



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

**MEMORANDO SOBRE
OS PROJECTOS DE LEI RELATIVOS ÀS
DECLARAÇÕES ANTECIPADAS DE VONTADE**

Lucília Nunes, Michel Renaud, Miguel Oliveira da Silva e Rosalvo Almeida

(Dezembro de 2010)

Memorando sobre os Projectos de Lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade

I. Enquadramento

As diversas formas de declarações (directivas, quando vinculativas) antecipadas da vontade surgiram progressivamente desde os finais da década de 60 do século passado como tentativa de resposta à excessiva e contraproducente intervenção tecnológica no final da vida humana e, bem assim, enquanto recusa e tentativa de prevenção da obstinação terapêutica. Trata-se, em qualquer dos casos, de manifestações da autonomia das pessoas capazes.

Cronologicamente, o testamento vital (*living will*) é introduzido em 1969 nos EUA por Luis Kutner. Adquire expressiva relevância a partir do debate bioético das décadas de 70 e 80 sobre os casos Quinlan e Cruzan, doentes em estado vegetativo persistente. Estes casos, marcos essenciais da história da Bioética, estimularam, entre outros aspectos, a discussão sobre o modo de decisão no final da vida dos doentes incapazes, assim como sobre a má prática e obstinação terapêutica.

A designação de procurador de cuidados de saúde (*durable health care power of attorney*) aparece legalmente reconhecida pela primeira vez em 1983, na Califórnia, enquanto complemento ou alternativa ao testamento vital; mais recentemente, desde a década de 90, com Douglas e McCullough⁽¹⁾, e sobretudo desde o início deste século XXI, bioeticistas como Daniel Sulmasy⁽²⁾ e Diego Gracia⁽³⁾ – sendo estes dois médicos e filósofos – têm pugnado pela recolha da história ou anamnese de valores (“narrativa biográfica”) como forma adicional (integrando e aperfeiçoando as modalidades iniciais) ou alternativa de *declaração antecipada de vontade*, tanto mais que a aplicação prática daquilo que foi inicialmente chamado “testamento vital” é, muitas vezes, tudo menos inequívoca e evidente.

Em teoria muitos aceitam que as pessoas têm o direito de decidir o que querem fazer com a sua saúde no contexto do seu projecto de vida. O problema não está na formulação abstracta desse direito, mas no modo concreto de o levar à prática.

De facto, os princípios éticos são referências, a sua aplicação não é automática e depende da sabedoria prática. Na maioria das vezes, as dificuldades éticas estão nos casos concretos, não tanto na teoria. Deste modo, na Bioética não há certezas *a priori* sobre a resolução de alguns casos concretos, o que é reconhecido por diferentes bioeticistas de diferentes correntes e idiosincrasias^(4,5).

II. Aspectos éticos gerais

A. A temática em apreço diz respeito à manifestação da vontade de uma pessoa sobre as intervenções que pretende receber ou recusar no âmbito da respectiva saúde.

Usa-se habitualmente a expressão *declaração antecipada de vontade* (*declaração antecipada de vontade*) para referir, um documento no qual determinada pessoa capaz, saudável ou doente, declara o que consente ou recusa quanto a intervenções de saúde no caso de incapacidade em expressar a sua própria vontade. Desde logo, pode existir diferença substancial entre a expressão

¹ Doukas DJ, McCullough LB. The values history. *The evaluation of the patient's values and advance directives*. Journal of Family Practice 1991; 32(2): 145-153

² Sulmasy D. *Control Preference Values* J.Am.Geriatic Society, 2007; 55:1981-1988

³ Gracia D. *Como arqueros al blanco*. Madrid, Triacastela, 2004, p. 411

⁴ Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ, Camps V. *Ética Clínica*. Barcelona, Ariel, 2005, p. 8-11

⁵ Casini C, Casini M, Di Pietro ML. *Eluana è tutti noi. Perché una legge e perché no al «testamento biologico»* Società Editrice Fiorentina, 2008, p. 183

actual de vontade (relativamente a uma intervenção concreta) e uma declaração *antecipada* de vontade.

B. A *declaração antecipada de vontade* pretende proteger a liberdade e a autonomia da pessoa, requerendo para tal alguns pressupostos.

a) Deve ser garantido o acesso à informação, a não ser que a pessoa a dispense. O dever de informar dos profissionais de saúde é um meio para assegurar a decisão autónoma da pessoa, esclarecendo-a sobre a sua situação, ajudando-a na construção desta decisão.

b) Qualquer pessoa na posse das suas capacidades tem sempre a possibilidade de alterar ou revogar a sua declaração; na perspectiva ética, qualquer expressão mais recente de vontade prevalece sobre a anterior, independentemente do lapso de tempo que entre elas medeia.

c) A definição da vontade antecipada pertence exclusivamente ao interessado e proporciona vantagens para os profissionais de saúde.

d) Na perspectiva da pessoa que realiza a declaração, o que é declarado e pretendido deve respeitar os limites e padrões da acção ética e deontológica dos profissionais de saúde (não se pode requerer algo ou dar instrução para a realização de algo que viole a deontologia e as boas práticas clínicas dos profissionais de saúde).

e) Na perspectiva do profissional de saúde, na ponderação sobre a situação concreta que lhe é solicitada, tem de ser garantido o direito à objecção de consciência, sem prejuízo do cabal cumprimento da lei.

C. A história recente da Bioética tem demonstrado que, tanto na investigação como na clínica, nem sempre os profissionais de saúde se auto-regulam e actuam no respeito pela dignidade da pessoa humana.

Nos últimos 40 anos tem-se verificado, pelo menos na sociedade ocidental, um progresso na amplitude e no reconhecimento dos direitos humanos, incluindo os das pessoas doentes – direitos esses que são hoje património incontornável nos cuidados de saúde em geral e na prática da Medicina.

Disto é exemplo o respeito pela autonomia das pessoas nas suas decisões morais e na gestão dos seus cuidados de saúde, designadamente em questões relacionadas com a vida e a saúde em geral, e não apenas com o início e com o fim da vida humana. No entanto, a autonomia, como qualquer outro princípio bioético, não é um princípio absoluto.

D. Se para alguns o tempo do paternalismo auto-suficiente dos profissionais de saúde já terminou – dando lugar ao respeito pela autonomia e à promoção da responsabilidade individual no cuidado da sua saúde e na gestão do seu próprio projecto de saúde -, para outros isto não impede que o doente na posse das suas capacidades, se expressamente assim o desejar, possa delegar totalmente no médico as decisões relativas à sua saúde.

E. Nas últimas décadas, paralelamente à inovação tecnológica e científica, a futilidade ou obstinação terapêutica (também designada por cuidados extraordinários ⁽⁶⁾, ou desproporcionados ou

⁶ Cuidados ordinários para preservação da vida são, na definição canónica e consensual, “todos os medicamentos, tratamentos e intervenções que ofereçam uma esperança razoável de benefício ao doente, e que possam ser obtidos e utilizados sem excessiva despesa, dor, ou outros inconvenientes”. Gerald Kelly, S.J. *Medico-Moral Problems*, The Catholic Hospital Association, Missouri, 1958, p. 129

por encarniçamento terapêutico) tem constituído uma questão muito sensível e complexa na prestação de cuidados de saúde.

Futilidade ou obstinação terapêutica é má prática clínica. Contudo, nem sempre é clara a avaliação dos seus limites, podendo não ser óbvio qual o melhor interesse do doente. Mesmo sendo excepcional, a futilidade terapêutica existe, não sendo previsível a sua desejável extinção.

F. Casos haverá, pois, em que não existe consenso quanto à questão de saber se determinada intervenção é ou não futilidade terapêutica. Nesta dúvida, que se deseja excepcional, poderão as *declarações antecipadas de vontade* – quer sob a sua forma convencional de disposição escrita (“testamento vital”) e/ou pela designação do procurador de cuidados de saúde, quer, sempre que possível, através da análise da história dos valores e opções fundamentais da pessoa, também designada por “narrativa biográfica” – desempenhar, enquanto valioso instrumento e no contexto de uma relação clínica de confiança recíproca e mutuamente enriquecedora, papel de relevo na efectivação do respeito pela dignidade da pessoa humana. Nesse sentido é do interesse dos profissionais de saúde que existam *declarações antecipadas de vontade*.

G. É certo que, em função da especificidade cultural e antropológica de outras sociedades, soluções encontradas nesses países não devam ser necessariamente aplicadas na sociedade portuguesa⁽⁷⁾.

Mas tal não é motivo para que a lei portuguesa não assegure aos seus cidadãos (note-se: àqueles que o queiram fazer, pois ninguém a tal é obrigado) o respeito pelo cumprimento da respectiva *declaração antecipada de vontade*, de que são exemplo o «testamento vital» e a eventual nomeação de um procurador de cuidados, assim como o respeito pela história de valores ou «narrativa biográfica», independentemente de nem todos considerarem esta última como uma terceira modalidade de directiva antecipada de vontade já consensualmente reconhecida.

H. Diversas críticas têm sido feitas às *declarações antecipadas de vontade* em geral e à sua aplicação concreta⁽⁸⁾:

a) a informação devida pode não ter sido dada ou pode não ter sido suficientemente detalhada, compreensível ou compreendida;

b) o texto pode ser demasiado vago ou demasiado pormenorizado, requerendo interpretação difícil;

c) muitas das declarações não são aplicadas^(9,10);

d) as pessoas mudam de opinião ou vontade e pode o declarante não ter tido tempo ou ocasião de exprimir a sua vontade actual;

e) o contexto psicológico envolvendo a situação de saúde (ou a sua convicção) na altura da redacção da *declaração* pode não ser o mesmo do contexto vivido na situação real, emocional e concreta da doença (sobretudo terminal), o que pode constituir uma diferença entre a vontade anteriormente expressa e a vontade real no momento em que a declaração é usada.

⁷ Veja-se, por exemplo, o caso do Barack Obama que, em 28 de Julho de 2009, se tornou o primeiro Presidente dos EUA a anunciar publicamente ter feito o seu testamento vital e a encorajar os seus concidadãos a fazê-lo.

⁸ Fargelin A, Schneider CE. *Enough: The Failure of the Living Will*. Hastings Center Report 2004; 34, n.º 2

⁹ Gillick MR. *Reversing the Code status of Advance Directives?* New England Journal of Medicine 2010; 362:1239-1240.

¹⁰ Silveira MJ et al. *Advanced Directives and Outcomes of Surrogate Decision Making before Death*. New England Journal of Medicine 2010; 362: 1211-1218

f) o diagnóstico pode ser corrigido ou alterado, assim como a terapêutica e o prognóstico podem mudar, podendo pôr em causa a fundamentação anterior da vontade.

g) pode haver situações não previstas nos desejos expressos na *declaração antecipada de vontade*: a vida real é sempre mais rica e diversa que a previsão das baias regulamentares; e também no campo da saúde - em particular nos momentos em que se está na fronteira entre a vida e a morte -, devem-se evitar posições demasiado rígidas.

Eis assim colocado um conjunto de argumentos que o legislador deverá acautelar.

Importa, também por isto, incorporar no normativo jurídico a importância da recolha dos valores autênticos, dos interesses reais e opções fundamentais da pessoa, enquanto considerada no seu contexto, respectivamente, familiar e social (narrativa biográfica ou história de valores, como atrás referido).

Mas isto não deverá impedir o cidadão de poder expressar a sua vontade em não ser submetido a cuidados extraordinários.

I. A problemática das *declarações antecipadas de vontade* deve ser tratada tendo em conta a existência e a importância de cuidados paliativos de excelência e da sua acessibilidade.

III. Análise dos projectos de lei

Nota prévia: O CNECV deverá abordar, *hic et nunc*, apenas o que há de comum entre os quatro projectos-lei, isto é, a problemática das *declarações antecipadas de vontade*. Primeiro por considerar que já existe entre nós norma jurídica suficiente que regula adequadamente tanto o direito à informação como o consentimento informado⁽¹¹⁾; em segundo lugar, porque sobre as *declarações antecipadas de vontade* nada de específico existe no ordenamento jurídico, nem no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, nem nos Pareceres do próprio CNECV.

1. Cronologia

1.1. Em Maio de 2008, o Partido Socialista (PS) apresentou o Projecto de Lei n.º 788/X⁽¹²⁾ que, depois de aprovado na generalidade pelo Parlamento, baixou à Comissão Parlamentar de Saúde. Em seguida foi solicitado parecer ao CNECV, o qual aprovou em Julho de 2009 o seu Parecer 57/CNECV/09⁽¹³⁾. Na sequência da ulterior discussão pública e parlamentar, este projecto de lei veio a ser retirado por iniciativa dos deputados proponentes.

1.2. Em Setembro de 2010 foram apresentados dois projectos de lei que de novo abordam o tema das *declarações antecipadas de vontade* – o n.º 413/XI⁽¹⁴⁾ pelos deputados do PS e o n.º 414/XI⁽¹⁵⁾ pelos deputados do Bloco de Esquerda (BE).

1.3. Em Outubro deste mesmo ano deram entrada na Assembleia da República os projectos de lei n.º 428/XI⁽¹⁶⁾, apresentado por deputados do Partido Social Democrata (PSD), e n.º 429/XI⁽¹⁷⁾, apresentado por deputados do Partido do Centro Democrático Social – Partido Popular (CDS-PP).

¹¹ Em especial as Leis n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, e n.º 46/2007, de 24 de Agosto, para além da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), da Carta dos Direitos dos Doentes e da Convenção de Oviedo.

¹² Projecto de Lei n.º 788/X - <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=34574>

¹³ Parecer 57/CNECV/09 - http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273053812_P057_CNECV.pdf

¹⁴ Projecto de Lei n.º 413/XI - <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=35640>

¹⁵ Projecto de Lei n.º 414/XI - <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=35641>

¹⁶ Projecto de Lei n.º 428/XI - <http://www.parlamento.pt/actividadeparlamentar/paginas/detalheiniciativa.aspx?bid=35676>

1.4. Em 18 de Outubro a Comissão Parlamentar da Saúde da Assembleia da República solicitou parecer a este Conselho.

2. Temas nos projectos

2.1. O tema das *declarações antecipadas de vontade* é comum a todos os projectos, mas, tal como já foi referido, o n.º 413/XI do PS engloba-o noutros assuntos mais vastos – o do consentimento informado e do acesso à informação de saúde.

2.2. Todos os projectos prevêm a figura do Procurador de Cuidados de Saúde, sendo que o n.º 414/XI do BE inclui um formulário específico para as *declarações antecipadas de vontade*, enquanto os restantes deixam essa concretização para ulterior regulamentação.

3. Questões éticas específicas nos Quatro Projectos em causa

3.1. A *declaração antecipada de vontade* constitui um tema que suscita questões éticas: estão em causa o respeito pela autonomia da pessoa, o seu direito a decidir sobre questões de saúde que a si interessam. Secundariamente, embora não menos importantes, confluem outros princípios bioéticos, como os de beneficência e de não-maleficência. Igualmente não poderão ser esquecidas a importância da vulnerabilidade da pessoa doente, assim como a participação da família e dos conviventes da pessoa vulnerável, no contexto da sua relação com a equipa de saúde.

3.2. As apreciações éticas suscitadas pelas iniciativas legislativas em apreço não devem ser nem causa da sua negação apriorística nem estímulo à regulamentação excessiva.

3.3. Todos os projectos prevêm a invocação de objecção de consciência por parte dos profissionais de saúde envolvidos, bem como o direito à não discriminação da pessoa que, livremente, tenha feito *declaração antecipada de vontade* ou nomeado procurador de cuidados de saúde.

4. Motivação legislativa

Na sua respectiva apresentação de motivos, os projectos de lei apresentam uma forte argumentação para justificar a iniciativa legislativa e a necessidade de uma lei sobre as *declarações antecipadas de vontade*.

5. Análise dos projectos

5.1. O projecto de lei n.º 413/XI do PS retoma, no essencial, o projecto de lei n.º 788/X de 2008, introduzindo-lhe ligeiras alterações.

Verifica-se, assim, que os deputados proponentes mantêm a estrutura do diploma anterior, salientando-se ser o único projecto de lei cujo título não refere explicitamente o Testamento Vital ou as *declarações antecipadas de vontade* (remetendo o seu articulado para a secção IV).

Assim:

i) Sobre o consentimento informado:

a) Considera que o respeito pela autonomia do doente é incompatível com a dificuldade de acesso à informação sobre os dados de saúde próprios, nomeadamente sobre o diagnóstico e prognóstico.

b) Confirma o pressuposto geral de que a informação é dada, naturalmente, no decurso da entrevista (consulta) individual, da forma e com a linguagem mais adequadas a uma eficaz comunicação.

c) Aceita que o consentimento/recusa para qualquer acto seja feito pelo meio mais adequado à situação, salvaguardando os casos previstos na lei em que deva, obrigatoriamente, ser passado a escrito.

¹⁷ Projecto de Lei n.º 429/XI - <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=35677>

d) Clarifica a questão do consentimento relativo a pessoas com capacidade diminuída, seguindo aliás a Declaração de Oviedo ⁽¹⁸⁾ e outros documentos orientadores, ao afirmar a necessidade de ser tida em conta a opinião ou vontade daquelas pessoas. Mantém-se o recurso judicial (Art.º 11.º, 5) para os casos em que possa estar em causa a defesa de quem não tenha autonomia.

e) Retomam-se disposições legais dispersas relativas ao acesso dos titulares às informações contidas nos registos clínicos que lhes digam respeito.

ii) Sobre as *declaração antecipada de vontade*:

a) Consagra as *declarações antecipadas de vontade* como uma manifestação legítima e antecipada de consentimento e de recusa, deixando à dinâmica própria da relação casuística a sua força vinculativa. Por outras palavras, a proposta é suficientemente vaga para não forçar os médicos e as equipas de saúde a obedecer às determinações da pessoa, mas suficientemente presente para que sejam respeitadas, se razões ponderosas as não obstaculizarem (Art.º 13.º, 5). Nada contrária, entretanto, a responsabilização pelos actos praticados, qualquer que seja o seu sentido.

b) Ao admitir a figura jurídica de Procurador dos Cuidados de Saúde, permite que a pessoa que decide designar este seu representante possa claramente indicar quem, em seu nome e sem restrições, deva ser ouvido para melhor interpretar a sua vontade.

5.2. O projecto de lei n.º 414/XI do BE centra-se nas *declarações antecipadas de vontade*, adoptando a designação vulgarizada de “Testamento Vital”, e propõe um formulário tipo com que pretende facilitar e orientar a sua concretização.

Verifica-se que os deputados do BE procuram definir de modo mais detalhado e preciso os procedimentos, destacando-se os seguintes aspectos:

a) Atribui carácter vinculativo às *declarações antecipadas de vontade*, embora se concedam excepções (decorrentes de ofensas à lei ou manifesta desactualização do preconizado) (Art.º 7.º, 2).

b) Propõe um prazo de validade (5 anos) para os documentos, estabelecendo regras para anulação, revogação ou renovação.

c) Prevê, também, a criação da figura de Procurador de Cuidados de Saúde, caracterizando as condições das pessoas que podem assumir esse papel (por exemplo, excluindo profissionais de saúde, sem, contudo, admitir a excepção para familiares que o sejam).

d) Concede carácter vinculativo às decisões do Procurador, sem enunciar excepções (Art.º 13.º).

e) Obriga à criação do Registo Nacional de Testamento Vital, como instrumento essencial para que possa em tempo real ser conhecida a vontade de quem a registou, dando orientações precisas sobre a sua formatação, acesso e funcionamento.

f) Propõe um formulário específico.

5.3. O projecto de lei n.º 428/XI do PSD preconiza que as *declarações antecipadas de vontade* apenas produzam efeito em casos de doença terminal (Art.º 6.º, 1,b), excluindo, deste modo, situações como certas demências e o Estado Vegetativo Persistente.

5.4. No restante, o projecto n.º 428/XI do PSD e o n.º 429/XI do CDS-PP são bastante semelhantes ao do BE, embora não apresentem propostas de formulário para o Testamento Vital.

a) A principal semelhança reside em que propõem força vinculativa às *declarações antecipadas de vontade*, do mesmo modo apontando limitações genéricas.

b) Diferenciam-se, no entanto, ao definir um prazo de validade mais curto (3 anos). No entanto, só o do CDS-PP prevê, como o do BE, que a validade se mantenha “se, na data da sua renovação, o outorgante se encontrar incapaz de expressar pessoal e autonomamente a sua vontade”.

¹⁸ Declaração sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro, Art.º 9.º: “A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.”

6. Quadro comparativo

	PL 413/XI – PS	PL 414/XI - BE	PL 428/XI - PSD	PL 429/XI – CDS
Modalidade	voluntário	voluntário	voluntário	voluntário
Eficácia	“ter em consideração”, condicionada por vários factores	“respeito integral”	“ter em consideração”, prevalece, depende de participação de médico	“respeitar o conteúdo”
Validade	-	5 anos, revalidados se estiver incapaz	3 anos	3 anos, revalidados se estiver incapaz
Conteúdo	não específica	não específica	específica	específica
Limites	lei, <i>leges artis</i> , desactualização	lei, desactualização	lei, <i>leges artis</i> , desactualização	lei, <i>leges artis</i>
Objeção de consciência	Sim	Sim	Sim	Sim
Responsabilidade	-	civil, penal, disciplinar	civil, penal, disciplinar	civil, penal, disciplinar
Procurador	Sim	sim, define quem não pode ser	sim, define quem não pode ser	sim, define quem não pode ser
Eficácia do Procurador	“poder de decidir em representação”	vinculativa	“ter em consideração”, prevalece, depende de participação de médico	“respeitar o conteúdo”
Registo Nacional	remete para diploma	cria registo nacional, efectuado perante notário	cria registo nacional, efectuado perante notário	cria registo nacional, efectuado perante notário
Formulário	-	em anexo à lei	-	-

7. Comentários

7.1. Na redacção de diplomas legais que regulam o equilíbrio entre o respeito pela autonomia da pessoa doente e o respeito pela independência e pelas boas práticas da prestação de cuidados de saúde (sabendo-se que aquela autonomia não deve resvalar para cuidados de saúde “*a la carte*” e reconhecendo-se que a deontologia dos profissionais de saúde necessita ser balizada por paradigmas actualizados), importa, a exemplo do que se faz e fez noutras sociedades civilizadas, ter presente que o consentimento/recusa em matéria de cuidados de saúde deve deixar uma margem de manobra bastante para abarcar a responsabilidade e a liberdade dos prestadores de cuidados de saúde.

7.2. As pessoas doentes, sobretudo em situações críticas, ou os seus entes queridos dotados de atributos de representação, conferem frequentemente, numa base de confiança, aos médicos e às equipas por estes lideradas grande parte do poder decisório.

7.3. No seu Parecer n.º 45/CNECV/05 ⁽¹⁹⁾, o CNECV, ao tratar do Estado Vegetativo Persistente (EVP), concluiu que “toda a decisão sobre o início ou a suspensão de cuidados básicos da pessoa

¹⁹ Parecer n.º 45/CNECV/05 - http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273055770_P045_ParecerEVP_versaoFinal.pdf

em EVP deve respeitar a vontade do próprio” e que essa “vontade pode ser expressa ou presumida ou manifestada por pessoa de confiança previamente designada por quem se encontra em EVP”. A limitação da eficácia das *declarações antecipadas de vontade* às doenças terminais exclui, sem justificação, áreas onde muitos desejariam prevenir, através destes instrumentos, “excessos terapêuticos”.

7.4. Também no Parecer n.º 46/CNECV/05 ⁽²⁰⁾, o CNECV se pronunciou sobre o caso concreto da recusa em receber sangue pelas Testemunhas de Jeová: «quando haja uma recusa válida o médico e/ou outros profissionais de saúde têm o dever de a respeitar».

7.5. No Parecer n.º 57/CNECV/09, o CNECV apontava, além de dúvidas, diversas contradições e imprecisões ao projecto de lei n.º 788/X do PS. As alterações feitas ao novo projecto de lei do PS contemplam algumas das objecções apresentadas no parecer do CNECV.

7.6. O projecto de lei n.º 413/XI do PS confere à equipa clínica uma posição simétrica entre o respeito pela autonomia das pessoas e a independência/responsabilidade dos profissionais de saúde, enquanto os restantes projectos de lei apontam para uma eficácia mais vinculativa das *declarações antecipadas de vontade*.

7.7. Todos os projectos contêm aspectos úteis que deverão ser tidos em conta num trabalho de harmonização que a Comissão Parlamentar de Saúde deverá realizar na busca de um diploma mais abrangente, a bem dos interesses em jogo e do respeito pelos valores bioéticos.

7.8. Afigura-se mais prudente que, tendo em conta factores culturais e sociais da nossa realidade, se opte por uma formulação em que as *declarações antecipadas de vontade* representem algo que influencie, fortemente, as difíceis decisões que devem ser tomadas em momentos críticos da vida de uma pessoa, sem todavia terem carácter impositivo absoluto.

Se for essa a opção, a necessidade de prazo de validade das *declarações antecipadas de vontade* não se justificará tanto.

Tal escolha legislativa deverá ter em conta a apreciação ética e deontológica de cada equipa de saúde, apreciação feita quando se trata de avaliar as manifestações de vontade expressas em momentos diferentes, nomeadamente na altura da posse de todas as capacidades e no momento ulterior em que a pessoa delas está privada.

N.B.: Os dois primeiros parágrafos deste 7.8 não são consensuais entre os signatários.

[Este Memorando é um documento de trabalho preparado pelos Conselheiros Lucília Nunes, Michel Renaud, Miguel Oliveira da Silva e Rosalvo Almeida. Foi analisado na reunião plenária extraordinária do CNECV de 17 de Novembro de 2010 e foi revisto em 7 de Dezembro de 2010.]

²⁰ Parecer n.º 46/CNECV/05 -http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273054487_P046_ParecerTestemunhasJeova.pdf