

RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA NA BIOÉTICA: DIÁLOGOS ENTRE A DOCTRINA E OS NOVOS PARADIGMAS DA AUTONOMIA

*MEDICAL CIVIL LIABILITY AT THE BIOETHICAL CROSSROADS: DIALOGUES BETWEEN THE
CONSOLIDATED DOCTRINE AND THE NEW PARADIGMS OF AUTONOMY*



José Laurindo de Souza Netto⁶⁸



Gustavo Swain Kfoury⁶⁹

68 Desembargador do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Coordenador e professor titular do programa de Mestrado e Doutorado do Centro Universitário Unicuritiba. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8509259358093260>. E-mail: profjoselaurindo@gmail.com

69 Advogado especializado no âmbito do Direito Público, com atuação em diversos Estados da Federação nas áreas do Direito

Constitucional, Administrativo e Eleitoral; Mestre em Direito do Estado pelas Faculdades Integradas do Brasil – UniBrasil; Doutor em Direito do Estado pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; Pós-Doutor pelo “The Mediterranean International Centre for Human Rights Research” – MICHR, da Universidade Mediterrânea de Reggio Calabria / Itália e Pós-Doutor pelo Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA. E-mail: gustavokfoury@icloud.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0105868539336250>.



Lara Helena Luiza Zambão⁷⁰

⁷⁰ Mestre e Doutoranda em Direito Empresarial e Cidadania pelo Centro Universitário Unicuritiba. Assessora do Tribunal de Justiça do

Paraná. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3729180376020433>. E-mail: lara.zambao@gmail.com

O presente artigo analisa a complexa interação entre a responsabilidade civil médica e os princípios bioéticos no ordenamento jurídico brasileiro contemporâneo. Objetiva-se investigar a tensão dialética existente entre a doutrina consolidada sobre a responsabilidade civil do profissional de saúde, fortemente alicerçada na aferição da culpa e nos elementos clássicos do ato ilícito e os novos paradigmas impostos pela bioética, com destaque para a afirmação da autonomia do paciente como direito fundamental. A justificativa para este estudo reside na crescente complexidade dos atos médicos, na maior conscientização dos pacientes sobre seus direitos e na necessidade premente de o Direito oferecer respostas adequadas aos conflitos emergentes na relação médico-paciente, que transcendem a mera análise da falha técnica. Conclui-se que, embora a estrutura clássica da responsabilidade civil subjetiva permaneça como regra geral, observa-se uma inequívoca evolução interpretativa e jurisprudencial, impulsionada pelos princípios bioéticos. A autonomia do paciente, em especial, reconfigura institutos como o consentimento informado e desafia a tradicional visão paternalista, influenciando a caracterização do dano e exigindo um diálogo constante entre a segurança jurídica da doutrina estabelecida e a imperatividade dos novos valores ético-jurídicos.

PALAVRAS-CHAVE: Responsabilidade Civil Médica; Bioética; Autonomia; Culpa Médica.

This article examines the complex interaction between medical civil liability and bioethical principles in the contemporary Brazilian legal system. It aims to investigate the dialectical tension between the consolidated doctrine on the civil liability of healthcare professionals—firmly based on the assessment of fault and the classical elements of an unlawful act—and the new paradigms introduced by bioethics, particularly the affirmation of patient autonomy as a fundamental right. The justification for this study lies in the increasing complexity of medical procedures, the growing awareness of patients about their rights, and the urgent need for the legal system to provide appropriate responses to emerging conflicts in the doctor-patient relationship, which go beyond the mere analysis of technical error. The study concludes that, although the classical structure of subjective civil liability remains the general rule, there is a clear interpretative and jurisprudential evolution driven by bioethical principles. Patient autonomy, in particular, reconfigures legal institutes such as informed consent and challenges the traditional paternalistic view, influencing the characterization of damage and demanding a continuous dialogue between the legal certainty of established doctrine and the imperative nature of new ethical-legal values.

KEYWORDS: Medical Civil Liability; Bioethics; Autonomy; Medical Fault.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde representa, atualmente, a disputa entre os avanços tecnocientíficos, as normas jurídicas e os valores éticos mais profundos da sociedade.

Nesse cenário, a responsabilidade civil médica emerge como um instituto jurídico de crucial importância, buscando regular as consequências

de danos sofridos por pacientes em decorrência de atos praticados por profissionais ou instituições de saúde.

Contudo, a aplicação tradicional deste instituto, historicamente centrada na comprovação da culpa profissional (*lex artis*) e na reparação de danos classicamente definidos, encontra-se em uma encruzilhada.

De um lado, tem-se a doutrina consolidada, robustamente sistematizada no Brasil por juristas como o Desembargador Miguel Kfoury Neto, que oferece parâmetros essenciais para a aferição da responsabilidade subjetiva do médico, dissecando os conceitos de erro, dano e nexos causal no contexto específico da prática médica.

Por outro lado, assistimos à ascensão de novos paradigmas, impulsionados fundamentalmente pela Bioética, que deslocam o eixo da análise. A afirmação da autonomia do paciente como valor central, alçada à categoria de direito fundamental derivado da dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III, CF/88), passa a exigir uma reinterpretação da própria relação médico-paciente e, conseqüentemente, dos contornos da responsabilidade civil.

O consentimento informado deixa de ser mera formalidade para se tornar expressão do direito à autodeterminação, e questões como as diretivas antecipadas de vontade e o direito à recusa de tratamento ganham proeminência.

Este artigo propõe-se, assim, a explorar os diálogos, as tensões e as reconfigurações que surgem dessa encruzilhada. Buscaremos analisar como o arcabouço jurídico tradicional da responsabilidade civil médica, bem delineado pela doutrina estabelecida, responde (ou resiste) aos imperativos ético-jurídicos contemporâneos, em especial àqueles ligados à autonomia decisória do paciente. Para tanto, o primeiro capítulo abará os alicerces da responsabilidade civil médica no direito brasileiro, detalhando seus elementos constitutivos e a importância da doutrina clássica,

com especial referência às contribuições de sistematização para a área médica.

No segundo capítulo, a virada bioética, focando na consolidação do princípio da autonomia e suas implicações diretas para institutos como o consentimento informado e as diretivas antecipadas, demonstrando sua força normativa e transformadora.

Por fim, os pontos específicos de tensão e a forma como a jurisprudência tem respondido a esses desafios, analisando casos emblemáticos relacionados à violação do dever de informar, às decisões de fim de vida e à caracterização de danos que extrapolam o erro técnico.

Através desta análise, esperamos contribuir para a compreensão das dinâmicas atuais que moldam a responsabilidade civil no âmbito da saúde, evidenciando a complexa, mas necessária, interação entre a segurança jurídica oferecida pela doutrina consolidada e a evolução imposta pelos novos paradigmas éticos e sociais.

1 OS ALICERCES DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA: A DOUTRINA CONSOLIDADA

A imputação de responsabilidade civil no exercício da medicina configura um dos temas mais sensíveis e intrincados do Direito contemporâneo, demandando uma análise que pondere a vulnerabilidade do paciente, a complexidade do ato médico e a necessidade de segurança jurídica para os profissionais.

O ordenamento jurídico brasileiro, refletindo uma longa tradição e debates específicos no âmbito consumerista, erigiu como pedra angular a responsabilidade de natureza subjetiva para os profissionais liberais, conforme positivado de forma inequívoca no artigo 951 do Código Civil¹ e no artigo 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor².

Tal opção legislativa fundamenta-se na índole *intuitu personae* e intelectual da prestação médica, na álea terapêutica inerente aos processos biológicos e na relação de confiança que permeia o vínculo médico-paciente, afastando, como regra, a aplicação da responsabilidade objetiva, dissociada da perquirição de culpa, para a conduta pessoal do médico.

A culpa emerge como elemento nuclear para a configuração do dever de indenizar. Sua aferição no contexto médico, como bem leciona a doutrina especializada⁵, transcende a mera verificação de um resultado adverso, exigindo a demonstração de que o profissional atuou com negligência, imprudência ou imperícia.

A negligência revela-se na omissão de deveres de cuidado; a imprudência, na ação precipitada ou sem cautela; já a imperícia traduz a carência de habilidade técnica ou conhecimento científico elementar.

A identificação da conduta culposa demanda um juízo comparativo complexo entre o agir concreto do profissional e o padrão abstrato da *lex artis ad hoc* – o conjunto de conhecimentos, práticas e protocolos validados pela ciência médica e aplicáveis às circunstâncias específicas⁶.

Trata-se de um padrão dinâmico, que evolui com o progresso científico, exigindo do julgador uma análise criteriosa que considere as eventuais divergências de conduta aceitas na comunidade médica, sem, contudo, transigir com a violação de deveres mínimos de cuidado e técnica.

Ademais da conduta culposa, a responsabilidade civil pressupõe a ocorrência de um dano efetivo à vítima. No cenário médico, este pode apresentar múltiplas facetas: o dano material (danos emergentes e lucros cessantes); o dano moral, entendido como lesão a direitos da personalidade⁷, cuja compensação pecuniária busca mitigar o sofrimento e sancionar o ofensor; e o dano estético, lesão à harmonia física autônoma em relação ao dano moral, sendo lícita sua cumulação, conforme entendimento sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça (Súmula 387)⁸.

A doutrina e a jurisprudência também consolidaram, após intenso debate, a teoria da perda de uma chance, aplicável quando a conduta culposa subtrai do paciente uma probabilidade séria e real de obter um resultado mais favorável ou de evitar um prejuízo, indenizando-se a frustração dessa oportunidade concreta⁹, e não o resultado final hipotético.

Não menos relevante é o estabelecimento do nexo de causalidade entre a conduta culposa e o dano. Adota-se predominantemente a teoria da causalidade adequada, perquirindo-se se a ação ou omissão foi a causa idônea e direta para a produção do resultado lesivo, conforme

interpretação conferida ao artigo 403 do Código Civil¹⁰.

A prova do nexo causal representa, frequentemente, um desafio processual, dada a complexidade dos fatores envolvidos, incumbindo, em regra, ao autor da demanda (Art. 373, I, CPC¹¹), ressalvadas as discussões sobre a distribuição dinâmica do ônus (Art. 373, §1º, CPC) ou a controversa aplicação da inversão prevista no CDC (Art. 6º, VIII¹²) à prova da culpa médica, ante a especialidade do Art. 14, § 4º do mesmo diploma.

Finalmente, a doutrina consolidada conferiu especial atenção à distinção entre obrigação de meio e obrigação de resultado. A primeira, regra geral na medicina, impõe o dever de diligência e técnica, sem garantia de sucesso; a segunda, excepcional (e.g., cirurgia estética), implica o compromisso com um fim específico, gerando presunção de culpa se não atingido¹³. Sob essa ótica tradicional, o consentimento informado era frequentemente alocado como um componente da *lex artis*, um dever acessório cuja falha ganhava relevo principalmente se o risco não comunicado se materializasse¹⁴.

Este complexo e interligado conjunto de regras e conceitos dogmáticos constitui, portanto, a arquitetura clássica que tradicionalmente informa a análise da responsabilidade civil médica no direito brasileiro.

2 A VIRADA BIOÉTICA E A CENTRALIDADE DA AUTONOMIA

Paralelamente à consolidação da dogmática da responsabilidade civil, o século XX testemunhou a emergência e o fortalecimento da

Bioética como campo de reflexão e normatividade diante dos dilemas éticos trazidos pelos avanços biomédicos.

No Brasil, os princípios bioéticos – notadamente os da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – encontraram eco na Constituição Federal de 1988, que erigiu a dignidade da pessoa humana a fundamento da República (Art. 1º, III).

Este fundamento irradia seus efeitos por todo o ordenamento jurídico, conferindo especial relevância à autodeterminação do indivíduo sobre seu próprio corpo e destino.

O princípio da autonomia representa uma verdadeira "virada de chave" na relação médico-paciente. Supera-se o modelo paternalista, no qual o médico detinha o poder decisório baseado em seu conhecimento técnico ("beneficência"), para um modelo baseado no respeito à vontade livre e esclarecida do paciente. A autonomia manifesta-se primordialmente através do consentimento informado.

Este deixa de ser um mero ato burocrático de assinatura de um termo para se configurar como um processo dialógico e contínuo, no qual o paciente recebe informações claras, adequadas e suficientes sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios das opções terapêuticas (inclusive a de não tratar), para que possa tomar uma decisão que reflita seus valores e projeto de vida.

A violação do dever de informar adequadamente, ou a realização de um procedimento sem o consentimento válido do

paciente (salvo exceções legais como risco iminente de morte), passa a ser vista não apenas como uma falha na *lex artis*, mas como uma ofensa direta a um direito da personalidade, um atentado à liberdade e à dignidade do paciente, passível de gerar dano moral *in re ipsa* (presumido), independentemente do sucesso técnico do procedimento realizado. A Resolução CFM nº 2.217/2018 (Código de Ética Médica) reforça essa perspectiva ao vedar ao médico "deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte"¹ (Art. 22).

A coexistência da doutrina consolidada da responsabilidade civil, focada na culpa técnica, com o paradigma emergente da autonomia bioética gera inevitáveis zonas de tensão, que têm sido enfrentadas e, em certa medida, moduladas pela jurisprudência dos tribunais brasileiros.

A análise de decisões judiciais revela como os conceitos estão sendo reinterpretados na prática forense.

Um dos pontos de maior fricção diz respeito à violação do dever de informar e obter o consentimento válido.

Enquanto a doutrina clássica frequentemente vinculava a responsabilidade por falha no consentimento à ocorrência de um dano físico decorrente do risco não informado (materialização do risco), a jurisprudência mais recente, especialmente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), tem reconhecido que a violação do direito à informação e à autodeterminação configura, por si só, um dano moral indenizável.

Ou seja, mesmo que o procedimento médico seja tecnicamente perfeito e o paciente obtenha um resultado positivo, a ausência de consentimento livre e esclarecido sobre riscos relevantes ou alternativas terapêuticas pode gerar o dever de indenizar, pois o que se protege é a liberdade de escolha do paciente. Essa visão alinha-se mais estreitamente com a perspectiva bioética da autonomia como um bem jurídico em si.

Outra área de intensa tensão envolve as decisões de fim de vida. A tradicional obrigação médica de "salvar a vida a todo custo" entra em conflito com o respeito à vontade do paciente (expressa em DAV ou por representante legal) de não se submeter a tratamentos fúteis ou extraordinários que apenas prolonguem o processo de morrer com sofrimento (distanásia).

Embora a ortotanásia (permitir a morte seguir seu curso natural, com cuidados paliativos) seja eticamente recomendada (vide Resolução CFM 1.805/2006, apesar de questionamentos judiciais pontuais sobre sua forma), a responsabilização civil do médico por "omissão" ao respeitar a vontade do paciente em não ser submetido à distanásia, ou, inversamente, a responsabilidade por realizar tratamentos considerados fúteis contra a vontade expressa, são questões complexas. A jurisprudência tende a valorizar as DAV e a vontade do paciente, amparada no princípio da dignidade humana, mas a ausência de legislação específica sobre eutanásia e ortotanásia ainda gera insegurança jurídica.

A caracterização do dano existencial também reflete essa tensão. Para além do dano moral (dor,

sofrimento), reconhece-se que a negligência ou a violação da autonomia podem gerar um dano ao projeto de vida do paciente, uma frustração de suas expectativas e possibilidades existenciais que demanda reparação específica.

Tribunais têm aplicado essa categoria em casos de erros médicos com sequelas graves ou em situações onde a falta de informação adequada impediu o paciente de tomar decisões cruciais sobre seu futuro.

A própria judicialização da saúde, fenômeno crescente, é em parte um sintoma dessa encruzilhada. Pacientes e familiares recorrem ao Judiciário não apenas por erros técnicos, mas também por discordâncias quanto a planos terapêuticos, por negativas de tratamento baseadas em critérios estritamente médicos que colidem com a percepção de autonomia do paciente, ou por violações do dever de informação.

A resposta jurisprudencial, embora não uniforme, demonstra uma crescente sensibilidade aos argumentos fundados na bioética e nos direitos fundamentais, sinalizando uma evolução na interpretação da responsabilidade civil médica para além da estrita análise da culpa técnica.

3 ARENAS DE TENSÃO JURÍDICO-BIOÉTICA E A SÍSTOLE JURISPRUDENCIAL

A coexistência do arcabouço dogmático da responsabilidade civil médica, tradicionalmente focado na aferição da culpa técnica, com o crescente influxo normativo dos princípios bioéticos, notadamente a autonomia do paciente, gera zonas de atrito e impõe releituras conceituais

que encontram na jurisprudência um palco privilegiado para sua manifestação e decantação.

É no exame de casos concretos que as tensões se agudizam e que o Judiciário é chamado a exercer sua função de intérprete último da norma, buscando harmonizar a segurança jurídica da doutrina consolidada com as exigências de uma ética biomédica centrada na dignidade e na autodeterminação.

Uma das arenas mais emblemáticas dessa tensão reside na violação do dever de informar e na validade do consentimento. Se a doutrina clássica, como vimos, vinculava frequentemente a relevância jurídica da falha informativa à materialização do risco não comunicado¹⁵, a jurisprudência contemporânea, impulsionada pela axiologia constitucional (Art. 1º, III, e Art. 5º, X, CF/88¹⁶), tem avançado significativamente.

O Superior Tribunal de Justiça, em diversos precedentes¹⁷, passou a reconhecer que a violação do direito à informação clara, adequada e completa sobre riscos e alternativas terapêuticas configura, *per se*, uma ofensa a direitos da personalidade, ensejando compensação por dano moral independentemente da correção técnica do procedimento ou da ocorrência de um resultado adverso do ponto de vista clínico.

Protege-se, aqui, não apenas a integridade física, mas a própria liberdade de escolha, a capacidade do indivíduo de ponderar e decidir sobre seu próprio corpo e destino. Configura-se, assim, um dano *in re ipsa*, decorrente da própria violação do direito à autodeterminação, o que representa um deslocamento paradigmático em

relação à visão estritamente focada no erro de execução ou na causalidade física.

Essa evolução jurisprudencial impõe aos profissionais e instituições de saúde um ônus informativo qualificado, cuja inobservância atrai a responsabilidade civil por um fundamento distinto da falha técnica.

Não menos complexa é a interface entre responsabilidade civil e as decisões em fim de vida. O embate entre o dever médico tradicional de preservar a vida e o direito do paciente à autonomia e a uma morte digna manifesta-se de forma aguda.

A prática da distanásia – a obstinação terapêutica, o prolongamento artificial e sofrido do processo de morrer através de meios desproporcionais – é crescentemente vista não como cumprimento do dever, mas como violação da dignidade humana (Art. 1º, III, CF/88) e do direito a não ser submetido a tratamento desumano (Art. 5º, III, CF/88).

Em contrapartida, a ortotanásia, definida como a conduta médica que, diante de quadro clínico irreversível e terminal, limita ou suspende procedimentos e tratamentos que apenas prolonguem a vida, assegurando ao paciente os cuidados paliativos adequados, encontra respaldo ético robusto (Resolução CFM nº 1.805/2006¹⁸) e alinha-se ao respeito à autonomia. As Diretivas Antecipadas de Vontade (Resolução CFM nº 1.995/2012¹⁹) surgem como instrumento crucial para garantir que a vontade do paciente prevaleça em situações de incapacidade, mas sua força vinculante frente a eventual resistência médica ou

familiar ainda carece de legislação específica, gerando insegurança.

A jurisprudência, embora incipiente em litígios sobre responsabilidade por distanásia ou por desrespeito a DAVs, tende a prestigiar a vontade do paciente e os princípios bioéticos, mas a ausência de um marco legal claro sobre o fim da vida mantém a questão em uma zona de penumbra jurídica, onde a responsabilidade médica pode ser invocada tanto por agir em excesso quanto por omitir-se em desacordo com a vontade (ou o melhor interesse) do paciente terminal.

A própria concepção de dano indenizável tem sido alargada para além das categorias clássicas, refletindo a maior valorização da dimensão existencial do indivíduo. O reconhecimento do dano existencial no contexto médico representa um avanço significativo.

Distinto do dano moral (dor e sofrimento psíquico) e do dano material, o dano existencial configura-se pela lesão ao projeto de vida da pessoa, pelo comprometimento de suas atividades e relações sociais, pela frustração de suas aspirações e pela privação da capacidade de fruir a vida em sua plenitude²⁰. Erros médicos que resultam em incapacidades permanentes, dores crônicas limitantes, perda de funções essenciais (como a capacidade reprodutiva ou sensorial) ou que impõem restrições severas às atividades cotidianas podem configurar essa modalidade de dano, exigindo reparação específica pelo impacto negativo no "fazer" e no "ser" da vítima.

Sua prova é complexa, demandando a demonstração concreta da alteração prejudicial

no projeto de vida, mas sua crescente aceitação pelos tribunais demonstra a preocupação em oferecer uma tutela mais integral à pessoa humana lesada.

Por fim, o fenômeno da judicialização da saúde pode ser interpretado como um sintoma e, ao mesmo tempo, um catalisador dessas tensões. A busca pelo Judiciário para resolver conflitos envolvendo negativas de tratamento, discordâncias sobre diagnósticos ou procedimentos, questionamentos sobre a validade do consentimento ou dilemas de fim de vida evidencia a insuficiência dos mecanismos tradicionais de resolução e a crescente percepção dos pacientes como sujeitos de direitos.

O juiz, nesse contexto, é chamado a arbitrar não apenas questões técnicas (muitas vezes dependente de perícia), mas sobretudo conflitos de valores, ponderando a *lex artis*, a doutrina estabelecida, a legislação esparsa, as normas éticas e os princípios constitucionais, especialmente a dignidade e a autonomia. A resposta jurisprudencial, caso a caso, vai moldando os contornos da responsabilidade civil médica, ora reafirmando a doutrina clássica, ora incorporando as novas exigências bioéticas, em um movimento contínuo de sístole e diástole interpretativa.

CONCLUSÃO

Ao término desta análise sobre a complexa interface entre responsabilidade civil médica, bioética e autonomia do paciente, emerge com clareza a imagem de um campo jurídico em profunda transformação, marcado por um diálogo

constante, e por vezes conflituoso, entre paradigmas estabelecidos e novas exigências ético-sociais.

Neste cenário dinâmico, a obra do Professor Miguel Kfoury Neto assume uma relevância incontornável, não apenas como registro histórico da consolidação doutrinária, mas como um pilar fundamental sobre o qual se ergue grande parte da compreensão dogmática da responsabilidade civil do médico no Brasil. Seus trabalhos, caracterizados pela análise minuciosa dos pressupostos da responsabilidade subjetiva – a culpa em suas diversas modalidades (negligência, imprudência, imperícia), a complexa tipologia dos danos (material, moral, estético) e os intrincados desafios do nexo causal no ato médico –, forneceram e continuam a fornecer as ferramentas conceituais e os critérios interpretativos essenciais para a análise técnica da conduta profissional e para a busca da segurança jurídica nas relações de saúde.

A sistematização e o aprofundamento promovidos por Kfoury Neto conferiram densidade e aplicabilidade prática aos institutos clássicos, sendo referência obrigatória para estudantes, advogados, magistrados e para os próprios profissionais de saúde que buscam compreender os limites e deveres de sua atuação.

Contudo, como o presente artigo buscou demonstrar, a robusta arquitetura dogmática consolidada, da qual a obra de Kfoury Neto é expoente, tem sido progressivamente interpelada e desafiada pelos ventos transformadores da bioética e pela afirmação contundente da autonomia do paciente como direito fundamental.

Os novos paradigmas, ancorados na dignidade da pessoa humana, redimensionaram o consentimento informado, conferiram força normativa às diretivas antecipadas de vontade, trouxeram à luz a problemática da obstinação terapêutica e alargaram a própria concepção de dano indenizável, incorporando a dimensão existencial. A jurisprudência, atenta a essa evolução axiológica, tem respondido a essas tensões, por vezes confirmando a doutrina estabelecida, por vezes inovando ao reconhecer a autonomia como bem jurídico autônomo e ao modular a aplicação das regras tradicionais à luz dos princípios constitucionais e bioéticos.

O legado do Professor Miguel Kfoury Neto, portanto, transcende a mera descrição da doutrina clássica. Sua obra representa o sólido alicerce dogmático que permite analisar a responsabilidade médica com rigor técnico, mas é também sobre essa base que o debate contemporâneo se desenvolve.

Compreender as transformações atuais exige conhecer profundamente os fundamentos que ele ajudou a sedimentar, para então avaliar, com critério, os pontos de continuidade, de tensão e de necessária evolução. Sua contribuição reside não apenas na fotografia precisa de um estágio da doutrina, mas na oferta dos instrumentos conceituais indispensáveis para que o Direito Médico continue a evoluir, buscando conciliar a proteção do paciente, a segurança do profissional e os valores éticos de uma sociedade em constante mutação.

A encruzilhada bioética em que se encontra a responsabilidade civil médica demanda, assim, um

olhar que reconheça a importância perene dos fundamentos doutrinários, como os legados por Kfoury Neto, mas que esteja igualmente aberto ao diálogo e à incorporação crítica dos novos paradigmas centrados na pessoa humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. *Manual de Direito do Consumidor*. 9. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020.

BRASIL. *Código Civil*. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2002].

BRASIL. *Código de Defesa do Consumidor*. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990].

BRASIL. *Código de Processo Civil*. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2015].

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [1988].

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.540.153/RS. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Terceira Turma, julgado em 02/02/2016, DJe 15/02/2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.872.041/SP. Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Terceira Turma, julgado em 02/03/2021, DJe 05/03/2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 387. *É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e dano moral*. Corte Especial, julgado em 26/08/2009, DJe 01/09/2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender

procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente [...]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1, p. 269-270.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo Curso de Direito Civil, Volume 3: Responsabilidade Civil*. 20. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2022.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Direito Civil Brasileiro, Volume 4: Responsabilidade Civil*. 17. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2022.

KFOURI NETO, Miguel. *Consentimento Informado e Responsabilidade Civil*. Curitiba: Juruá, 2018.

KFOURI NETO, Miguel. *Culpa Médica e Ônus da Prova*. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2013.

KFOURI NETO, Miguel. *Responsabilidade Civil do Médico*. 9. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019.

MORAES, Maria Celina Bodin de. *Danos à Pessoa Humana: Uma Leitura Civil-Constitucional dos Danos Morais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

ROSENVALD, Nelson. As Fronteiras do Dano Moral e do Dano Existencial. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore (Coord.). *Teoria Geral do Direito Civil Pós-Moderno*. São Paulo: Atlas, 2013.

SCHREIBER, Anderson. *Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: Da Erosão dos Filtros da Reparação à Diluição dos Danos*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil: Responsabilidade Civil*. 22. ed. São Paulo: Atlas, 2022.