



35ª Edição

janeiro - março 2017

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral

Ano XI, Nº 35
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica
Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados para esta
edição são da exclusiva
responsabilidade dos seus autores.

Sumário

Questões Bioéticas relacionadas com os Cuidados Paliativos.....	3
Implicações Éticas no Uso da Água	20
Cyborgs e Humanos: Definições e interligações; Confluências e divergências. Uma reflexão acerca das considerações éticas do Humano e do Trans-humanismo	35



Questões Bioéticas relacionadas com os Cuidados Paliativos

Ana Filipa Dias Duarte

Resumo

Numa sociedade em que a cura e a prevenção da doença são o principal objetivo dos serviços de saúde, torna-se vital que seja considerado o tratamento e acompanhamento dos doentes em fase terminal, ou seja, que haja uma promoção e disseminação dos cuidados paliativos. Assim, na abordagem aos cuidados paliativos, existe uma complexidade de fatores físicos, psicológicos e existenciais dos mesmos, que levam à presença de princípios éticos que devem ser considerados aquando a prestação destes cuidados. Este tema traz consigo diversos caminhos a explorar, sendo de extrema importância a clareza da definição destes cuidados, passando pela distinção e distanciação dos mesmos em relação a conceitos como eutanásia, suicídio assistido, distanásia, procurando ser o ponto de equilíbrio entre tantas concepções existentes quando falamos nas questões de fim de vida. De salientar também a importância do papel da família e dos profissionais de saúde devidamente qualificados, num processo de dignificação do doente, como ser autónomo e capaz de decidir por si e para si, e para quem o processo de finitude só faz sentido se com ele existir qualidade de vida e alívio do sofrimento, conforme as crenças e objetivos de vida que detém.

Palavras-chave: aspetos éticos; cuidados paliativos; profissionais de saúde; família; qualidade no fim de vida.

Abstract

In a society where cure and disease prevention are the main objective of health services, it is vital to consider the treatment and follow-up of terminally ill patients, in order to promotion and disseminate of palliative care. Thus, in the approach to palliative care, there is a complexity of physical, psychological and existential factors of the same, which lead to the presence of ethical principles that must be considered when providing these care. This theme brings with it several paths to explore, where are extremely important the clarity of the definition of this care, passing through the distinction and distance of the same in relation to concepts such as euthanasia, assisted suicide, dysthanasia, trying to be the point of balance among many existing conceptions. When we talk in end-of-life issues. It is also important to emphasize the importance of the family's role and the duly qualified health professionals, in a process of dignifying the patient, as autonomous and able to decide for themselves and for themselves, and for whom the process of finitude that only makes sense with life quality and relief from suffering, according to the beliefs and goals of life that it holds.

Keywords: ethical aspects; palliative care; Health professionals; family; Quality at the end life.

Introdução

Na sociedade em que vivemos, a cultura predominante assenta na consideração da cura como o principal objetivo dos serviços de saúde. Assim, e neste ambiente onde a cura e a prevenção da doença predominam, torna-se de extrema importância que seja também considerado o tratamento e o acompanhamento dos doentes em fase terminal e com sofrimento intenso (Direção-Geral de Saúde, 2004). Assim e segundo a Organização Mundial de Saúde, citada pela Direção Geral de Saúde (2004), os cuidados paliativos são uma política de saúde prioritária, sendo recomendado que haja uma abordagem aos mesmos de forma programada e planificada.

Os cuidados Paliativos estão reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde que requerem apoio qualificado, visto que são uma necessidade em termos de saúde pública, uma obrigação social e um imperativo ético que promove os direitos fundamentais de cada pessoa. Nas últimas décadas, os cuidados paliativos foram alvo de uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento, sendo este o objeto de tratamento e dos cuidados de saúde (Direção-Geral de Saúde, 2004). “Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.” (Lei nº 52/2012, Base III, Cuidados Paliativos, Artigo 1º). Estes devem, “(...) respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.” (Lei

nº 52/2012, Base III, Cuidados Paliativos, Artigo 2º). “É fundamental unir os cuidados paliativos a uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade.” (Santana, et al., 2009, p.79). No entanto, na abordagem da fase final da vida existe uma complexidade que abrange uma combinação de factores, físicos, psicológicos e existenciais na mesma, que obrigam a que estejam presentes na sua abordagem, os princípios éticos que devem ser considerados no processo de tomada de decisão, no âmbito dos cuidados paliativos (Piedade, 2007).

Os objetivos gerais para este artigo prendem-se com: a clarificação de conceitos dentro dos cuidados paliativos, realizando uma abordagem geral aos princípios norteadores e níveis de diferenciação que servem de alicerce aos mesmos; a realização uma pequena viagem pelo panorama nacional dos cuidados paliativos, de modo a perceber-lo e compara-lo com as práticas internacionais e por fim refletir acerca das questões éticas que estão associadas ao tema.

O trabalho encontra-se dividido em 6 capítulos, que passo a descrever: Em primeiro lugar a Introdução, onde é realizada uma breve explicitação temática e descrito em forma de um guia orientador do artigo, a divisão do mesmo; Em segundo lugar, o capítulo que aborda Os cuidados paliativos em geral, explicitando o que são e introduzindo os princípios dos mesmos e os níveis de diferenciação que lhes estão subjacentes, sendo que é também abordado neste capítulo O processo de interação Enfermeiro-Doente, onde é analisado devido á sua extrema importância na prática destes cuidados. Em terceiro

lugar, surge o capítulo que aborda, o Panorama nacional dos cuidados paliativos, onde é realizado o enquadramento jurídico e onde é abordada a pertinência crescente dos mesmos, sendo que estão também realizadas as comparações com as práticas internacionais. Em quarto lugar, surge o capítulo que engloba melhor a temática deste artigo, sendo este, Questões éticas associadas aos cuidados paliativos, onde é realizada uma análise ponderada das mesmas, levando também há abordagem de novos conceitos que surgem nesta discussão. Em quinto lugar, a Reflexão, onde é realizada a mesma acerca dos aspetos éticos dos cuidados paliativos e onde é abordada A Importância de uma Rede Nacional de cuidados paliativos em Portugal. Para finalizar, a Conclusão onde são descritas as facilidades e dificuldades na abordagem a este tema, e a pertinência dos cuidados paliativos nos dias de hoje.

Os Cuidados Paliativos

A sociedade tem cultivado uma cultura de preponderante foco na cura da doença, e na prevenção da mesma, apontando a que a mesma seja o principal objetivo dos serviços de saúde. Desta forma é necessário que abordagem da fase final de vida, nomeadamente os cuidados paliativos, seja também encarada como um foco bastante importante (Direção-Geral de Saúde, 2004). É necessário que os serviços de saúde, dando como exemplo os hospitais (através forma ativa para tratar as doenças) e os cuidados de saúde primários (mais dedicados à promoção da saúde e à prevenção da doença), tenham também uma vertente que esteja preparada para lidar e cuidar dos doentes em fase terminal, que apresenta múltiplas exigências,

ajudando assim os mesmos a viverem com dignidade e qualidade. Na prática de cuidados paliativos é necessário que haja organização própria e uma abordagem específica prestada por equipas multidisciplinares preparadas para tal (Direção-Geral de Saúde, 2004).

A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores, como os físicos, os psicológicos e os existenciais, durante a fase final da vida, levam a que a sua abordagem seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que inclui os profissionais de saúde com formação diferenciada, mas também a família do doente e a própria comunidade. (Direção-Geral de Saúde, 2004). É assim necessário que haja uma maior atenção em relação às condições de vida dos doentes que se encontram nesta fase, sendo que a prevenção da sua solidão e do seu sofrimento é essencial, sendo também oferecido ao doente a possibilidade de receber estes cuidados no ambiente que este preferir, promovendo assim a dignidade destes. (Direção-Geral de Saúde, 2004).

É importante definir e clarificar os conceitos que emergem dentro desta temática.

Assim, é o conceito de Paliação, é tido como o “Alívio do sofrimento do doente.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.6).

Já a Ação Paliativa prende-se com “Qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.6).

Os Cuidados Paliativos em si, são definidos como os, “Cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o

principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.7), para completar e ainda no âmbito da definição dos cuidados paliativos, estes “(...)são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.7). Os seus componentes essenciais são, “(...)o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.4).

Para finalizar reveste-se de extrema importância a definição do conceito de Futilidade Diagnóstica e Terapêutica, que mais à frente será abordado, que são definidos como “Procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.7).

Ainda dentro de o tema principal deste artigo, é fundamental perceber que os cuidados paliativos são uma resposta organizada à necessidade de tratar, apoiar e cuidar de forma ativa os doentes na fase final de vida. A família deve ser incorporada nestes cuidados, sendo que a mesma irá ser objeto de cuidados, quer durante a doença, quer no luto, sendo que para que possam compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber informação, instrução e apoio da equipa multidisciplinar (Direção-Geral de Saúde, 2004).

“Os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do doente.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.8). Assim, os destinatários dos cuidados paliativos são os doentes que cumulativamente, não tenham perspetiva de tratamento curativo; tenham rápida progressão da doença com expectativa de vida limitada; tenham sofrimento intenso e que tenham problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Princípios dos cuidados paliativos

A prática dos cuidados paliativos têm na sua base princípios, sendo estes: (...) afirma a vida e encara a morte como um processo natural; encara a doença como causa de sofrimento a minorar; considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim; reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades; considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas; considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; assenta na concepção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico; centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim; só é

prestada quando o doente e a família a aceitam; respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida; é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade. (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.5-6).

Esta prática também assenta e respeita o direito do doente: “a receber cuidados; à autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado; ao alívio do sofrimento; a ser informado; a recusar tratamentos.” (Direção-Geral de Saúde, 2004, p.6).

Níveis de diferenciação

As unidades de cuidados paliativos, sejam estas em regime de internamento ou domiciliário, devem abranger um leque de diversas situações, idades e doenças, de forma a garantir que os cuidados sejam completos e a continuidade dos mesmos. Os cuidados paliativos devem essencialmente ser planeados em função de diversos níveis de diferenciação (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Os Cuidados Paliativos de Nível I são caracterizados por serem prestados por equipas com uma formação diferenciada em relação aos mesmos. Estes podem ser prestados em regime de internamento ou domiciliário, sendo que se estruturam através de equipas móveis que dispõem de um espaço físico para assediar a sua atividade, não sendo uma estrutura de internamento próprio. No entanto, os cuidados deste nível podem sofrer de alguma limitação em relação ao aconselhamento diferenciado (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Os Cuidados Paliativos de Nível II têm na sua base a prestação dos mesmos em unidades de internamento próprio ou no domicílio através de equipas com um nível de diferenciação, que vão

prestar cuidados diretos e que garantem apoio e disponibilidade durante 24 horas. Estes são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada na área e que, para além de enfermeiros e médicos incluem técnicos considerados indispensáveis à prestação de cuidados, e de um apoio global, nas áreas espiritual, social e psicológica (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Para terminar, os Cuidados Paliativos de Nível III, têm as condições e capacidades dos Cuidados Paliativos de Nível II, no entanto acrescentam algumas características, como: o desenvolvimento de programas regulares e estruturados de formação especializada nesta área, o desenvolvimento de investigação em cuidados paliativos de forma regular e detêm equipas multidisciplinares mais alargadas, com capacidade para responder a situações de um nível de exigência mais complexo em matéria de cuidados paliativos. São assim assumidas como unidades de referência (Direção-Geral de Saúde, 2004).

O processo de interação Enfermeiro-Doente

Os cuidados paliativos são revestidos de uma complexidade das situações clínicas dos doentes que os requerem, sendo que a diversidade de patologias que os mesmos apresentam, bem como o largo espectro de terapêutica envolvente e a gestão do sofrimento intenso por que passam nesta fase, exigem uma preparação sólida e diferenciada dos profissionais de saúde. Esta formação na área dos cuidados paliativos, é um aspeto essencial e imprescindível para a qualidade e organização deste tipo de cuidados (Direção-Geral de Saúde, 2004). Para os profissionais de saúde, estes cuidados são

bastante exigentes quanto às competências que os mesmos têm de possuir, pois como seres sociais e culturais, também estes estão à mercê da influência da sociedade e dos valores que lhes foram inculcados, reagindo de forma própria (Sapeta & Lopes, 2007). A maior parte destes profissionais que trabalham com pacientes em fase terminal, enfrentam desafios para tentar promover uma assistência adequada e com qualidade, sem se esquecerem do lado humano do cuidar (Santana, et al., 2009).

A interação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente inclui diversas facetas, bem como fatores variáveis, sendo normal entre seres humanos, enquanto seres em relação. Quando consideramos este processo de interação, que inclui uma adequada comunicação, devemos ter em conta que o enfermeiro é por si uma pessoa e que carrega consigo as características pessoais e profissionais, bem como o doente que tem as suas características físicas, psicológicas, cognitivas, sociais e os seus valores, o contexto social onde está inserido, a natureza da interação e as metas que o doente pretende alcançar com a sua saúde (Sapeta & Lopes, 2007). É essencial que haja por parte do enfermeiro a compreensão de que o doente vive uma situação particular de saúde, sendo esta o processo de fim de vida, e que os resultados que espera obter nesta fase, prendem-se essencialmente com o conforto e bem-estar, bem como o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, sendo que toda a ação terapêutica deverá centrar-se na satisfação destas necessidades (Sapeta & Lopes, 2007).

Na relação que estabelecem com o enfermeiro, os doentes, esperam principalmente que haja humanidade nos cuidados, e dão valor à honestidade

na informação, desenvolvendo assim uma relação de confiança e compreensão mútua (Sapeta & Lopes, 2007). Preferem os enfermeiros que mostram disponibilidade para falar, que transmitam o conhecimento que estes precisam de ter para estarem adequadamente informados e que estabelecem uma relação de confiança. Considera-se assim que a qualidade relacional que é estabelecida, vai influenciar o processo de interação entre o enfermeiro e o doente. (Sapeta & Lopes, 2007). Assim é importante referir que os fatores relativos ao doente, que pesam nesta interação são: (I) Os fatores pessoais, entre eles a idade, a personalidade, as experiências de vida e as crenças; (II) Os sentimentos que estão presentes, como o medo, a angústia, a ansiedade, mas também a capacidade para manter a esperança; (III) O medo da alteração da imagem corporal, incluindo a perda de autonomia, bem como isolamento social e a solidão afetiva; (IV) O processo de adaptação à doença, que vai estar dependente do grau de informação que o doente possui e da qualidade das relações terapêuticas que estabelece; (V) Por fim, os fatores clínicos, onde estão inseridos os sintomas da doença, a instabilidade clínica, entre outros (Sapeta & Lopes, 2007).

Já os fatores relativos aos enfermeiros, que pesam nesta interação, são: (I) Os fatores pessoais, incluindo a idade, a personalidade, a experiência pessoal e profissional em lidar com situações do mesmo género; (II) A formação que possuem na área dos cuidados paliativos; (IV) Os sentimentos vivenciados durante a prestação de cuidados, sendo que inclui também o medo, o fracasso, a culpa bem como o *stress* devido à natureza emocional dos

cuidados; (V) As estratégias que são adotadas para lidar com a morte, sendo a prática reflexiva, a discussão de casos e o trabalho em equipa as principais; (V) Por fim, as atitudes que o enfermeiro estes têm face à situação, incluindo a disponibilidade, o encontro com o doente nos cuidados, mas também a capacidade para envolver a família (Sapeta & Lopes, 2007).

Para finalizar, dizer que este é um processo de interação do qual podem advir contributos terapêuticos positivos para o doente e para a sua família. Deste modo o enfermeiro deverá aperfeiçoar as suas habilidades, procurar o saber e desenvolver as suas competências (Sapeta & Lopes, 2007).

Apesar de não ser diretamente um processo entre o enfermeiro e o doente, é essencial incluir a família nesta dinâmica de fim de vida, se o doente assim o pretender. A família é a rede de apoio que envolve o doente, sendo a principal referência do mesmo e por isso deve estar presente e envolvida nos cuidados no final de vida. Este é também um momento difícil para a família, podendo ser considerado como crise, pelo que pode resultar em sofrimento, dúvidas e até conflitos. Para tal é necessário que também a família esteja preparada para enfrentar o processo de morte, pois tal como o doente, também eles vivem todo o processo da doença, necessitando de serem assistidos em relação a questões como o entendimento deste processo e numa última fase durante o luto (Santana, et al., 2009).

Assim, é importante destacar que os enfermeiros devem valorizar a humanização dos cuidados e incluir a família durante todo o processo, recebendo

também ela o devido apoio de que necessita. Para concluir, dizer que, quando se cuida de doentes em fase terminal, é exigido aos profissionais de saúde muito para além dos conhecimentos técnico-científicos, pois a compreensão e a valorização da pessoa de quem cuidam, contribui para o processo de humanização dos cuidados paliativos (Santana, et al., 2009).

Panorama Nacional dos Cuidados Paliativos

O primeiro registo que existe em Portugal da utilização de uma abordagem paliativa, remete-nos para o século XVI, onde o médico Amato Lusitano aconselhava que os seus doentes incuráveis tivessem tratamentos com a finalidade de aliviar os seus sintomas (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.). No entanto, apenas nos anos 90 tem início em Portugal, o movimento dos cuidados paliativos. Com este veio a constituição da Unidade de Tratamento da Dor Crónica do Hospital do Fundão em 1992, bem como do Serviço de Radioterapia e Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto em 1994 e por fim da Equipa de Cuidados Continuados e Paliativos do Centro de Saúde de Odivelas em 1997 (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.). Em 1995 surge a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, onde profissionais de múltiplas áreas de saúde se focaram no desenvolvimento e na prática dos mesmos. Mais tarde, em 2001, realizou-se o 1º Congresso Nacional de Cuidados Paliativos em Tomar (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.). Entre 2002 e 2003 surge na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o primeiro curso de mestrado em cuidados paliativos do país, sendo que,

um ano mais tarde (2004), a Direção-Geral de Saúde emite o primeiro Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos, foi aprovado no dia 15 de Junho de 2004, estando implicado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Este programa foi entendido como um contributo por parte do Ministério da Saúde para o movimento internacional dos cuidados paliativos, onde existe uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento, tendo o mesmo como objeto de tratamento e de cuidados de saúde ativos e organizados (Direção-Geral de Saúde, 2004).

Foi proposta uma Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, tendo como horizonte temporal o presente ano de 2016. Com esta pretende-se que haja uma melhor adaptação dos cuidados paliativos à realidade do atual sistema de saúde português, especialmente após o desenvolvimento dos primeiros serviços de cuidados paliativos no país. Esta proposta mantém os princípios, objetivos gerais e recomendações previamente definidas pelo Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Cardoso, et al., 2008).

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que contribuiu para o crescimento das estruturas de cuidados paliativos em Portugal, sendo que se gera aqui alguma confusão entre os cuidados continuados e os cuidados paliativos, sendo esta visão alterada com a publicação em 2012 da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, que iremos abordar no seguinte tópico, como enquadramento jurídico (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

Para finalizar, dizer que em 2013 a Ordem dos Médicos aprovou a Competência em Medicina Paliativa, sendo que também a Ordem dos Enfermeiros está presentemente a desenvolver a Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, tendo sido já aprovado (Janeiro de 2014), os percursos formativos e os Padrões de Qualidade da referida especialidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

Estima-se que em Portugal, haja cerca de 71 500 a 85 000 doentes com necessidades de cuidados paliativos. Para tal é recomendado que haja em Portugal, entre 40-50 camas de Unidade de Cuidados Paliativos hospitalar por 1.000.000 habitantes, 1 equipa por 100.000 a 150.000 habitantes nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos e por fim, 1 equipa por hospital nas Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.). Atualmente, e segundo o relatório anual da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, foram internados em 2015, em Unidades de Cuidados Paliativos cerca de 2.115 doentes, sendo que 3.725 foram observados por equipas de suporte aos cuidados paliativos, como as referidas anteriormente. No entanto estes números apenas refletem os doentes registados num aplicativo presente nos cuidados continuados integrados, sendo que não incluem por isso tudo o que não está presente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

A implementação de um modelo efetivo de cuidados paliativos, que acompanhe a teoria e que dê continuidade às iniciativas que têm a ser vindo

tomadas, tem sido prejudicada devido a questões operacionais, bem como condicionada por aspetos políticos, estruturais, individuais, sociais e culturais, nomeadamente por divergências nos objetivos e disposições do setor da saúde e do setor social, comprometendo assim a continuidade e integração efetiva dos cuidados (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Enquadramento jurídico

As primeiras orientações que regulamentaram a intervenção e o apoio social em articulação com os cuidados de saúde continuados surgem no Despacho Conjunto nº 407/98, da Ministra da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade. Os cuidados paliativos surgem depois como uma preocupação inseridos no Plano Nacional Oncológico 2001-2005, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2011 de 17 de Agosto. (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Surge depois o Programa Nacional de Cuidados Paliativos em 2004, estando implicado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, como referido anteriormente. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

Assim e depois de um breve enquadramento histórico-legislativo, e num sentido amplo, o enquadramento jurídico dos cuidados paliativos, têm como alicerce, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos foi decretada pela Assembleia da República no dia 5 de Setembro de 2012. Esta, “(...) consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.” (Lei nº 52/2012, Base I,

Âmbito). A coordenação desta rede fica a cargo da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, à qual compete a elaboração de um Plano Estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reunindo assim as condições para a implementação e operacionalização da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, prevista na Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

A pertinência crescente dos cuidados paliativos

“Em Portugal a importância atribuída aos cuidados continuados, encontra-se plasmada no Programa do XIX Governo Constitucional, que definiu como medida “o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos”.” (Entidade Reguladora da Saúde, 2015, p.16). Assim, a evolução dos mesmos em Portugal é caracterizada pela tentativa de acompanhamento das boas práticas que se desenvolveram a nível internacional, transpondo para a legislação portuguesa, e implementando as iniciativas inovadoras nesta área (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Comparação com as práticas Europeias

A nível internacional, é possível identificar diversos níveis de integração e cobertura dos cuidados, incluindo nestes, sistemas com alto nível de integração assentes numa prestação maioritariamente pública, com alternativas privadas limitadas, até sistemas com elevado nível de prestação provada, onde as famílias têm um papel fundamental e o serviço público é residual (Entidade

Reguladora da Saúde, 2015). Nesta distinção podemos também acrescentar a variável que se prende com o tipo de financiamento, sendo que o primeiro nível apresentado é caracterizado por um maior financiamento do Estado e abrangência de cobertura dos cuidados, e o segundo é caracterizado por uma participação reduzida do Estado, onde o financiamento é assegurado pelo utente e família (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Na União Europeia, a prestação destes cuidados, transitou de um modelo de cuidados maioritariamente institucionalizados, para um modelo de cuidados no domicílio. Assim a prestação pública, transitou para a privada ou mista, com compensações monetárias para os doentes que necessitam destes cuidados. Assim, e tendo em conta estas características, na Europa, podem identificar-se quatro grupos de países com base na prestação de cuidados e no financiamento em que assentam os mesmos. (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Por um lado, surgem os países nórdicos, onde prevalece a prestação pública da maioria dos cuidados formais, mesmo com a promoção do aumento do recurso aos cuidados informais prestados pela família, devido às restrições orçamentais resultantes da crise financeira dos anos 90 (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Por outro, e em termos de financiamento e envolvimento público, estão os países do mediterrâneo (como por exemplo Espanha e Itália), onde os cuidados são providenciados de forma maioritária ao nível informal, pela família e complementados por uma oferta institucional com financiamento público (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Já o modelo

de organização dos cuidados domiciliários prestados em França e de forma idêntica seguida pela Bélgica, oferece uma solução mista face aos modelos referidos anteriormente, onde o público e o privado têm um papel importante (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Por fim, os países do Leste da Europa, assentam num modelo de financiamento e de prestação de cuidados menos desenvolvido, dando-se o exemplo da Polónia onde esta é repartida entre o setor público, o setor privado e outras organizações (Entidade Reguladora da Saúde, 2015). Assim, os cuidados informais prestados no domicílio, por membros do agregado familiar são mais frequentes nos países do Sul da Europa. É possível afirmar que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais, prestados por um familiar do doente residente na mesma habitação, da Europa – 12,4%, e a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários – 10,8%. É defendido portanto, segundo peritos na área, que em Portugal, o modelo de cuidados deve ser misto. (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Neste contexto, apraz-me trazer ao assunto, “O Quality of Death Index 2015. Ranking palliative care across the world, que inclui 80 países, usa indicadores em cinco categorias (ambiente de cuidados de saúde e paliativos, recursos humanos, acessibilidade dos cuidados, qualidade de cuidados e nível de envolvimento da comunidade) e reconhece o aumento da procura em cuidados paliativos bem como os desafios colocados pelo envelhecimento da população.”(Nunes, 2016, p.111).

Segundo este ranking, o Reino Unido está em primeiro lugar dos países onde se tem melhor qualidade no processo de morrer, seguido da

Austrália, Nova Zelândia, Irlanda, Bélgica e Taiwan (Nunes, 2016). E o que têm em comum estes países? Um forte investimento nesta área, possuindo não só formação e treino dos profissionais de saúde, mas também dispendo de analgésicos opióides e uma forte consciência da comunidade em relação aos cuidados paliativos (Nunes, 2016). No mesmo, Portugal ocupa o 24º lugar na categoria que diz respeito ao ambiente de cuidados de saúde e paliativos, o 41º lugar na capacidade para prestar estes cuidados, o 37º lugar no que toca aos recursos humanos, o 25º lugar em relação a acessibilidade dos mesmos, o 22º lugar na qualidade dos cuidados e por fim, também ocupa o 22º lugar no envolvimento da comunidade (Nunes, 2016).

Questões éticas associadas aos cuidados paliativos

As questões éticas que se prendem com os cuidados paliativos, têm em si inseridas o desafio de considerar a dignidade humana perante a proximidade da morte, indo para além da dimensão meramente físico-biológica e da perspetiva médico-hospitalar. Isto implica que haja uma nova visão perante a realidade social em que cada doente se insere, os seus aspetos biopsicossociais e a sua autonomia, e que os todos estes aspetos sejam respeitados e valorizados (Paiva, Júnior & Damásio, 2014).

A conduta que deve ser utilizada nas situações de fim de vida, de que falamos, deverá ser direcionada para a dignidade da pessoa humana e para o respeito das suas decisões sobre o processo de morte e de morrer (Paiva, et al., 2014). Apesar de o direito à vida ser uma questão que não é posta em causa, deve ser visto á luz do princípio da dignidade

da pessoa humana, pois se a vida é um pressuposto fundamental, a dignidade torna-se absoluta em razão de uma vida que somente significa algo se for digna para quem a vive (Paiva, et al., 2014). Desta forma, as problemáticas que surgem com as questões inerentes ao fim da vida, sobretudo na definição do tratamento e do processo de morte e de morrer, implicam dilemas éticos e diversos impasses de natureza jurídica, sendo que para tal é necessário que haja uma reflexão crítica a respeito da conduta ética e jurídica a ser seguida pelos profissionais de saúde (Paiva, et al., 2014).

A bioética assenta numa reflexão de caráter transdisciplinar, que se foca no fenómeno da vida humana ligado aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado para com a saúde das pessoas que deles precisem, independentemente da sua condição social (Paiva, et al., 2014). Assim, o principalismo é a corrente de estudo mais difundida da bioética, sendo que a mesma consolidou a sua força teórica ao propor quatro princípios norteadores da atuação dos profissionais de saúde, entre eles, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (Paiva, et al., 2014). A bioética, tenta instrumentalizar os dilemas que se apresentam e estão relacionados com as opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença, considerando também a abordagem ao doente e as decisões que têm de ser tomadas em relação à sua situação (Paiva, et al., 2014). Em relação aos princípios norteadores da atuação dos profissionais de saúde, considero importante entrar em cada um para os perceber. Assim, o princípio do respeito pela autonomia, é o que tem a maior relevância para a bioética visto que

pressupõe que para o exercício dos cuidados é necessário que a pessoa seja autônoma (Paiva, et al., 2014). Já o princípio da beneficência estabelece a obrigação moral de agir para o benefício do outro, sendo que o princípio da não maleficência aponta que o profissional de saúde tem o dever de não causar danos ao outro (Paiva, et al., 2014). Por fim o princípio da justiça defende que todas as pessoas têm o direito, e merecerem a consideração e respeito, no que toca a obtenção de igual assistência, mas também no que toca à luta pela distribuição dos recursos de saúde e do máximo benefício para a comunidade (Paiva, et al., 2014).

Assim, a principal distinção ética que existe nos cuidados paliativos, prende-se com o acompanhamento da pessoa no seu processo de fim de vida, com vista a manter a sua dignidade e a promover o alívio do sofrimento e dor durante o mesmo. Nesta perspetiva bioética, que está voltada para os cuidados paliativos, em que os pacientes que já não têm possibilidades de cura, existe uma discussão ética entre a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e por fim os cuidados paliativos em si, que levantam questões éticas (Paiva, et al., 2014).

É então importante definir estes conceitos com vista a esclarecer um pouco mais esta discussão. A eutanásia, que “Muita gente cita o significado grego (...) – morte serena, agradável.” (Nunes, 2016, p.70), teve variações introduzidas ao longo tempo, sendo que hoje em dia é definida como “(...) ação iniciada por um profissional de saúde para pôr termo à vida de uma pessoa, a seu pedido; a morte é deliberadamente provocada, (...)” (Nunes, 2016, p.70). Pegando numa das diversas tipologias da

mesma, que tem sido disseminada, a eutanásia indireta, é aquele em que o principal objetivo, diz-se ser o alívio do sofrimento, onde aquele que age não tem intenção de suprimir a vida do outro, sendo esta é uma fonte de erro pois o processo da eutanásia requer expressão da vontade (Nunes, 2016).

“Não obstante as diferentes classificações, o conceito “eutanásia” tem duas noções caracterizadoras: uma “ação” para provocar deliberadamente a morte que é solicitada expressamente por uma pessoa e uma “intenção” de pôr fim ao sofrimento.” (Nunes, 2016, p.72-73), assim é necessário perceber que não se deve usar, “(...) a palavra “eutanásia” para diferentes eixos de ação e de intenção – não se trata de eutanásia, quando se suspendem medidas que são fúteis; não se trata de eutanásia quando se alivia o sofrimento com medidas paliativas. É gerador de confusão tomar por eutanásia o que não tem os dois elementos necessários: uma pessoa que pede a morte e um médico que a provoca.” (Nunes, 2016, p.73).

Começou também a ser utilizado também o conceito de morte medicamente assistida, onde existe um procedimento que provoca a morte a um doente incurável e em sofrimento insuportável (Nunes, 2016). Apesar das claras diferenças, muitas vezes a eutanásia e a morte assistida aparecem juntas, sendo que este segundo é definido por um processo em que o doente que quer pôr termo à sua vida, tem os meios à sua disposição para o fazer, colocados por outra pessoa, sendo o próprio que realiza o ato (Nunes, 2016).

No entanto, e num eixo diferente daquele que abordamos até aqui - o de apressar a morte - existe

o eixo prolongamento da vida designando-se por distanásia (Nunes, 2016). Esta pode ser designada também como obstinação terapêutica, sendo “(...) o recurso a medidas terapêuticas que não aumentam a sobrevida mas simplesmente prolongam o processo de morrer.” (Nunes, 2016, p.76). Nesta abordagem é incluída a noção de futilidade terapêutica, sendo esta uma característica atribuída a atos ou medidas terapêuticas que são consideradas desproporcionadas (Nunes, 2016). Apesar disto, por vezes “(...) só se percebe que é fútil no decorrer do processo, mas sabemos que a insistência em implementar intervenções fúteis resulta em distanásia.” (Nunes, 2016, p.77). Tal como referido no início deste artigo e segundo a Direção-Geral de Saúde, no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, a futilidade diagnóstica e terapêutica é definida como “Procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família.” (2004, p.7), Sendo que, também na Lei 52/2012, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Base II, Conceitos, Alínea d), define obstinação diagnóstica e terapêutica como, “os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido;”.

“Temos consciência de que “nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente adequado” (Nunes, 2016, p.78), sendo assim esta premissa que faz com que exista um critério em utilizar recursos que existem só para dizer que foram utilizados

(Nunes, 2016). Assim, a distanásia é considerada uma má prática do ponto de vista ético e deontológico, sendo no entanto e por vezes, difícil de definir a fronteira entre o que é razoável e o que é fútil (Nunes, 2016). A escolha de um determinado procedimento deve ser adequado a uma situação concreta, pelo que este procedimento deve ser adequado eticamente, não pelo que é em si realizado mas sim tendo em conta os objetivos pretendidos para cada doente (Nunes, 2016). No entanto, é difícil não ir pelos caminhos da distanásia, quando um doente ou a sua família, pede para que seja feito tudo o que for possível, no sentido em que existe por parte dos profissionais de saúde um receio de um procedimento judicial por negligência, caso não o façam, e se não existirem protocolos na instituição que contradigam o pedido, os profissionais tendem sempre a seguir esses caminhos (Nunes, 2016). Assim, e do ponto de vista ético, não existe diferenças morais intrínsecas entre iniciar um tratamento que pode prolongar de forma artificial a vida, ou retirar um tratamento que se revelou inútil, quando a pessoa se encontra num processo que segundo o conhecimento prévio que existe a levará à morte (Nunes, 2016). Esta interrupção de tratamentos, bem como o não início dos mesmos, apenas fazem sentido num contexto onde os cuidados não pretendem prolongar a vida a todo o custo, mas sim possibilitar um fim de vida digno (Nunes, 2016). Assim, “(...) omitir ou suspender, não iniciar ou retirar um tratamento ou uma medida terapêutica não pode constituir um abandono de cuidados.” (Nunes, 2016, p.83).

No centro, entre a eutanásia e a distanásia, surge o conceito de cuidados paliativos, sendo este o ponto

de equilíbrio. Nos cuidados paliativos existe a procura incessante e a defesa da dignidade no processo de morte, visando a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa quando a cura não é possível (Nunes, 2016). É essencial que se faça com que o doente possa viver até ao fim com respeito pela sua autonomia, dignidade, conforto e qualidade de vida, sendo estas as questões éticas mais inerentes a estes cuidados (Nunes, 2016). Focando no respeito pela sua autonomia, o qual considero ser a questão ética que mais encontramos durante a prestação dos cuidados paliativos, é essencial dizer que este é um princípio ético que está presente em diversas áreas da saúde, e como tal é alvo de bastante atenção (Nunes, 2016). Na relação terapêutica deve ser respeitada a autonomia do profissional de saúde bem como a do doente, sendo que este último deve ser estimulado a manifestar as suas preferências e propor alternativas aos cuidados. Assim o respeito pela autonomia é promovido sendo que o mesmo tem significância clínica, legal e psicológica (Nunes, 2016). A nível clínico, vai favorecer a confiança estabelecida pela relação terapêutica e estimular uma maior cooperação do doente levando assim a uma maior satisfação com os cuidados prestados. Do ponto de vista legal, enaltece os direitos individuais do doente sobre o seu próprio corpo. Por fim, e do ponto de vista psicológico, vai favorecer ao doente um sentimento de controlo sobre a sua vida e de valor pessoa (Abreu & Fortes, 2014).

Como dito anteriormente, é essencial que as pessoas significativas do doente sejam incluídas em todo o processo de morte, sendo incluídas na partilha de preocupações, de forma a poderem participar conjuntamente com o doente e a equipa

multidisciplinar na elaboração de planos e nas decisões a tomar para lá chegar (Nunes, 2016). Estando na base da atuação dos profissionais a preservação da vida e o alívio do sofrimento, em determinadas situações podem ser antagónicos devendo prevalecer um sobre o outro. Nesses casos, torna-se prioritário o alívio do sofrimento pelo cuidado paliativo que o acompanha (Nunes, 2016).

Reflexão

Em jeito de reflexão pessoal acerca do tema do trabalho: Questões bioéticas relacionadas com os cuidados paliativos, gostaria de começar por referir em todas as fases da vida se levantam estas questões. No entanto, nos cuidados a um doente em fase terminal, é essencial que principalmente a sua autonomia seja promovida e respeitada, pois só assim, esse doente irá ter uma qualidade de vida, por si desejada e no fim uma morte que para si será digna. Considero então este um dos focos principais das questões éticas nesta fase. O doente tem o direito a escolher os cuidados que quer, ou que não quer, a participar nas tomadas de decisão realizadas pela equipa, sendo assim o ser autónomo e informado que tem o direito de ser.

É também importante, que o doente consiga perceber que conceitos como futilidade terapêutica, não prejudicam em nada o seu estado de saúde, apenas adiam algo que já foi descrito e analisado que irá ter um fim, aconteça o que acontecer. É informando o doente que conseguimos passar estas mensagens e este conhecimento e incorporá-lo nas tomadas de decisão. Assim a informação reveste-se de uma importância, sendo que pode levantar questões éticas, pois a família só deve ser integrada

nos cuidados, caso o doente queira e permita que a informação seja partilhada com a mesma. Não é por o doente estar em fase terminal, que não devem ser valorizadas as suas escolhas e decisões. Muito pelo contrário, é nesta fase que o doente mais precisa de sentir que tem o poder sobre a sua vida, para que possa disfrutar do que dela resta, da forma que bem entender.

No entanto, também são enaltecidas questões éticas que se prendem com a beneficência a não-maleficência e a justiça, que também nos cuidados em fim de vida se revestem de uma extrema importância. A beneficência e a não-maleficência mais juntas e no sentido de uma ser a obrigação moral de agir para o benefício do outro e a outra para o dever de não causar danos ao outro. Penso que as questões éticas abordadas ao longo do trabalho, espelham bem a complexidade dos cuidados prestados, sendo que considero de uma extrema importância que os mesmos sejam realizados por profissionais devidamente instruídos para este efeito.

A importância de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos em Portugal

É indiscutível a necessidade de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos, tendo em conta tudo o que foi apresentado anteriormente, assim segue-se uma breve reflexão pessoal acerca da importância da mesma. Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Base IX, Objetivos, Artigo 1º, “Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença

grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.”. Assim, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, “(...) é uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.” (Lei nº 52/2012, Base X, Modelo de Intervenção, Artigo 1º).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citado pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017-2018, anualmente, mais de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos em todo o mundo, reconhecendo assim a eficiência dos variados modelos de organização dos mesmos no alívio do sofrimento dos doentes em fase terminal. O desenvolvimento destes modelos nos sistemas nacionais de saúde e da continuidade dos cuidados a todos os níveis, é considerado uma responsabilidade ética de cada estado (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

No processo de morte, deve-se humanizar o cuidado protegendo a dignidade do doente até ao fim. Assim, os cuidados prestados devem ser competentes e adequados a cada situação específica, sendo que se baseiam sempre na evidência científica sem descurar a vontade da pessoa, respeitando-a. Se as pessoas, informadas, desejam morrer em casa, ou querem cuidados paliativos que aliviem o sofrimento e que permitam fazer face ao tempo de vida que ainda dispõem, com qualidade devida, deveríamos ser capazes então de assegurar que estas vontades fossem cumpridas. No entanto, o assegurar das

mesmas depende e muito das condições existentes no sistema de saúde e dos profissionais formados em cuidados paliativos, tal como acontece em outras áreas dos cuidados de saúde, em que é essencial que haja uma estrutura, organização e recursos humanos qualificados. Agir desta forma trás ganhos para todos. Para o país, para os cidadãos e para os profissionais de saúde (Nunes, 2016).

Sendo considerados como essenciais num Serviço Nacional de Saúde de qualidade, os cuidados paliativos, são prestados na continuidade dos cuidados de saúde a todos os que requerem dos mesmos e que deles necessitem. É hoje reconhecido ao nível internacional, que quando são aplicados de forma precoce, os cuidados paliativos, trazem benefícios tanto para os doentes como para as suas famílias, diminuindo os sintomas dos pacientes e a sobrecarga dos familiares. Para além dos benefícios diretos, estes também diminuem os tempos de internamento hospitalar, bem como as recorrências, a futilidade terapêutica e os recursos aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos, diminuindo os custos em saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

Pretende-se assim que todas as pessoas portadoras de doença em fase avançada e progressiva, que residem em território nacional, possam ter acesso a cuidados paliativos de qualidade, integrados na Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Esta deve ser construída segundo “(...) um modelo colaborativo e integrado (...)” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d., p.13). Se forem asseguradas as intervenções das equipas de cuidados paliativos de forma rápida e flexível, nos três níveis de cuidados de saúde existentes em Portugal, os Cuidados de

Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados Continuados Integrados, criar-se-á uma rede funcional de cuidados paliativos, aumentando e facilitando os acessos ao mesmos e fortalecendo a abordagem realizada pelos profissionais de saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, s.d.).

Conclusão

Os Cuidados Paliativos são um tema de extrema importância a debater, pois promovem uma morte digna a todos os doentes que não tem outras perspetivas de tratamento. Contudo, existe ainda algum desconhecimento da população em geral, acerca dos mesmos, sendo por isso essencial que seja feita uma educação para a saúde, promovendo a prevenção da doença, a promoção da cura, e a continuação de procura incessante pelos tratamentos mais inovadores, mas sem descurar os cuidados paliativos, quando nada mais for passível de realizar. Visto que a morte é o final que todos temos em comum, e apesar de por vezes ser um assunto delicado e que nem todos possuem ferramentas para lidar com o mesmo, deve ser promovida a educação acerca das questões são inerentes aos cuidados paliativos, como o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida, entre tantos outros (sim, porque é possível proporcionar isto tudo a um doente em fase terminal). Assim e com a abordagem a estes cuidados realizada, é também essencial perceber quais as questões éticas que estão subjacentes a todos os processos que são realizados, incluindo a família nos mesmos sempre que isso for desejo do doente, não descurando as

mesmas, mas sim incentivando a que sejam respeitadas.

Para finalizar, dizer que os cuidados paliativos, podem oferecer muito mais a um doente do que aquilo que podemos imaginar, sendo que, quando aplicados sob todos os princípios éticos, se tornam a melhor forma de cuidar de alguém em fase terminal, bem como da sua família.

Agradecimentos

Quero agradecer à Sr.ª Professora Doutora Lucília Nunes, orientadora da realização deste artigo, pelas preciosas ajudas que me deu para a realização do mesmo, mostrando-me o caminho a seguir de forma a atingir os objetivos propostos. Sem esta orientação, teria sido difícil a realização do mesmo, pela imensidão de conteúdos existentes em relação aos cuidados paliativos. À Sr.ª Professora, o meu muito obrigado!

Referências bibliográficas

Abreu, C. B. B. & Fortes, P. A. C. (2014). *Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos*. Revista bioética. P. 299-308

Cardoso, A., Bernardo, A., Carvalho, C., Fradique, E., Gonçalves, F., Pires, M. & Vilão, O. (2008). *Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2008-2016)*. Direção-Geral de Saúde. Disponível em: 1

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (s.d.). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017-2018*.

Direção-Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Acesso em Dezembro 1, 2016. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_C_P_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_C_P_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos*. ERS: Porto.

Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República I Série, Nº 172.

Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Paiva, F. C. L., Júnior, J. J. A. & Damásio, A. C. (2014). *Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida*. Revista bioética. P. 550-560.

Piedade, M. I. L. (2007). *Aspetos Éticos do Final de Vida em Cuidados Paliativos*. Revista Enfermagem. P. 10-14.

Santana, J. C. B., Campos, A. C. V., Barbosa, B. D. G., Baldessari, C. E. F., de Paula, K. F., Rezende, M. A. E. & Dutra, B. S. (2009). *Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem*. BIOETHIKOS – Centro Universitário São Camilo. P. 77-86.

Sapeta, P. & Lopes, M. (2007). *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Revista Referência - IIª Série. P. 35-57. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Z3WVX4z5hZgJ:https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D15%26codigo%3D+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Implicações Éticas no Uso da Água

Nicole Zuzarte

Resumo

A água, mais que um recurso indispensável à produção e um recurso estratégico para o desenvolvimento económico, é fundamental para a manutenção dos ciclos biológicos, geológicos e químicos que mantêm em equilíbrio os ecossistemas, bem como uma referência cultural e um bem social indispensável à qualidade de vida da população mundial. É, ainda, um direito humano fundamental que a ninguém deve ser negado. Porém, este recurso natural de valor inestimável tem vindo a ser ameaçado pelas alterações climáticas, pela contínua degradação do meio ambiente, pelo seu consumo excessivo e pela sua má gestão e desperdício.

Atualmente, a utilização da água é fonte de numerosos problemas, cuja resolução necessita uma profunda reflexão ética. Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo abordar os aspetos éticos e bioéticos do acesso e uso da água, através de uma análise e reflexão crítica dos problemas atuais subjacentes a esta temática. O acesso à água deve ser garantido de igual forma a toda a população mundial, no entanto, é necessária uma conscientização global para a importância da preservação deste recurso natural.

Palavras-chave: Água; ética; bioética; direitos humanos.

Abstract

Water, more than an indispensable resource for production and a strategic resource for economic development, is fundamental for the maintenance of the biological, geological and chemical cycles that keep the ecosystems in balance, as well as a cultural reference and a social good indispensable to quality of the world's population. It is also a fundamental human right that should not be denied to anyone. However, this invaluable natural resource has been threatened by climate change, the continuing degradation of the environment, its excessive consumption and its mismanagement and waste.

Currently, the use of water is the source of numerous problems, the resolution of which requires a deep ethical reflection. In this sense, this article aims to address the ethical and bioethical aspects of access and use of water, through an analysis and critical reflection of the current problems underlying this theme. Access to water must be guaranteed equally to the entire world population, however, a global awareness of the importance of preserving this natural resource is needed.

Key-words: Water; ethics; bioethics; human rights.

INTRODUÇÃO

Fundamental para o funcionamento dos sistemas naturais, bem como para a sustentação dos ciclos e da vida no planeta, a água é um recurso natural limitado insubstituível na maioria das ações humanas, e com diversas utilizações, tais como: (a) suprimento das necessidades humanas; (b) produção industrial e agrícola; (c) geração de energia elétrica; (d) transporte; (e) recreação; (f) esgotamento de efluentes urbanos e industriais; (g) meio de vida aquático e da vegetação terrestre. Dois terços da superfície do planeta estão cobertos por água, contudo, mais de 97,3% da água disponível é salgada e, dos 2,7% de água doce restantes, aproximadamente 77,2% estão dispostos em calotas polares; 22,4% estão depositados em reservatórios subterrâneos profundos e, apenas 0,4% está disponível em rios e lagos. As reservas de água potável de fácil acesso (rios e lagos) são relativamente limitadas e, em muitas regiões do mundo, tornaram-se escassas (ALHERT, 2013).

O ritmo crescente do uso de água no mundo não é sustentável, pois as práticas atuais geram a escassez deste recurso em grande parte do planeta. O agravamento de escassez da água advém da urbanização desordenada; impermeabilização e erosão do solo; poluição e assoreamento dos corpos d'água; conflitos

gerados pelos diferentes usos da água; práticas agrícolas com utilização dispendiosa de água na irrigação; deficiências no setor de saneamento; e, falta de consciência no uso da água pela sociedade (FEITAL et al., 2008). A percepção da escassez da água para o consumo humano tem levado os governos de todo o mundo a reorganizarem o ambiente institucional e a definirem novos direitos e obrigações de propriedade, por meio de um sistema de gestão participativo descentralizado, e que estimule a utilização da água de forma racional (TUNDISI, 2003 cit. por ALHERT, 2013). Nesse sentido, a gestão para melhoria dos recursos hídricos deve incluir, no seu processo de decisões e ações, não somente as autoridades governamentais, mas também a iniciativa privada e a sociedade em geral (FEITAL et al., 2008).

As sociedades modernas, hipertecnológicas e relacionalmente afastadas da natureza, revelam uma certa “desconexão” moral, ética, política e mesmo funcional relativamente aos ciclos da vida e tendem a descurar que, se os principais recursos naturais se tornam escassos ou inacessíveis, a própria humanidade terá falhado o seu objetivo principal, comum a todos os organismos vivos: a sobrevivência. Numa perspectiva de solidariedade, quer global quer intergeracional, o consenso nesta matéria só é possível à custa de uma profunda mudança de mentalidades e de uma nova conduta do ser

humano, passando por uma maior consciencialização ambiental e por uma nova forma de comportamento ético, prático e atingível, que tenha em conta que as consequências das suas decisões se estendem no tecido do tempo. Entre os espectros ambientais com que a humanidade se depara neste início de século, a escassez de água doce ocupa o primeiro lugar, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).

Assim, os objetivos para a realização deste artigo prendem-se em lançar um breve olhar sobre a bioética e a bioética de proteção e os seus princípios; salientar a importância da água como recurso fundamental à vida; reconhecer o direito de todos ao seu acesso; compreender a atual crise ambiental e situação da água a nível global; identificar os princípios éticos associados ao seu uso; compreender as implicações éticas e políticas inerentes ao uso deste recurso, numa lógica que reconhece o ambiente como uma responsabilidade social de todos, tendo em vista o uso sustentável deste bem natural fundamental para a vida da humanidade; abordar o uso da água em Portugal e a respetiva legislação que vigora para esse efeito e, por fim, adotar uma posição fundamentada em relação a esta temática.

O presente artigo rege-se de acordo com as normas de publicação da Revista Percursos.

Bioética: definições e princípios

O vocábulo bioética indica um conjunto de reflexões, pesquisas, e práticas pluridisciplinares, objetivando elucidar e solucionar questões éticas provocadas pelo avanço das tecnociências biomédicas” (KANT, 2003 cit. por MALAGUTTI, 2007). O termo foi usado pela primeira vez em 1971, pelo americano Rensselaer Potter, na sua obra *Bioethics: a bridge to the future*, onde chama a atenção para a exigência de um novo relacionamento entre o homem e a natureza. Potter afirma, na sua obra, que é urgente mudar a relação homem/natureza, o que acarreta a necessidade de uma “nova ciência”: a bioética. Para o autor, essa ciência baseia-se na biologia, que alarga o seu horizonte para além do seu âmbito descritivo tradicional, vindo a incluir no próprio campo de indagação também normas e valores. Dessa forma, a bioética torna-se uma espécie de “ética científica” que tem por objetivo garantir a sobrevivência humana e a qualidade da vida (MORI, 1994).

Uma das principais características da bioética é a interdisciplinaridade, entendida como o envolvimento de várias disciplinas que visam conjuntamente proporcionar, a par da evolução do conhecimento científico, a perceção dos conflitos, o exercício da autonomia e a busca pela coerência. A bioética não visa estabelecer normas ou regras de conduta, ou seja, não pretende ser impositiva, mas não escapou à

tendência humana de normatização (BESSA, 2013).

A bioética pretende sustento em normas, regras gerais, valores e princípios que obviassem os perigos que o desenvolvimento precipitado da ciência podia encerrar para a identidade pessoal e a integridade física do Homem. Para tal, foram elaboradas regras ou princípios normativos para a ação biomédica. O chamado modelo principialista decorre da obra *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James Childress, baseada no Relatório de Belmont, enunciando os princípios fundamentais normativos de ação – princípio da não-maleficência, da beneficência, princípio da justiça e princípio da autonomia (BESSA, 2013). Sucintamente, o princípio da não-maleficência consiste na obrigação de não causar ou infligir danos intencionalmente, ao invés; o princípio da beneficência pretende maximizar o bem e proporcionar o bem-estar; o princípio da justiça estabelece a justa distribuição de bens e recursos na tentativa de igualar as oportunidades de acesso em termos equitativos; e o princípio da autonomia visa a capacidade de cada um possuir autodeterminação. Estes quatro princípios, que não possuem caráter absoluto, nem têm prioridade relativa, tornaram-se fundamentais para o desenvolvimento da bioética (BESSA, 2013).

Bioética da proteção

O poder de influenciar a vida dos que habitarão no futuro, com consequências das nossas ações e comportamentos nas gerações vindouras, trouxe à bioética o princípio da proteção (BESSA, 2013).

Numa retrospectiva histórica, o princípio da proteção está presente desde o século XVIII, onde o estado tomou para si a responsabilidade de defender a integridade física e propriedade dos seus cidadãos. Por conseguinte, constituiu-se também a base moral do estado social contemporâneo, no qual a proteção da condição humana exacerbou-se ainda mais. Nesse contexto, e ainda no século XVIII, ocorreu a génese da saúde pública, visando promover a segurança e saúde do trabalhador. No entanto, o princípio da proteção permaneceu subjacente por pelo menos três séculos, uma vez que a bioética não foi incorporada nesse processo. Por conseguinte, a bioética da proteção surgiu a partir da inquietação de pesquisadores latino-americanos, tendo em conta não só a vulnerabilidade, mas também a própria condição existencial dos humanos submetidos à pobreza, à escassez de recursos de saúde, à fome, ao desemprego, à falta de condições habitacionais e ao escasso ou inadequado acesso a água potável, entre outros (SIQUEIRA et al., 2013).

A bioética da proteção fundamentou-se em códigos e diretrizes internacionais, tais como o

Código de Nuremberg de 1947 e a Declaração de Helsinki de 1964, a qual sofreu diversos ajustes até o ano de 2000. Consiste numa corrente de pensamento recente, decorrente das contingências latino-americanas, disseminando princípios morais aos problemas globais. O seu foco principal centra-se nos indivíduos e populações vulneráveis e excluídas do processo de globalização. Defendida por Schramm e Kottow, a bioética da proteção prima por proteger a integridade física, psíquica, social e patrimonial do indivíduo, visando promover uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida, especialmente dos mais necessitados. Fundamenta-se no princípio da responsabilidade social, priorizando os mais carentes e respeitando os direitos e a dignidade humana, os quais devem manter-se inalienáveis (SIQUEIRA et al., 2013).

Como questão de saúde pública, o problema do acesso à água pode ser abordado do ponto de vista da bioética de proteção. Assim, este princípio pode ser entendido como o resguardo ou cobertura de necessidades essenciais. A proteção deve garantir que requerimentos moralmente legítimos sejam atendidos, de modo que toda pessoa necessitada possa satisfazer as suas necessidades básicas ou essenciais, o que inclui o direito ao consumo e acesso a água doce não contaminada (SIQUEIRA et al., 2013).

O acesso à água: um direito fundamental

Na reflexão que se foi desenvolvendo sobre o valor da água nas suas múltiplas dimensões, o acesso a este recurso natural é hoje encarado como um direito humano do qual todas as pessoas devem poder beneficiar. O seu acesso é também uma condição para o usufruto de outros direitos, designadamente o direito à saúde e ao bem-estar ou o direito à alimentação e, de um modo geral, condição para o direito ao desenvolvimento, incluindo a prossecução de atividades económicas (AVILLENZ & ÁGUAS, 2016).

Em Novembro de 2002, o Comité das Nações Unidas para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais adotou o seu Comentário Geral Nº 15 sobre o direito à água afirmando que: “O direito humano à água prevê que todos tenham água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e a preços razoáveis para usos pessoais e domésticos.” O acesso universal ao saneamento é, “não apenas fundamental para a dignidade humana e a privacidade, mas também um dos principais mecanismos de proteção da qualidade” dos recursos hídricos. Para além disso, em Abril de 2011, o Conselho dos Direitos Humanos adotou, através da Resolução 16/2, o acesso a água potável segura e ao saneamento como um direito humano: um direito à vida e à dignidade humana (NAÇÕES UNIDAS, s/d).

Refiram-se alguns princípios éticos universais que constam na Declaração Universal dos Direitos Humanos, das Nações Unidas, de 1948 e na proclamação da Conferência das Nações Unidas sobre a água, de 1977, segundo o qual “todos os povos... têm direito ao livre acesso a água potável em quantidades e de qualidade iguais às das suas necessidades básicas”. Esses princípios podem ser aplicados diretamente à temática em questão, e resumidamente são os seguintes: (a) princípio da dignidade humana: aqueles a quem se nega a água, nega-se a vida; (b) princípio da participação: todos os indivíduos, em especial os pobres, devem estar envolvidos no planeamento e na administração da água; (c) princípio da solidariedade: ter consciência de que a água confronta os seres humanos com a interdependência a montante e a jusante, e as propostas correntes de uma administração integrada dos recursos hidráulicos; (d) princípio da igualdade humana: conceder a todas as pessoas o que lhes é devido; (e) princípio do bem comum: a água é um bem comum, e se não for adequadamente distribuída, a dignidade e o potencial humano ficam reduzidos para todos, e são negados a alguns; (f) princípio da economia: que ensina o respeito pela criação e o uso prudente, boa parte da administração hídrica diz respeito ao encontro de um equilíbrio ético entre o uso, a mudança e a preservação do nosso planeta e dos recursos hídricos (NUNES, 2009).

A água é um bem comum que pertence à natureza e a todos os seres vivos que nela habitam e necessitam deste recurso para a manutenção de suas vidas. Todo o ser vivo tem direito à água, mas cada um deve respeitar a natureza e se conscientizar do seu uso de forma racional, para além de também impedir que lixo contamine as reservas hídricas do planeta, garantindo a sua continuidade para o futuro (NUNES, 2009).

Deve, portanto, fazer-se cumprir o Artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos da Água, promulgada pela ONU em 1992: “A água não é somente herança dos nossos antepassados; ela é, sobretudo, um empréstimo aos nossos sucessores. A sua proteção constitui uma necessidade vital, assim como a obrigação moral do homem para com as gerações presentes e futuras.” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013).

Atualidade global e perspectivas futuras

A água doce que se encontra disponível para o uso do Homem é de cerca de 0,4% do total de água existente no planeta. Desses, 85% são utilizados para irrigação, 10% pela indústria e 5% para consumo humano (NUNES, 2009). No entanto, estima-se que 884 milhões de pessoas no mundo não tenham acesso a água potável segura e que 2,6 mil milhões de pessoas não tenham acesso a saneamento básico, o que representa 40% da população mundial (NAÇÕES

UNIDAS, s/d). Calcula-se, ainda, que quase metade da população sofra hoje em dia com algum problema relacionado com a água, e mais diretamente com a falta dela ou com a sua qualidade inadequada para consumo. Mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo consomem água contaminada e outros milhares não conseguem água suficiente para satisfazer as suas necessidades básicas, para irrigar as suas plantações ou para o desenvolvimento industrial (MEDEIROS, s/d).

A população mundial está a aumentar significativamente ano após ano, pelo que o consumo de água também aumenta, mas com um detalhe: em ritmo mais acelerado. Segundo informação incluída no “UN World Water Development Report: Water for a Sustainable World 2015”, até 2050 a procura de água aumentará cerca de 55%, sobretudo devido ao uso doméstico, mas também à indústria e aos gastos com a energia elétrica. Só em termos industriais, o aumento da procura atingirá os 400%. E, a menos que se consiga restaurar o equilíbrio entre procura e oferta, o mundo sofrerá as consequências de uma grave escassez de água (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o crescimento do uso da água foi mais do que o dobro do aumento populacional no século passado, de maneira que, hoje, consumimos metade da água doce disponível e estima-se que o seu consumo irá

duplicar este século, ou seja, em breve teremos esgotado toda a água doce do planeta (MEDEIROS, s/d).

Em Portugal

Nos últimos 20 anos, segundo dados da Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos, a política dos serviços de água em Portugal tornou possível que a percentagem da população com cobertura de serviço público de água aumentasse de 81% para 95% e que o acesso a água segura aumentasse de 50% para 98%, de acordo com o estabelecido pelas Diretivas europeias. Também no mesmo período, a percentagem de população com acesso a serviço público de águas residuais com tratamento passou de 28% para 79%, e a população com serviço público de resíduos urbanos com destino final adequado passou de 22% para 100%. Atualmente, 78 % das águas superficiais são de boa qualidade, bem como 99% de águas de praias costeiras e 95% de águas de praias fluviais, igualmente de acordo com as Diretivas europeias (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).

Portugal iniciou o século XXI com uma procura anual de água no território continental estimada em cerca de 7.500 milhões m³, no conjunto dos três setores: urbano, agrícola e industrial. O setor agrícola é, em termos de volume, o maior consumidor (>80%). Em termos de custos de abastecimento, o setor urbano é o

mais representativo, uma vez que a água para consumo humano requer tratamento prévio. Nem toda a água captada é realmente aproveitada, uma vez que existe uma parcela importante de desperdício associada a perdas no sistema de armazenamento, transporte e distribuição e ao uso ineficiente da água para os fins previstos (AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, 2012).

A política de condicionalidade, ao promover a implementação das boas práticas ambientais, contribuiu indiretamente para a aplicação eficiente de água nesta última década. Apesar do aumento verificado na eficiência de utilização da água, existe ainda uma parcela importante de desperdício, associada a ineficiência de usos e perdas, continuando a existir oportunidades para uma melhoria significativa do consumo de água em todos os setores, com impactos ambientais, sociais e económicos (AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, 2012).

Nesta evolução foi importante o reconhecimento dos direitos do cidadão, enquanto consumidor, nomeadamente quanto ao acesso físico e económico dos serviços com qualidade; à qualidade da água para consumo; à reclamação sobre os serviços; à informação sobre os serviços; à participação nas decisões; e também o reconhecimento dos seus deveres, nomeadamente quanto à utilização responsável da água e ao pagamento do serviço. No

entanto, alguns grupos da população, nomeadamente os sem-abrigo e comunidades de etnia cigana, continuam a não ter acesso à água potável e esgotos (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Por outro lado, deve notar-se que a crise económica dos últimos anos, com efeitos no consumo da água, e as privatizações efetuadas no sector têm tido impacto na política atual dos serviços de água do nosso país. No que se refere à água, é reconhecido que as políticas públicas devem, não apenas procurar elevar os níveis de atendimento do abastecimento público de água e saneamento básico, mas também prosseguir a universalidade, continuidade, qualidade, eficiência e acessibilidade económica desses serviços. Nesse sentido, tal atuação corresponde a uma tomada de consciência do valor social e humano da água enquanto bem e enquanto serviço essencial, alicerçada em valores éticos de solidariedade, compaixão e justiça (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Saiba-se que segundo o Artigo 8.º da Declaração Universal dos Direitos à Água, “a utilização da água implica que haja respeito pela lei. A sua proteção constitui uma obrigação jurídica para todo o homem ou grupo social que a utiliza. Esta questão não deve ser ignorada nem pelo homem nem pelo Estado.” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013). No que toca à legislação que vigora no País, existe a Lei nº

58/2005, de 29 de Dezembro, que tem como objetivo primordial a gestão sustentável das águas e a sua proteção. A Lei estipula que as atividades que tenham impacte significativo no estado das águas só podem exercer-se mediante um título de utilização e que qualquer utilização dos recursos hídricos, que não esteja incluída no artigo 58.º (uso e fruição comum), implicará a solicitação de licenciamento à entidade licenciadora que avaliará o respetivo impacte e o título mais adequado. A entidade competente, em Portugal Continental, em matéria de licenciamento dos recursos hídricos é a Agência Portuguesa do Ambiente. Também o Decreto-Lei nº 236/98, de 1 de Agosto, estabelece normas, critérios e objetivos de qualidade com a finalidade de proteger o meio aquático e melhorar a qualidade das águas em função dos seus principais usos (AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, 2012).

A água é um fator essencial para o desenvolvimento socioeconómico do País, sendo um recurso natural estruturante e estratégico. É necessário garantir eficiência e racionalidade no uso deste recurso, fazendo deste desígnio uma das linhas orientadoras da política de ambiente e gestão da água em Portugal. A necessidade de implementar um programa que determine claramente as linhas orientadoras para o uso eficiente da água, no âmbito de uma política ambiental, integrada e transversal, de eficiência de recursos, continua

a ser premente (AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, 2012).

Surge, assim, o Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água 2012-2020, que tem como principal objetivo a promoção do uso eficiente da água em Portugal, especialmente nos setores urbano, agrícola e industrial, a fim de minimizar os riscos de escassez hídrica e melhorar as condições ambientais nos meios hídricos, sem pôr em causa as necessidades vitais e a qualidade de vida das populações, bem como o desenvolvimento socioeconómico do país. Outro objetivo prende-se em contribuir para a consolidação de uma nova cultura da água em Portugal que valorize de forma crescente este recurso, atribuindo-lhe a importância devida no desenvolvimento humano e económico e contribuindo para a preservação do meio natural, numa ótica de desenvolvimento sustentável (AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, 2012).

Implicações éticas no uso da água

A água, fonte de vida, suporte de ecossistemas e habitats, é também um símbolo comum da humanidade, respeitada e valorizada. A sua disponibilidade e qualidade são determinantes para a qualidade de vida e a estabilidade da sociedade do século XXI. A questão é saber se o planeta suporta o ritmo atual de exploração dos recursos de água doce (AVILLES & ÁGUAS, 2016).

A água é igualmente um recurso de valor económico, que deve ser gerido de forma a evitar conflitos entre países. Assim, a utilização dos recursos da água doce necessita de uma profunda reflexão ética por parte dos Estados, indissociável do desenvolvimento de formas de gestão sustentável dos recursos hídricos e de uma reflexão de âmbito mais global sobre aspetos fundamentais de condições de vida que persistem no mundo em que vivemos (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Como já foi referido, o rápido crescimento da população mundial, a grande expansão urbanística, a industrialização, a agricultura e a pecuária intensiva, a produção de energia elétrica, conduziram a um aumento sem precedentes do consumo deste recurso natural (GUEDES, 2013). Esta realidade, não sendo imediatamente visível, tem um impacto assinalável sobre os recursos hídricos do planeta. A progressiva perceção da dimensão e significado destas dificuldades e desafios conduziu a uma reflexão global sobre o valor da água, nomeadamente sobre as implicações éticas contidas no acesso, ou sua negação, a este recurso natural e os compromissos políticos necessários para a sustentabilidade deste recurso para as gerações futuras (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

A responsabilidade sobre a água é destacada no Artigo 1º. da Declaração Universal dos Direitos da Água: “A água faz parte do património do

planeta. Cada continente, cada povo, cada nação, cada região, cada cidade, cada cidadão é plenamente responsável aos olhos de todos” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013). No entanto, a água, assim como outros recursos, tornou-se uma vítima da indiferença humana (CARSON, 2010 cit. por GUEDES, 2013).

As questões éticas sobre a relação do Homem com a natureza adquirem especial relevância na esfera política, especialmente quando as decisões são tomadas sem atender à necessidade de um uso ponderado dos recursos. Numa perspetiva de justiça e equidade, as políticas devem garantir que a todos os seres vivos caiba o acesso à água de forma tal que garanta a sua sobrevivência. Para além disso, cabe a cada um de nós a assunção de uma consciência ética relativamente à natureza. Ao definir e aceitar o direito à água como direito humano, importa refletir sobre as implicações éticas da sua realização ou negação, bem como proceder a uma análise das consequências deste direito ao nível da ação política (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

A primeira constatação é a da lacuna que existe entre os princípios éticos e a realidade, do desajuste entre as proclamações teóricas, da realidade da vida das pessoas no usufruto deste direito, e também da realidade que vai para além do nosso tempo; porque se a questão da água tem uma dimensão de urgência no presente, tem também essa urgência

relativamente ao futuro; e as decisões de hoje são determinantes para as gerações de amanhã (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016), até porque, segundo a ONU, 1992 “(...) a sua proteção constitui uma necessidade vital, assim como a obrigação moral do homem para com as gerações presentes e futuras.”

A questão da água afeta a vida em primeiro lugar, e a implicação ética mais profunda é a do respeito pela vida, que inclui o respeito pela água enquanto símbolo de vida e o respeito pelo direito de todos ao seu usufruto. Esta perspectiva inclui ainda a dimensão fundamental da justiça, que se deve traduzir no seu acesso equitativo e na criação de oportunidades iguais para todas as pessoas. Perspetivas éticas que incluem, ainda, uma dimensão de solidariedade global para a proteção da sobrevivência e da dignidade de todas as pessoas e em particular das mais vulneráveis (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016). Assim, “o planeamento da gestão da água deve levar em conta a solidariedade e o consenso em razão de sua distribuição desigual sobre a Terra.” (ONU, 1992).

O Estado tem um papel fundamental em proporcionar a proteção da saúde da sua população, e garantir o acesso a água potável segura é a base para manter essa saúde. As políticas públicas, que garantem esse acesso, devem estar fundamentadas em princípios como: solidariedade, justiça social, equidade da água como bem comum e de concordância

geral. O problema da água não é somente a sua escassez, mas a sua qualidade. Sem água não há vida, daí a preocupação mundial com este recurso precioso e essencial. No entanto, o custo para a construção e administração dos recursos hídricos é alto, pelo que muitos países não têm condições para financiar o abastecimento de água à sua população. Para além disso, há países que comercializam a água como mercadoria criando conflitos éticos pois utilizar um bem comum da natureza, que faz parte de toda a vida existente no planeta, jamais deveria ser fruto de comércio e especulação. Essa conduta demonstra a total falta de ética e moral e de princípios sobre o direito à vida e à água (AVILLETZ & ÁGUA, 2016). Como tal, medidas urgentes devem ser discutidas a fim de melhorar a qualidade das águas e de avaliar as prioridades que são necessárias em todo o planeta. Sabe-se que investimentos devem ser feitos para a distribuição de água potável para a população de uma certa região, pois envolvem tecnologias e pesquisas, mas é obrigação dos Estados distribuírem água suficiente e de qualidade (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Deste modo, pode dizer-se que, em termos políticos e na ótica da presente reflexão, será necessário: (a) valorizar o acesso à água numa perspectiva de bem público e da realização de um direito humano; (b) prever os impactos hídricos das alterações climáticas,

designadamente cheias, secas e outras catástrofes naturais e as suas consequências sobre as pessoas, países e regiões; (c) assegurar a preservação e gestão financeiramente sustentável da água em todos os aspetos da sua captação, tratamento, distribuição e utilização, incluindo a existência de regimes e instituições reguladoras do respetivo acesso, controlo e utilização; (d) atender às situações específicas das populações em condições de maior vulnerabilidade no que se refere ao acesso à água, nomeadamente decorrentes de pobreza, migrações, situações de conflito ou outras; (e) educar e sensibilizar toda a sociedade para padrões de consumo compatíveis com estes objetivos, visando uma utilização mais eficiente da água e uma atitude de respeito por este recurso natural e pelo direito de todas as pessoas dele usufruírem, bem como o respeito pela própria natureza (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016). Estas linhas de orientação são providenciadas por várias entidades, de que se poderá destacar “A Carta de Lisboa” aprovada em 2014 para a adoção de boas práticas na definição de políticas públicas; o Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água 2012-2020; ou, a nível institucional, os “Princípios da OCDE para a Governança da Água”, de Junho de 2015 e que apontam para políticas públicas orientadas para a proteção das gerações futuras. Independentemente dos modelos de gestão adotados haverá requisitos que compete aos

Estados garantir: as já referidas exigências de disponibilidade para uso pessoal e doméstico, de acessibilidade física e financeira, e de qualidade e segurança, mas também a defesa dos valores da igualdade e não discriminação, que obriga a políticas não discriminatórias e à especial atenção a grupos específicos que enfrentem maiores vulnerabilidades (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Concluindo, pode dizer-se que a questão do direito à água, hoje universalmente aceite como direito humano, é uma questão complexa que requer uma visão ética e lúcida num contexto novo e amplo, que abarca as pessoas e a natureza, o tempo presente e o tempo futuro (AVILLETZ & ÁGUAS, 2016).

Reflexão pessoal

A água, à semelhança do oxigénio que respiramos, é um recurso indispensável para a existência de todas as formas de vida, conforme afirma o Artigo 2.º da Declaração Universal dos Direitos da Água: “a água é a seiva de nosso planeta. Ela é condição essencial de vida de todo vegetal, animal ou ser humano. Sem ela não poderíamos conceber como são a atmosfera, o clima, a vegetação, a cultura ou a agricultura.” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013).

Para além de estar intimamente relacionada como o direito à vida, pois sem água não haveria vida no planeta, este recurso natural é

também importante para o desenvolvimento das atividades económicas e sociais, estando por isso relacionada com o desenvolvimento cultural e financeiro da sociedade. Por ser indispensável para a manutenção da vida no planeta, a água é de todos, porém distribuída de forma desigual e principalmente desumana. Apesar de o Artigo 7º. da Declaração Universal dos Direitos da Água referir que “a água não deve ser desperdiçada, nem poluída, nem envenenada. De maneira geral, a sua utilização deve ser feita com consciência e discernimento para que não se chegue a uma situação de esgotamento ou de deterioração da qualidade das reservas atualmente disponíveis.” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013), assiste-se, diariamente, a desperdícios de água desnecessários e também à sua poluição desenfreada, desde o setor industrial, à ação do Homem.

Ainda segundo a mesma Declaração, tem-se no Artigo 3.º que “os recursos naturais de transformação da água em água potável são lentos, frágeis e muito limitados. Assim sendo, a água deve ser manipulada com racionalidade, precaução e parcimónia” (ONU, 1992 cit. por GUEDES, 2013). No entanto, assiste-se atualmente a um aumento progressivo da população mundial e da urbanização, à automação dos trabalhos domésticos, à expansão da agricultura irrigada e da pecuária, levando a um consequente consumo excessivo

de água, muitas vezes sem consciência de que as reservas de água que atualmente existem, essenciais à vida, se podem esgotar num futuro próximo. Torna-se, portanto, imprescindível planear o desenvolvimento humano a partir de um compromisso ético com a sustentabilidade.

Sabe-se que a quantidade de água potável disponível para consumo é relativamente baixa, no entanto, o pior não é a escassa quantidade que temos disponível para as atividades diárias da população mundial, mas sim o desperdício do que já é pouco. Concordo com o facto de termos todos o direito ao acesso e consumo de água potável segura, acessível, económica e com qualidade, com base nos princípios éticos associados a este acesso, como já referido anteriormente. No entanto, o ser humano deve ter em consideração o bom usufruto deste recurso e preservá-lo para as gerações futuras.

Embora todos precisemos de água e tenhamos o direito ao seu acesso, isso não nos dá o direito de a utilizar inapropriadamente. Temos, portanto, o dever de ser eticamente responsáveis com aquilo a que temos direito. O planeta necessita de uma inversão de valores humanos que depende da consciência do papel da ética na missão de proteger o meio ambiente. E saliente-se que a responsabilidade pela qualidade, harmonia bem-estar ambiental é de todos.

O desafio que se coloca aos cidadãos, empresas e governos é de colocar em prática um conjunto

de medidas e ações, com o objetivo de promover o consumo consciente da água e um padrão de desenvolvimento sustentável. Estas medidas e ações devem, ainda, ser promovidas e divulgadas, a fim de conscientizar a prática de um consumo parcimonioso da água. O ato de consumo do consumidor doméstico deve ser incentivado a ser também um ato de cidadania, por meio de uma escolha: a escolha de produtos e serviços que satisfaçam as suas necessidades básicas sem colocar em causa o meio ambiente e a sobrevivência das gerações futuras. Este processo de mudança de comportamentos requer sensibilização, pelo que a mobilização de informação acerca da degradação recorrente dos recursos hídricos atualmente existentes e as consequências que daí advêm é fundamental.

Conclusão

Sabe-se que as questões éticas associadas ao acesso da água potável de forma justa e igual para todos, entram em constantes conflitos relativamente aos aspetos sociais, económicos, geográficos, climáticos, ambientais, entre outros. Apenas a ação prioritária dos Estados pode garantir que a sua população tenha direito à água e viver deste modo com dignidade, saúde e bem-estar (NUNES, 2009). Cabe ao Estado reconhecer as situações de desigualdades de acesso e desenvolver políticas públicas para a sua resolução (PONTES, 2004).

Considerando os fundamentos éticos e as responsabilidades políticas relativas à água enquanto bem e enquanto recurso natural, a responsabilidade do Estado na sua preservação e garantia e a participação de cidadãos e cidadãs neste processo, destaca-se:

1. A tomada de consciência do valor intrínseco da água e da urgência da sua proteção inclui necessariamente uma perspetiva de solidariedade, que envolve pessoas e natureza em duas dimensões que se intersectam: uma dimensão de espaço que engloba as comunidades, os países e regiões, mas também os habitats e os ecossistemas; e uma dimensão de tempo que considera a situação das gerações atuais e futuras (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).
2. Sendo o acesso à água hoje reconhecido também como um direito humano, compete aos Estados proteger este bem e promover este direito, encarado numa ótica global de justiça e de ética ambiental, com todas as inerentes consequências. Em termos de uma boa governação, esta promoção requer a defesa da sua sustentabilidade e a consciência da sua partilha como um bem comum de toda a humanidade (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).
3. As políticas públicas deverão, no âmbito de uma preocupação social estrutural, assegurar uma gestão responsável dos recursos hídricos, em todos os aspetos da sua captação, tratamento, distribuição e utilização, bem como

a introdução de mecanismos de garantia que apoiem os indivíduos e grupos mais vulneráveis. Deverão ainda promover a literacia de toda a sociedade para esta questão e sensibilizar a população para uma utilização mais eficiente e sustentável da água (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).

4. A participação dos cidadãos/cidadãs neste processo é um elemento essencial, nomeadamente através de uma efetiva tomada de consciência de todas as pessoas para uma utilização mais eficiente dos recursos naturais, adotando padrões de consumo compatíveis com uma atitude de respeito pela natureza, bem como uma atitude de vigilância relativamente a todas as decisões públicas que, de algum modo, afetem o uso sustentável dos recursos hídricos e o meio ambiente (AVILLEZ & ÁGUAS, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE – Programa Nacional para o Uso Eficiente da Água: Implementação 2012 – 2020 [Em linha] 2012. [Consult. 12 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.apambiente.pt/_zdata/consulta_publica/2012/pnuea/implementacao-pnuea_2012-2020_junho.pdf>.

ALHERT, Alveri - Ação comunicativa e ética no acesso e uso sustentável da água: a experiência do saneamento rural de Marechal Cândido Rondon – Paraná. Horizonte [Em linha] Vol. 11, N.º 32, pp. [Consult. 9 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/5621/0>>.

AVILLEZ, FRANCISCA; SILVA, Regina Tavares da; ÁGUAS, Cíntia – Acesso à Água - Implicações éticas de um direito fundamental. Lisboa: CNECV. 2016. [Consult. 8 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1467288937_CNECV%20Bioetica%20Questoes%201%20Acesso%20Agua%20Junho%202016.pdf>.

BESSA, Marta Raquel Ribeiro – A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo de caso: a atuação do CNECV. Porto: Faculdade de Direito da Universidade do Porto. 2013. [Consult. 18

Dez. 2016]. Disponível em: <URL: https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=34335>.

FEITAL, João Carlos de Campos [et al.] – O Consumo Consciente da Água: um Estudo do Comportamento do Usuário Doméstico. III Encontro de Marketing da ANPAD, 2008. [Consult. 7 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EMA/ema_2008/2008_EMA256.pdf>.

GUEDES, Vladimir – Acesso a Água: desenvolvimento humano, saúde e educação. Global Education Magazine [Em linha] Vol. 3 (2013), pp. 113 – 119. [Consult. 17 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.globaleducationmagazine.com/acesso-agua-desenvolvimento-humano-saude-educacao/>>.

MALAGUTTI, William – Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas. Rio Janeiro: Rubio, 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0

MEDEIROS, Nathalie da Nóbrega – A necessidade de conduta ética frente à cultura de desperdício de águas. Revista Âmbito Jurídico [Em linha] [Consult. 12 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9408>.

MORI, Maurizio – A bioética: sua natureza e história. Humanidades [Em linha] Vol. 9, N.º 4 (1994), pp. 333-341. [Consult. 11 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: https://www.researchgate.net/publication/267955866_A_BIOETICASUA_NATUREZA_E_HISTORIA>.

NAÇÕES UNIDAS – O Direito Humano à Água e Saneamento. [Consult. 7 Dez. 2016].

Disponível em: <URL: http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf>.

NUNES, Silene Maria - Aspectos éticos quanto ao acesso desigual à água potável. Revista Bioethikos [Em linha] Vol. 3, N.º 1 (2009), pp. 110-116. [Consult. 8 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/110a116.pdf>>.

PONTES, Carlos Antonio Alves; SCHRAMM, Fermin Roland - Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. Cadernos de Saúde Pública [Em linha] Vol. 20, N.º 5 (2004), pp. 1319-1327. [Consult. 7 Dez. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500026>.

SIQUEIRA, Bruna Paula de Jesus [et al.] – Bioética da proteção e equidade no Sistema Único de Saúde. Revista Digital [Em linha] Vol. 17, N.º 178 (2013). [Consult. 13 Dez 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.efdeportes.com/efd178/bioetica-da-protecao-e-equidade-de-saude.htm>>

Cyborgs e Humanos: Definições e interligações; Confluências e divergências. Uma reflexão acerca das considerações éticas do Humano e do Trans-humanismo

Pedro Miguel Antunes Barata

Resumo

Durante décadas, o conceito de cyborg pertenceu ao domínio da ficção científica mas, com a realização das primeiras intervenções de implantes cibernéticos, os cyborgs já são uma realidade, existindo entre nós. Apesar disso, ainda existem algumas questões e dúvidas relacionadas com as práticas biomédicas associadas ao processo de “cyborguização” bem como as possíveis direcções que podem vir a ser tomadas que levantam questões de índole ética que necessitam de ser esclarecidas. O presente artigo coloca em relação os conceitos de cyborg e de humano, comparando-os entre si e considerando os pontos de aproximação e de afastamento entre ambos os conceitos, à luz dos princípios éticos subjacentes à temática, desde o principialismo bioético de Beauchanp & Childress passando pelo princípio da responsabilidade conforme Hans Jonas, realizando finalmente uma reflexão sintética sobre o tema.

Palavras-Chave: Cyborg, Humano, Trans-humanismo, Bioética.

Abstract:

For decades, the concept of cyborg belonged to the realm of science fiction but, with the realization of the first interventions of cybernetic implants, cyborgs are already a reality, existing among us. Despite this, there are still some questions and doubts related to the biomedical practices associated with the process of "cyborguization" as well as the possible directions that may be taken, raises ethical issues which need to be clarified. The present article puts forward the concepts of cyborg and human, comparing them to each other and considering the points of approach and distance between both concepts, in light of the ethical principles underlying the theme, from the bioethical principialism of Beauchanp & Childress passing through the principle of responsibility according to Hans Jonas, finally concluding with a synthetic reflection on the theme.

Key-Words: Cyborg, Human, Transhumanism, Bioethics.

Considerações Preliminares

Parece-nos, do alto da posição que ocupamos no mundo, que nós – Humanos – temos uma capacidade de raciocínio impar entre os animais. Com alguma soberba, mas também de uma forma objectiva, constatamos que somos capazes de desenvolver pensamentos e ideias avançadas, com uma capacidade de resolução de problemas e de construção de soluções sem paralelo no Reino Animal. Somos capazes de sentimentos e emoções multidimensionais e possuímos uma linguagem verbal extremamente complexa, algo que não é observável em mais nenhum ser. Não conhecemos uma realidade em que isso seja posto em causa. Estamos, desde sempre, “habituaados” à ideia de que somos o ser mais inteligente que povoa não só o nosso planeta, mas todo o espaço conhecido. Inerente a essa constatação, contudo, está um certo receio de perdermos essa posição de apex. Seja nas crenças religiosas ou até mesmo no animismo primordial, sempre houve a ideia de que poderia haver “algo mais do que nós”, algo que nos ultrapassa em capacidades, conhecimentos e poder. Em decorrência mas aplicando à noção da produção humana e da nossa capacidade de alterar o nosso meio ambiente para suprir as nossas necessidades, há já algum tempo que surgiu no imaginário humano a ideia de

“humanidade artificial”, de robots cientes, de inteligência artificial (I.A.), de algo que pensa e raciocina mas que não é humano (na perspectiva típica da palavra; ergo: não é um Homo sapiens sapiens, sendo usualmente de origem abiótica). Muito antes de os académicos começarem a discutir estes aspectos de forma séria, já autores como Samuel Butler, Karel Čapek, Isaac Asimov, Philip K. Dick, Walter Tevis, entre outros – que embora “bebendo” muito de autores clássicos da ficção científica como Jules Verne ou H.G. Wells – versavam especificamente sobre a questão do humano e do confronto com outras formas de inteligência (artificial ou não) que não se enquadram na tradicional classificação de “humano”. Estas ideias provocam nas pessoas simultaneamente desconforto e fascínio. É fácil de compreender porquê. Como reagiria o leitor se alguém admitisse perante vós que não era humano? Que reacções teriam se alguém vos dissesse que era um cyborg ou um replicante? Se clamasse, subitamente, frases como “eu vi coisas que vocês, pessoas, nunca acreditariam” (como dito pelo replicante Roy Batty no filme Blade Runner de 1982) ou “o meu coração é Yamaha, o meu cérebro IBM, mas a minha mente é humana” (adaptado dos líricos da música Mr. Robotod a banda Styx)? Qual seria a vossa reacção visceral? Descrença? Desconfiança? Receio? Fascínio? Interesse?

Repúdio? Questionariam a sua sanidade mental? Estes aspectos criam dentro de nós questões de várias naturezas que, quando levadas ao extremo, suscitam questões de índole ética, principalmente se considerarmos que os cyborgs já não são ficção científica. Ou melhor, já não são ficção. Já são só ciência, pois já andam entre nós. Já existem cyborgs (Warwick, 2003). A palavra cyborg é um anglicismo e advém da contracção das palavras cybernetic organism. Um cyborg será, então, “um organismo cibernético”, ou seja, “um híbrido de máquina e organismo biológico, que incorpora o humano e o não-humano, o «natural» e o «artificial», mas ao mesmo tempo com uma nova entidade irreduzível a qualquer condição de dualismo e de hierarquia” (Haraway, 1991 in Monteiro, 2014, pag.8). Um cyborg é, então, um ser – usualmente um ser humano, e é nestes que nos focamos – cujas funções ou capacidades foram alteradas pela integração de componentes mecânicos, electrónicos, computacionais ou outros componentes artificiais (doravante designados simplesmente por artefactos). Posto de forma simples: um cyborg é um ser que é parte humano, parte máquina. Na frase anterior está patente não só a definição de cyborg mas, também, a sua especificidade no que concerne à ligação com o conceito de humano e de não-humano. O Dicionário Priberam da Língua Portuguesa define a palavra humano como

sendo um adjectivo que classifica o que é “do homem ou a ele relativo”. Mas, então, o que define um ser humano? Será a nossa capacidade de pensar? A nossa própria taxonomia parece indicar isso. Homo sapiens sapiens: “o homem que sabe que sabe”, ou seja, para se ser Homo sapiens sapiens, não basta saber; tem que se saber que se sabe, o que implica capacidades cognitivas avançadas de autoconsciência e de interligação de conceitos. Mas se é isso que nos torna humanos, em que ponto ficam as pessoas que têm profundas deficiências cognitivas ou que estão em estado vegetativo? Não serão elas também humanas? Então o que define o ser humano? A pertença ao género Homo e à espécie sapiens biologicamente falando? Possuir um ADN humano? Assim sendo, surge a questão: um cyborg é um ser humano? Por ter implantes que o tornam algo que naturalmente o ser humano não é, manterá o cyborg a sua classificação como humano? Ou será ele algo diferente? Ou algo mais? A replicação genética total (clonagem) de um ser humano produziria um outro ser, um clone, fenotipicamente idêntico ao ser original. Contudo, a replicação genética total de um cyborg não produziria um ser igual a ele, mas sim igual ao ser humano que lhe serviu de base. Um cyborg será, então, algo mais do que um simples homem. Manterá o cyborg, então, a classificação de humano? Se o termo mecha (lê-se méca e é um anglicismo que

advém da expressão *mechanical being*) se aplica a seres de origem tecnológica, biónica (replicar a vida natural de forma artificial mas de uma forma mecânica), comumente associada à imagem de um robot, a partir de quando (em termos de quantidade de implantes artificiais) é que um cyborg deixa de ser humano e passa a ser mecha? E se houver mantimento das funções mentais do ser original nessa passagem para mecha, deixará essa mente (essa consciência, essa personalidade, esse carácter) de ser humana?

Enquadramento

A necessidade humana de recuperar funções perdidas provavelmente remonta às origens da nossa espécie. Desde tempos imemoriais que o ser humano cria instrumentos para lidar com uma particular disfunção física, desde criar bengalas de sustentação até à criação de próteses biónicas, sempre com o intuito último de suprir ou reduzir o efeito de perdas ou deficiências. Porém, no âmbito dos cyborgs, os implantes vão para além das próteses. As próteses, por mais evoluídas que estas sejam, não têm uma integração no próprio ser humano, constituindo-se como um artefacto (um instrumento ou um utensílio construído para um determinado fim) separado do ser humano (Smith & Morra, 2006). Para se classificar um ser como cyborg, o artefacto terá de estar implementado no próprio ser, ou seja,

em contacto com os seus tecidos, com os seus órgãos, mas – mais importante ainda – numa conjugação funcional entre a interface humana e a interface do artefacto. Isto abre toda uma outra dimensão de possibilidades necessariamente diferentes das decorrentes do uso de próstéticos. Por muito evoluída que seja uma prótese, e por muito que ela supere a capacidade humana original, ela não é – nunca – parte do próprio ser, pelo que ela não acarreta alterações à classificação do ser que a usa. Ao invés, a implantação (ou implementação) de um artefacto no organismo de um ser vivo altera esse mesmo ser, tornando-o, então, em algo diferente ou em algo mais (no sentido de adição ao ser). Se inicialmente as próteses visavam a mera restituição ou compensação de uma perda ou deficiência – aproximando ou, nalguns casos, reaproximando, as pessoas do funcionamento normativo – gradualmente elas têm evoluído no sentido de “dar algo mais”. Mais força, mais resistência, mais capacidade. Isso, por si só, também suscita algumas questões, principalmente quanto interligamos isso com o conceito de cyborg e da necessária implicação no conceito de ser. O Trans-Humanismo, por exemplo, é um movimento que advoga o uso voluntário de tecnologia para o melhoramento das capacidades humanas (do inglês *enhancement*, que tem um cariz aumentativo) ou para prolongar a saúde ou a vida (Bostrom,

2003). Os proponentes do trans-humanismo acreditam que este promove uma abordagem interdisciplinar para compreender e avaliar as oportunidades de melhorar a condição humana e o organismo humano através do avanço da tecnologia. É dada atenção às tecnologias actuais – como a engenharia genética ou a tecnologia de informação – mas também são antecipadas tecnologias futuras – como a nanotecnologia molecular ou a inteligência artificial. As opções de aprimoramento que estão a ser discutidas incluem a extensão radical da saúde humana, a erradicação da doença, a eliminação do sofrimento desnecessário e o aumento das capacidades intelectuais, físicas e emocionais humanas. Outros temas trans-humanistas incluem a colonização do espaço e a possibilidade de criar máquinas superinteligentes, juntamente com outros desenvolvimentos potenciais que poderiam alterar profundamente a condição humana. O âmbito do trans-humanismo não se limita aos gadgets ou à medicina, mas engloba também o design económico, social e institucional, bem como o desenvolvimento cultural e de habilidades e técnicas psicológicas (Bostrom, 2003). Assim sendo, e com a multitude de possibilidades de alterações possíveis, podemos considerar que, no limite, é plausível contemplar a possibilidade de se estender a vida de tal forma que se evita a

morte, tornado, assim, o cyborg num ser virtualmente imortal.

De uma forma bastante óbvia, estas questões trazem consigo implicações de natureza ética que podem – e devem – de ser discutidas. Moor (2005) dizia que uma das queixas mais comuns acerca da ética é que esta não acompanha o ritmo do desenvolvimento tecnológico. O autor afirma que as pessoas deveriam fazer o seu melhor para antecipar mudanças tecnológicas e desenvolver formas de acomodá-la de uma forma eticamente aceitável. No entanto, em última instância, a ética andarà sempre atrás do desenvolvimento tecnológico. Não podemos prever todas as mudanças nem todas as consequências que decorrerão dos avanços tecnológicos. O autor defende que possuímos conceitos e princípios éticos bem estabelecidos, mas a aplicação da ética requer a interpretação e análise das situações, bem como o conhecimento de conceitos e de princípios. Quando uma nova tecnologia gera situações novas – como, aliás, costuma acontecer – precisamos de avaliar novamente o que deverá ser feito (Moor, 2005).

Como já foi definido anteriormente, quando falamos de cyborgs, falamos de seres vivos com implantes artificiais. Assim sendo, a discussão das implicações éticas daqui decorrentes inscreve-se no âmbito da bioética, ou seja, na ética aplicada à vida (bios + ethos). Desde que se começou a pensar seriamente na questão da

inteligência artificial e dos potenciais perigos dela decorrentes (tantas vezes retratadas em livros, filmes ou jogos de ficção-científica tais como Terminator, Blade Runner, Halo, Ghost in the Shell, The Mockingbird, The Matrix, etc., quase sempre numa perspectiva distópica que sucede a uma fase áurea) que se começou a pensar em modos de conter ou de controlar esses mesmos potenciais perigos. Ciente disso, o já referido Isaac Asimov introduziu, em 1942, as famosas três leis da robótica:

1ª Lei: Um robot não pode ferir um ser humano ou, por inacção, permitir que um ser humano sofra algum mal.

2ª Lei: Um robot deve obedecer às ordens que lhe sejam dadas por seres humanos excepto nos casos em que tais ordens entrem em conflito com a Primeira Lei.

3ª Lei: Um robot deve de proteger a sua própria existência desde que tal protecção não entre em conflito com a Primeira ou Segunda Leis.

Mais tarde Asimov acrescentou a “Lei Zero”, acima de todas as outras: “um robot não pode causar mal à humanidade ou, por omissão, permitir que a humanidade sofra algum mal” (in Gomes, 2005). Embora estas leis sejam destinadas à robótica e não especificamente aos cyborgs, elas surgem primariamente para uma aplicação específica a “robots inteligentes”, capazes de tomar decisões. Ora a sua pertinência entronca (ou faz um

overlapping), então, nas questões dos cyborgs se considerar-mos que estes têm o potencial de se tornar em não-humanos. Analisando as leis de Asimov, começamos por compreender que há um grande enfoque no princípio ético da Não Maleficência. Este princípio é conhecido na sua forma latina *primum non nocere* (primeiro não fazer mal), o que implica que, aplicando-o à temática em discussão, é deveras importante garantir – a priori – que seres pensantes de natureza não-humana mas que derivem, directa ou indirectamente, da produção humana (o que inclui tanto os robots como os cyborgs ou a inteligência artificial, excluindo as inteligências de origem natural) não possam provocar dano ou mal aos seres humanos ou à própria humanidade. O princípio da Não Maleficência pode ser aplicado tanto à humanidade e aos seres humanos não intervencionados como ao próprio ser intervencionado, sendo que, eticamente, não deveremos provocar dano em qualquer procedimento realizado a outra pessoa, incluindo no processo de “cyborguização”. Inerente às leis de Asimov está, também, o princípio do Respeito pela Dignidade Humana, que, embora se interligue com o princípio da não maleficência, vai para além deste garantindo a dignidade das pessoas. Mas estes princípios, directamente observáveis nas leis de Asimov, não chegam para uma abordagem ética mais ampla no que concerne aos cyborgs. Beaucham e Childress propuseram

adicionar aos princípios de não maleficência, os princípios da Beneficência, do Respeito à Autonomia e o princípio da Justiça. A conjugação destes quatro princípios é denominada de Princípioismo e tem uma perspectiva assente no “consequencialismo” e visa a protecção dos seres humanos submetidos a intervenções do foro biomédico (Loch, 2002). O princípio da Beneficência visa “fazer o bem”, ou seja, agir em prol da(s) pessoa(s), o que implica um dever moral de agir em benefício do outro. O princípio do respeito à autonomia visa impor o respeito pela autodeterminação das pessoas, considerando o seu projecto pessoal e a sua capacidade de tomar decisões. O princípio da justiça visa a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens (Loch, 2002). Quando falamos de cyborgs e de seres que podem, potencialmente, ir mais além, também é importante salientar a necessidade do princípio da Responsabilidade, tal como foi proposto por Hans Jonas em 1979. No choque causado pelas bombas atómicas de Hiroshima e Nagasaki, Hans Jonas anteviu o marco inicial do abuso do domínio do homem sobre a natureza, podendo causar a sua destruição. A evolução de uma tecnologia com grande potencial destruidor e devastador revelou a necessidade da estruturação de uma nova ética, capaz de impor limites à evolução tecnológica acelerada e/ou descontrolada. Mais

do que a consciência de um apocalipse brusco, Jonas percebeu também a possibilidade de um apocalipse gradual decorrente do perigo crescente dos riscos do progresso tecnológico global e o seu uso inadequado. É por isso que as pessoas devem de se reger pelo princípio da Responsabilidade, ancorado na prudência enquanto virtude norteadora, de modo a prevenir (postura preventiva) a ocorrência de malefícios decorrentes do desconhecido, da incerteza ou da imprudência (recklessness) das acções humanas. Hans Jonas chamou à sua obra *Das Prinzip Verantwortung: Versuche einer Ethik für die Technologische Zivilisation*, ou seja, “O Princípio da Responsabilidade: Ensaio de uma Ética para a Civilização Tecnológica”, o que a torna, portanto, extremamente importante quando a temática em consideração são os cyborgs e a sua ligação com o humano (e, por arrasto, com a humanidade). Convém, então, percebermos melhor o que é isso de ser humano. Segundo Bernardini (2010), a definição clássica, aristotélica, do homem como unidade da alma e do corpo físico é um exemplo de uma concepção metafísica da natureza humana. Esta fórmula indica o que é o homem e o que permanece idêntico nele apesar das mudanças externas contingentes (por exemplo: a presença ou ausência de capacidades operacionais). Como afirma Spaemann (in Bernardini, 2010), é essa identidade substancial que permite ao indivíduo referir-se às várias fases da sua

existência como expressões do seu “Eu”, e não apenas como fenómenos não relacionados. Similarmente, Descartes começou por dar importância aos aspectos mentais (o famoso “penso, logo existo”) na definição de Alma, classificando-a como uma entidade específica separada do corpo que habita. Era esta alma incorpórea – mas ligada ao corpo na glândula pineal – que distinguia os homens dos animais (que Descartes via como meras “máquinas naturais” desprovidas de espírito). Ainda salientando mais a distinção entre corpo e mente, Kant, dizia que o que tornava o Homem humano era o facto de este possuir a Razão, ou seja, a capacidade para raciocinar. Era através da Razão que o homem desenvolvia o seu potencial e era através dela que se distinguia dos demais animais (Bernardini, 2010). Mas para Martha Nussbaum, contudo, as posições Cartesiana e Kantiana – ao darem tanta ênfase ao racional e aos aspectos decorrentes da actividade mental – são demasiado demissionárias da parte física, corporal, que segundo a autora tem tanta importância quanto a parte mental na definição de humano. Há, então, uma “animalidade” subjacente ao homem, composta por um corpo de origem natural, capaz de se mover e de utilizar os sentidos (o que é interessante de notar, pois na sua Crítica da Razão Pura, Kant reconhece a importância dos sentidos na apropriação dos fenómenos, função básica da interacção do

Homem com o seu ambiente). Também para Nussbaum, a razão é definida como a capacidade de raciocinar criticamente. A autora aceita, então, a dualidade corpo-alma de Aristóteles, recusando contudo a alma como “primeiro acto”, vendo-a antes como em ligação com o corpo mas continuando a considerá-la como uma entidade separada (Bernardini, 2010). Assim sendo, podemos dizer que, segundo Nussbaum, para se ser humano tem de se ter um corpo físico e um funcionamento mental elaborado, capaz de desenvolver uma consciência do “Eu”. Todos estes aspectos devem ser tidos em linha de conta numa reflexão que se quer profunda acerca da temática referente aos cyborgs.

Reflexão e Considerações Finais

Consideramos que é de grande importância compreender o que é um cyborg (um híbrido homem/máquina) e se essa condição o exclui da classificação de “ser humano” ou não. Convém, então, responder a uma das nossas questões iniciais: o que é um Ser Humano? Será que um cyborg pode ser considerado humano? Será possível ser-se tão intervencionado que, embora se tenha começado humano, se deixe de ser humano e se passe a ser outra coisa? Também aqui a literatura e o cinema espelham bem os receios das pessoas, com personagens como os Borg do universo Star Trek, o T1000 da saga Terminator, o RoboCop do filme

homónimo ou ainda aquele que é tido por muitos como cyborg quintessencial: Darth Vader, da saga Star Wars. Todos eles possuem partes humanas (ou, pelo menos, tecidos humanos), mas será que são humanos? Uns são de aparência fortemente humana mas comportam-se como meras máquinas – inteligentes e capazes de produzir pensamentos complexos mas “presos” a uma programação básica de imposição externa e aparentemente incapazes de produzir emoções veras (os Borg, o T1000); outros parecem-se mais com máquinas mas são capazes de produzir estados emocionais complexos, capazes de entender e diferenciar o bem e o mal, capazes de emoções complexas como ambição, saudade ou empatia (Darth Vader) ou ainda aqueles que começaram por parecer serem meras máquinas mas que com o decorrer do tempo recuperaram a sua “humanidade” e a assumem com honra (RoboCop). Não deixa de ser algo desconcertante ver uma determinada cena particular do filme *Animatrix*, de 2003, aquando da revolta dos humanos contra os andróides, em que um grupo de humanos “agride” violentamente o que aparenta ser um ser humano do sexo feminino, revelado como um andróide somente quando lhe arrancam a pele e que grita, pouco antes de lhe esmagarem a cabeça com um martelo: “Eu sou humana! Eu não quero morrer!” A inteligência artificial, quando feita à imagem e semelhança do ser

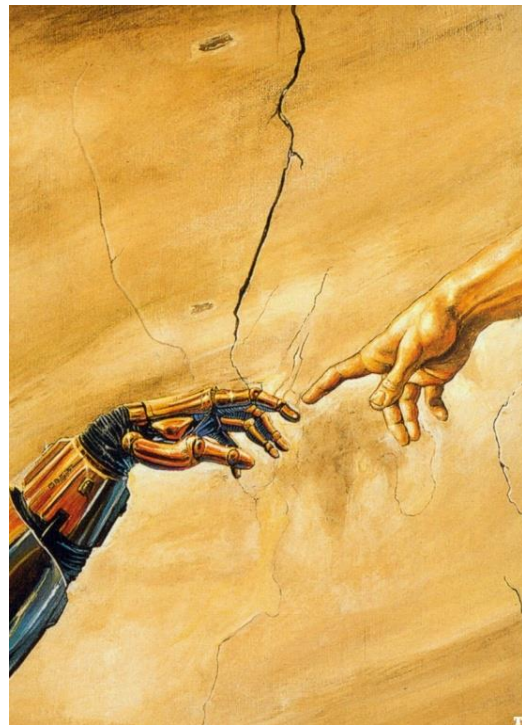
humano, terá necessariamente um género? Desenvolverá instintos? Será capaz, então, de atentar contra as três leis da robótica no sentido de garantir a sua autopreservação (vide as acções do HAL9000 no filme 2001 – *A Space Odyssey* ou a postura de Sonny no filme *I, Robot*). Mesmo as máquinas – puras e duras – poderão desenvolver uma noção de um Eu. Este é, creio, o cerne da questão do que que é “ser humano” no sentido mais profundo que lhe conferimos: uma avançada noção de um “Eu” aliada a uma capacidade de verbalizar compreensivelmente. Porém, como vimos anteriormente, existe a outra parte do ser humano: o corpo físico; definido por um DNA próprio da nossa espécie, que constitui como que um ponto de ancoragem para a nossa própria existência, a *res extensa*, como lhe chamava Descartes, e que é necessariamente diferente da *res cogitans*, mais associada às funções mentais. A concepção de humanidade implica, então, duas dimensões: uma dimensão física, definida pela pertença genética ao género *Homo sapiens sapiens* (o que inclui as pessoas em estado vegetativo ou com funções cognitivas muito diminuídas) e uma outra dimensão, psicológica, definida por um “Eu” pensante, pela capacidade de raciocínio e sentimento de pertença a um grupo específico. Concordamos, então com Nussbaum (in Bernardini, 2010) que considera o ser humano como um ser único, constituído por um corpo

físico, orgânico, natural e por uma mente, racional, pensante e reactiva. Dessa forma, se um cyborg tem tanto tecido humano quanto a mente humana, ele deverá manter, na nossa opinião, a classificação como humano. Ninguém duvida que os actuais cyborgs são humanos. Será necessário, no entanto, esclarecer a questão da natureza dos implantes cibernéticos. Se um ser humano foi intervencionado (ou seja, foi “cyborguizado”) e lhe foi implantada uma extensão que lhe compensa uma falta de capacidade prévia (exemplo: foi-lhe implantada uma perna biónica) e esse implante não lhe trás nenhuma vantagem sobre os demais humanos, devolvendo-lhe somente a capacidade de andar, então o implante nada mais fez do que aproximá-lo do funcionamento tido como usual ou normativo dos demais seres humanos (como são os casos de dois dos cyborgs reais: Claudia Mitchell e Nigel Ackland, ambos sujeitos à implantação de um braço cibernético). Mesmo no contexto nacional, o neurocirurgião João Lobo Antunes realizou o implante de um olho electrónico numa pessoa cega, sendo esse implante ainda algo limitado na capacidade de devolver (em caso de perda prévia) ou de dar (no caso de nunca ter tido essa capacidade) a função visual, mas essa limitação prende-se ainda com o estado-da-arte nas tecnologias e não tanto com a prática do implante em si. Podemos, então, especular que com o gradual e inexorável avanço da tecnologia, surgirão – se é

que ainda não existam – implantes que darão aos implantados capacidade que serão superiores àquelas que são consideradas como usuais ou normativas para um ser humano. Existem, então, pelo menos duas formas de classificar os cyborgs: aqueles que têm implantes que lhe conferem ou restituem capacidades usuais no ser humano (como conceder a capacidade de ver cores a uma pessoa que sofra de acromatopsia ou a capacidade de mover um braço a uma pessoa com lesão neuromuscular, etc.) e aqueles cujos implantes lhes conferem capacidades que vão para lá das usuais capacidades humanas (ou seja, capacidades super-humanas) tais como capacidades mnésicas ou intelectuais aumentadas, capacidade de visão infravermelho ou ultravioleta, capacidade de ouvir infra ou ultra-sons, capacidade de respirar debaixo de água, etc. Se no caso dos primeiros a cyborguização pode ser considerada uma consequência positiva do espírito inventivo do Homem, resultando daqui ganhos que “aproximam” os cyborgs da generalidade da população, os segundos – ao conferirem vantagens aos cyborgs relativamente ao ser humano comum, “afastam-nos” da generalidade da população. Assim sendo, qualquer cyborg que tivesse extensões aumentativas – que no limite poderiam dar a “imortalidade” – estaria em vantagem perante os demais seres humanos, o que violaria os

princípios éticos da justiça (uns teriam mais do que outros) e o princípio da não maleficência (neste caso, não tanto dirigida ao cyborg mas sim às pessoas que não têm a extensão ou o implante, i.e.; não têm a mesma vantagem). Este tipo de implantes, capazes de providenciar capacidades super-humanas, acarreta outra consideração ética: se é verdade que eles poderiam ser usados para possibilitar ao homem sair dos limites impostos pela sua biologia (poderíamos respirar debaixo de água, voar, colonizar o espaço sideral, etc.), eles também poderiam ser usados de forma maliciosa, de índole militarista ou mesmo bélica, servindo como meio de subjugação de outros seres humanos. Isto violaria não só os princípios éticos já descritos acima, mas estaria também em clara oposição ao princípio da responsabilidade proposto por Hans Jonas. A criação de cyborgs com capacidades super-humanas também pode ser visto como imprudente e abusivo (no sentido das nossas capacidades), podendo ser equiparado à noção do homem brincando aos deuses (do inglês: Man Playing God). Este tipo de postura pode ser associada a uma certa vaidade intelectual, uma imprudência cega, motivada pela ambição de ir mais além e que pode ter consequências inesperadas e potencialmente nefastas. Esta ideia está expressa em várias obras literárias, desde Frankenstein de Mary Shelley ao conto Herbert West–Reanimator de H.P. Lovecraft, ao

filme The Fly, passando pela genial animação do ilustrador Todd McFarlane, que serviu de videoclipe para a música Do the Evolution dos Pearl Jam. Ainda no que se refere à ideia do Playing God, existe uma ilustração artística – pertinentemente chamada In Thy Image – criada por Bob Eggleton, que transmite visualmente esta ideia:



Claramente inspirada na pintura de Michelangelo realizada no tecto da Capela Sistina – e que retrata a criação de Adão, o primeiro homem, por parte de Deus – na qual Deus toca no dedo de Adão para lhe conferir vida, também a ilustração de Eggleton retrata uma mão humana tocando no dedo de um aparente andróide (robot de aparência humana), simbolicamente “conferindo-lhe vida”. Há aqui uma clara alusão analógica em

que o homem toma para si o papel de Deus, que similarmente ao versículo 1:27 do Génesis cria uma vida “à sua imagem e semelhança”. Esta noção de playing God pode trazer consigo consequências nefastas derivada da impreparação para lidar com as possíveis consequências desses actos. A saga dos filmes Matrix, por exemplo, pode ser tida como um reflexo desse receio, ao retratar um cenário em que os robots se revoltam contra a humanidade e a levam à beira da extinção. Muitos daqueles que pensam a bioética, especialmente médicos e académicos, atribuem a máxima prioridade à autonomia. Cada pessoa deve de determinar qual o curso de acção que elas consideram mais em linha com sua concepção do bem. Por outras palavras, a pessoa deve escolher o melhor tratamento para si própria. Em contraste, os comunitaristas argumentam que a autonomia deve ser equilibrada com considerações relativas ao bem comum. Por exemplo, a autonomia deve ser limitada quando se lida com altos níveis de poluição, tabagismo em público e doenças infecciosas. Podemos também interligar aqui as questões relativas aos cyborgs, ou seja, mesmo que a pessoa queira tornar-se um cyborg (respeito pela sua autonomia), não deverá de advir desse facto mal para as demais pessoas (o que implica a não maleficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça). O trans-humanismo, portanto, mesmo que pretenda

alcançar objectivos meritórios, se mal aplicado, pode exacerbar as disparidades entre os indivíduos, podendo dar aso a um negócio de aquisição de implantes – similar ao que existe por exemplo com os telemóveis – em que os mais ricos teriam acesso a mais e melhores implantes, cavando um fosso maior entre riscos e pobres. Seriam, então, criadas novas formas de discriminação e de desigualdade, abrindo até a porta para uma certa eugenia tecnológica. Fukuyama (in Bostrom, 2014) classificou mesmo o Trans-humanismo, no seu ideal de tornar as alterações e os melhoramentos artificiais ao ser humano universalmente disponíveis, como “a ideia mais perigosa do mundo”, pois, no extremo, este movimento pretende “nada menos do que libertar o homem das suas fronteiras biológicas”, correndo o risco de tornar o homem (com todo o significado bio-evolutivo, histórico, cultural e social associado ao conceito) naquilo que pode ser considerado como o não-homem (ou seja, em algo que se desconhece por completo) o que – em certa perspectiva – pode ser visto como o fim da humanidade. Segundo esta perspectiva, no limite, ao nos tornarmos todos em cyborgs poderíamos, então, estar a contribuir para a extinção dos seres humanos. Isto leva-nos a outra das nossas questões: a partir de quando é que um cyborg deixa de ser humano e passa a ser mecha (máquina)? Voltando ao conceito do ser humano, na sua dupla vertente

corpo/mente, quando é que podemos dizer que o ser humano terminou e a máquina começou? Será que é quando não existem mais células de origem animal no cyborg? Quando este foi de tal forma intervencionado que todo o seu corpo biológico foi substituído por implantes artificiais? Mas e se a sua identidade, a sua personalidade, a sua mente subsistir? O manga nipónico *Ghost in the Shell*, originado em 1989 (e que deu origem ao anime homónimo de 1995), retracta a ideia de que o espírito é a essência humana e que este pode subsistir em diversos substratos físicos, incluindo réplicas perfeitas de corpos humanos. Será que uma mente que se originou num corpo humano mas que se propagou para outro meio, transcendendo esse mesmo corpo original, continua a poder ser classificada como uma mente humana? E pode o corpo que a “usa” ser classificado como humano, tendo os mesmos direitos e deveres que qualquer outro ser humano?

Estas questões não são de somenos importância e – mais tarde ou mais cedo – terão de ser efectivamente respondidas, pois a actual direcção da evolução tecnológica tende nesse sentido. Filmes como *Blade Runner*, no qual a personagem de Rutger Hauer – no papel de um replicante (humanóide sintético) que serve de principal antagonista do filme – salva o protagonista da morte porque aprecia a beleza da vida (e que chora à chuva, perante a

iminência da sua própria “morte” [os seres artificiais também morrem?]) revelam-nos que uma mente de traços humanos terá sempre uma identidade, uma noção de personalidade, um Eu. Voltando à história do andróide do *Animatrix* que se dizia humana e que não queria morrer: uma mente com traços humanos (e uma A.I. criada por humanos terá, quase inexoravelmente, “traços humanos” na sua funcionalidade) terá uma noção do que é a morte (como a personagem do livre *The Mockingbird*, de Walter Tevis, que conta a história de um andróide que deseja morrer) e poderá ter, então, um inerente sentido de preservação. É, então – pelo menos de uma forma abstracta – possível considerar a existência de uma mente que não é humana mas que opera como tal. Será que um cyborg que deixou de ter tecido biológico e que teve a sua mente – de origem humana, natural – passada para um substrato artificial mantém a classificação de “humano”, mesmo que não haja distinção para com outras formas de I.A.? É prudente definir um limite. Estabelecer até onde se pode ir de modo a que este tipo de questão não adquira uma complexidade demasiado elevada ao ponto de se tornar irresolúvel. Como dizia a música *Mr. Roboto*, dos Styx:

*“You're wondering who I am
(secret secret I've got a secret)
Machine or mannequin*

(secret secret I've got a secret)

With parts made in Japan

(secret secret I've got a secret)

I am the modren man"

Se a complexidade da I.A. atingir um patamar tal, ela será virtualmente indistinguível da mente humana natural e qualquer cyborg com uma mente originalmente humana mas com um corpo totalmente mecha poderá ser pouco mais do que um andróide (este com a mente artificial). Qualquer mente poderá advogar o direito à humanidade. Convém, então esclarecer previamente, antes da chegada dessas tecnologias, como nos situarmos, eticamente, biologicamente, psicologicamente, etc., no que concerne a esta situação, sob o risco de podermos tomar o caminho menos positivo do trans-humanismo e fazermos do homem o não-homem mas que, ainda assim, se considera como homem. Não estaríamos, assim, a abrir a porta para que o homem se tornasse na máquina (ou seja: que o criador se diluísse na criação), contribuindo para o fim do homem natural e dando origem ao homem artificial? No fundo isto seria aquilo a que podia ser chamado de “prelúdio da maquinocracia” e poderia, no extremo, ser o princípio do fim da humanidade, no tal “apocalipse gradual” contra o qual Hans Jonas advertiu. Este é um problema complexo, e se parece muito distante e especulativo, depressa ele poderá tornar-se

pertinente. A tecnologia avança incessantemente, com “saltos quânticos” a ocorrerem com uma frequência cada vez maior. Jules Verne era um fantasista no século XIX, mas hoje toda a gente aceita como normal a existência de submarinos ou a possibilidade de ir à lua. A ficção científica tem a potencialidade de se tornar ciência (daí o seu nome). O homem sempre teve uma ligação intensa com as suas criações e no caso da robótica, da cibernética, da I.A. ou até da engenharia genética, as suas consequências totais ainda são desconhecidas, havendo tanto um potencial de salvação, quando de destruição. Como diria a música:

“The problem's plain to see: Too much
technology.

Machines to save our lives. Machines
dehumanize”.

Mr. Roboto; Styx (1983)

Agradecimentos

Agradecemos à Prof.^a Dr.^a Lucília Nunes o apoio prestado durante as fases de pesquisa e da concepção deste artigo. Sem a sua valiosa contribuição, a realização deste artigo não teria sido possível.

Referências Bibliográficas

- Bernardini, P. (2010). Human Dignity and Human Capabilities in Martha C. Nussbaum. *Iustum Aequum Salutare*, 6, 45-51.
- Bostrom, N. (2003). Transhumanist Values. *Ethical Issues for the 21st Century*, 3-14.

Bostrom, N. (2004). Transhumanism. The World's Most Dangerous Idea? Better Humans, 10, 1-3. URL: <http://www.nickbostrom.com/papers/dangerous.html> [acedido em 10/12/2016].

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008-2016). [Em linha]. URL: <http://www.priberam.pt/dlpo/humano> [acedido em 08-12-2016].

Gomes, K. N. (2005). Fantasia Espacial da Conquista. Scientific American Brasil, 3, 32.

Loch, J. (2002). Princípios da Bioética. Uma Introdução à Bioética, 73, 12-19.

Monteiro, A. (2014). O Futuro já começou: Cyborgs, Biotecnologias e Ciências de Enfermagem. Pensar a Enfermagem, 3-13.

Moor J. H. (2005). Should we let computers get under our skin? in The Impact of the Internet on our Moral Lives, Robert J. Cavalier (Ed.), Albany: State University of New York Press, 121-138.

Smith, N. & Morra, J. (2006). The Prosthetic Impulse: From a Posthuman Present to a Biocultural Future. MIT Press, 11.

Warwick, K. (2003). Cyborg morals, cyborg values, cyborg ethics. Ethics and Information Technology, 5, 131-137.