

Foi com particular entusiasmo que aceitei o convite da Entidade Reguladora da Saúde para participar na conferência “5 anos, 5 temas” para abordar o tema do consentimento informado, a partir da realidade da CUF.

O convite proporcionou-me a oportunidade de refletir publicamente sobre um tema que, embora tenha uma importante dimensão jurídica, se concretiza sobretudo na prática hospitalar e na relação entre médico e doente e, antes disso, se há-de materializar nos procedimentos, instruções de trabalho e circuitos elaborados e validados por uma equipa de suporte abrangente e multidisciplinar.

Espero que estas notas possam contribuir para a análise do tema.

Consentimento informado para prestação de cuidados de saúde: algumas notas da realidade na CUF

1. Introdução

O consentimento do paciente é a legitimação e o limite da intervenção médica. Para que seja plenamente eficaz, o consentimento deve não só ser suficientemente informado, mas o sujeito deve possuir a necessária capacidade para autonomamente tomar as decisões necessárias. É, por isso, uma etapa fundamental no processo de intervenção médica.

Algumas questões devem, nesta sede, ser ponderadas. Atendendo à importância do consentimento porque é que muitos profissionais continuam a tratar o consentimento como um mero formalismo? Qual a informação que deve ser transmitida ao doente? O doente deve ser informado de todos os riscos da intervenção? Só dos riscos mais frequentes?

Ana Maria Lemos das Neves de Almeida foi autora de uma tese intitulada “Consentimento Informado” que visava caracterizar a aplicação do consentimento informado e a forma como este é percecionado pelos doentes. O trabalho envolveu a inquirição de 50 doentes e de 99 profissionais de saúde, sendo 75 enfermeiros e 24 médicos. Passo a citar uma das conclusões do referido estudo:

*“Julgamos que alguns profissionais inquiridos não concedem o valor pleno ao Consentimento Informado, optando pelo procedimento mais simples ao desvalorizarem a vertente da informação. **Ocorre a ideia de que, para eles, é principalmente importante***

obter do doente a assinatura que legitime o acto pretendido.”. Esta é uma realidade ainda existente.

De facto, o consentimento informado continua, em muitos contextos assistenciais, a ser tratado como um mero documento: um formulário que se preenche, assina e arquiva. Essa prática é necessária do ponto de vista organizacional, mas é manifestamente insuficiente do ponto de vista jurídico, clínico e ético.

O consentimento não é a assinatura; é o processo de comunicação que permite a uma pessoa decidir, com liberdade e conhecimento, se aceita ou recusa uma intervenção sobre o seu corpo. Não é também um contrato na medida em que é livremente revogável e não pode advir para o doente qualquer juízo de censura ou consequência jurídica (uma vez que não existe o direito de exigir o cumprimento do contrato por parte do prestador) ou económica.

Esta distinção tem consequências práticas relevantes. Um formulário completo pode não demonstrar que existiu informação adequada. Inversamente, uma decisão verdadeiramente esclarecida pode resultar de um processo clínico bem conduzido, mesmo quando a sua documentação não reproduz toda a conversa. O desafio das instituições de saúde consiste, portanto, em aproximar as duas dimensões: garantir uma decisão clinicamente adequada e assegurar que o processo dessa decisão é suficientemente documentado.

Este deve ser o ponto de partida numa organização que gere Unidades de Saúde como a CUF.

De facto, a CUF dispõe de uma Política Interna de Consentimento Informado, aplicável aos hospitais e clínicas da sua rede, que enquadra o consentimento informado, esclarecido e livre, o consentimento presumido, a situação dos menores e das pessoas incapazes, o direito de não consentir e confirma a necessidade de registo no processo clínico.

2. Uma passagem sumária pela Legislação existente

O primeiro grande documento escrito de dimensão internacional foi o Código de Nuremberga, em 1947, oriundo do julgamento por Tribunal daquela cidade. A sua doutrina refere-se essencialmente às experimentações em seres humanos e ensaios clínicos e refere expressamente, num dos capítulos:

“É absolutamente essencial obter o consentimento voluntário do paciente”.

Durante este período houve um conjunto de declarações que abordaram a questão da autonomia do doente. Em Portugal, por iniciativa do Ministério da Saúde em 1997, foi publicada a carta dos Direitos do Doente, que compreende o direito do doente a *“dar ou recusar o seu consentimento antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensaio clínico”*.

Neste mesmo ano, também a Convenção de Oviedo tornou-se o primeiro e principal tratado internacional vinculativo no domínio da bioética, criado pelo Conselho da Europa para proteger a dignidade, os direitos e a integridade do ser humano face aos avanços da biologia e da medicina. O artigo 5º diz que *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.”*.

A Lei nº 95/2019, de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde - também dá particular importância a este direito quando na Base 2, n.º 1, al. f) estipula que *“Todas as pessoas têm direito: (...) f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excepcionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde.”*

Também o Regulamento 707/2016, de 21 de Julho - Regulamento de Deontologia Médica - estabelece no artigo 19º o direito do doente *“a receber e o médico o dever de prestar esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença”* e continua ao definir os requisitos desse dever de esclarecimento:

- deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspetos relevantes de atos e práticas, dos seus objetivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência;
- deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis, adaptados a cada doente, realçando o que tem importância ou o que, sendo menos importante, preocupa o doente;
- deve ter em conta o estado emocional do doente, a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural;
- deve ser feito, sempre que possível, em função dos dados probabilísticos e facultando ao doente as informações necessárias para que possa ter uma visão clara da situação clínica e tomar uma decisão consciente.

No âmbito Penal temos diversas disposições onde o consentimento é abordado num sentido geral nos artigos 38º e 39º e, mais especificamente na sua relação com os cuidados de saúde, nos artigos 149º, 150º, 156º e 157º.

Os diplomas citados fazem parte de um quadro normativo que regulamenta o consentimento, sendo de destacar as várias dimensões que o mesmo assume na área da saúde:

- a) **Dimensão Informativa (Esclarecimento):** O utente tem o direito de receber informações claras, completas e compreensíveis sobre o diagnóstico, a intervenção proposta, os riscos, efeitos secundários, alternativas possíveis (tratamentos conservador) e o prognóstico. Para garantir este pressuposto, a informação deve ser apresentada numa linguagem simples e adequada à pessoa¹.
- b) **Dimensão Voluntária (Liberdade):** O consentimento deve ser dado de forma livre, sem coação, pressão ou influência indevida, permitindo que o paciente decida se aceita ou recusa o cuidado de saúde proposto.
- c) **Dimensão da Capacidade:** O consentimento é dado pelo próprio utente, desde que este seja capaz de compreender a informação e de tomar uma decisão. Em casos de incapacidade (menores, maiores acompanhados) ou em situações de emergência, existem procedimentos específicos (representante legal ou consentimento presumido).

3. Análise de Casos: O Consentimento Informado nos Tribunais

A compreensão das normas que analisamos no ponto anterior compete, no essencial, aos agentes da justiça e aos tribunais. São os tribunais que vão definir, através da interpretação dos conceitos indeterminados como o “dever de informar”, a sua aplicação prática. Quem é que informa? Em que momento? O que se informa?

Vamos analisar três decisões:

CASO 1: Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 9 de outubro de 2014²

¹ Entre o dever de informar e o dever de obter o consentimento, situa-se o dever de averiguar se o interessado entendeu as explicações que lhe foram dadas; sem a satisfação deste dever, nada garante que o consentimento foi realmente esclarecido, embora o médico tenha aparentemente cumprido a obrigação de informar. O consentimento documentado não se confunde com consentimento informado.

² Disponível eletronicamente em <https://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/f80b5c5850afdfb780257d6d003027bf?OpenDocument>

Em relação ao caso clínico e resumindo o que estava em causa neste processo, um utente com uma lesão parcial do ramo tenar do nervo mediano esquerdo, com incapacidade de abdução do polegar, embora com perfeita mobilidade da mão, pulso, cotovelo e ombro; realizou múltiplas consultas no hospital tendo o médico informado que aquela limitação só seria resolvida com cirurgia.

Depois da intervenção ficou a padecer de limitação da mobilidade do dedo polegar, retração isquémica de Volkmann relativamente à mão esquerda, contratura na flexão do punho, rigidez de todos os dedos da mão esquerda, com impossibilidade de usar essa mão, bem como rigidez do ombro esquerdo e incapacidade total para posicionar a mão esquerda no espaço e de com ela comunicar gestualmente.

Ficou provado que não lhe foi explicado o tipo de intervenção e o risco inerente à cirurgia.

Em relação ao conteúdo do consentimento informado em 2014 o que o STJ entendeu foi que no CI não se exige uma referência à situação médica em detalhe. E defendia ainda que também não era exigível a referência aos riscos de verificação excecional ou muito rara, mesmo que graves ou ligados especificamente àquele tratamento. - entendimento que já não vigora na jurisprudência como teremos oportunidade de verificar.

Indo ao ponto importante deste acórdão o que conclui é que *“a referência num documento, assinado por médico e doente, a que aquele “explicou” a este, “de forma adequada e inteligível”, entre outras coisas, “os riscos e complicações duma cirurgia” não permite ajuizar da adequação e inteligibilidade e, bem assim, dos riscos concretamente indicados, pelo que é manifestamente insuficiente.”*

Ou seja, os nossos tribunais defendem que um consentimento informado genérico é insuficiente e por isso, não será válido para provar os riscos efectivamente transmitidos.

CASO 2: Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 1 de Outubro de 2024³

Uma segunda decisão do STJ que passamos a resumir:

- Procedimento de discectomia e extirpação de duas hérnias discais cervicais de um doente; acordou com paresia dos membros direitos; o exame cervical permitiu concluir

³Disponível electronicamente em <https://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/7eb0a270aca95b5c80258baa00725286?OpenDocument>

pela existência de um foco de sofrimento medular direito em C5-C6; ficou com uma incapacidade permanente; o risco de ocorrência de lesões medulares é de 0,2-3,3%.

Esta decisão veio esclarecer alguns pontos importantes:

- que a prova do consentimento informado compete aos médicos - o que em certa medida já se sabia porque decorre da lei ⁴;
- que a falta ou a invalidade do consentimento determina a responsabilidade pelos danos causados e não só pelo mero incumprimento desse dever; são ressarcíveis não só os danos não patrimoniais causados pela violação do direito do paciente à autodeterminação e à liberdade, mas também pelas consequências da própria intervenção cirúrgica, mesmo que tenham sido cumpridas as boas práticas.
- e em relação ao conteúdo do consentimento informado esta decisão veio estabelecer que o doente deve ser informado dos riscos da cirurgia: 1) os mais frequentes e os 2) mais graves, ainda que raros.

CASO 3: Ac. do Tribunal da Relação do Porto, de 15 de Setembro de 2025⁵

Este é o caso de uma doente admitida para cirurgia de correcção do cistocelo teve, no decurso da cirurgia, uma lesão neurológica do nervo peroneal direito tendo ficado com o pé pendente, que lhe ocasionou danos patrimoniais e não patrimoniais.

Ficou provado que previamente à realização da cirurgia não foi informada pelos profissionais da Ré sobre a possibilidade de, em consequência da mesma, poder vir a sofrer lesão do nervo peroneal.

Neste caso, o Tribunal concluiu que foram cumpridas as boas práticas, ou seja, tecnicamente foi tudo bem feito durante a cirurgia (baseado na análise de peritos do INML).

Contudo, o Tribunal considerou que o médico violou o dever de informação, resultando em um consentimento inválido. O tribunal concluiu que a paciente não foi informada sobre a possibilidade de sofrer uma lesão no nervo peroneal, um risco que, embora raro (ocorrendo em 1,5% ou menos dos casos), era considerado "sério e grave" devido às suas consequências.

⁴ Artigo 342, n.º 2 do Código Civil.

⁵Disponível electronicamente em <https://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/609fa9b5cc5b4f4f80258d11003522b1?OpenDocument>

Neste sentido, o Tribunal entende que este tipo de complicações devem ser transmitidas ao doente de forma a possibilitar uma tomada de decisão consciente.

4. A realidade CUF

Como referido anteriormente existe em vigor na CUF uma Política interna que define o regime e circuito do consentimento informado assentando nos seguintes pressupostos:

- garantir um consentimento informado, livre e esclarecido;
- informação adicional com a descrição do procedimento, riscos, complicações e alternativas terapêuticas;
- a obrigação de informar o doente e recolher o consentimento informado é do médico, não podendo delegar em nenhum outro profissional de saúde;
- sempre que possível com um tempo de reflexão ajustado à situação clínica;
- obrigação de arquivo no processo clínico físico e electrónico do doente.

A política interna identifica como elementos essenciais do consentimento o tipo de procedimento, o diagnóstico, o procedimento ou procedimentos a realizar, a lateralidade, a assinatura do médico com data e hora, os dados e assinatura do doente ou representante, também com data e hora, e as notas adicionais assinadas quando necessárias. Estes requisitos não são uma exigência meramente gráfica: procuram assegurar que o documento corresponde ao ato concreto e que não existem lacunas sobre quem informou, quem consentiu e em que momento.

Em alguns modelos utilizados, o consentimento assinado pelo doente é acompanhado por informação adicional sobre o procedimento, os riscos e as complicações. Essa solução tem uma utilidade prática, mas apresenta um risco: a informação pode ser lida como um anexo separado do acto de consentir.

O projeto de revisão em curso na CUF procura ultrapassar essa separação através da criação de consentimentos personalizados, nos quais a informação específica do procedimento passa a integrar o documento assinado pelo doente e pelo médico⁶.

⁶ Em muitos procedimentos procura-se estar em linha com o entendimento da Ordem dos Médicos e das Sociedades que representam as áreas da especialidade. Por exemplo, no caso das colonoscopias a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia tem disponível um consentimento informado próprio para actos da especialidade que podem ajudar os profissionais e os hospitais <https://www.spg.pt/home/consentimento-informado-para-procedimentos-endoscopicos/>

A personalização não elimina a conversa clínica. Um consentimento de colonoscopia, por exemplo, deve poder explicar o procedimento, os riscos e complicações, as alternativas terapêuticas e as consequências de não realizar o exame.

Mas o médico terá ainda de considerar as circunstâncias daquele doente — incluindo idade, comorbilidades, características anatómicas, medicação ou outros fatores que possam alterar a probabilidade ou gravidade dos riscos — e registrar os esclarecimentos complementares.

O formulário é um instrumento de apoio; não é um documento fechado nem uma autorização indiferenciada.

5. Conclusão: uma mudança de cultura

O consentimento informado não é uma formalidade periférica nem uma etapa administrativa da admissão. É uma manifestação concreta do direito da pessoa a decidir sobre o seu corpo e sobre os cuidados de saúde que aceita receber. O seu conteúdo depende do caso, mas há exigências transversais: informação adequada e inteligível, comunicação pelo profissional responsável, consideração das alternativas e dos riscos relevantes, tempo de reflexão quando possível, respeito pela recusa e documentação coerente do processo.

A questão decisiva não é saber se o doente assinou. É saber se, antes de assinar — ou de consentir por outra forma admissível — recebeu a informação necessária para poder escolher. A diferença entre estas duas perguntas traduz a passagem do consentimento meramente documentado para o consentimento verdadeiramente informado.

Para as instituições de saúde, esta mudança exige mais do que rever formulários. Exige formar profissionais, criar instrumentos de apoio sem automatizar a decisão, auditar processos, identificar situações de maior risco e promover uma cultura em que perguntar ao doente o que compreendeu é tão importante como explicar-lhe o que vai ser feito. A documentação será então a consequência natural de um bom processo clínico, e não a sua substituição.

Num sistema de saúde centrado na pessoa, o consentimento informado deve ser visto simultaneamente como direito do doente, dever do profissional e responsabilidade organizacional.

É nessa convergência — entre autonomia, boa prática clínica e qualidade institucional — que se encontra a sua verdadeira função.

- Fig. 1 - Exemplo de um consentimento informado com informação adicional

Consentimento Informado



- ☐ Realização de atos cirúrgicos;
- ☐ Procedimentos anestésicos;
- ☐ Realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos maior ;
- ☐ Administração de sangue, seus componentes e derivados;
- ☐ Realização de técnicas invasivas em grávidas ;
- ☐ Partos;
- ☐ Colocação de dispositivos anticoncepcionais subcutâneos ou intrauterinos;
- ☐ Administração de gamaglobulina anti-D;
- ☐ Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta;
- ☐ Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição, aplicação de tecidos/ células de origem humana;
- ☐ Utilização off-label –indicação não descrita no RCM (Resumo Características Medicamento)
- ☐ Outros procedimentos _____

Diagnóstico: _____

Notas clínicas adicionais _____

Procedimento:	Direita	Esquerda	Não Aplicável
_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐

Confirmando que informei a pessoa abaixo indicada, de forma adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, alternativas possíveis, assim como os riscos inerentes associados, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica e outras informações que me foram solicitadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. De acordo com o meu entendimento, a pessoa abaixo indicada está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico Responsável: _____ **N.º Ordem:** _____

Data: ____/____/____ **Hora:** ____:____

Assinatura: _____

A preencher pelo Doente / Representante Legal

Eu, abaixo assinado, declaro que me foram explicadas as implicações, os riscos e as consequências (mais frequentes e previsíveis), sobre o procedimento a que vou ser submetido, bem como as alternativas existentes, os benefícios esperados e a probabilidade de sucesso.

Autorizo a realização do mesmo, bem como os procedimentos adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse, e justificados por razões clínicas, pelos profissionais do Hospital qualificados para tal.

Declaro possuir as informações suficientes para a minha decisão, que a minha decisão possa ser revogada a qualquer altura e de livre vontade e que não haverá prejuízo para os meus direitos se eu não aceitar este ato. Mais declaro, estar consciente de que em qualquer momento posso solicitar mais informações ao médico referido, se necessitar de esclarecimentos adicionais.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possa ocorrer em situações imprevistas e que seja necessário para além daquele proposto e que qualquer órgão ou tecido removido seja encaminhado para exames complementares desde que seja necessário para o esclarecimento de diagnóstico ou tratamento, em real benefício para a minha situação clínica.

A Unidade CUF é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados. Para o efeito de partilha de conhecimento com a comunidade científica (por ex., em congressos científicos, artigos, grupos de trabalho), gostaríamos de capturar (quando aplicável) e utilizar a sua imagem, obtida no âmbito deste ato, assim como os seus dados demográficos (idade, género) . Garantimos a confidencialidade dos seus dados, nomeadamente, nunca será identificado de forma direta nesta partilha. Para esta finalidade, os seus dados serão conservados até ao período da publicação ou pelo período máximo de 5 anos.

Para obter mais informações acerca dos termos do tratamento dos seus dados pessoais, bem como de quais são os seus direitos à luz da lei de da proteção de dados aplicável e de como os pode exercer, consulte a Política de Privacidade Saúde CUF ou contacte o Encarregado de Proteção de Dados do Grupo CUF, através de formulário no site <https://www.cuf.pt/contactos> selecionando o Assunto - Proteção de dados.

Sím ☐ **Não** ☐ Consinto o tratamento dos seus dados (captura, quando aplicável, e divulgação das imagens e dados demográficos) referentes a este ato clínico.

Nome completo do doente: _____

Data ____/____/____ **Assinatura:** _____

(Em caso de incapacidade de decisão do doente, a autorização será dada pelo seu representante legal, preenchendo o ponto abaixo)

Nome completo do representante: _____

Nº de documento identificador _____, Grau de Parentesco _____

Data ____/____/____ Assinatura: _____

Informação para Consentimento Informado

Hérnia Inguinal

A hérnia da parede abdominal consiste na protrusão de um órgão ou parte dele através de um orifício natural (congénito) ou adquirido (resultante de lesão ou da perda de substância dos seus constituintes)

Esta protrusão é habitualmente notada como uma tumefação que pode ou não ser redutível

Na região inguinal esta hérnia pode conter ansas intestinais

Existem duas abordagens para a reparação cirúrgica das hérnias inguinais: a técnica tradicional (através de uma incisão larga) e a técnica laparoscópica (minimamente invasiva).

Técnica tradicional

Neste tipo de técnicas podemos usar os tecidos existentes para a reparação do defeito ou uma rede sintética (prótese) para reforço. Normalmente é realizada uma incisão na zona inguinal e a hérnia é reduzida para dentro do abdómen. Seguidamente são suturados os músculos e fascias enfraquecidas, reforçados ou não pela prótese. Após esta cirurgia, o doente é aconselhado movimentar-se sem esforço, tão breve quanto possível, mas só deverá retomar as atividades que exijam mais esforço após 4 a 6 semanas.

Técnica laparoscópica

Na abordagem por laparoscopia, menos invasiva que a maioria das técnicas abertas, utilizam-se em regra três pequenas incisões no abdómen. Por uma destas das incisões é introduzida uma vídeo câmara e pelas restantes incisões os instrumentos cirúrgicos. O tratamento implica sempre a colocação de uma prótese. A convalescença é mais rápida, com menos dor

Alternativas Terapêuticas

Não existem alternativas terapêuticas eficazes para tratamento das hérnias inguinais

Riscos e Complicações

Como em qualquer cirurgia há riscos e complicações que podem ocorrer:

- Infecção superficial e profunda
- Hemorragia
- Dor
- Seroma / Hematoma
- Cicatriz hipertrófica
- Lesão de órgãos intra-abdominais
- Formação de fistulas
- Hérnia incisional
- Lesão de estruturas vasculares ou nervosas
- Reações adversas à medicação
- Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes
- Paragem cardio-respiratória
- Óbito (decorrente de complicações anestésicas, médicas e cirúrgicas)

Rúbrica médico: _____

Rúbrica doente: _____

- Fig. 2 - Consentimento informado com descrição completa

Consentimento Informado para Colonoscopia

Procedimento: Colonoscopia com ou sem sedação
(incluindo eventuais biópsias e polipectomia)

Diagnóstico: _____

Etiqueta do Doente

Informações

Descrição do Procedimento e Benefícios

A **COLONOSCOPIA** é o procedimento invasivo de visualização endoluminal utilizado para visualizar o intestino grosso. Na colonoscopia total é analisado todo o intestino grosso, ou seja o reto, o cólon sigmóide, o cólon descendente, o cólon transverso, o cólon ascendente e o cego. Em determinadas ocasiões é também realizada observação do íleon terminal (ileoscopia). Na colonoscopia esquerda, é analisado o reto, cólon sigmóide e cólon descendente. Para tal introduz-se através do ânus um endoscópio flexível, equipado com uma pequena câmara na extremidade, que transmite as imagens ampliadas para um monitor presente na sala onde o procedimento é realizado.

A colonoscopia pode ser realizada sem sedação profunda ou com sedação profunda (mais comum), de acordo com o solicitado pelo médico que solicitou o procedimento.

No início do procedimento o doente é colocado em decúbito lateral esquerdo, com os joelhos dobrados sobre o abdómen, mas em caso de necessidade esta posição pode ser alterada a fim de facilitar a progressão do colonoscópio.

Durante o procedimento o médico vai insuflando ar ou dióxido de carbono através do colonoscópio, o que permite a distensão do cólon, a progressão e a correta observação da mucosa. À medida que se insufla ar e que o colonoscópio vai progredindo o doente pode sentir algum desconforto abdominal, nomeadamente cólicas, embora em geral este procedimento seja bem tolerado.

No decurso da colonoscopia pode ser necessário realizar **BIÓPSIAS** (colheita de pequenos fragmentos de tecido com uma pinça para proceder à sua análise histológica posterior), efetuar **POLIPECTOMIAS** (remoção de pólipos com uma pinça de biópsias ou ansa de polipectomia) ou, mais raramente, **INJEÇÃO ENDOSCÓPICA DE FÁRMACOS**, **APLICAÇÃO DE CLIPS** (pequenas peças de metal), **ENDOLOOPS** (laços) ou **TATUAGEM**. Algumas destas intervenções têm um custo acrescido (dependendo do seu subsistema) e pode ser-lhe imputado o respetivo pagamento após o procedimento – informe-se junto da instituição de saúde onde o mesmo irá decorrer.

Uma colonoscopia total pode demorar entre 10 minutos a 1 hora, dependendo da maior ou menor dificuldade na progressão ao longo do cólon e da necessidade de efetuar procedimentos adicionais (por exemplo, remoção de pólipos). Em alguns casos pode ser administrada medicação sedativa endovenosa, o que reduz significativamente o desconforto que lhe pode estar associado. No final do procedimento, a recuperação é habitualmente rápida (alguns minutos), mas pode implicar um recobro de cerca de uma hora nos casos em que se aplicou sedação endovenosa. Nestas circunstâncias, o doente deverá estar acompanhado e não poderá conduzir ou trabalhar no dia do procedimento.

Riscos e Complicações

A colonoscopia é, por natureza, um procedimento invasivo, independentemente de serem realizadas, ou não, intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais (biópsias, remoção de pólipos, tratamento de lesões sangrantes, dilatações, etc). Estas intervenções podem aumentar ligeiramente os riscos, mas, ainda assim, a colonoscopia é um procedimento relativamente seguro, com uma **taxa global de complicações inferior a 1%**.

IMP.4246.00

2 de 5

Versão vigente à data 21-05-2026



O risco global de complicações graves é mais elevado em pessoas de idade mais avançada, história de acidente vascular cerebral ("trombose", "enfarte", "hemorragia" cerebral), fibrilhação auricular ("arritmia" cardíaca), insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica ("bronquite crónica").

Os **efeitos adversos mais comuns** são:

- Dor ou desconforto ligeiros a nível abdominal (barriga) que geralmente melhoram se fizer uma caminhada e conseguir expulsar algum ar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Sensação de tonturas ou até mesmo desmaio, quando se levantar após o procedimento;
- Cefaleias ("dores de cabeça");
- Dor, eritema ("vermelhidão") ou até mesmo uma infeção ou hematoma no local da punção venosa;
- Dores musculares;
- Alergia a medicamentos administrados durante o procedimento.

As principais **complicações graves**, embora raras, são:

- **A perfuração** do intestino ou do cólon.
 - O risco de perfuração é agravado em determinados grupos/situações: idade superior a 75 anos; sexo feminino; múltiplos problemas de saúde, com nível mais elevado de risco anestésico; cirurgias abdominais e/ou pélvicas anteriores, tais como histerectomia (remoção do útero), com desenvolvimento de aderências ("intestino fixo"); história de radioterapia abdominal e/ou pélvica; presença de múltiplos divertículos no intestino grosso; presença de doença inflamatória intestinal, com atividade severa no momento da endoscopia e sobretudo, se estiver medicado com corticoesteróides; terapêutica de lesões/pólipos, sobretudo se apresentarem determinadas características (grandes dimensões, planos, localizados no colon proximal); dilatação de estenoses;
- **A síndrome pós-polipectomia** (dor abdominal, febre, sinais de peritonite/infeção localizada);
 - A hemorragia, que está geralmente associada à polipectomia/biópsias. É um pouco mais frequente se você apresentar plaquetas baixas e/ou problemas na coagulação do sangue ou tomar medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes;

Alternativas Terapêuticas

Dependendo da indicação do procedimento poderão existir alternativas que deverão ser discutidas com o seu médico assistente como a colonografia por TC ("colonoscopia virtual"), a colonoscopia por cápsula e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (esta última apenas para rastreio de cancro do cólon em indivíduos assintomáticos e sem história familiar de neoplasias colo-retais). Estas alternativas não estão indicadas em todas as circunstâncias, têm várias limitações comparativamente à colonoscopia e não são isentas de riscos.

É importante salientar que, dependendo da indicação, corre riscos adicionais se não realizar a colonoscopia, nomeadamente atrasos no diagnóstico de doenças relevantes como cancro colo-retal e na terapêutica de pólipos do cólon (que é na maioria dos casos curativa).

Risco de não realização do procedimento

Diagnóstico ou tratamento atempado de doenças do Sistema Gastrointestinal, podendo levar à sua progressão e ao desenvolvimento de complicações potencialmente graves.

A preencher pelo Médico

Confirmo que informei a pessoa abaixo indicada, de forma adequada sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento, alternativas possíveis, assim como os riscos inerentes associados, incluindo os efeitos da não realização de qualquer terapêutica e outras informações que me foram solicitadas e assegurei-me que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

De acordo com o meu entendimento, a pessoa abaixo indicada está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Médico Responsável: _____ **N.º Ordem:** _____

Data: ____/____/____ **Hora:** _____ **Local:** _____

Contacto institucional: _____ **Assinatura:** _____