Globethics Repository



La moralidad de la cirugía con fines estéticos de acuerdo con la bioética principialista [The morality of surgery for aesthetic purposes in accordance with principlist bioethics]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Lettieri Gracindo, Giselle Crosara
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-04 01:48:16
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/236676

La moralidad de la cirugía con fines estéticos de acuerdo con la bioética principialista

Giselle Crosara Lettieri Gracindo

Resumen

El culto a la belleza surgió en Occidente con la diosa Afrodita, reina hoy en los medios sociales, y es impulsado por el culto a la imagen de las celebridades. La "fiebre" de las *selfies* incita el deseo de cambiar. En 2013 Brasil lideró el *ranking* mundial de cirugías plásticas, superando a los Estados Unidos, según el informe de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética. Esta práctica excesiva preocupa a las organizaciones responsables por la acción médica, como el Consejo Federal de Medicina de Brasil o la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica. Debido a que tienen gran interferencia en la vida del paciente, las cirugías con fines estéticos deben ser realizadas, preferentemente, por médicos especialistas. El paciente tiene el derecho de hacerse estas cirugías y de elegir a su médico; sin embargo, su autonomía no es absoluta. El profesional tiene el deber de informar acerca de los riesgos y contraindicaciones del procedimiento, así como el derecho de negarse a hacer cirugías por considerarlas potencialmente dañinas o peligrosas para la salud del paciente.

Palabras-clave: Bioética. Cirugía plástica. Estética. Fotografía-imagen corporal. Mala praxis-autonomía personal.

Resumo

A moralidade das intervenções cirúrgicas com fins estéticos de acordo com a bioética principialista

O culto à beleza surgiu no Ocidente com o mito da deusa Afrodite, e hoje impera nas mídias sociais, impulsionado pela adoração da imagem de celebridades. A "febre" dos *selfies* incita o desejo de transformações. Em 2013, o Brasil liderou o *ranking* mundial de cirurgia plástica, ultrapassando os Estados Unidos, segundo relatório da International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Essa prática excessiva preocupa os órgãos responsáveis pela atuação médica, como o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Por terem enorme interferência na vida do paciente, cirurgias com fins estéticos devem ser realizadas, preferencialmente, por médicos especialistas. O paciente tem o direito de fazê-las e de escolher seu médico, mas sua autonomia não é absoluta. O profissional tem o dever de informar sobre riscos e contraindicações do procedimento bem como o direito de recusar as cirurgias que considerar potencialmente lesivas ou arriscadas à saúde do paciente.

Palavras-chave: Bioética. Cirurgia plástica. Estética. Fotografia-imagem corporal. Imperícia-autonomia pessoal.

Abstract

The morality of surgery for aesthetic purposes in accordance with principlist bioethics

The cult of beauty emerged in the West with the goddess Aphrodite, and reigns today in social media, driven by the worship of celebrities' images. The "fever" of selfies fuels the desire to change. In 2013, Brazil led the world ranking of plastic surgery, overtaking the United States, according to the International Society of Aesthetic Plastic Surgery report. This excessive practice concerns the organizations responsible for medical practice, such as the Brazilian Federal Council of Medicine and the Brazilian Society of Plastic Surgery. As they have a huge impact on patients' lives, aesthetic surgeries should preferably be carried out by specialized doctors. Patients have the right to have these surgeries and to choose their doctors; nevertheless, their autonomy is not absolute. The professional has the duty to inform the patient about the risks and contraindications of the procedure, and has the right to refuse to perform surgery if it is considered potentially harmful or hazardous to the patient's health.

Keywords: Bioethics. Plastic surgery. Aesthetics. Photo-body image. Malpractice-personal autonomy.

Doutoranda gcwallace1@gmail.com – Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Correspondência
SBN Quadra 2, Lote 712, Bloco F, salas 805/807, Edifício Via Capital CEP 70041-906. Brasília/DF, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

En la mitología grecorromana, la belleza despertaba admiración. Según el mito, la diosa griega Afrodita, también conocida en la cultura latina como Venus, causaba alborozo por donde pasaba por su incomparable belleza. En la cultura occidental, heredera de los valores grecorromanos, las mujeres son admiradas por su belleza, considerada el principal atributo de valoración femenina. Adornada e incentivada a permanecer siempre bella, la mujer aprende, desde niña, la importancia de la apariencia para mantener y conquistar posiciones ascendentes en la sociedad. La belleza la torna poderosa y deseada.

Todavía en la infancia, y especialmente en la adolescencia, las jóvenes se sienten muy incómodas con ciertas partes de su cuerpo que (real o ilusoriamente) les parece que están fuera de los estándares sociales. El escrutinio se intensifica cuando la persona presenta deformidades congénitas o resultantes de traumas, lesiones y neoplasias. En las jóvenes, nariz y senos son blancos preferenciales de esa búsqueda; además, otras partes del cuerpo y del rostro, como el vientre, las caderas y los pómulos, no escapan de un riguroso juicio.

Con el pasar de los años, la sensación de falta de comodidad con las propias imperfecciones tiende a crecer, y las marcas de envejecimiento, de la maternidad o de los "kilitos de más" refuerzan la insatisfacción de las mujeres con su imagen, ya que el estándar ideal divulgado por los medios está enfocado en la juventud y en el cuerpo delgado. Esos parámetros instigan a la búsqueda de transformaciones en el cuerpo, alimentando la vanidad y la voluntad de las mujeres de ser aceptadas por la sociedad. Despertado el deseo de cambio en relación a lo que es considerado desproporcional o feo, tiene inicio una búsqueda por las alteraciones de las formas.

Esa es la tónica de la cultura brasileña actual, en lo que atañe a la imagen de las mujeres y a los esperados atributos femeninos. Probablemente, en mayor o menor grado o con variaciones locales en cuanto a las características de lo que es tenido como bello e imperfecto, el culto a la belleza también ocurre en otros sociedades que compartes las mismas raíces culturales, en especial aquellas en que la figura femenina es objetivada y su valor social medido sobre todo por su apariencia.

Los medios sociales, celebridades y el aumento de las cirugías plásticas

El espejo refleja la imagen, razón por la cual es usado hace siglos. Es, inclusive, objeto relevante en los cuentos de hadas. Frente a él hay quien se queda horas mirando, descubriendo detalles no sólo corporales, sino también principalmente faciales, ya que el rostro es considerado elemento definitivo de nuestra identidad. Pero, con la actual tecnología, el espejo dejó de ser el único objeto a reflejar la imagen corporal.

La fotografía ganó espacio al asumir en parte la función secularmente atribuida al espejo, mediante dispositivos cada vez más modernos, como las cámaras fotográficas acopladas a las computadores e incorporadas a los celulares. Asociados al acceso a internet, esos equipamientos tornaron posibles, en cualquier tiempo y lugar, el hacer autorretratos y postearlos en redes sociales en tiempo real, como es el caso de las así llamadas *selfies*.

Los avances tecnológicos y el mundo globalizado propician la vehiculización de informaciones de manera rápida. Internet alcanza usuarios en cantidades inestimables en varias partes del mundo, prácticamente en tiempo real. Tal facilidad de comunicación contribuyó para el contacto virtual entre individuos por medio de redes sociales y *sites* de relaciones, con objetivos diversos.

Hay quien diga que la apariencia es "la carta de presentación de una persona", ya que "la primera impresión es la que importa". En las redes sociales, como Google+, Facebook e Instagram, es habitual postear fotos personales, especialmente autorretratos. Quien publica fotos en esas plataformas sociales espera mostrar una buena imagen y ser reconocido como alguien experto en la materia, un "capo", un "piola", alguien que "la tiene clara", comentarios muchas veces que se pliegan al hecho de que la foto puede llegar a ser compartida. Wikipedia define a la *selfie* como *un tipo de fotografía de autorretrato, normalmente tomada con una cámara fotográfica de mano o de teléfono celular* [y] *fue considerada la palabra internacional del año 2013 por el Oxford English Dictionary* [1]. En la *selfie*, se procura el mejor ángulo de la imagen personal para la divulgación en las redes sociales. ¡Es la fiebre del momento! El propio espejo de la autoestima.

Entre tanto, al principio se puede conseguir una buena foto, ensayando muchas tentativas para obtener el efecto que se quiere proyectar. Fotos en *close*, como las *selfies*, casi siempre revelan deformidades e imperfecciones, aunque se use el *selfie stick* para distanciar a la cámara. En referencia a la corta distancia, de la iluminación inadecuada, de la baja resolución de la cámara y del lente del celular, la foto generalmente no corresponde a la imagen real (ni ideal) de la persona [2].

Quien desea parecerse a las celebridades no es rearo que se sienta frustrado, dejando de apuntar al hecho de que las imágenes de los "famosos" divulgadas en los medios no siempre corresponden a la realidad. Antes de ser enviadas a las redes sociales, las fotos pueden pasar por alteraciones y efectos especiales. Retirando estos efectos, el resultado es algo normal, y no excepcional.

Según la declaración de Stephen S. Park, presidente de la Academia Americana de Cirugía Plástica Facial y Cirugía Reconstructiva (AAFPRS), publicada en materia en el *site* de la entidad en 2015, *algunas personas son atraídas por el poder, la fama y el* glamour *que el hecho de ser una celebridad implica* (...). *Es importante recordar que solamente el cambio de apariencia no va a darle a la persona el mismo nivel de reconocimiento. Muchas veces, las fotos de las celebridades son retocadas, y sus imágenes quedan distorsionadas; eso, a su vez, puede resultar en expectativas irreales, que incentivan a los consumidores a procurar cirugías excesivas o radicales* [3].

El deseo de reconocimiento, fama y poder intensifica la búsqueda de los internautas, en su mayoría, por la apariencia perfecta, tornándose prácticamente inevitable. Eso le da fuerza a la industria de la belleza y, consecuentemente, estimula el crecimiento del número de cirugías plásticas estéticas.

No es novedad la constatación de que lo bello tiene gran valor en la sociedad. Vitor Ferreira, citando a Ernest Fischer, afirma que *el hombre siempre se preocupó por la forma del objeto, de modo que facilitase su manejo, funcionalidad y que también se tornase visualmente agradable* [4]. Y se engaña quien piensa que la cirugía plástica es una técnica nueva al servicio de ese objetivo. Se trata de una de las especialidades más antiguas de la medicina [5].

El origen de la cirugía plástica se remonta a siglos antes de Cristo, por la necesidad de la técnica reparadora de las deformidades humanas, provocadas por traumas, castigos o penas físicas. Según registros históricos, esos procedimientos se iniciaron en la India, donde se practicaba la amputación de la nariz como forma de castigo. En la modernidad, la Primera Guerra Mundial representó un marco importante para la cirugía plástica, considerando las grandes mutilaciones físicas causadas por las armas empleadas en el combate. En ese contexto, *sir* Harold Delf Gillies se destacó en la reparación de esas lesiones, quedando como el principal médico que se dedicó al desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas de reconstrucción de la cara, nariz y mandíbulas de los soldados afectados [6].

Al contrario del pionerismo de las cirugías plásticas en la Primera Guerra Mundial, a partir de la Segunda Guerra, se pasaron a desarrollar estudios e investigaciones volcadas a la población general, resultando en el aumento del número de cirugías reconstructoras y en la expansión de los tipos de cirugía, como las realizadas en casos de reparación de fracturas, quemaduras, nervios periféricos, corrección ortopédica, etc [7].

Actualmente, pasados setenta años del término del último conflicto mundial, el perfil de la mayoría de las personas que buscan el procedimiento se alteró nuevamente. Ahora la cirugía electiva, volcada al perfeccionamiento de características físicas que pueden ser consideradas "normales", tomó la escena.

De acuerdo con material publicado en 2014 en el *site* de la AAFPRS, la investigación realizada por la entidad en 2013 reveló el aumento de los pedidos de procedimientos estéticos (principalmente entre individuos con menos de 30 años) en función de la publicación de *selfies*. El autorretrato influenció el deseo de cambios faciales, dadas las supuestas imperfecciones que los entrevistados atribuían a esa parte de su cuerpo. Según la investigación, en aquel año hubo un crecimiento de 10% en las cirugías plásticas de nariz, 7% en las de implante capilar y 6% en las cirugías de párpados [8].

En el trabajo citado, publicado en su *site* en 2015, la AAFPRS presentó otra investigación (emprendida en 2014) mostrando que, además de las *selfies*, los videos también motivan a la realización de cirugías plásticas, considerando que reproducen imágenes en movimiento exponiendo mucho más las imperfecciones faciales [3].

Además de eso, ese estudio, hecho con un grupo de 2.500 entrevistados miembros de la propia institución, verificó que la búsqueda de cirugías estéticas también es motivada por el deseo de las personas de tornarse parecidas a las celebridades del momento. La investigación verificó que 13% de las cirugías plásticas faciales pasaron por un aumento en los pedidos de procedimiento para simular la apariencia de las celebridades. En 2014, tal nivel alcanzó arriba del 3% de solicitaciones en 2013 y del 7% en 2012. Las cirugías más solicitadas en el año 2014 fueron: 1) labios y pómulos como los de Angelina Jolie; 2) estructura facial de Beyoncé; 3) ojos y barbilla de Kim Kardashian; 4) nariz de Brad Pitt; 5) nariz de Natalie Portman [3]. Aunque el estudio tuvo más énfasis en el público femenino, vale la pena recordar que los hombres vienen conquistando cada

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233089

vez más espacio en el mundo de la belleza y de la cirugía plástica.

¿Qué mujer no soñó en ser pedida en matrimonio y agasajada con un anillo de brillantes? Pero, llegado ese día, algunas "arrugas de preocupación" han dejado nuevas aflicciones. ¿Sus manos estarán a la altura del anillo a la hora de hacer una *selfie* perfecta? Un reportaje del periódico New York Times, comentado por la Sociedad Brasilera de Cirugía Plástica (SBCP), advierte que esa y otra tendencia de 2014 en el área de cirugía plástica: ¡la *selfie* de la mano perfecta con el anillo de compromiso! El SBPC informa que, según el material del diario neoyorkino, la constatación de algunos cirujanos es que hay, sí, la búsqueda de las novias de pasar por un cirugía de relleno, tratamiento para marcas de sol, así como la eliminación de venas salientes y de la apariencia ósea de las manos –todo eso para obtener la foto perfecta de su mano con el anillo posteada en las redes sociales [9]. Se verifica, por lo tanto, la notoria influencia de las redes sociales en el culto de la apariencia, sin mencionar el impacto de los medios de televisión y de prensa, sobre todo, por medio de programas y revistas dedicados a la divulgación de la vida de los famosos.

Los *sites* de las sociedades de cirugía plástica de diversos países dan advertencias y recomendaciones al público acerca de los efectos destructivos de intervenciones mal realizadas, buscando prevenir aquellos que están pensando en recurrir al procedimiento, induciéndolos a considerar los riesgos existentes, además de informar que las cirugías no son indicadas a todas las personas, indiscriminadamente.

En general, el objetivo de quien recurre a la cirugía estética va más allá de los beneficios físicos, afectando a la autoestima, razón de tales advertencias. Por eso, los profesionales aconsejan que la persona tome, como criterio para identificar el momento de asistir a un médico, la insatisfacción y los incómodos con la propia apariencia, cuanto tales aspectos estén influenciando negativamente su comportamiento. A su vez, esas sociedades ven un gran error en la búsqueda de la semejanza con celebridades, ya que las características individuales y el aspecto a ser respetado.

Brasil tiene un alto número de cirugías plásticas. Está entre los países en que más se practica ese tipo de procedimiento. Según el SBCP, el informe de la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (Isaps), de 2013, menciona a Brasil como el primero ubicado en la realización de procedimientos de cirugía estética, sobrepasando a los Estados Unidos [10]. El deseo de alcanzar la belleza ideal mediante la punta del bisturí es cada vez más común en el país, implicando a personas de diversas edades y franjas socioeconómicas. En virtud de su alto costo y de no ser considerado servicio esencial garantizado por el Sistema Único de Salud (salvo las intervenciones reparadores, en casos específicos), el procedimiento quirúrgico con finalidad meramente estética acaba siendo uno de los blancos de la mercantilización de la medicina.

En el caso de la cirugía plástica y de otros procedimientos estéticos similares, esa mercantilización disminuyó en la sociedad brasileña, al punto de que esos servicios son ofrecidos mediantes folletos, *outdoors*, diarios, revistas y medio electrónicos, con la comercialización de "planes" de tratamiento estético, o sea, de ventas predefinidas con valores determinados, antes de la evaluación del paciente por un médico. Ese estado de cosas suscitó un pedido de manifestación, por parte de la Fundación Procon-SP, órgano de la Secretaría de Defensa y Ciudadanía del Estado de São Paulo, la SBPC [11]. En respuesta, la entidad decidió estimular la discusión en la esfera médica, resultando en la edición de la resolución 1.836/2008 del CFM, buscando disciplinar los *planes de financiamiento o consorcios para procedimientos médicos*, entre ellos los de finalidad estética [11]. Según material publicado en el Portal Médico del CFM, un estudio de la Asociación Brasilera de Administradores de Consorcios (ABAC) realizado en 2012 mostró que en el primer semestre de ese año, el interés por consorcios de servicios tuvo un aumento superior al 25% y que la especialidad salud y estética lideraba el *ranking* de los consorcios, con casi un 16% de las tarjetas de crédito. En función de este material, la SBCP consideró esos datos preocupantes [12].

Los adolescentes también recurren a los consultorios médicos en busca de resultados estéticos. Según el *post* de Diego Cordeiro publicado en el *blog* oficial de la SBCP, la discusión sobre la real necesidad de esos adolescentes a someterse a procedimientos quirúrgicos estéticos aumenta paralelamente al crecimiento de la procura de esas cirugías. Aunque muchos profesionales consideren que personas de esa franje etaria no deben someterse a tales procedimientos, el número de cirugías plásticas en adolescentes y jóvenes creció 141% entre 2008 y 2012. Cordeiro afirma que *cerca de 60% de las cirugías plásticas realizadas en adolescentes son estéticas y, entre ellas, la lipoaspiración se destaca como una de las más solicitadas* [13]. O sea, el deseo de cambio de la apariencia no es solo de los más viejos.

De acuerdo con el SBCP, el informe de la ISAPS confirma esa gran demanda por la lipoaspiración [10]. El CFM, por medio de la Resolución 1.711/2003, establece que ese tipo de cirugía no debe ser indicado para fines de adelgazamiento (art. 2º), restringiéndolo a la corrección del contorno corporal en relación a la distribución del tejido adiposo subcutáneo (art. 1ª). El médico que lo ejecuta debe tener un entrenamiento específico, siendo imprescindible la habilitación previa en cirugía general (art. 3º)14. Por lo tanto, para la realización de una lipoaspiración, rinoplastia, mamoplastia, blefaroplastia o cualquier otra cirugía, es indispensable la formación médica adecuada, con el fin de proporcionar seguridad al paciente y a la sociedad.

Además de esos aspectos técnicos, procedimentales y estructurales, es importante que el paciente sea alertado en cuanto a la necesidad de armonizar su belleza interior y exterior, entendiendo mejor sus características físicas y ponderando sobre sus deseos y reales necesidades. Es esencial conocer el propio cuerpo, sus límites, y mantener la autoestima. El médico tiene el deber de aclararle a sus pacientes en cuanto a esos aspectos, además de informarlos sobre los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos a ser adoptados.

Relación médico-paciente y bioética

La cirugía plástica estética dialoga con una amplia variante de conceptos y estándares de belleza, impuestos diariamente por los medios, por las celebridades, etc., los cuales incitan el deseo del paciente de lograr la imagen "perfecta". Ese hecho se transformó en un nuevo desafío para el médico, el cual es, entender la percepción que el paciente tiene de sí mismo, cómo ve su cuerpo y rostro, así como los efectos psicológicos de esa proyección. Tal comprensión es indispensable, considerando que el paciente está a la procura de resultados que satisfagan no solamente el objetivo real, sino también aquel que se diseña en su mente –el intangible-.

En ese sentido, el conocimiento del estándar de referencia de belleza definida socialmente puede servir de guía al profesional en la tentativa de comprender al paciente y sus motivaciones. Una prueba de eso es el deseo creciente de las personas de reproducir en si mismas los trazos faciales de artistas e íconos de los medios. Entre tanto, el médico precisa estar atento al hecho de que la fisonomía de cada persona es única, y que no hay cómo imponer a todos el mismo ideal de belleza, porque esa apariencia singular es trazo de una individualidad y, por lo tanto, muda de persona a persona. Todavía, como vivimos en una sociedad cada vez más masificada, las personas acaban tomando para sí esos patrones como modelos a ser perseguidos, con el fin de responder a un concepto hegemónico de belleza.

La práctica médica de la cirugía plástica, por alterar las características físicas de sus pacientes, impone que la relación entre ellos sea profunda y humanizada. Como las repercusiones de los cambios en la apariencia van más allá del ámbito físico, el médico precisa tener sensibilidad para entender las expectativas y los límites de sus pacientes. Lo que para algunos puede ser perfecto, para otros pude representar una gran insatisfacción. Por eso, el profesional precisa empeñarse en la adquisición de conocimiento técnico y en la búsqueda de innovaciones científicas, sin descuidar el respeto por el paciente y los demás aspectos intersubjetivos que pautan una buena relación; sólo así podrá desempeñar su función con humildad y para el bien de las personas [5].

Entre las proposiciones definidas por la bioética principialista, se destaca el principio de autonomía, también conocido como el principio de respeto a la persona [15]. Esta disposición se refiere a la necesidad de informar al paciente -con claridad y precisión- sobre los procedimientos a los cuales será sometido, así como la ausencia de cualquier presión con el fin de obtener aceptación o rechazo del tratamiento propuesto. Para la teoría principialista, de Tom Beuchamp y James Childress, en "Principios de ética biomédica" [16], es fundamental mantener esos parámetros, con el fin de que la persona pueda manifestar su consentimiento (o no) en someterse a cualquier acto médico. Se puede considerar ese principio como regla moral, apoyada por muchos códigos deontológicos profesionales, que abren rarísimas excepciones al postulado de la autonomía, en su mayoría, en caso de riesgo de muerte inminente.

En conformidad con los artículos 22 y 31 del Código de Ética Médica (CEM) [17], el término de consentimiento informado es un documento que contiene los debidos esclarecimientos al paciente acerca de los objetivos y justificativos de los procedimientos a los que el paciente será sometido, además de informarlo de las faltas de confort, riesgos posibles y beneficios esperados, métodos alternativos de diagnóstico o tratamiento, efectos adversos y complicaciones específicas. Tal documento *es obligatorio y el formulario es escrito convenientemente para desmenuzar la responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud de la intervención* [18]. El término de con-

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233089

sentimiento informado es el medio propicio para que el paciente exprese su voluntad y tome conciencia de lo que podrá y va a ocurrir durante un procedimiento o cirugía.

Para que tenga validad, ese documento debe tener la espontanea y libre aceptación del paciente. Es necesario que él complete y firme ese documento, como forma de atestiguar su competencia y capacidad para entender y consentir con su contenido. Además, tiene que ser secundado por informaciones verbales, suficientes, claras y adecuadas, de modo que el paciente pueda comprenderlas en su totalidad [18]. De acuerdo con Teresa Ancona Lopez, *el deber de informar es uno de los deberes anexos a la buena fe objetiva. Así, la regla general de buena fe debe estar presente todo el tiempo en la relación médico-cliente de ambos lados* [19].

La relación médico-paciente es relevante para el desarrollo de una práctica médica exitosa, especialmente cuando se trata de cirugías con fines estéticos, en las que el paciente busca la mejoría de su apariencia, y todos los riesgos posibles deben ser llevados a su conocimiento. La existencia de daños físicos, o de resultados diferentes a los pretendidos, puede acarrear innúmeras consecuencias a la vida del paciente, inclusive de cuño psicológico. Por lo tanto, para que se alcance el resultado deseado, es de extrema valía que la relación médico-paciente este basada en la confianza y la transparencia.

Una persona saludable que se somete a una cirugía estética tiene como objetivo específico: mejorar su apariencia. Como consecuencia de esa circunstancia, aumenta la responsabilidad del médico para con el paciente, que debe ser informado –de preferencia, personal y expresamente- de todos los riesgos y ventajas inherentes al procedimiento. Aquí, el deber de informar es más imperioso que en el caso de las cirugías sin fines estéticos, hasta porque, si no se hace de manera adecuada, el médico responderá por obligación del resultado [20].

Entre tanto, es preciso señalar que, tanto en ese caso como en cuanto otros, el médico tiene total autonomía para rehusarse a realizar los procedimientos. No debe realizar la cirugía cuando estuviese convencido de que esa intervención puede traer al paciente más daños que beneficios. Así, la autonomía del paciente y su derecho de elección están limitados por la autonomía y por la responsabilidad del profesional. Toda vez que, según lo entienda el médico, la voluntad del paciente representase un riesgo a su salud física y mental, él debe negarse a atenderlo, aunque esa conducta esté infringiendo su autonomía. Ese hecho es previsto en la teoría principialista, que tiene en cuenta el principio de *prima facie* [21].

Cirugía plástica, legislación y normas del CFM

Por cierto, no hay nada errado en querer mejorar la apariencia y buscar los resultados deseados. Y la cirugía plástica estética es un medio de alcanzar ese objetivo, redundando en beneficios a la salud física, psicológica y social del paciente. Conforme al artículo 1° de la Resolución CFM 1.621/2001, *la cirugía plástica es la especialidad única, indivisible y como tal debe ser ejercida por médicos debidamente cualificados, utilizando técnicas habituales reconocidas científicamente* [22].

Entre tanto, es necesario evitar excesos, así como irregularidades negativas durante la cirugía o procedimiento. Para eso, es importante que el paciente conozca al profesional a quien está confiando su cuerpo, salud y vida. La capacitación y experiencia de ese profesional son fundamentales para alcanzar un resultado quirúrgico positivo.

Conforme lo dispone el artículo de la Ley 3.268/1957, en vigencia en el país [23], el médico con diploma registrado en el Consejo Regional de Medicina (CRM) puede actuar en cualquier área, aún sin tener título de especialista. En consecuencia, el CFM no podrá crear normas para tornar obligatoria la realización de cirugías plásticas por médicos con esa titulación. Mientras tanto, esa realidad puede cambiar a partir de la reglamentación de las competencias normativas del CFM, según lo prescribe el artículo 7° de la Ley 12.842/2013, también llamada Ley de Acto Médico [24].

En los Estados Unidos, por ejemplo, la habilitación del cirujano plástico puede ocurrir de dos formas. La primera, por el *combined program*, en el cual el candidato hace una única prueba selectiva, luego de haber concluido la formación médica. El médico residente hará, entonces, tres años de cirugía general y dos o tres de cirugía plástica. El profesional todavía podrá precisar de más de un año adicional de investigación entre la residencia y la cirugía general y la plástica. Otro medio de formación de futuros cirujanos plásticos estadounidenses proviene del programa tradicional, para el cual es necesario hacer dos pruebas selectivas, una para la admisión en programa de cirugía general, con duración de cinco años, y otra para ingresar en el programa de cirugía plástica, cuya duración es de dos a tres años [25].

Como fue visto, en Brasil, todavía no hay exigencia legal de título de especialista en cirugía

plástica para realizar el procedimiento. El artículo 20 de la legislación en vigor [23] determina apenas que, para anunciar la actuación en cualquier rama o especialidad médica, el profesional debe ser registrado en el CRM. Sobre la especialidad de cirugía plástica, las normas del CFM recomiendan que, para ejecutar el procedimiento, el médico debe tener un entrenamiento específico, siendo imprescindible una habilitación previa en cirugía general, entre otras recomendaciones y determinaciones definidas en resoluciones correlativas.

Vale la pena cita, mientras tanto, lo que se mencionó anteriormente: que el artículo 7º de la Ley 12.842/2013 busca disciplinar la competencia fiscalizadora de los CRM y del CFM, englobando la fiscalización y el control de los procedimientos de naturaleza experimental cuando esos no atiendan los requisitos determinados por esa misma ley [24]. En ese contexto, el CFM está expresamente autorizado en bajar normas sobre procedimientos médicos, pudiendo, inclusive, consentirlos mediante la exigencia de cierto grado de conocimiento técnico del médico, o verlos a los profesionales que no posean título de especialista. Se destaca, todavía, el reciente decreto 8.516/2015, que busca reglamentar la formación del Registro Nacional de Especialistas, con el objetivo de subsidiar los ministerios de Salud y de Educación como fuente de informaciones para parametrización de acciones de salud pública y de formación en salud [26].

El registro dispondrá de informaciones oficiales referentes a la especialidad médica de cada profesional médico contenidas en las bases de datos de la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), del CFM, de la Asociación Médica Brasilera (AMB), así como de las sociedades de especialidades vinculadas a esos órganos. El decreto 8.516/2015 establece, todavía, la Comisión Mixta de Especialidades, en el ámbito del CFM, atribuyéndole competencia para definir, por consenso, las especialidades médicas del país, cabiéndole al CNRM la determinación de la matriz de competencia para la formación de especialistas en el área de residencia médica [26].

A pesar de que la práctica de la cirugía plástica sea facultada a todos los profesionales con registro en el CRM, en 2001 el CFM consideró tal procedimiento como especialidad médica. A partir de entonces, la práctica pasó a ser reglamentada por el órgano, y el profesional, reconocido mediante el registro del título de especialista obtenido con la conclusión de residencia médica acreditada por el CNRM, o con la aprobación en examen especifico aplicado por el SBCP. Para que el profesional pueda declararse especialista en cirugía plástica, el CFM define una serie de prerrequisitos y conocimientos técnicos y científicos adquiridos durante la graduación o posgraduación (residencia médica y/o especialización) [22]. Se reitera que, de acuerdo con el artículo 4º de la Resolución del CFM 1.634/2002, *el médico sólo puede declarar vinculación con la especialidad o área de actuación cuando fuese poseedor del título o certificado correspondiente, debidamente registrado en el Consejo Regional de Medicina* [27].

Conforme consta en esa misma resolución, las tres entidades –CFM, AMB y el CNRM- firmaron convenio por medio del cual tomaron conductas comunes en la adopción de nuevas especialidades médicas en Brasil. El convenio establece que son necesarios tres años de formación para que el profesional obtenga el título de especialista en cirugía plástica por la CNRM y el AMB, facultado, como ya fue visto, después de la aprobación en el programa de residencia médica en cirugía plástica o en examen promovido por el SBCP [27]. Normalmente, el título de especialista en cirugía plástica es precedido de residencia médica en cirugía general, con duración media de dos años, los cuales se suman a los seis años de graduación. Sumando todo ese tiempo, se concluye que la calificación de un cirujano plástico resulta de, mínimo, 11 años de estudio.

Con respaldo en el artículo 17 de la Ley 3.268/1957 [23], médicos sin la debida especialización también vienen realizando cirugías plásticas con fines estéticos. Muchos de esos procedimientos quirúrgicos son extremadamente complejos, y, cuando los resultados son negativos, o catastróficos, pueden llevar a la muerte del paciente. Una razón más para que el CFM y el SBCP insistan en la calificación académica de los cirujanos plásticos, tanto para la protección de los pacientes como en lo que se refiere a la protección de la propia categoría médica.

Como instancia reglamentadora de la práctica profesional, el CFM adoptó el "Manual de procedimientos administrativos", para orientar la fiscalización de los CRMs y establecer criterios para la autorización de funcionamiento de los servicios médicos de cualquier naturaleza [28]. Ese manual también estipuló los criterios mínimos de funcionamiento para locales de realización de cirugías plásticas, pudiendo vedar aquellos que no atiendan a tales requisitos, con base en el "Manual de estudio y fiscalización de la medicina en Brasil" [29-30]. Se observa, por lo tanto, que las normas del CFM no se agotan en el acto médico, sino que también alcanzan los ambientes y servicios médicos, resguardando las condiciones adecuadas para su práctica.

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233089

Esas guías se destinan a garantizar asistencia médica segura para la población. Con base en ese imperativo, el CFM consideró tres condiciones básicas para la realización de esos procedimientos: 1) ambiente físico y de edificación adecuados; ") equipamientos e insumos para la propedéutica, aplicación terapéutica y procedimientos rehabilitadores, además de métodos investigativos diagnósticos; ·) infraestructura para tratar complicaciones ocurridas en las intervenciones, si fuese el caso [29].

Las determinaciones del CFM son de suma importancia frente del notable aumento de las cirugías plásticas estéticas en el país. Según el órgano, la medicina no puede ser ejercida según fines comerciales, la publicidad con imágenes y resultados de pacientes no puede herir preceptos éticos y la responsabilidad del médico en el atendimiento a los pacientes es integral, única e intransferible, sea en el diagnóstico de enfermedades y deformidades, sea en la indicación y realización del tratamiento.

Considerando la responsabilidad del médico, el CFM, por medio de la Resolución 1.836/2008, se vio en el deber de vedar al médico al atendimiento de pacientes encaminados por empresas que anuncien y/o comercialicen planes de financiamiento o consorcios para procedimientos médicos [11]. Según la norma, le cabe al profesional definir los valores y la forma de cobrar su honorarios, observando el CEM.

Responsabilidad del médico

Hipócrates, citado por Beuchamp y Childress, preconizaba que el médico debería tener como mínimo dos objetivos: socorrer o, al menos, no causar daños [31]. Tal ensañamiento corresponde al principio de no maleficencia (no hacer el mal al paciente), presente en los códigos deontológicos de medicina en todo el mundo y reproducido en la teoría principialista. Además, hay otro precepto hipocrático que orienta tanto a la práctica médica como a la teoría principialista: el principio de beneficencia, que consiste en hacer el bien al paciente: *Aplicaré los regímenes para el bien del enfermo según mi poder y entendimiento, nunca para causar daño o mal a alguien* (…) *En toda casa, ahí entraré para el bien de los enfermos, manteniéndome lejos de todo daño voluntario* [32].

En la práctica médica, es humanamente imposible no cometer errores, fallas que provocan daños a los pacientes, y que en ciertos casos pueden ser imputadas a los médicos y, en otros, a problemas técnicos de los establecimientos hospitalarios, sin mencionar otras hipótesis posibles. En el área médica, generalmente, no se trabaja con la garantía de resultados, pues el médico ejerce la obligación de medio, no de resultado. Mientras tanto, en el caso de la cirugía plástica con fines estéticos, se admite que la obligación es de resultado, conforme el posicionamiento del Tribunal Superior de Justicia en 2013 [33], a pesar de que la responsabilidad del médico, aún en caso de cirugía meramente estética, permanezca subjetiva, establecida mediante comprobación de la culpa.

La obligación del médico de reparar el daño causado al paciente está condicionada a tal comprobación, ya que el párrafo único del artículo 1º, Capítulo III, del CEM proclama que *la responsabilidad médica es siempre personal y no puede ser presunta* [17]. Por lo tanto, los pacientes que se quejan de error médico deben comprobar tal alegación; caso contrario, no hay cómo responsabilizar al médico. Eso ocurre porque, en el ordenamiento jurídico de Brasil, no se adopta la tesis de riesgo profesional [34].

La aplicación de responsabilidad consumista a la relación médico-paciente sufre divergencias; aunque, es preciso recordad que esa relación está lejos de ser mero producto, hasta porque se pauta por los cuidados esenciales a la salud de los pacientes. No hay que ignorar su aplicación cuando se trata de establecimientos de salud, que detentan la responsabilidad objetiva. No obstante lo dispuesto en el párrafo 4º del artículo 14 del Código de Defensa del Consumidor, según el cual *la responsabilidad personal de los profesionales liberales será definida mediante la verificación de culpa* [35], el médico desarrolla una actividad personalísima, de naturaleza contractual, verbal o tácita.

De acuerdo con el Código Civil, el ofensor tendrá la obligación de indemnizar al ofendido o a la familia de la víctima en caso de homicidio (art. 948), por lesión u otra ofensa a la salud (art. 949), inclusive se de ese agravio resultara un defecto que le impida al ofendido trabajar, ejercer su profesión, su oficio, o disminuya su capacidad para hacerlo (art. 950). Deberá hacer frente, también, con todos los gastos de los lucros cesantes y del tratamiento, compensando cualquier pérdida pecuniaria que el ofendido pueda tener como consecuencia del acto lícito practicado por el ofensor, cuando él, por negligencia, imprudencia o impericia en el ejercicio de la profesión *causase la muerte del paciente, agrave su mal, cause lesión o inhabilitación para el trabajo* (art. 951) [36].

Además de estar sujeto a la responsabilidad ética (CEM) y civil (Código Civil), el médico también responde penalmente cuando practique conductas tipificadas por el Código Penal, como es el caso del ejercicio ilegal de la medicina (art. 282), certificado

falso (art. 302), omisión de notificación compulsoria de enfermedad (art. 269), violación del secreto profesional (art. 154), etc [37].

Los CRM y el CFM buscan cohibir la práctica del acto de infracción, presentado denuncias con el fin de verificar la responsabilidad del médico en el error y aplicando la punición prevista siempre que fuese comprobada la culpa [23]. El error médico ocurre cuando el profesional – actuando con impericia, imprudencia o negligencia en el ejercicio de la medicina- realiza una conducta en desacuerdo con la técnica o con las normas o legislación destinadas a disciplinar sus actos y prevenir el error, resultando en daño a la vida o a la salud del paciente. Además de asegurar la profesión, trabajar éticamente, respetar la vida y la dignidad del ser humano, el médico debe hacer todo lo que estuviese a su alcance (diagnósticos y tratamientos) en beneficio del paciente, sin perjudicarlo.

En un relevamiento realizado en el sistema de Proceso Ético-Profesional [38] del CFM, el 23 de marzo de 2015, se demuestra que, entre las especialidades que más infringen el artículo 1º del CEM, que veda al médico causar daño al paciente, por acción u omisión [17], la cirugía plástica ocupó el tercer lugar. Se resalta que las estadísticas no corresponden necesariamente a los errores cometidos por especialistas de las áreas indicadas, sino a las especialidades con más penas éticas aplicadas, siendo el médico especialista o no. El daño estético ocurre en consecuencia de una modificación indeseable y vejatoria del cuerpo del paciente [39], que afectan al paciente tanto física como moralmente, además de exponerlo a la vergüenza y la humillación en el ámbito social.

Estadística de las áreas médicas con más penas por infracción del artículo 1º del Código de Ética Médica – 2010 a 2014

Especialidad	Total
Ginecología e obstetricia	160
Clínica médica	91
Cirugía plástica	63
Pediatría	60
Cirugía general	41
Ortopedia y traumatología	29
Cirugía pediátrica	3
Neurocirugía	2
Cirugía cardiovascular	1
Cirugía de mano	1
Cirugía de cabeza y cuello	1
Medicina del deporte	1
Medicina legal	1
Sexología	1

Fuente: CFM: datos obtenidos del sistema de Proceso Ético-Profesional del CFM (SIEM/SAS), 23 de marzo de 2015.

* Esa estadística es realizada por denunciado, ya que un proceso puede tener más de un denunciado. Investigación realizada con las penas por la infracción de las líneas "a", "b", "c" y "e", del artículo 22 de la Ley nº 3.268/1957.

La estadística corrobora la importancia de imponer límites al ejercicio de la práctica médica en general. Tal imposición no se propone reprimir a los buenos profesionales, sino indicar formas de prevenir errores y promover la seguridad de los pacientes.

Consideraciones finales

El mercado prometedor que se tornó el área de la cirugía plástica, principalmente con fines estéticos, no elimina el deber ético de los médico de trata a la medicina como una actividad esencial para la vida humana. Para ejercerla, el profesional, además de ser consciente, competente y calificado, debe velar por el bien mayor, que es la vida y el bienestar de sus pacientes.

Los mecanismos que influencian la creciente demanda de cirugías estéticas giran en torno de la diseminación exacerbada de patrones de belleza unívocos, calcados de la esbeltez y la juventud corporal y facial. Los medios electrónicos, por medio de *selfies* y posteos en redes sociales, así como materiales periodísticos divulgados por otros medios, llevan a fanáticos y admiradores de celebridades a buscar esos patrones de belleza, no siempre realies. El médico debe considerar en sus pacientes la necesidad o no de esos procedimientos.

La bioética clínica, en espacial en su vertiente principialista, tiene como objetivo la mejor relación médico-paciente. En la práctica médica, por lo tanto, los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia propugnados por la bioética principialista deben ser practicados cotidianamente, de modo que ni el paciente ni el propio médico sean sometidos a situaciones antiéticas y perjudiciales. El médico tiene el deber de hacerle el bien al paciente, sin perjudicarlo; su conducta debe pautarse por la ética, ser adecuada y justa, traduciéndose en la prestación de informaciones correctas, precisas y esclarecedoras a sus pacientes, con el fin de que disfruten de la libertad, de la autonomía de tomar decisiones. En contrapartida, el médico tiene sus derechos, inclusive el de rehusarse a realizar procedimientos clínicos o quirúrgicos que van en contra de sus valores, conocimientos y experiencia; o sea, derecho de negarse a practicar intervenciones que considere antiéticas que pueden generarle al paciente más perjuicios que beneficios.

Una de las principales funciones de los órganos reglamentadores, fiscalizadores y controladores de la práctica médica –CFM, CRM, AMB, SBCP- es

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233089

el de velar por el desempeño técnico y legal de la medicina, ya sea por la cohibición de actos que generen daños, ya sea por la averiguación y punición de posibles y eventuales errores médicos. Teniendo en vista ese diploma lega, es de suma importancia que esas instituciones se empeñen, al máximo, en imponer límites a las cirugías estéticas siempre que hubiese situaciones de riesgo para el paciente, las cuales irán a repercutir, inevitablemente, en la propia clase media.

Referências

1. Wikipédia. [Internet]. Selfie. [alterado 22 jul 2015; acesso 2 ago 2015]. Disponível: https://pt.wikipedia.org/wiki/Selfie
2. Cruz MM. Onda de selfies aumenta a procura por cirurgias plásticas. Estado de Minas. [Internet]. 20 abr 2015 [acesso 1º ago 2015]; Saúde Plena. Disponível: http://bit.ly/1E72ZYR
3. American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Annual AAFPRS survey reveals celebrity look-alike surgery on the rise. [Internet]. Washington, 22 jan 2015 [acesso 1º ago 2015]. Disponível: http://www.aafprs.org/media/stats_polls/m_stats.html
4. Ferreira V. 35 perguntas sobre filosofia da ciência, bioética e estética. Portal ebah. [Internet]. [s/d.] [acesso 4 ago 2015]. Disponível: http://www.ebah.com.br/content/ABAAAe7JMAL/35-perguntas-sobre-filosofia-ciencia-bioetica-estetica
5. Avelar JM. Cirurgia plástica: obrigação de meio e não obrigação de fim ou de resultado. São Paulo: Hipócrates; 2000.
6. Andrews JM, Di Martino M, Freitas FP. História da Cirurgia Plástica. Ferreira LM, organizadora. Guia de cirurgia plástica. Barueri: Manole; 2007. (Schor N, organizador. Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp-EPM). Cap. 1. p.7. 7. Andrews JM, Di Martino M, Freitas FP. Op. cit. p. 10
8. American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Selfie trend increases demand for facial plastic surgery. [Internet]. Washington, DC, 11 mar 2014 [acesso 1º ago 2015]. Disponível: http://www.aafprs.org/media/press_release/20140311.html
9. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Casamentos, mãos e selfies: nova tendência de cirurgia plástica. [Internet]. jun 2014 [acesso 1º ago 2015]. Disponível: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/casamentos-maos-e-selfies-nova-tendencia-de-cirurgia-plastica
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. De acordo com a ISAPS, Brasil lidera ranking de cirurgias plásticas no mundo. [Internet]. jul 2014 [acesso 2 ago 2015]. Disponível: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/de-acordo-com-a-isaps-brasil-lidera-ranking-de-cirurgias-plasticas-no-mundo
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.836, de 22 de fevereiro de 2008. É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 51, p. 195, 14 mar. 2008. Seção 1). [Internet]. 2008 [acesso 27 ago 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1836_2008.htm
12. Conselho Federal de Medicina. Compras coletivas de procedimentos estéticos e consórcios de cirurgias plásticas colocam em risco a segurança de pacientes. Portal Médico CFM [Internet]. 25 out 2012 [acesso 3 ago 2015]. Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23340:compras-coletivas-de-procedimentos-esteticos-e-consorcios-de-cirurgias-plasticas-colocam-em-risco-a-seguranca-de-pacientes&catid=3
13. Cordeiro D. As muitas considerações para a cirurgia plástica em adolescentes. Blog Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. [Internet]. 9 maio 2015 [acesso 1º ago 2015]. Disponível: http://www2.cirurgiaplastica.org.br/blog/as-muitas-consideracoes-para-a-cirurgia-plastica-em-adolescentes
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.711, de 10 de dezembro de 2003. Estabelece parâmetros de segurança que devem ser observados nas cirurgias de lipoaspiração, visando garantir ao paciente o direito de decisão pós-informada e aos médicos, os limites e critérios de execução. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 7, p. 85, 12 jan 2004. Seção 1). [Internet]. 2003 [acesso 1º set 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1711_2003.htm
15. Gama GCN. A nova filiação: o biodireito e as relações parentais: o estabelecimento da parentalidade-filiação e os efeitos jurídicos da reprodução assistida heteróloga. Rio de Janeiro: Renovar; 2003.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 183, p. 90, 24 set 2009. Seção 1). [Internet]. 2009 [acesso 28 ago 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm
18. Godinho AM, Lanziotti LH, Morais BS. Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. Rev Bras Anestesiol. [Internet]. 2010 mar-abr [acesso 3 ago 2015]; 60(2):207-14. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n2/v60n2a14.pdf

19. Lopez TA. O dano estético: responsabilidade civil. 3ª ed. rev. ampl. e atual. conforme o Código Civil 2002. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2004. p. 115.
20. Lopez TA. Op. cit. p. 118.
21. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 90-1.
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.621, de 16 de maio de 2001. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 109, p. 40, 6 jun. 2001. Seção 1). [Internet]. 2001 [acesso 28 ago 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1621_2001.htm
23. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. [Internet]. (Publicada no Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, p. 23013, 1º out. 1957. Seção 1). 1957 [acesso 28 ago 2015].
Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm
24. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. [Internet]. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 132, p. 1, 11 jul. 2013. Seção 1). 2013 [acesso 28 ago 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm
25. Ferreira LM. Formação Profissional e Acadêmica do Cirurgião Plástico. Ferreira LM, organizadora. Guia de cirurgia plástica. Barueri: Manole; 2007. (Schor N, organizador. Série Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp-EPM). Cap. 2. p. 14.
26. Brasil. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. [Internet]. (Publicado no Diário Oficial da União. Brasília, nº 174, p. 1, 11 set. 2015. Seção 1). 2015 [acesso 7 out 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm
27. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 81, p. 265, 29 abr. 2002. Seção 1). [Internet]. 2002 [acesso 28 ago 2015].
Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1634_2002.htm
28. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.010, de 21 de fevereiro de 2013. Adota o Manual de Procedimentos Administrativos padrão para os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Revogam-se todas as disposições em contrário. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 123, p. 141, 28 jun. 2013. Seção 1). [Internet]. 2013 [acesso 28 ago 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2010_2013.pdf
29. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento.. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 220, p. 162-3, 12 nov. 2013. Seção 1). [Internet]. 2013 [acesso 27 ago 2015]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2056_2013.pdf
30. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.073, de 28 de março de 2014. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.056/13, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 70, p. 154, 11 abr. 2014. Seção 1). [Internet]. 2014 [acesso 28 ago 2015].
Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2014/2073_2014.pdf
31. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 209.
32. Missão, visão e valores: Juramento de Hipócrates. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. [Internet]. 2001 [acesso 23 jul 2015].
Disponível: https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3
33. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Agravo em Recurso Especial: AgRg nos Edcl no AREsp 328110 RS 2013/0110013-4 (STJ). (Data de julgamento: 19 de setembro de 2013. Relator Ministro Luis Felipe Salomão). Jus Brasil (Portal). [Internet]. 2013 [acesso 12 out 2015]. Disponível: http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24202906/agravo-regimental-nos-embargos-de-declaracao-no-agravo-em-recurso-especial-agrg-nos-edcl-no-aresp-328110-rs-2013-0110013-4-stj/inteiro-teor-24202907
34. Rosário, GCM. Responsabilidade civil na cirurgia plástica. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2004. p. 43.
35. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [Internet]. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 176, p. 1 (Supl.), 12 set. 1990. Seção 1). 1990 [acesso 28 ago 2015].
Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm
36. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [Internet]. (Publicada no Diário Oficial da União. Brasília, nº 8, p. 1, 11 jan. 2002. Seção 1). 2002 [28 ago 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm
37. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [Internet]. (Publicada no Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, p. 23911, 31 dez 1940. Seção 1). 1940 [acesso 23 jul 2015]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

38. Conselho Federal de Medicina (CFM): pesquisa de dados obtidos do SIEM – Sistema de Processo Ético Profissional - em 23/03/2015. * Essa Estatística é realizada por denunciado, pois um processo pode ter mais de um denunciado. Pesquisa realizada com as apenações das alíneas "a", "b", "c" e "e", do artigo 22 da Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957.
39. Lopez TA. Op. cit. p. 120.

Recebido: 7. 7.2015
Revisado: 30. 9.2015
Aprovado: 14.10.2015