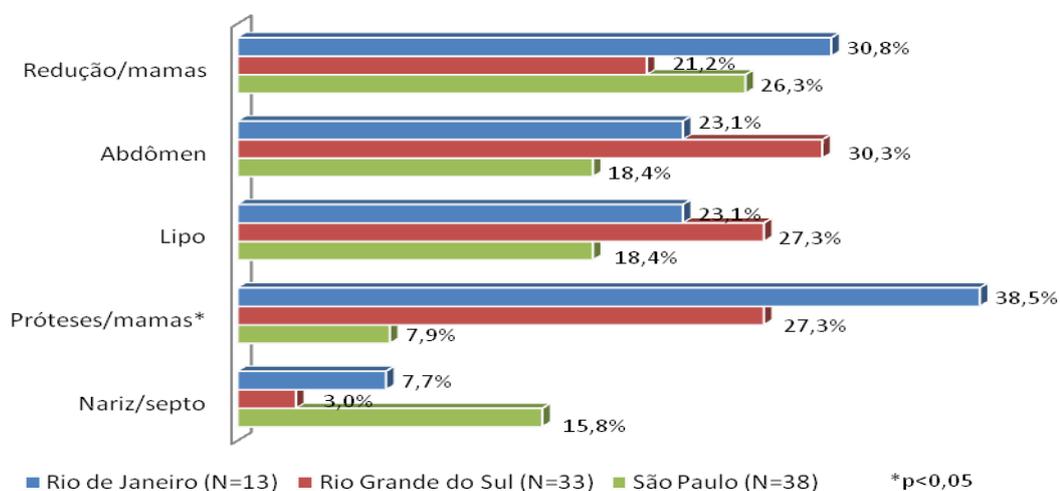
Cirurgias de menores incidências.

Tabela 9. Distribuição dos processos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2011

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher. ^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

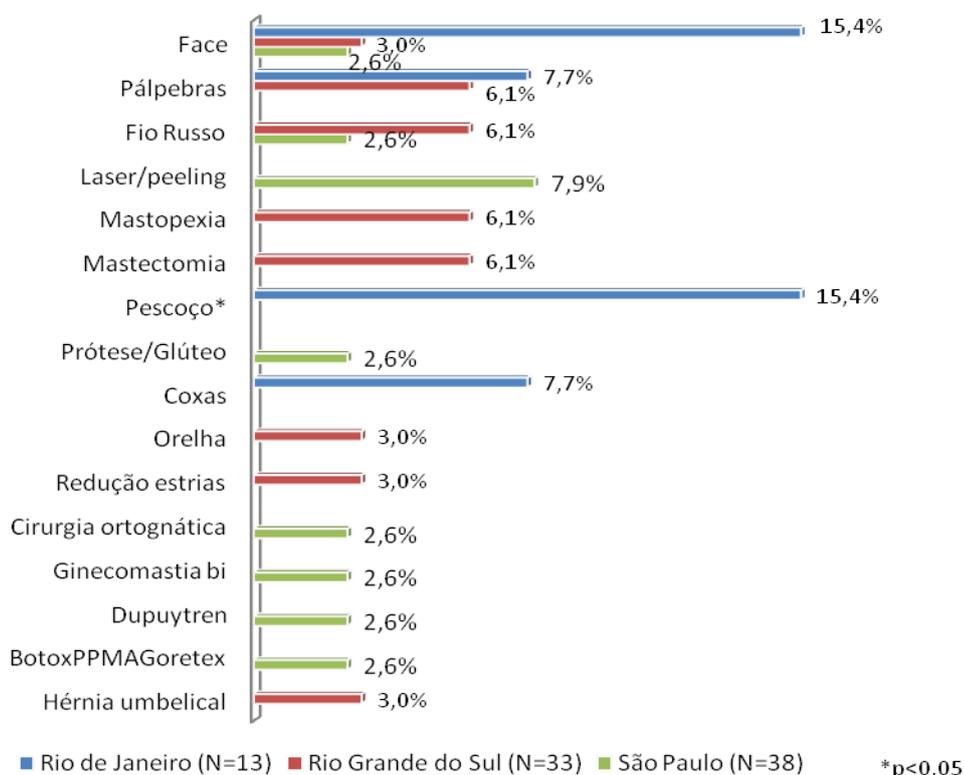
	Rio de Janeiro (N=13)		Rio Grande do Sul (N=33)		São Paulo (N=38)				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Redução/mamas	4	30,8%	7	21,2%	10	26,3%	21	25,0%	0,772 ^a
Abdômen	3	23,1%	10	30,3%	7	18,4%	20	23,8%	0,502 ^a
Lipo	3	23,1%	9	27,3%	7	18,4%	19	22,6%	0,673 ^a
Próteses/mamas*	5	38,5%	9	27,3%	3	7,9%	17	20,2%	0,026 ^a
Nariz/septo	1	7,7%	1	3,0%	6	15,8%	8	9,5%	0,174
Face	2	15,4%	1	3,0%	1	2,6%	4	4,8%	0,210
Pálpebras	1	7,7%	2	6,1%	0	0,0%	3	3,6%	0,197
Fio Russo	0	0,0%	2	6,1%	1	2,6%	3	3,6%	0,753
Laser/peeling	0	0,0%	0	0,0%	3	7,9%	3	3,6%	0,281
Mastopexia	0	0,0%	2	6,1%	0	0,0%	2	2,4%	0,438
Mastectomia	0	0,0%	2	6,1%	0	0,0%	2	2,4%	0,438
Pescoço*	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	0,021
Prótese/Glúteo	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	1	1,2%	1,000
Coxas	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,154
Orelha	0	0,0%	1	3,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,548
Redução estrias	0	0,0%	1	3,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,548
Cirurgia ortognática	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	1	1,2%	1,000
Ginecomastia bi	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	1	1,2%	1,000
Dupuytren	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	1	1,2%	1,000
BotoxPPMAGoretex	0	0,0%	0	0,0%	1	2,6%	1	1,2%	1,000
Hérnia umbelical	0	0,0%	1	3,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,548

Figura 18. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2011



Cirurgias de maiores incidências.

Figura 19. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgias envolvidas em cada estado - 2011



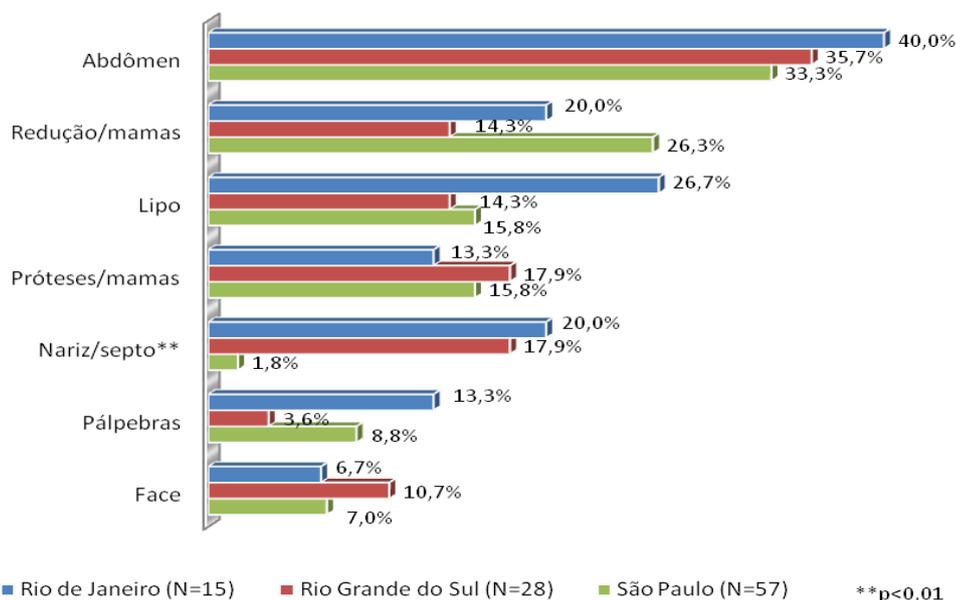
Cirurgias de menores incidências

Tabela 10. Distribuição dos processos por tipos de cirurgias envolvidas em cada estado - 2012

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

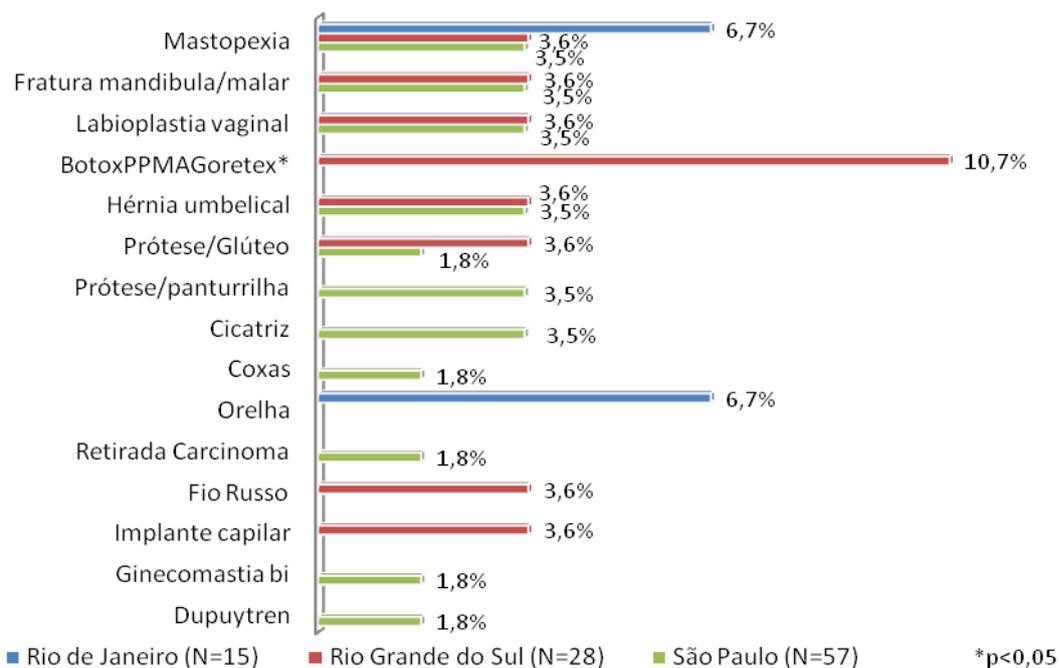
	Estados								p
	Rio de Janeiro (N=15)		Rio Grande do Sul (N=28)		São Paulo (N=57)		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Abdômen	6	40,0%	10	35,7%	19	33,3%	35	35,0%	0,887 ^a
Redução/mamas	3	20,0%	4	14,3%	15	26,3%	22	22,0%	0,444 ^a
Lipo	4	26,7%	4	14,3%	9	15,8%	17	17,0%	0,573
Próteses/mamas	2	13,3%	5	17,9%	9	15,8%	16	16,0%	1,000
Nariz/septo**	3	20,0%	5	17,9%	1	1,8%	9	9,0%	0,008
Pálpebras	2	13,3%	1	3,6%	5	8,8%	8	8,0%	0,452
Face	1	6,7%	3	10,7%	4	7,0%	8	8,0%	0,870
Mastopexia	1	6,7%	1	3,6%	2	3,5%	4	4,0%	0,791
Fratura mandibula/malar	0	0,0%	1	3,6%	2	3,5%	3	3,0%	1,000
Labioplastia vaginal	0	0,0%	1	3,6%	2	3,5%	3	3,0%	1,000
BotoxPPMAGoretex*	0	0,0%	3	10,7%	0	0,0%	3	3,0%	0,041
Hérnia umbelical	0	0,0%	1	3,6%	2	3,5%	3	3,0%	1,000
Prótese/Glúteo	0	0,0%	1	3,6%	1	1,8%	2	2,0%	1,000
Prótese/panturrilha	0	0,0%	0	0,0%	2	3,5%	2	2,0%	1,000
Cicatriz	0	0,0%	0	0,0%	2	3,5%	2	2,0%	1,000
Coxas	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Orelha	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0,149
Retirada Carcinoma	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Fio Russo	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	1,0%	0,427
Implante capilar	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	1,0%	0,427
Ginecomastia bi	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Dupuytren	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000

Figura 20. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida em cada estado - 2012



Cirurgias de maiores incidências.

Figura 21. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de cirurgia envolvida em cada estado - 2012



Cirurgias de menores incidências.

APÊNDICE 7

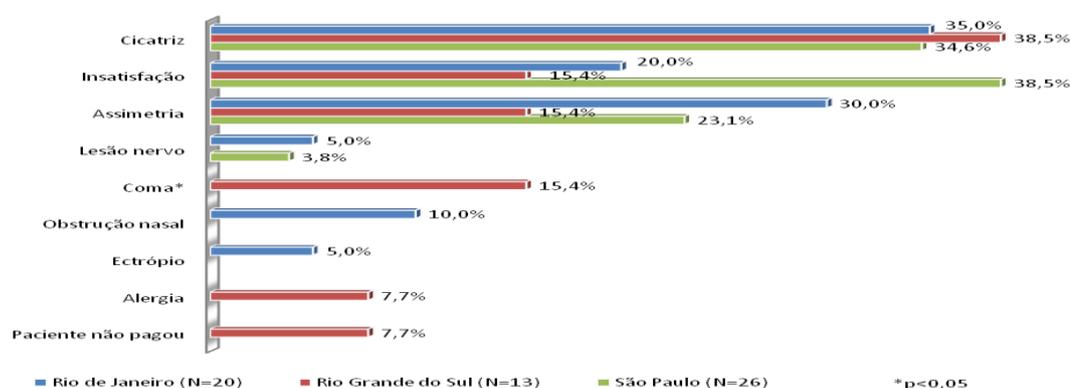
De acordo com a tabela 11 e figura 24, observa-se que em 2009 a maior parte das reclamações das demandas envolvia cicatrizes (35,6%), insatisfação (27,1%) e assimetria (23,7%) no total dos três Estados. Com relação à coma, as distribuições não foram similares entre os Estados ($p=0,044$). Apenas o Rio Grande do sul apresentou este tipo de reclamação.

p – Nível descritivo do teste exato de Fisher.

Tabela 11. Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado - 2009 ^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Estado						Total	p	
	Rio de Janeiro (N=20)		Rio Grande do Sul (N=13)		São Paulo (N=26)				
	N	%	N	%	N	%			
Cicatriz	7	35,0%	5	38,5%	9	34,6%	21	35,6%	0,970 ^a
Insatisfação	4	20,0%	2	15,4%	10	38,5%	16	27,1%	0,211 ^a
Assimetria	6	30,0%	2	15,4%	6	23,1%	14	23,7%	0,626
Lesão nervo	1	5,0%	0	0,0%	1	3,8%	2	3,4%	1,000
Coma*	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	3,4%	0,044
Obstrução nasal	2	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%	0,159
Ectrópio	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0,561
Alergia	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,214
Paciente não pagou	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,214

Figura 24. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação, nos três estados - 2009



De acordo com a tabela 12 e figura 25, observa-se que em 2010, a maior parte das reclamações das demandas envolvia cicatrizes (43,2%), de insatisfação (38,3%) e assimetria (12,3%) todas no total dos três Estados. Com relação à lesão do nervo, as distribuições não foram similares entre os estados ($p=0,021$) – o Rio de Janeiro (20,0%) apresentou porcentagem maior que São Paulo (2,9%).

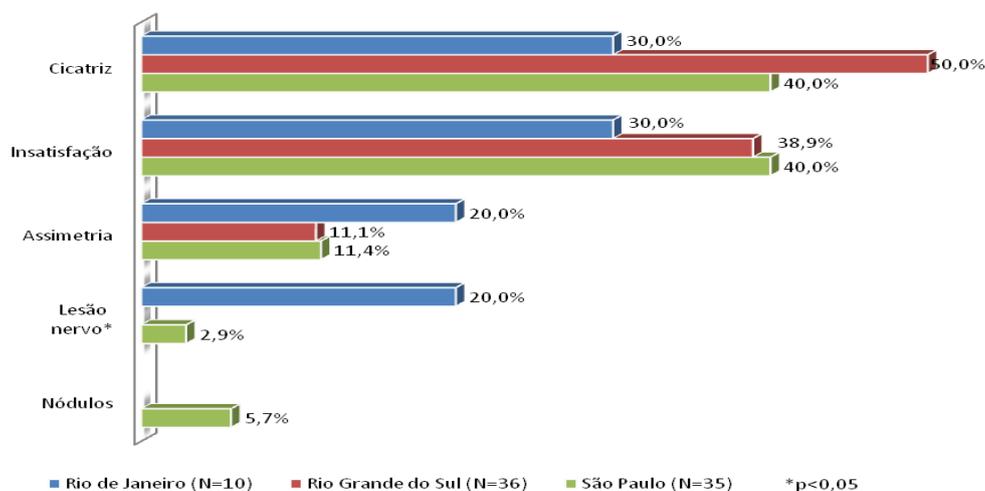
Tabela 12. Distribuição dos processos por tipo de reclamação, em cada estado- 2010

p – Nível descritivo do teste exato de Fisher.

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Estados						Total	p	
	Rio de Janeiro (N=10)		Rio Grande do Sul (N=36)		São Paulo (N=35)				
	N	%	N	%	N	%			
Cicatriz	3	30,0%	18	50,0%	14	40,0%	35	43,2%	0,464 ^a
Insatisfação	3	30,0%	14	38,9%	14	40,0%	31	38,3%	0,844 ^a
Assimetria	2	20,0%	4	11,1%	4	11,4%	10	12,3%	0,792
Lesão nervo*	2	20,0%	0	0,0%	1	2,9%	3	3,7%	0,021
Nódulos	0	0,0%	0	0,0%	2	5,7%	2	2,5%	0,423

Figura 25. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação, nos três estados - 2010



De acordo com a tabela 13 e figura 26, observa-se que em 2011, a maior parte das reclamações das demandas envolviam cicatrizes (40,5%), insatisfação (35,7%) e assimetria (15,5%) todas no total dos três Estados.

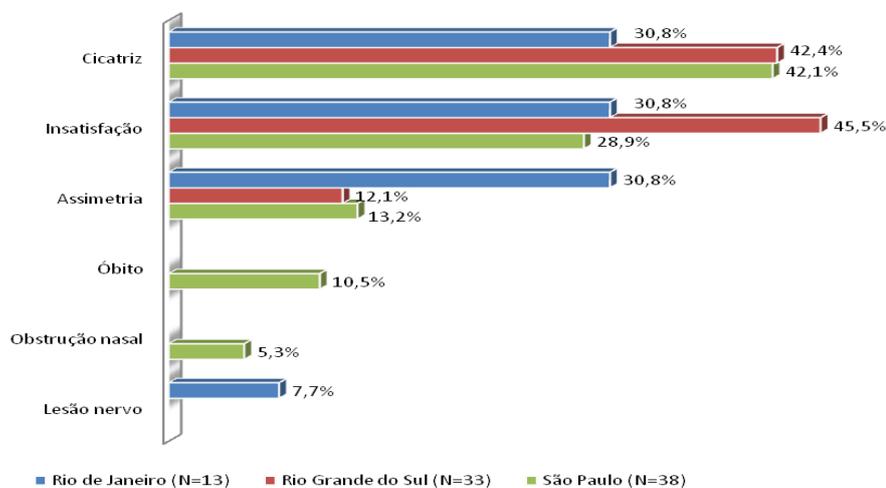
Tabela 13. Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado - 2011

p – Nível descritivo do teste exato de Fisher.

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Estados						Total	p	
	Rio de Janeiro (N=13)		Rio Grande do Sul (N=33)		São Paulo (N=38)				
	N	%	N	%	N	%			
Cicatriz	4	30,8%	14	42,4%	16	42,1%	34	40,5%	0,740 ^a
Insatisfação	4	30,8%	15	45,5%	11	28,9%	30	35,7%	0,323 ^a
Assimetria	4	30,8%	4	12,1%	5	13,2%	13	15,5%	0,251 ^a
Óbito	0	0,0%	0	0,0%	4	10,5%	4	4,8%	0,160
Obstrução nasal	0	0,0%	0	0,0%	2	5,3%	2	2,4%	0,641
Lesão nervo	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0,156

Figura 26. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação nos três estados - 2011



De acordo com a tabela 14 e figura 27, observa-se que em 2012, a maior parte das reclamações das demandas envolviam cicatrizes (42,0%) , de insatisfação (31,0%) e assimetria (15,0%) todas no total dos três Estados.

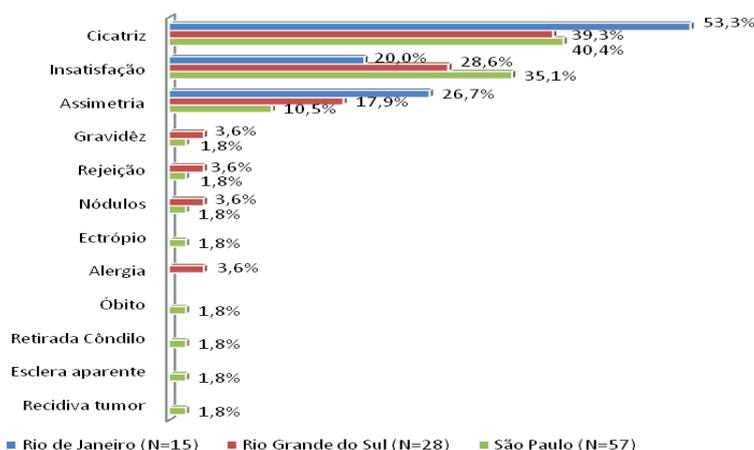
Tabela 14. Distribuição dos processos por tipos de reclamação, em cada estado – 2012.

p – Nível descritivo do teste exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Estados						Total	p	
	Rio de Janeiro (N=15)		Rio Grande do Sul (N=28)		São Paulo (N=57)				
	N	%	N	%	N	%			
Cicatriz	8	53,3%	11	39,3%	23	40,4%	42	42,0%	0,625 ^a
Insatisfação	3	20,0%	8	28,6%	20	35,1%	31	31,0%	0,504 ^a
Assimetria	4	26,7%	5	17,9%	6	10,5%	15	15,0%	0,286
Gravidez	0	0,0%	1	3,6%	1	1,8%	2	2,0%	1,000
Rejeição	0	0,0%	1	3,6%	1	1,8%	2	2,0%	1,000
Nódulos	0	0,0%	1	3,6%	1	1,8%	2	2,0%	1,000
Ectrópio	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Alergia	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	1,0%	0,429
Óbito	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Retirada Côndilo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Esclera aparente	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000
Recidiva tumor	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%	1	1,0%	1,000

Figura 27. Distribuição dos processos de pacientes contra médicos por tipo de reclamação, segundo os três estados.



APÊNDICE 8

De acordo com a tabela 15, não se verificaram distribuições distintas de desfecho da demanda por tipo de reclamação (cicatriz *versus* demais) independentemente do ano.

Tabela 15. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz - Rio de Janeiro.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%	0,350
Cicatriz	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%	
Outro tipo de reclamação	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%	
2010	6	60,0%	4	40,0%	10	100,0%	0,200
Cicatriz	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
Outro tipo de reclamação	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%	
2011	8	61,5%	5	38,5%	13	100,0%	1,000
Cicatriz	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%	
2012	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	0,467
Cicatriz	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%	
Outro tipo de reclamação	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%	
Total	47	81,0%	11	19,0%	58	100,0%	0,178
Cicatriz	20	90,9%	2	9,1%	22	100,0%	
Outro tipo de reclamação	27	75,0%	9	25,0%	36	100,0%	

De acordo com a tabela 16, não se verificaram distribuições distintas de desfecho da demanda por tipo de reclamação (cicatriz *versus* demais) no Rio Grande do Sul independentemente do ano.

Tabela 16. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz - Rio Grande do Sul.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%	0,293
Cicatriz	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%	
Outro tipo de reclamação	2	25,0%	6	75,0%	8	100,0%	
2010	11	30,6%	25	69,4%	36	100,0%	0,278 ^a
Cicatriz	7	38,9%	11	61,1%	18	100,0%	
Outro tipo de reclamação	4	22,2%	14	77,8%	18	100,0%	
2011	10	30,3%	23	69,7%	33	100,0%	0,257
Cicatriz	6	42,9%	8	57,1%	14	100,0%	
Outro tipo de reclamação	4	21,1%	15	78,9%	19	100,0%	
2012	10	35,7%	18	64,3%	28	100,0%	0,689
Cicatriz	3	27,3%	8	72,7%	11	100,0%	
Outro tipo de reclamação	7	41,2%	10	58,8%	17	100,0%	
Total	36	32,7%	74	67,3%	110	100,0%	0,178 ^a
Cicatriz	19	39,6%	29	60,4%	48	100,0%	
Outro tipo de reclamação	17	27,4%	45	72,6%	62	100,0%	

De acordo com a tabela 17, não se verificaram distribuições distintas de desfecho, segundo o tipo de reclamação (cicatriz *versus* demais) nos anos de 2009 a 2011. No ano de 2012 e total do período, verificaram-se porcentagens maiores de causas ganhas pelos pacientes que tiveram como reclamação a cicatriz comparativamente aos demais tipos de reclamações.

Tabela 17. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e cicatriz - São Paulo.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	17	65,4%	9	34,6%	26	100,0%	0,418
Cicatriz	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%	
Outro tipo de reclamação	10	58,8%	7	41,2%	17	100,0%	
2010	18	51,4%	17	48,6%	35	100,0%	0,580 ^a
Cicatriz	8	57,1%	6	42,9%	14	100,0%	
Outro tipo de reclamação	10	47,6%	11	52,4%	21	100,0%	
2011	22	57,9%	16	42,1%	38	100,0%	0,248 ^a
Cicatriz	11	68,8%	5	31,3%	16	100,0%	
Outro tipo de reclamação	11	50,0%	11	50,0%	22	100,0%	
2012	27	47,4%	30	52,6%	57	100,0%	0,001 ^a
Cicatriz	17	73,9%	6	26,1%	23	100,0%	
Outro tipo de reclamação	10	29,4%	24	70,6%	34	100,0%	
Total	84	53,8%	72	46,2%	156	100,0%	0,002 ^a
Cicatriz	43	69,4%	19	30,6%	62	100,0%	
Outro tipo de reclamação	41	43,6%	53	56,4%	94	100,0%	

APÊNDICE 9

De acordo com a tabela 18, observa-se que nos anos de 2010 e 2011 no Rio de Janeiro, 100% dos pacientes que perderam as causas foi por insatisfação. Nos demais anos, não se verificaram diferenças nas porcentagens de pacientes que perderam as causas por tipo de reclamação (insatisfação *versus* demais reclamações).

Tabela 18. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação - Rio de Janeiro.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%	1,000
Insatisfação	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	15	93,8%	1	6,3%	16	100,0%	
2010	6	60,0%	4	40,0%	10	100,0%	0,033
Insatisfação	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
Outro tipo de reclamação	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%	
2011	8	61,5%	5	38,5%	13	100,0%	0,007
Insatisfação	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	
2012	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	0,200
Insatisfação	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
Outro tipo de reclamação	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%	
Total	47	81,0%	11	19,0%	58	100,0%	<0,001 ^a
Insatisfação	6	42,9%	8	57,1%	14	100,0%	
Outro tipo de reclamação	41	93,2%	3	6,8%	44	100,0%	

De acordo com a tabela 19, não se verificaram diferenças nas porcentagens de pacientes que perderam as causas por tipo de reclamação (insatisfação versus demais reclamações), exceto em 2010 ($p=0,002$), neste ano 100,0% dos pacientes cujas reclamações foram por insatisfação perderam a causa.

Tabela 19. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação - Rio Grande do Sul.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%	0,487
Insatisfação	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Outro tipo de reclamação	5	45,5%	6	54,5%	11	100,0%	
2010	11	30,6%	25	69,4%	36	100,0%	0,002
Insatisfação	0	0,0%	14	100,0%	14	100,0%	
Outro tipo de reclamação	11	50,0%	11	50,0%	22	100,0%	
2011	10	30,3%	23	69,7%	33	100,0%	0,283
Insatisfação	3	20,0%	12	80,0%	15	100,0%	
Outro tipo de reclamação	7	38,9%	11	61,1%	18	100,0%	
2012	10	35,7%	18	64,3%	28	100,0%	1,000
Insatisfação	3	37,5%	5	62,5%	8	100,0%	
Outro tipo de reclamação	7	35,0%	13	65,0%	20	100,0%	
Total	36	32,7%	74	67,3%	110	100,0%	0,004 ^a
Insatisfação	6	15,4%	33	84,6%	39	100,0%	
Outro tipo de reclamação	30	42,3%	41	57,7%	71	100,0%	

De acordo com a tabela 20, exceto pelo ano de 2010, verificaram-se diferenças nas porcentagens de pacientes que perderam as causas por tipo de reclamação (insatisfação *versus* demais reclamações), pacientes cujas reclamações foram por insatisfação perderam mais as causas do que pacientes que reclamaram por outros motivos.

Tabela 20. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e insatisfação - São Paulo.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
2009	17	65,4%	9	34,6%	26	100,0%	0,046
Insatisfação	4	40,0%	6	60,0%	10	100,0%	
Outro tipo de reclamação	13	81,3%	3	18,8%	16	100,0%	
2010	18	51,4%	17	48,6%	35	100,0%	0,407 ^a
Insatisfação	6	42,9%	8	57,1%	14	100,0%	
Outro tipo de reclamação	12	57,1%	9	42,9%	21	100,0%	
2011	22	57,9%	16	42,1%	38	100,0%	<0,001
Insatisfação	1	9,1%	10	90,9%	11	100,0%	
Outro tipo de reclamação	21	77,8%	6	22,2%	27	100,0%	
2012	27	47,4%	30	52,6%	57	100,0%	<0,001 ^a
Insatisfação	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	
Outro tipo de reclamação	25	67,6%	12	32,4%	37	100,0%	
Total	84	53,8%	72	46,2%	156	100,0%	<0,001 ^a
Insatisfação	13	23,6%	42	76,4%	55	100,0%	
Outro tipo de reclamação	71	70,3%	30	29,7%	101	100,0%	

Segundo a tabela 21, não se observaram distribuições distintas dos desfechos das demandas por tipo de reclamação (assimetria *versus* demais tipos) por ano e no total do período. ($p=0,259$).

Tabela 21. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria - Rio de Janeiro.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
2009	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%	1,000
Assimetria	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	
Outro tipo de reclamação	13	92,9%	1	7,1%	14	100,0%	
2010	6	60,0%	4	40,0%	10	100,0%	1,000
Assimetria	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
Outro tipo de reclamação	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%	
2011	8	61,5%	5	38,5%	13	100,0%	0,105
Assimetria	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	4	44,4%	5	55,6%	9	100,0%	
2012	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	1,000
Assimetria	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%	
Total	47	81,0%	11	19,0%	58	100,0%	0,259
Assimetria	15	93,8%	1	6,3%	16	100,0%	
Outro tipo de reclamação	32	76,2%	10	23,8%	42	100,0%	

Pode-se observar na tabela 22 que apenas no ano de 2010, no Rio Grande do Sul 100% das reclamações por assimetria foram dadas como causas procedentes ($p=0,006$).

Tabela 22. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria - Rio Grande do Sul.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
2009	5	38,5%	8	61,5%	13	100,0%	1,000
Assimetria	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
Outro tipo de reclamação	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%	
2010	11	30,6%	25	69,4%	36	100,0%	0,006
Assimetria	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	7	21,9%	25	78,1%	32	100,0%	
2011	10	30,3%	23	69,7%	33	100,0%	1,000
Assimetria	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	9	31,0%	20	69,0%	29	100,0%	
2012	10	35,7%	18	64,3%	28	100,0%	1,000
Assimetria	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
Outro tipo de reclamação	8	34,8%	15	65,2%	23	100,0%	
Total	36	32,7%	74	67,3%	110	100,0%	0,081
Assimetria	8	53,3%	7	46,7%	15	100,0%	
Outro tipo de reclamação	28	29,5%	67	70,5%	95	100,0%	

Pode-se observar na tabela 23 que, apenas no total do período, a porcentagem de demandas procedentes das reclamações por assimetria (81,0%) foram superiores aos de outros tipos de reclamação - 49,6% ($p=0,007$).

Tabela 23. Distribuição dos processos por desfecho, de acordo com ano e assimetria -São Paulo.

p - Nível descritivo associado ao teste Exato de Fisher

^aNível descritivo associado ao teste de Qui-Quadrado

	Procedente		Improcedente		Total		P
	N	%	N	%	N	%	
2009	17	65,4%	9	34,6%	26	100,0%	0,380
Assimetria	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%	
Outro tipo de reclamação	12	60,0%	8	40,0%	20	100,0%	
2010	18	51,4%	17	48,6%	35	100,0%	0,104
Assimetria	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
Outro tipo de reclamação	14	45,2%	17	54,8%	31	100,0%	
2011	22	57,9%	16	42,1%	38	100,0%	0,374
Assimetria	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
Outro tipo de reclamação	18	54,5%	15	45,5%	33	100,0%	
2012	27	47,4%	30	52,6%	57	100,0%	0,408
Assimetria	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%	
Outro tipo de reclamação	23	45,1%	28	54,9%	51	100,0%	
Total	84	53,8%	72	46,2%	156	100,0%	0,007 ^a
Assimetria	17	81,0%	4	19,0%	21	100,0%	
Outro tipo de reclamação	67	49,6%	68	50,4%	135	100,0%	

APÊNDICE 11

De acordo com a tabela 24, observa-se que no total dos três estados, exceto no ano de 2011, a maior participação do valor da demanda foi por reclamação de cicatriz. Neste ano 2011 os óbitos em São Paulo foram responsáveis pelo valor total da demanda.

Tabela 24. Valor total do processo (R\$) por reclamação, de acordo com ano e estado.

	Estados			Total
	Rio de Janeiro	Rio Grande do Sul	São Paulo	
2009	414.185,6	256.300,2	627.109,5	1.297.595,3
Cicatriz	139.819,9	123.164,6	318.061,4	581.045,8
Assimetria	86.882,2	8.888,0	115.624,8	211.395,0
Ectrópio	13.332,0	-	-	13.332,0
Lesão nervo	-	-	25.219,7	25.219,7
Insatisfação	141.332,5	-	168.203,6	309.536,1
Coma	-	119.053,8	-	119.053,8
Alergia	-	1.515,0	-	1.515,0
Paciente não pagou	-	3.678,9	-	3.678,9
Obstrução nasal	26.152,9	-	-	26.152,9
Assimetria e lesão nervo	6.666,0	-	-	6.666,0
2010	167.830,9	275.609,8	706.091,0	1.149.531,7
Cicatriz	88.880,0	236.335,9	439.451,0	764.666,9
Assimetria	22.220,0	39.273,9	120.620,3	182.114,1
Lesão nervo	56.730,9	-	-	56.730,9
Insatisfação	-	-	146.019,8	146.019,8
Nódulos	-	-	-	-
2011	317.714,7	277.775,4	2.394.119,7	2.989.609,7
Cicatriz	207.858,0	156.095,5	356.719,9	720.673,4
Assimetria	48.884,0	58.075,0	148.477,6	255.436,6
Lesão nervo	56.427,7	-	-	56.427,7
Insatisfação	4.545,0	63.604,9	35.107,6	103.257,5
Óbito	-	-	1.800.486,6	1.800.486,6
Obstrução nasal	-	-	53.328,0	53.328,0
2012	389.849,9	258.702,3	1.647.317,9	2.295.870,1
Cicatriz	303.247,5	106.583,9	883.151,9	1.292.983,2
Assimetria	69.937,5	90.016,3	221.442,5	381.396,2
Ectrópio	-	-	-	-
Insatisfação	16.665,0	33.936,0	61.105,0	111.706,0
Alergia	-	20.907,0	-	20.907,0
Gravidez	-	-	-	-
Rejeição	-	7.259,2	114.988,5	122.247,7
Nódulos	-	-	-	-
Óbito	-	-	333.300,0	333.300,0
Retirada Côndilo	-	-	22.220,0	22.220,0
Esclera aparente	-	-	11.110,0	11.110,0
Recidiva tumor	-	-	-	-

Tabela 25. Participação das reclamações no valor total da demanda, de acordo com ano e estado.

	Estados			Total
	Rio de Janeiro	Rio Grande do Sul	São Paulo	
2009	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cicatriz	33,8%	48,1%	50,7%	44,8%
Assimetria	21,0%	3,5%	18,4%	16,3%
Ectrópio	3,2%	-	-	1,0%
Lesão nervo	-	-	4,0%	1,9%
Insatisfação	34,1%	-	26,8%	23,9%
Coma	-	46,5%	-	9,2%
Alergia	-	0,6%	-	0,1%
Paciente não pagou	-	1,4%	-	0,3%
Obstrução nasal	6,3%	-	-	2,0%
Obstrução nasal e assimetria	1,6%	-	-	0,5%
2010	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cicatriz	53,0%	85,8%	62,2%	66,5%
Assimetria	13,2%	14,2%	17,1%	15,8%
Lesão nervo	33,8%	-	-	4,9%
Insatisfação	-	-	20,7%	12,7%
Nódulos	-	-	-	-
2011	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cicatriz	65,4%	56,2%	14,9%	24,1%
Assimetria	15,4%	20,9%	6,2%	8,5%
Lesão nervo	17,8%	-	-	1,9%
Insatisfação	1,4%	22,9%	1,5%	3,5%
Óbito	-	-	75,2%	60,2%
Insatisfação e Obstrução nasal	-	-	2,2%	1,8%
2012	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cicatriz	77,8%	41,2%	53,6%	56,3%
Assimetria	17,9%	34,8%	13,4%	16,6%
Ectrópio	-	-	-	-
Insatisfação	4,3%	13,1%	3,7%	4,9%
Alergia	-	8,1%	-	0,9%
Gravidez	-	-	-	-
Rejeição	-	2,8%	7,0%	5,3%
Nódulos	-	-	-	-
Óbito	-	-	20,2%	14,5%
Retirada Côndilo	-	-	1,3%	1,0%
Esclera aparente	-	-	0,7%	0,5%
Recidiva tumor	-	-	-	-

ANEXO

12. ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliar mudanças das características das Demandas Médico/Paciente relativas à cirurgia plástica no Rio Grande do Sul.

Pesquisador: Dione Batista Vila-Nova da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13997713.2.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 369.777

Data da Relatoria: 30/08/2013

Apresentação do Projeto:

Este é um estudo primário, observacional, retrospectivo, analítico e não controlado. Foi realizado de forma consecutiva (não aleatória), sem mascaramento (aberto), a partir do endereço eletrônico do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é comparar as características e número das demandas médico/paciente relativa à cirurgia plástica nos dois períodos de 2000 a 2006 com 2007 a 2012 no Estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos. O estudo se baseia em dados publicados no site do Diário Oficial pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e todos os casos disponíveis no endereço eletrônico: www.tjrs.jus.br.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

estudo primário, observacional, retrospectivo, analítico e não controlado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

documentos apresentados de forma adequada

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 309.777

Recomendações:

sem inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências adicionais.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer acatado pelo colegiado

SAO PAULO, 23 de Agosto de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: ospunifesp@unifesp.br

FONTES CONSULTADAS

13. FONTES CONSULTADAS

Acquaviva CM. Dicionário Básico de Direito Acquaviva. Editora Jurídica Brasileira Ltda. 1994.

Aulete C. Mini Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2004.

Gifis SH. Law Dictionary. Barron's Legal Guides. 1991.

Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Watanabe K, Júnior NN, Denari Z. Código Brasileiro de Defesa do Consumidor. Artigo 14. 8 ed. São Paulo: Forense Universitária; 2004. 193-194p.

Horcaio, I. Dicionário Jurídico referenciado. 1ª ed. São Paulo: Primeira Impressão. São Paulo, 2006.

Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes L. Constituição da República Federativa do Brasil. 35 ed. São Paulo: 35º Ed. Saraiva obra coletiva. 2005.

Vila-nova da Silva DB. Tese de Mestrado. Custas e Fatores de Desfecho dos Processos Judiciais em Cirurgia Plástica no Rio Grande do Sul. UNIFESP 2011.