



Conselho
Nacional de
Ética para as
Ciências da Vida

O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM MENORES DE IDADE: REQUISITOS ÉTICO-JURÍDICOS

Recomendação N.º 3/2022 do
Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida

Julho de 2022



O PROCESSO DE CONSENTIMENTO INFORMADO EM MENORES DE IDADE: REQUISITOS ÉTICO-JURÍDICOS

O processo de obtenção do Consentimento Informado envolvendo menores de idade¹ tem frequentemente suscitado dúvidas entre profissionais de saúde, como entre jovens e seus pais. O tema esteve recentemente sob debate social, aquando da iniciativa de vacinação voluntária de menores de idade. Neste contexto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) considerou pertinente refletir sobre a questão do consentimento dos menores de idade (crianças e jovens) para a intervenção em saúde ou para fins de investigação biomédica. Em especial, merece reflexão ética a situação de desacordo na tomada de decisão de saúde entre os representantes legais dos menores.

1. A atenção continuada do CNECV ao Consentimento Informado

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida tem refletido extensamente sobre a problemática do Consentimento Informado. Com efeito, afirmando a sua centralidade na reflexão bioética, o Consentimento Informado foi o tema privilegiado no primeiro Seminário Nacional realizado pelo CNECV, em março de 1992, afirmando também a sua transversalidade às mais diversas problemáticas no domínio das ciências da vida, em que se destaca o dos cuidados de saúde, em diferentes fases do ciclo vital, particularmente em situações de maior vulnerabilidade, o CNECV pronunciou-se:

- no âmbito do início da vida humana assistida pelas tecnologias reprodutivas, sobre a vontade de beneficiários, dadores de gâmetas ou gestantes de substituição face aos interesses da criança a nascer nos Pareceres N.º 3/CNECV/93, N.º 23/CNECV/97 ou N.º 44/CNECV/2004 sobre PMA; e também nos N.º 63/CNECV/2012, N.º 87/CNECV/2016 e N.º 104/CNECV/2019 especificamente sobre a Gestação de Substituição; e ainda o Parecer N.º 112/CNECV/2020, relativamente ao consentimento para a inseminação *post-mortem*;
- no âmbito das tomadas de decisão em saúde, particularmente em final de vida, nos Pareceres N.º 11/CNECV/95 sobre os cuidados de saúde relacionados com o final da vida e nos Pareceres N.º 59/CNECV/2010 e N.º 95/CNECV/2017 em matéria de Diretivas Antecipadas de Vontade.

Tendo o Consentimento Informado uma importância crucial em diferentes âmbitos problemáticos na Bioética, o CNECV referiu-se-lhe também ao se pronunciar sobre:

- a objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos, com especial referência ao caso dos menores em caso de conflito, no Parecer sobre N.º 46/CNECV/2005;

¹ Para efeitos da presente reflexão, é menor de idade quem ainda não tenha completado os 18 anos de idade ou sido emancipado pelo casamento.



- a transplantação, especialmente nos Pareceres N.º 41/CNECV/2003, N.º 50/CNECV/2007 e N.º 73/CNECV/2013;
- a investigação científica e ensaios clínicos, nos Pareceres N.º 4/CNECV/2003, N.º 66/CNECV/2012, N.º 75/CNECV/2013 ou N.º 74/CNECV/2013;
- a alimentação compulsiva de reclusos em greve de fome no Parecer N.º 70/CNECV/2013;
- as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições, no Parecer N.º 80/CNECV/2014;
- o estatuto do maior acompanhado, nos Pareceres N.º 100 e N.º 102/CNECV/2018;
- a dispensa de consentimento para tratamento compulsivo e os direitos das pessoas com doença mental, no Parecer N.º 105/CNECV/2019;
- o ato médico em sede de processo legislativo no Parecer N.º 57/CNECV/2009 sobre o Projeto de Lei N.º 788/X “Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado”.

Ao longo desta sua ampla reflexão, a orientação do CNECV foi sempre a de promover a dignidade da pessoa e a sua integridade, inscrevendo o consentimento como expressão ética, mas também jurídica, de respeito pela autonomia e pelas escolhas individuais, reforçada pela consideração dos direitos humanos. Esta dimensão de respeito valoriza a autodeterminação da pessoa face às aplicações da ciência e dos cuidados de saúde; por outro lado, exige uma ponderação e um cuidado acrescidos quando a decisão é tomada por e para outrem, sobre quem recaia um especial dever de proteção, daí emergindo ainda o dever de considerar, na medida do possível, o seu envolvimento no processo de decisão.

2. O Consentimento Informado no contexto da saúde

O consentimento informado constitui uma manifestação de respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pela sua autonomia, enquanto indivíduo capaz de tomar decisões livres sobre o que lhe diz respeito. Reflete, em particular, o direito da pessoa à integridade física e moral e à participação nas decisões conducentes à manutenção e promoção da sua saúde.

O processo de consentimento informado assenta em três pressupostos essenciais: disponibilização de toda a informação relevante para uma tomada de decisão, apresentada numa linguagem adequada à pessoa em causa e em ambiente propício ao diálogo; compreensão efetiva da situação e capacidade para a analisar e ponderar as alternativas que se lhe colocam, bem como competência para tomar a decisão; condição para o exercício livre da vontade, na ausência de quaisquer coações, para decidir.

Assim, o processo de consentimento Informado é um requisito estruturante das relações entre profissionais de saúde e utentes, incontornável na prestação de cuidados de saúde, no cumprimento: (1) do respeito pelos direitos humanos, da dignidade da

pessoa e pela autonomia individual, ao envolver cada um nas decisões que a si lhe dizem respeito; (2) da obrigatoriedade da beneficência, a partir da ponderação de riscos e benefícios associados às intervenções projetadas no contexto de vida da pessoa em causa, e como forma de promover a adesão terapêutica.

3. O consentimento informado em menores

O Consentimento Informado no caso dos menores de idade assume particular complexidade por ser prestado por terceiros, os titulares das responsabilidades parentais, regra geral os progenitores ou, na sua ausência ou impedimento, um tutor designado pelo tribunal. Não obstante, e tal como afirma a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (n.º 2 do artigo 6.º), “A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.”

Assim sendo, o menor, tendo em atenção o seu nível de maturidade, deverá ser informado, ouvido e envolvido no processo de tomada de decisão acerca das intervenções clínicas a que deverá ser sujeito. Por norma, quanto mais idade tiver o menor, maior será a sua capacidade para compreender a sua situação clínica, as alternativas que se colocam e pronunciar-se sobre o que considera mais adequado para si próprio. Em todo o caso, o menor de idade deverá ser sempre envolvido no processo de tomada de decisão (1) pelo respeito fundamental pelo desenvolvimento da sua autonomia e como contributo para esse percurso, (2) como meio essencial de promoção da sua adesão às intervenções clínicas (e.g. de diagnóstico e/ou terapêuticas, bem como de avaliação psicológica e/ou pericial) a implementar, assim concorrendo para a eficácia das mesmas (3) e também como via para fomentar a educação para a saúde.

Para além dos significativos benefícios específicos indicados, importa sublinhar que o processo de Consentimento Informado, no contexto do encontro clínico e diálogo triangular entre profissionais de saúde, menores de idade e seus representantes legais, é rigorosamente indispensável para o estabelecimento e intensificação de relações de confiança entre as partes envolvidas, no âmbito das quais se desenvolvem cuidados de saúde personalizados. No caso do consentimento informado em menores de idade, este deve considerar a necessidade de promover a confiança entre os pais (ou o tutor), o menor e o profissional de saúde e reforçar a relação terapêutica. Na verdade, todas as intervenções em saúde beneficiam, quanto à proposta de intervenção clínica e aos resultados da intervenção, se as partes confiarem entre si.

3.1. A doutrina ético-jurídica vigente

Considerando que o Consentimento Informado é um dos temas originários da ética biomédica ou da bioética, compreende-se que o longo debate que se tem desenvolvido tenha igualmente logrado construir amplos consensos éticos, muitos dos

quais já hoje plasmados em lei, como forma de proteção e implementação destes valores.²

No contexto da tomada de decisões de saúde relativas a menores de idade, encontra-se hoje legalmente estabelecido que:

a) As intervenções em menores carecem de consentimento informado, sendo este, regra geral, exercido pelos representantes legais, normalmente os progenitores ou, na ausência ou impedimento destes, por um tutor designado pelo tribunal;

b) O menor de idade, em função da sua capacidade de discernimento e decisão, deve também ser informado, de forma adequada ao seu nível de compreensão, e ter a oportunidade para expressar a sua opinião;

c) O Código Penal prevê que o Consentimento Informado para a realização de intervenções ou atos médico-cirúrgicos seja eficaz quando prestado pelo menor a partir dos 16 anos de idade, que possua em concreto o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance da sua decisão. Abaixo deste limiar etário, ou caso não se comprove o grau de compreensão necessário, o consentimento dos representantes legais mantém-se como requisito obrigatório³;

d) Exceções à exigência de obtenção de Consentimento Informado por parte dos representantes legais nas condições descritas no ponto anterior estão previstas na lei, verificando-se nas situações de doação e transplantação de órgãos (o menor não pode consentir diretamente ser dador, mas pode vetar⁴, o mesmo se verificando relativamente à sua participação em estudos de investigação⁵, em contexto de patologia mental (a idade mínima de consentimento são os 14 anos)⁶ e de recusa por objeção religiosa, por exemplo transfusão sanguínea (16 anos, comprovado o discernimento)⁷ e de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) (em que a idade mínima de consentimento são os 16 anos, sem outras condições)⁸. Particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva ou noutras áreas de forte intimidade do adolescente e que não impliquem risco para a vida ou para a saúde do menor, deve também ser respeitada a relação terapêutica direta entre o profissional de saúde e o adolescente, com a devida privacidade e confidencialidade (educação sexual/planeamento familiar: jovens em idade fértil, sem limite de idade⁹).

² A Direção Geral de Saúde emitiu a Norma 15/2013 sobre Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, que sintetiza, no essencial, as regras jurídicas aplicáveis.

³ A doutrina jurídica não é uniforme no entendimento de que a norma prevista no n.º 3 do artigo 38.º do Código Penal relativamente ao consentimento possa ter um alcance global, como norma geral relativa ao consentimento, no sistema jurídico. No plano ético, devemos reforçar que a crescente autonomia do jovem deve ser valorizada e respeitada.

⁴ Lei n.º 12/93, de 22 de abril.

⁵ Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.

⁶ Lei n.º 36/98, de 24 de julho.

⁷ V. Parecer do Conselho sobre objeção ao uso de sangue e derivados para fins terapêuticos por motivos religiosos (46/CNECV/2005).

⁸ Artigo 142.º do Código Penal.

⁹ Lei n.º 3/84, de 26 de janeiro.



e) No caso da investigação clínica, no âmbito dos benefícios esperados relativamente ao próprio, a legislação exige que um estudo clínico só possa ser realizado em menores quando, cumulativamente, for obtido o consentimento informado do menor com idade igual ou superior a 16 anos e do seu representante legal. No caso de o menor ter idade inferior à referida, o consentimento informado deve ser prestado pelos representantes legais, o qual deve refletir a vontade presumível do menor, podendo, em ambos os casos, o consentimento ser revogado a todo o tempo, sem prejuízo para o menor¹⁰.

3.2. Áreas de dissenso

O processo de obtenção de Consentimento Informado no âmbito da prestação de cuidados de saúde pode apresentar particulares dificuldades em situações (1) que não se encontrem claramente reguladas e (2) em que ocorra dissenso entre as partes envolvidas – profissionais de saúde, menores de idade e seus representantes legais –, numa triangulação que se pode revelar complexa. Com efeito, o dissenso pode ter diferentes origens, que importa identificar corretamente para que, de forma eficaz, possam ser ultrapassadas em função do bem maior que é a saúde e bem-estar do menor de idade. Referimo-nos a aspetos tão diversos como: a qualidade da comunicação, nomeadamente a adequação da informação aos interlocutores; a capacidade de compreensão por parte dos destinatários, marcada pelo grau de literacia para a saúde ou pelo estado emocional vivencial, entre outros fatores; as diferenças culturais, religiosas, ideológicas, em suma, a distintos valores assumidos pelas partes envolvidas; ou ainda pela natureza e dinâmica das relações entre os familiares, especificamente entre os dois progenitores e entre estes e o seu filho menor.

Neste contexto, importa ter em particular atenção a autonomia progressiva do menor de idade, a qual se vai naturalmente desenvolvendo ao longo dos anos e seguindo um processo próprio de maturação cognitiva e emocional. Este desenvolvimento da autonomia deve ser estimulado, nomeadamente através da disponibilização de condições favoráveis para o seu exercício continuado e progressivo, como valor ético fundamental.

A ocorrência de dissenso na prestação de cuidados de saúde ao menor de idade pode verificar-se em níveis distintos. No sentido de facilitar a sua identificação, sistematização e variáveis constitutivas, foi elaborado um fluxograma como elemento de apoio à leitura, a consultar no final do documento.

3.2.1. Entre profissional(ais) de saúde e os representantes legais do menor de idade

O dissenso no contexto da prestação de cuidados de saúde pode ocorrer entre os profissionais de saúde e os representantes legais do menor de idade, em situações em

¹⁰ Cf. o artigo 7.º da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril - Lei da Investigação Clínica.

que este mesmo não intervém decisivamente, devido à sua idade e/ou imaturidade para a tomada de decisão.

- a) No caso de intervenções inadiáveis e consideradas imprescindíveis para salvaguardar a vida ou a saúde do menor, em que a intervenção tenha de ser imediata, o profissional deverá agir - informando os representantes, sempre que possível - seguindo o princípio da beneficência (e o artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina). Esta situação é comunicada ao tribunal com a máxima brevidade, não invalidando que o profissional possa reunir com os representantes na expectativa de contribuir para a resolução do dissenso.
- b) Quando a intervenção não for inadiável, mas seja considerada imprescindível para salvaguardar a vida ou a saúde do menor, e caso os seus representantes recusem dar consentimento, deverá ser solicitada, nos termos legais, a suspensão temporária do exercício das responsabilidades parentais, pelo tempo necessário, seguindo as regras previstas na legislação de proteção de crianças e jovens em risco¹¹.

Tanto na presente alínea como na anterior, é recomendada a reunião dos profissionais com os representantes, envolvendo o menor, e na qual se disponibilizem medidas adequadas - reforço da informação, mediação ética, apoio psicológico - com vista à resolução do dissenso.

- c) Quando a intervenção não for inadiável, nem considerada imprescindível para salvaguardar a vida ou a saúde do menor, e caso os seus representantes recusem dar consentimento, o profissional deverá respeitar esta posição e seguidamente procurar, com os representantes e envolvendo o menor, consensualizar as melhores alternativas terapêuticas no sentido de promover o superior interesse da criança.

3.2.2. Entre os representantes legais do menor de idade

O dissenso no contexto da prestação de cuidados de saúde pode ocorrer entre os dois representantes legais do menor de idade, em situações em que este mesmo não intervém decisivamente, devido à sua idade e/ou imaturidade para a tomada de decisão¹².

- d) Quando a representação legal é assegurada pelos representantes, enquanto progenitores¹³, recorrendo às normas sobre o exercício das responsabilidades parentais (artigo 1901.º e seguintes do Código Civil) as intervenções em saúde:

¹¹ Artigo 91.º da Lei de Proteção das Crianças em Risco (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro).

¹² Quando um dos progenitores não é passível de ser contactado, o consentimento de apenas um deles será suficiente, depois de esgotadas as tentativas razoáveis de contacto.

¹³ Quando o menor esteja confiado à guarda de terceiro, cabem a este os poderes e deveres que seriam exigíveis aos progenitores, sendo as suas responsabilidades concretizadas pelo tribunal (artigo 1907.º do Código Civil).



i) consideradas “atos *minor*”, ou seja, atos da vida corrente ou de rotina¹⁴, poderão ser consentidas por apenas um dos representantes. Há, inclusivamente, situações de impraticabilidade de uma exigência sistemática do consentimento de ambos. Não obstante, o profissional deve disponibilizar-se a prestar informação complementar e a esclarecer as eventuais questões que possam surgir. Verificando-se, então, o dissenso entre os progenitores, o profissional de saúde avaliará o custo/benefício da intervenção e atuará justificadamente.

ii) consideradas “atos *major*”, ou seja, atos de particular importância terapêutica (envolvendo riscos importantes) ou extraordinários¹⁵, ambos os progenitores devem exercer conjuntamente as suas responsabilidades, quer estejam casados, a viver em união de facto ou vivam separados, salvo em situações de urgência manifesta. O mesmo regime vigora caso haja divórcio, separação judicial de pessoas e bens, declaração de nulidade ou anulação do casamento.

- e) Quando haja desacordo entre os dois progenitores sobre a decisão a tomar, já após o diálogo com os profissionais envolvidos no caso concreto, dever-se-á, num processo gradativo, promover a mediação ética e disponibilizar apoio psicológico. Em situações imprescindíveis, mas não inadiáveis, deverá haver reforço da informação, incluindo das consequências e riscos da recusa. Se a recusa persistir, deve sugerir-se a obtenção de uma segunda opinião. Poderão ainda ser propostas alternativas clinicamente adequadas que possam merecer a concordância de ambos os progenitores. Quando mesmo assim não se obtiver a necessária concordância, em atos *major*, deve ser envolvida uma entidade com competência na infância ou juventude, no âmbito das suas competências, como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, com o conhecimento dos progenitores.
- f) Finalmente, como *ultima ratio*, haverá recurso aos mecanismos judiciais previstos na lei, promovendo uma decisão do tribunal sobre a decisão clínica controversa. Importa considerar que esta solução contém um potencial de conflitualidade futura; nos casos em que tal acontecer, deverão continuar disponíveis os canais de mediação e apoio, visando construir garantir uma estrutura de crescimento harmonioso para o menor.

¹⁴ No presente contexto, consideram-se atos *minor* os que decorram de consultas de rotina ou de intervenções consideradas necessárias, mas que não coloquem em risco a vida do menor.

¹⁵ Considera-se atos *major* ou de particular relevância os que impliquem risco para a vida ou integridade do menor ou tenham impacto relevante na sua vida, como sejam intervenções cirúrgicas ou avaliações ou peritagens psicológicas com vista a disputas de responsabilidades parentais.



3.2.3. Entre o menor de idade, apoiado pelo(s) profissional(ais) de saúde, e os representantes legais

Se o menor de idade estiver de acordo com a proposta dos profissionais de saúde, mas os representantes legais discordem, importará atender à idade e maturidade do menor.

- g) Se o menor tiver idade inferior a 16 anos, em caso de intervenção imprescindível, dever-se-á solicitar intervenção judicial, com a informação expressa do assentimento do menor;
- h) Se o menor tiver 16 ou 17 anos de idade e manifestar maturidade e discernimento adequados, a falta de um normativo de alcance geral e inequívoco no ordenamento jurídico nacional remete para a apreciação de cada caso concreto, nomeadamente na ponderação dos riscos, benefícios e circunstâncias aplicáveis. Recomendando-se uma densificação legislativa nesta matéria, no plano ético será fundamental garantir a possibilidade de exercício do direito de veto pelo menor, quando aplicável, e criar condições de reforço da sua autonomia, acautelando casos de risco de vida ou dano severo para a saúde.

3.2.4 Entre os representantes legais, apoiados pelo(s) profissional(ais) de saúde, e o menor de idade

Quando os representantes legais estiverem de acordo com a proposta dos profissionais de saúde, mas os menores de idade discordem, importará atender à idade e maturidade do menor.

- i) Quando o menor de 16 anos e/ou sem discernimento e maturidade necessários para a tomada de decisão se opõe à intervenção e os representantes legais consentem, deve, em todo o caso, ser ponderada a urgência e a indispensabilidade da intervenção para salvaguardar a sua vida ou a saúde. Neste contexto, o profissional, com os representantes, considerará a opinião do menor e tentará consciencializá-lo da necessidade da intervenção, através de um diálogo adequado, devendo agir de acordo com a necessidade e proporcionalmente, através dos meios tidos por convenientes.
- j) Uma das situações de dissenso mais complexas é a que confronta representantes (mormente progenitores), apoiados pelos profissionais, e jovens entre os 16 e os 17 anos, com discernimento para avaliar o sentido e alcance da intervenção. Assim:
 - i. Caso a intervenção seja imprescindível e inadiável, a intervenção é realizada pelos profissionais seguindo o princípio da beneficência (e o artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina) será comunicada ao tribunal com a máxima brevidade. Tal não invalida que o



profissional venha a retomar um diálogo adequado com o menor sobre a necessidade da intervenção.

ii. Caso a intervenção seja imprescindível, mas não inadiável, é recomendável a disponibilização de mediação ética e o recurso ao tribunal. Recomenda-se um processo gradativo, com disponibilização de apoio psicológico, tendo as vias judiciais como um recurso ou mediador.

iii. Caso a intervenção não seja, nem imprescindível, nem inadiável, a falta de um normativo de alcance geral e inequívoco no nosso ordenamento jurídico remete para a apreciação de cada caso concreto, nomeadamente na ponderação dos riscos, benefícios e circunstâncias aplicáveis. Recomendando-se uma densificação legislativa nesta matéria, no plano ético será fundamental garantir a possibilidade de exercício do direito de veto pelo menor, quando aplicável, e reforçar, sempre que possível, a sua autonomia, acautelando casos de risco de vida ou dano severo para a saúde.

- k) A valorização da tomada de decisão pelo menor está assegurada em situações especiais, nomeadamente na participação em estudos de investigação ou na doação de órgãos¹⁶, no planeamento familiar, na interrupção voluntária da gravidez ou nos comportamentos aditivos. Nestes casos, a legislação específica confere ao menor uma maior autonomia e diferentes condições para o seu exercício: consentimento; co-consentimento (a par dos representantes); direito de oposição ou veto.

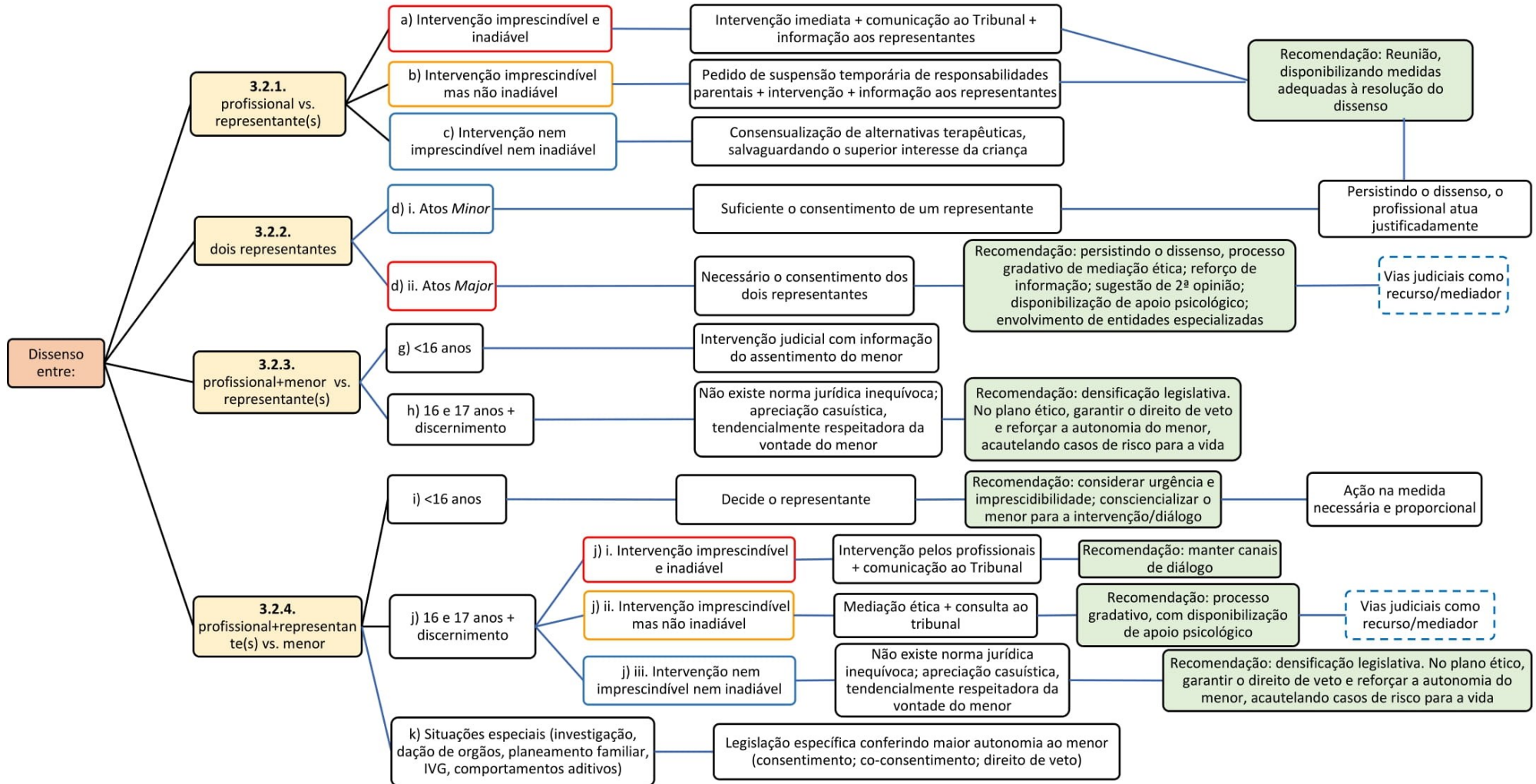
Fluxograma

O esquema que de seguida se apresenta visa sistematizar as orientações fundamentais do texto, contribuindo para facilitar a sua leitura. Importa sempre ter em conta as circunstâncias concretas do caso, os quadros clínicos em causa, as propostas terapêuticas disponíveis, a singularidade dos intervenientes e as suas dinâmicas familiares, que exigem uma ponderação cuidada e adequada a cada situação, a que se abre uma fluidez de processos e respostas possíveis.

¹⁶ Nos termos do n.º 4 do artigo 6.º da Lei n.º 12/93, de 22 de abril - Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, na sua redação atual, é proibida qualquer dádiva ou colheita de órgãos ou de tecidos não regeneráveis, em vida, quando envolva menores de idade.



FLUXOGRAMA





4. Informação e confidencialidade, dissenso e conciliação

4.1. Os progenitores, no exercício das responsabilidades parentais, têm, regra geral, direito de acesso à informação de saúde do menor, podendo o mesmo ser condicionado nas situações previstas por lei e devendo ser sempre exercido em função do melhor interesse do menor, tendo em atenção a construção progressiva da autonomia do menor e o desenvolvimento da sua personalidade. Não existe direito à curiosidade por parte dos progenitores.

4.2. A confiança por que se deve pautar a relação entre profissionais e utentes, e o respeito pela dignidade da pessoa exigem que o profissional de saúde informe o menor, considerando o seu nível de maturidade e a situação clínica em causa, sobre os limites legais da confidencialidade da relação.

4.3. Existem áreas nas quais, em regra, vale o direito à confidencialidade do menor em relação aos representantes legais, com capacidade de discernimento, designadamente em matéria de saúde sexual e reprodutiva, intervenção nos comportamentos aditivos, bem como no caso de intervenções psicológicas e psiquiátricas e ainda respostas a questionários ou a provas de avaliação psicológica.

4.4. Em circunstâncias em que o profissional entenda que a revelação de informação privada aos progenitores é necessária, considerando o melhor interesse do menor, deverá fazê-lo com o conhecimento prévio do mesmo.

4.5. Quando valores de proteção e salvaguarda da saúde do menor o justifiquem a quebra de confidencialidade relativamente aos representantes legais, a informação é dada aos dois, em conjunto ou em separado, desde que nenhum deles esteja legalmente privado do exercício das responsabilidades parentais. Nenhum conflito entre os progenitores pode justificar privar um deles da informação sobre o menor.

4.6. O eventual dissenso entre os dois progenitores ou representantes legais relativamente aos cuidados de saúde a prestar ao menor deverá merecer um investimento suplementar do profissional de saúde na informação a transmitir e nos esclarecimentos a prestar. Se o dissenso persistir, e se adequado, poderá ser solicitada a intervenção do médico de família, se este for da confiança dos progenitores, ou também o parecer de um profissional externo, os quais possam vir a reforçar as propostas dos profissionais de saúde responsáveis pelo caso; poderá ainda ser procurada uma mediação ética a desenvolver pela respetiva comissão de ética e/ou consultor de ética da instituição, a par da disponibilização de apoio psicológico. As mesmas medidas deverão ser implementadas no caso de dissenso entre os progenitores e o menor de idade.

4.7. As instituições de saúde devem reforçar a implementação e a divulgação de processos de apoio à tomada de decisão, nomeadamente nas dimensões de mediação ética e, quando necessário, de apoio psicológico, numa cultura organizacional facilitadora da construção de consensos e redução da conflitualidade.

4.8. Deve ainda ser promovido o papel assistencial das comissões de ética para a sua mediação e apoio aos cidadãos nas decisões sobre os cuidados que lhes são prestados, ou a terceiros à sua responsabilidade.

4.9. Toda a decisão clínica relativa ao menor deverá manter-se centrada na proteção ou recuperação da sua saúde, bem-estar e as melhores condições para o desenvolvimento da sua personalidade, o que deve ser sublinhado ao longo de todo o processo de conciliação de posições no decurso da obtenção do consentimento informado.

Lisboa, 8 de julho de 2022.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida,
A Presidente, *Maria do Céu Patrão Neves*.

Foram relatores os Conselheiros

Miguel Ricou, Margarida Silvestre, André Dias Pereira e Maria do Céu Patrão Neves.

Deu apoio aos trabalhos de redação a Secretária Executiva, *Cíntia Águas*.