

# Evolução das perspectivas bioéticas sobre a antecipação do fim da vida

*Evolution of bioethical perspectives on anticipating the end of life*

DOI:10.18226/21784612.v28.e023041

Luis Biasoli<sup>1</sup>

Adriana Alves da Fontoura<sup>2</sup>

**Resumo:** A antecipação do fim da vida sempre foi um tema debatido na história da medicina e da filosofia, ultimamente, outrossim, da bioética. Dado que, hodiernamente, vive-se uma grande evolução no tratamento clínico dos pacientes com diagnóstico de estado vegetativo, decorrente do enorme avanço tecnológico nas áreas da saúde ou médico-hospitalares que possibilitaram, cada vez mais, preservar melhor e prolongar mais a vida humana, este artigo objetiva, à luz dos princípios da bioética – autonomia, beneficência, não-maleficência –, estudar os possíveis impactos nas mudanças de classificação na literatura médica dos distúrbios crônicos de consciência. Primeiramente, far-se-á uma análise seguindo o método histórico-crítico dos seguintes conceitos: pacientes em estado vegetativo ou síndrome da vigília sem resposta e estado minimamente consciente. Os casos emblemáticos das pacientes Terri Schiavo e Nancy Cruzan são paradigmáticos, para ilustrar como a comunidade médica, por meio de uma reflexão bioética madura e responsável, e usando dos avanços recentes nos diagnósticos clínicos neurológicos, pode ter uma melhor adequação nas decisões e nos juízos ético-morais atinentes à antecipação do fim da vida com respostas mais balizadas na razão e equânimes. Conclui-se, ciente dos limites do artigo, que o progresso da ciência, aliado à tecnologia contemporânea, permite um novo olhar sobre o futuro dos pacientes em estado crítico, sem nihilismos obscurantistas. Sabe-se que os princípios da bioética, sem desconsiderar outras fontes, subsidiam, cada vez mais, a reflexão séria e sistemática sobre a antecipação do fim da vida e, sobremaneira, com os avanços das conquistas médicas do século XXI.

**Palavras-chaves:** Estado vegetativo. Coma. Bioética. Fim da vida. Terri Schiavo.

<sup>1</sup> Doutor em Filosofia pela Universidade de Caxias do Sul.

<sup>2</sup> Mestre em Direito Constitucional pelo Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP).

**Abstract:** The anticipation of the end of life has always been a debated theme in the history of medicine and philosophy, and lately, also in bioethics. Given that, nowadays, there is a great evolution in the clinical treatment of patients diagnosed with vegetative state, due to the enormous technological advances in the health and medical-hospital areas, which have made it possible to better preserve and prolong human life, this article aims, in the light of bioethical principles – autonomy, beneficence, non-maleficence – to study the possible impacts of classification changes in medical literature of chronic disorders of consciousness. Firstly, an analysis will be made following the historical-critical method of the following concepts: patients in vegetative state or unresponsive wakefulness syndrome and minimally conscious state. The emblematic cases of the patients Terri Schiavo and Nancy Cruzan are paradigmatic, to illustrate how the medical community, by means of a mature and responsible bioethical reflection, and using recent advances in neurological clinical diagnoses can have a better adequacy in the ethical-moral decisions and judgments regarding the anticipation of the end of life with more reasoned and equanimous responses. It is concluded, aware of the limits of the article, that the progress of science, allied to contemporary technology, allows a new look on the future of critically ill patients, without obscurantist nihilism. It is known that the principles of bioethics, without disregarding other sources, increasingly subsidize the serious and systematic reflection on anticipating the end of life, especially with the advances in medical conquests of the XXI century.

**Keywords:** Vegetative state. Coma. Bioethics. End of life. Terri Schiavo.

## **Introdução: decisões sobre a terminalidade da vida**

No cotidiano da sociedade contemporânea, a situação clínica conhecida como “estado vegetativo” – um tipo de alteração crônica da consciência – tem sido, frequentemente, associada a decisões envolvendo a terminalidade da vida (Cichelero; Rech, 2017). Para efeitos da análise deste trabalho em tela de juízo, utilizar-se-á o caso paradigmático e bastante conhecido da paciente Terri Schiavo, 26 anos de idade à época, em 1990, nos Estados Unidos da América; a jovem americana permaneceu por 15 anos – até 2005 – no que foi, então, designado como estado vegetativo, após a reversão de um episódio de parada cardiorrespiratória, de causa não determinada. A tomografia computadorizada de crânio dela evidenciou imagem compatível com o diagnóstico de encefalopatia hipóxico-isquêmica e o eletroencefalograma não demonstrou atividade elétrica cortical (Quill, 2005; Mueller, 2009).

Durante esse longo e fatídico período de 15 anos, ela permaneceu sendo alimentada e hidratada, por meio de um dispositivo conhecido como sonda nasoenteral. Posteriormente, essa sonda foi substituída, por meio de uma gastrostomia endoscópica percutânea, por outra inserida diretamente no estômago, mais apropriada para uso por tempo prolongado. Em tal situação, a dieta em estado líquido é administrada por intermédio da sonda, bem como a água e demais líquidos utilizados, para manter o equilíbrio orgânico da paciente. Medicamentos, também, eram administrados por esta sonda. Ela respirava de forma autônoma, sem o auxílio de aparelhos e executava, diariamente, o ciclo sono-vigília; porém não apresentava qualquer evidência de comunicação com o meio (Mueller, 2009).

Em 1994, sob a alegação de que ela havia externado, anteriormente, sua vontade de que não gostaria de ser mantida viva, caso fosse vitimada por uma doença sem perspectiva de recuperação, o marido de Terri Schiavo, Michael Schiavo, requereu, em juízo na justiça americana, autorização para retirar-lhe a sonda utilizada para sua alimentação e hidratação (Mueller, 2009). Os pais dela se opuseram ao pleito do marido e se dispuseram a manter os cuidados atinentes à hidratação e nutrição fornecidas a ela, pela gastrostomia. Como resultado, em abril de 2001, por decisão judicial, o fornecimento de dieta e água pela sonda foi completamente interrompido, pela primeira vez.

Ao longo de 4 anos, após recursos judiciais sucessivos, a hidratação e a nutrição de Terri Schiavo foram interrompidas e, a seguir, retomadas por mais duas vezes, até que, em 31 de março de 2005 (Mueller, 2009), após 13 longos dias de absoluta falta da ingestão de água e de alimentos, ela morreu desidratada e desnutrida, vítima de severas alterações metabólicas, após uma lenta e progressiva deterioração clínica (Quill, 2005).

Nesse caso, sob o enfoque da bioética principialista, poder-se-ia evidenciar, o envolvimento de três princípios bioéticos: o princípio da beneficência implica no dever de promover o bem estar do paciente; o da não maleficência atinente ao dever de não lhe causar danos; e o princípio da autonomia que se refere ao dever de respeitar a vontade dos pacientes, em seus valores, preferências e objetivos relacionados à assistência médica a ele

direcionada (Mueller, 2009; Beauchamp; Childress, 2001). Mas, sabe-se que a bioética principialista encontra-se num forte debate com correntes filosóficas de corte mais pragmáticas e assertivas, dado que vive-se numa sociedade que mercantilizou, por demais, a saúde e transformou essa em, puramente, dividendo monetário. Nesse campo da bioética e fim da vida, isto é, sobre o que é correto fazer, ou como proceder de uma forma ético-moral; teorias com viés mais pragmático encontram um solo fértil, para proliferarem e se espriarem, como vê-se nesses dias do início do século XXI. São cada vez maiores os desafios bioéticos que surgem em nosso tempo, sobremaneira com o grande avanço científico-tecnológico nas áreas médicas.

### **Pacientes em estado vegetativo (síndrome da vigília sem resposta) ou em estado minimamente consciente**

Em busca da melhor clareza na apresentação das ideias relacionadas a esse tema bioético, torna-se imprescindível, preliminarmente, elencar esclarecimentos técnicos acerca da nomenclatura e das definições utilizadas pela Neurologia. Sabe-se que os pacientes portadores de distúrbios da consciência podem se apresentar de várias formas clínicas. Aqueles que sobrevivem a injúrias cerebrais graves, em regra, permanecem inconscientes por 2 a 4 semanas (Schnakers; Laureys, 2018). Este estado é chamado de coma e resulta de lesões no tronco cerebral e/ou difusas no córtex cerebral, como aquelas que ocorrem, por exemplo, nas encefalopatias hipóxico-isquêmicas, após paradas cardiorrespiratórias (Posner, 2007).

Sob uma perspectiva médico-histórica, sabe-se que o termo coma (do grego *koma* = sono profundo) é utilizado desde os tempos de Hipócrates, entretanto, somente após a introdução do método científico para a Medicina, na metade do século XIX, é que houve uma consolidação dos conhecimentos sobre esta importante entidade clínica (Koehler; Wijdicks, 2008).

Nos anos 1960, Plum e Posner (1966), bem como Fisher (1969), publicaram monografias que se tornaram referências fulcrais no tema conhecido como estado de coma. Os dois primeiros autores esclareceram que coma é a ausência de consciência que, por sua vez, é o estado de plena percepção de si mesmo e do ambiente

ao redor. Eles, ainda, salientaram que ela possui dois principais componentes: o conteúdo e a capacidade de despertar (Posner, 2007).

Stupor and coma are clinical conditions, characterized by patients with impaired responsiveness (or unresponsiveness) to external stimulation who are either difficult to arouse or unarousable. Posner and Plum, in the 1966 edition, described the comatose patient as one with “unarousable unresponsiveness.” The terms “stupor,” “lethargy,” and “obtundation” refer to states of consciousness in between alertness and coma that were subsequently introduced in clinical practice (Sergi; Bilotta, 2020, p. 15).

Do ponto de vista clínico, a capacidade de despertar é caracterizada como o nível da consciência que é definido pelas respostas do paciente ao seu examinador. Durante o sono fisiológico, por exemplo, a redução do nível de consciência compromete a capacidade de resposta do paciente, sem que esteja caracterizada lesão neurológica estrutural alguma (Posner, 2007).

Porém, a diferença fundamental do sono fisiológico para o estado de coma é que neste o paciente está, totalmente, incapacitado para abrir os olhos (ele não acorda), mesmo em face dos mais intensos estímulos verbais, táteis e dolorosos. Caracteriza-se, assim, o estado de coma como um severo comprometimento do nível de consciência, decorrente de uma situação patológica

Por outra vertente, o conteúdo da consciência representa todas as funções mediadas pelo córtex cerebral, incluindo as respostas afetivas e as cognitivas. Portanto, para que o conteúdo da consciência seja avaliado, é necessário que o paciente esteja acordado (Posner, 2007). Por isso mesmo, em um paciente em coma, não é possível a avaliação do conteúdo de sua consciência, uma vez que ele não simplesmente acorda.

Nesse contexto, é digno de nota que quase a totalidade dos pacientes vítimas de severas lesões encefálicas que entram em estado de coma, assim permanecem por, no máximo, até 30 dias. Portanto, em regra, não há pacientes em “estado de coma por vários anos” conforme, por vezes, observa-se descrição na mídia não especializada. Na mesma linha de raciocínio, designações utilizando os vocábulos “coma vígil” não são descritivas e, portanto,

não são adequadas: ora, se o paciente está em coma, logo, ele não acorda. E, se não acorda, não pode estar vígil.

Os pacientes em estado de coma evoluem de formas distintas: podem morrer; recuperar totalmente a consciência; ou atingir estados clínicos intermediários, como o estado vegetativo (EV), ou síndrome da vigília sem resposta, e o estado minimamente consciente (EMC). O termo estado vegetativo foi proposto em 1972, por Jennett e Plum e se diferencia do estado de coma pelo restabelecimento do ciclo sono-vigília. Segundo os próprios autores, o termo foi utilizado por remeter ao sistema nervoso vegetativo, responsável pelos sistemas autonômicos adrenérgico e colinérgico que regulam os sistemas cardiovascular, respiratório e viscerais (Adams; Fins, 2017).

Cabe registrar que, em sua descrição original, Jennett e Plum (1972) propuseram o termo estado vegetativo persistente assumindo que esses pacientes não possuíam qualquer evidência de uma mente funcionante, isto é, capaz de receber e projetar informações. A presunção de que a impossibilidade total de comunicação desses pacientes seria sinônimo de perda de sua capacidade cognitiva prescinde de base lógica, sendo descabida a mera substituição da descrição original: “qualquer evidência de uma mente funcionante”, simplesmente, por “mente não funcionante” (McCullagh, 2004).

A essa altura, é interessante anotar que esta definição de estado vegetativo foi, juridicamente, utilizada como supedâneo da decisão de antecipação da morte de Karen Ann Quinlan, ainda antes da paciente, Terri Schiavo, por meio da supressão das medidas terapêuticas mantidas para sustentação de sua vida, em 1976 (Richmond, 2010).

Nessa ocasião, inclusive, Plum testemunhou como perito, em juízo. Karen Ann Quinlan foi diagnosticada como paciente em estado vegetativo persistente, após sofrer parada cardiorrespiratória, em decorrência da ingestão de bebida alcoólica associada a sedativos, e seus pais decidiram retirar seu suporte ventilatório, por meio do desligamento de seu respirador, em oposição à política do hospital onde ela estava internada (Richmond, 2010). Não obstante não haver registro de qualquer disposição de última vontade da paciente, acerca de sua morte, a justiça decidiu em favor do pleito de seus pais

e a sentença passou a ser utilizada como jurisprudência nas cortes norte americanas (Richmond, 2010; Luce, 2013). A questão é que, com efeito, Karen estava em estado vegetativo, logo, ela foi capaz de manter-se viva, respirando de forma autônoma, mesmo sem o auxílio do respirador, vindo a falecer apenas 10 anos depois, vítima de uma pneumonia (Luce, 2013).

Fred Plum, também, testemunhou em juízo, como perito, em 1990, no caso de Nancy Cruzan (Richmond, 2010), 30 anos de idade, que entrou em estado vegetativo em 1983, após parada cardiorrespiratória, decorrente de um acidente automobilístico. Os pais de Nancy Cruzan, depois de saberem que ela havia dito a uma colega que não gostaria de receber nutrição e hidratação “artificiais”, se estivesse permanentemente “inconsciente”, pediram autorização judicial, para remover a sonda de gastrostomia, utilizada para sua alimentação e hidratação. Entretanto, a Suprema Corte do Missouri decidiu que as declarações de Nancy Cruzan a sua colega não constituíam evidência clara e convincente de seus desejos e eram insuficientes para apoiar a solicitação de seus pais. A seguir, em grau de apelação, a Suprema Corte dos Estados Unidos da América, aceitou o princípio de que pacientes capazes de tomar decisões têm o direito de recusar as terapêuticas de manutenção da vida, sob proteção do princípio de consentimento livre e esclarecido da Constituição daquele país (Luce, 2013).

Como se observa, tanto no caso de Nancy Cruzan, como no de Terri Schiavo, as decisões judiciais norte americanas foram no sentido de antecipar a morte das pacientes com diagnóstico de estado vegetativo, em decorrência de fome e sede, sob a justificativa de atender suas disposições de última vontade, pois elas não desejavam viver mantidas “artificialmente”, caso se encontrassem em situação de impossibilidade de recuperação.

Retornando, agora, à definição diagnóstica, anteriormente, mencionada, é oportuno anotar que aqueles pacientes que estavam rotulados como em estado vegetativo persistente e que apresentaram, evolutivamente, alguma evidência de recuperação do conteúdo de sua consciência, foram identificados como “erro de diagnóstico”; a menos que houvesse problemas com a descrição dessa síndrome clínica neurológica. Para superar este tipo de impasse, a designação

da síndrome passou a ser, então, estado vegetativo, sem a adjetivação de persistente (Richmond, 2010).

### **Síndrome da vigília sem resposta e bioética**

Mais recentemente, em 2009, a expressão “síndrome da vigília sem resposta” foi introduzida pela *European Task Force on Disorders of Consciousness* (Kondziella; Cheung; Dutta, 2019) e tem sido utilizada em substituição ao termo estado vegetativo, pelo fato de não possuir a conotação pejorativa de desumanização, ao afastar a interpretação anterior no sentido de que o paciente “está vegetando”, ou “se trata de mero vegetal” e, também por ser mais descritiva acerca do estado clínico observado (Laureys *et al.*, 2010; Lazaridis, 2019). Nesses casos, o paciente é capaz de abrir os olhos (portanto acorda e, por definição, não está em coma), porém não é possível nenhum tipo de interação com o meio que o circunda (Posner, 2007). Ele é capaz de manter, de forma autônoma, as funções cardiocirculatórias e respiratórias (vida vegetativa), não obstante não tenha qualquer tipo de vida de relação com o meio externo.

Deve-se observar, ainda, que muitos pacientes em estado vegetativo seguem melhorando continuamente, e recuperam algumas habilidades funcionais; enquanto outros mantêm o comprometimento do conteúdo da consciência por muitos anos, ou até de forma permanente (Gosseries *et al.*, 2016).

Aqueles que evoluem de forma mais positiva, episodicamente, demonstram comportamentos compatíveis com a existência de algum grau de consciência. Tais comportamentos ocorrem aleatoriamente, porém, são reprodutíveis ou sustentados, assim diferenciando-se de atitudes meramente reflexas. Esses pacientes podem demonstrar localização de estímulos sonoros ou algícos, sustentação de um olhar fixo, bem como a ocorrência de sorrisos ou vocalizações fortuitas, contextualizadas (Giacino *et al.*, 2022).

A adequada caracterização deste subgrupo de pacientes possui importância diretamente associada a definições de prognósticos e de abordagens terapêuticas específicas. Portanto, em 2002, o *Aspen Workgroup* – composto por delegados de vários países, representantes das áreas de bioética, neurologia, neurocirurgia, neuropsicologia, psiquiatria e enfermagem, reunidos entre março de

1995 e outubro do ano 2000 – propôs os critérios diagnósticos para a definição de uma nova condição clínica, desde então, denominada de estado minimamente consciente (Giacino *et al.*, 2022).

Foram considerados em estado minimamente consciente os pacientes que apresentavam um ou mais dos seguintes comportamentos: atendimento a comandos simples; evidências de respostas gestuais ou verbais tipo sim/não (independentemente da acurácia); verbalização inteligível; desvio do olhar ou sua fixação, em resposta direta à estimulação realizada, comportamentos com um propósito, ocorridos em contextos pertinentes e não devidos à atividade reflexa, incluindo riso ou choro, alcance de objetos, tocando-os de forma apropriada a acomodá-los em seu tamanho e forma (Giacino *et al.*, 2022).

É importante assinalar que déficits sensoriais ou motores podem ensejar subestimativas acerca da capacidade cognitiva destes pacientes (Giacino *et al.*, 2022) e que pacientes em estado minimamente consciente melhoram mais rapidamente e tem prognósticos de recuperação funcional melhores do que aqueles que persistem por mais tempo em estado vegetativo. Na prática clínica, pode ser difícil diferenciar o estado minimamente consciente e o estado vegetativo, sendo certo que o desenvolvimento de critérios diagnósticos padronizados tende a reduzir a frequência de erros de diagnóstico (Schnakers; Laureys, 2018).

Nesse cenário, cabe destacar um importante estudo realizado na Bélgica, comparando observações clínicas não padronizadas, para definição diagnóstica de estado vegetativo, com uma escala padronizada de comportamento neurológico a ser pesquisado no paciente. Os resultados foram semelhantes àqueles já encontrados, anteriormente, nos Estados Unidos da América e no Reino Unido: 41% dos pacientes com o diagnóstico de estado vegetativo estavam com o diagnóstico errado, uma vez que 89% dos casos assim classificados eram, na verdade, pacientes em estado minimamente consciente (Jennett; Plum, 1972).

Essa elevada taxa de erro de diagnóstico pode ser atribuída a circunstâncias relacionadas ao examinador, ao paciente e ao ambiente. Erros do examinador podem ser atribuídos a tempo insuficiente destinado para obter a resposta do paciente, a critérios

pobremente definidos para observação das respostas solicitadas, as avaliações clínicas frequentemente não direcionadas para a observação de flutuações do exame. O uso de escalas de avaliação padronizadas tende a reduzir este tipo de erro (Schnakers; Laureys, 2018).

A segunda fonte de equívocos diz respeito a fatores inerentes ao paciente: flutuação do nível de consciência, cansaço, estado convulsivo subclínico, alterações metabólicas, dor, déficits sensitivos corticais (cegueira/surdez cortical), *déficit* motor, distúrbios cognitivos – afasia, apraxia, agnosia – (Schnakers; Laureys, 2018). Finalmente, alterações ambientais podem comprometer a avaliação clínica dos pacientes: efeito de medicações sedativas ou paralisantes, posicionamento adverso do examinando, barulho, luz e calor excessivos.

A importância de se desenvolver escalas padronizadas para avaliação clínica é, facilmente, alcançada; quando se considera a problemática associada ao manuseio individual de inúmeras situações clínicas inerentes a este grupo de pacientes, desde sua reabilitação, até as decisões relacionadas ao término de sua vida (Schnakers; Laureys, 2018). Notadamente porque é sabido que a retirada do tratamento de manutenção da vida tem sido a principal causa de morte em pacientes com lesões cerebrais devastadoras (Lazaridis, 2019).

Por isso mesmo, ultimamente, vários estudos têm se debruçado sobre a acurácia do diagnóstico envolvendo os pacientes com distúrbios crônicos de consciência, a fim de estabelecer indicadores prognósticos seguros nestas situações. Tal tipo de conhecimento é importante, uma vez que qualquer imprecisão deste no diagnóstico repercute em decisões e condutas médicas, potencialmente, irreversíveis, como a supressão do tratamento de sustentação à vida, por exemplo (Lazaridis, 2019).

Em face da importância da presença da consciência como característica fulcral da vida humana, a principal questão ética relevante para pacientes em estado vegetativo e em estado minimamente consciente é definir se eles devem ou não receber terapêutica de manutenção da vida e por quanto tempo devem mantê-la (Luce, 2013).

A hesitação da equipe médica assistente em continuar mantendo a terapêutica que sustenta a vida de pacientes com distúrbios crônicos da consciência, em regra, associa-se à crença de que estes pacientes não podem beneficiar-se dela e até podem ser prejudicados por ela (Luce, 2013). Frequentemente, aliado a essa crença está o conceito de que a terapêutica é fútil, pois não tem o condão de restaurar a consciência do paciente, a despeito de sustentar sua vida vegetativa.

### **A bioética e os distúrbios crônicos de consciência**

Nesse ponto, então, voltamos à questão dos princípios bioéticos da beneficência e não maleficência, respectivamente. Como forma de otimizar as definições diagnósticas envolvendo os distúrbios crônicos de consciência, para além das escalas de avaliação clínica, nos últimos 10 anos, a conectividade neuronal funcional avaliada por meio da ressonância magnética funcional tem se tornado uma ferramenta promissora para pesquisa dos estados de alteração de consciência (estado vegetativo / estado minimamente consciente). Durante o repouso, são observadas flutuações no sinal de *blood oxygen level-dependent* (BOLD) e estas flutuações de sinal são sincronizadas entre as redes neurais cerebrais. A rede chamada neural padrão conecta o córtex fronto-medial, córtex medial posterior e as regiões temporais. A característica chave da rede padrão é sua ativação durante o repouso e sua desativação durante a realização de tarefas cognitivas que demandam atenção (Schnakers; Laureys, 2018).

O envolvimento da rede neuronal padrão em tarefas relacionadas à atenção tem levado ao aprofundamento do seu estudo nos distúrbios de consciência. Já foi demonstrada redução da conectividade funcional da rede padrão desse tipo de paciente, assim como uma correlação estrutural com o nível de responsividade medida pela Escala de Coma de Glasgow Revisada. Adicionalmente, uma rede neural padrão intacta tem sido observada em pacientes comatosos que recuperam a consciência, diferente daqueles que não a recuperam. Esses achados indicam que a conectividade da rede neural padrão pode ter um valor prognóstico para pacientes comatosos. Um achado semelhante ocorre em pacientes em estado vegetativo: apenas aqueles pacientes que mantêm preservada a

linguagem em áreas corticais altas têm sido capazes de interromper o processo mental em curso para focar a atenção, demonstrando um decréscimo na atividade BOLD (Schnakers; Laureys, 2018).

Como se vê, ainda hoje, evidências que sustentem a classificação dos distúrbios crônicos de consciência são limitadas, porém, têm sido incrementadas. Medidas de baixo custo e de fácil implementação à beira do leito podem ter impacto clínico imediato. Nesse sentido é que se colocam as padronizações dos exames clínicos neurológicos realizados neste grupo de pacientes (Kondziella *et al.*, 2020).

Paralelamente, exames complementares como eletroencefalograma (EEG) de alta densidade, tomografia por emissão de pósitrons (PET) e ressonância magnética funcional (fMRI) têm sido aperfeiçoados, ainda que requeiram significativo aparato tecnológico e expertise correlata (Kondziella *et al.*, 2020). Enfim, todos esses métodos, em conjunto, tendem a ser, cada vez mais, utilizados com a finalidade de definir com maior precisão e segurança os casos de distúrbios crônicos de consciência, bem como prever o prognóstico destes pacientes (Qjuyou *et al.*, 2017).

Os achados desses exames de neuroimagem sugerem que pacientes em estado minimamente consciente apresentam uma atividade cerebral mais preservada e mais integração multissensorial que aqueles em estado vegetativo e alguns estudos têm mostrado que o prognóstico dos pacientes está, estreitamente, associado aos resultados de neuroimagem: quanto maior é a atividade cerebral, melhor é o prognóstico (Gosseries *et al.*, 2016).

De forma adicional e muito significativa, é por meio desse tipo de exames que, mais recentemente, se demonstram respostas positivas à utilização de tratamentos específicos prescritos para os pacientes portadores de distúrbios crônicos de consciência (Gosseries *et al.*, 2016). Trata-se de uma notícia potencialmente auspiciosa, para estes pacientes e seus familiares.

Agentes farmacológicos como a amantadina (agonista dopamiérgico / antagonista NMDA), o zolpidem (agonista GABA não-benzodiazepínico), o baclofeno intratecal (agonista GABAérgico), o midazolam (benzodiazepínico agonista GABAérgico) e o ziconotide (bloqueador de canais de cálcio),

entre outros, têm sido utilizados, com bons resultados, em termos de recuperação funcional da consciência. A amantadina já apresenta nível de evidência II, em estudos publicados (Thibaut, 2019).

Estimulação transcraniana contínua direta e estimulação cerebral profunda igualmente têm se mostrado promissoras, produzindo aumento da atividade cerebral, em especial naqueles pacientes em estado minimamente consciente, inclusive com nível de evidência II em alguns ensaios clínicos (Gosseries *et al.*, 2016; Thibaut, 2019).

### **Considerações finais**

Dado o exposto acima, cabe assinalar que as possibilidades terapêuticas para pacientes com distúrbios crônicos de consciência, estão sendo ampliadas, de forma efetiva e promissora, para muito além das medidas básicas de suporte e manutenção da vida, anteriormente exclusivas.

Assim, uma vez definido, sem ambiguidades, o diagnóstico de distúrbio crônico de consciência do paciente e estabelecido seu prognóstico, sob uma perspectiva cientificamente bem estabelecida, à luz da melhor técnica e dos recursos terapêuticos disponíveis, recoloca-se como pertinente uma revisão da discussão bioética acerca da conveniência e oportunidade da antecipação do término da vida de cada um deles.

Sem dúvida alguma, houve uma mudança de paradigma, em relação aos casos de Terri Schiavo e Nancy Cruzan, ocorridos quando ainda havia pouca clareza acerca dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nos distúrbios crônicos da consciência. Hoje, caberia a indagação acerca da eventual possibilidade delas estarem em estado minimamente consciente e, até mesmo, de responderem positivamente às intervenções terapêuticas específicas disponíveis.

Então, além de discutirmos, sob a égide do princípio da não maleficência, se é adequado precipitar a morte de alguém causando-lhe fome e sede, também temos que reavaliar se a antecipação dessas mortes esteve mesmo alinhada com o princípio da beneficência.

E mais, quando se fala no princípio da autonomia, deve ser pressuposto o pleno domínio das informações qualificadas, atinentes à situação em avaliação. Como alguém pode decidir de forma livre

e consciente acerca de sua autodeterminação de não viver com eventuais distúrbios de consciência subjacentes, se não souber que há reais dificuldades técnicas para o diagnóstico e adequada caracterização dessas situações clínicas, quando, sobremaneira, em nossos dias, há potenciais possibilidades terapêuticas.

Enfim, mais uma vez, o progresso da ciência, aliado à tecnologia contemporânea, permite um novo olhar sobre o futuro desses pacientes, sem niilismos obscurantistas. Sabe-se que os princípios da bioética ajudam, cada vez mais, com os avanços das conquistas médicas do século XXI, e que a sociedade olhe a partir de uma perspectiva mais solidária, equânime e transparente o valor da vida.

## Referências

- ADAMS, Z. M.; FINS, J. J. The Historical Origins of the Vegetative State: Received Wisdom and the Utility of the Text. *Journal of the History of the Neurosciences*, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 140-153, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27295518/>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- CICHELERO, César A.; RECH, Moisés João. Bioética: autonomia, dignidade da pessoa humana e reconhecimento. In: BIASOLI, Luís Fernando; CALGARO, Cleide. (orgs.). *Fronteiras da bioética: os reflexos éticos e socioambientais*. Caxias do Sul: EducS, 2017, p. 74-90. Disponível em: [https://www.uces.br/site/midia/arquivos/ebook-fronteiras-bioetica\\_2.pdf](https://www.uces.br/site/midia/arquivos/ebook-fronteiras-bioetica_2.pdf). Acesso em: 12 maio 2022.
- FISHER, C. M. The neurological examination of the comatose patient. *Acta Neurol Scan*, v. 45, n. 36, p. 1-56, 1969.
- GIACINO, J. T. *et al.* The minimally conscious state. Definition and diagnostic criteria. *Neurology*, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 349-353, 2002. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/58/3/506>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- GOSSERIES, O. *et al.* The Role of Neuroimaging Techniques in Establishing Diagnosis, Prognosis and Therapy in Disorders of Consciousness. *The Open Neuroimaging Journal*, [s. l.], v. 10, n. 5, p. 52-68, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27347265/>. Acesso em: 29 abr. 2022.

- JENNETT, B.; PLUM, F. Persistent vegetative state after brain damage a syndrome in search of name. *Lancet*, [s. l.], v. 229, n. 7753, p. 734-737, 1972. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673672902425>. Acesso em: 12 jul. 2022.
- KOEHLER, P. J.; WIJDICKS, E. F. M. Historical study of coma: looking back through medical and neurological texts. *Brain*. [s. l.], v. 131, n. 3, p. 877-889, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18208847/>. Acesso em: 21 maio 2022.
- KONDZIELLA, D.; CHEUNG, M. C.; DUTTA, A. Public perception of the vegetative state/unresponsive wakefulness syndrome: a crowdsourced study. *Peer J.*, [s. l.], v. 6, n. 7, p. 65-75, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30863687/>. Acesso em: 29 maio 2022.
- KONDZIELLA, D. *et al.* European Academy of Neurology Guideline on the Diagnosis of Coma and Other Disorders of Consciousness. *Eur. J. Neurol*, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 741-756, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ene.14151>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- LAUREYS, S. *et al.* Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Medicine*, [s. l.], v. 1, n. 86, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21040571/>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- LAZARIDIS, C. Withdrawal of Life-Sustaining Treatments in Perceived Devastating Brain Injury: The Key Role of Uncertainty. *Neurocrit Care*, 2019, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 3-41, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30143963/>. Acesso em: 23 abr. 2022.
- LUCE, J. M. Chronic Disorders of Consciousness Following Coma. Part Two: Ethical, Legal, and Social Issues. *CHEST*, [s. l.], v. 144, n. 4, p. 1388-1393, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24081352/>. Acesso em: 29 mar. 2022.
- MCCULLAGH, P. *Conscious in a vegetative state? A critique of the PVS concept*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004.
- MUELLER, P. S. The Terri Schiavo saga: Ethical and legal aspects and implications for clinicians. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, [s. l.], v. 119, n. 9, p. 574-580, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19776703/>. Acesso em: 30 maio 2022.

- PLUM, J. B.; POSNER, F. *Diagnosis of stupor and coma*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Company, 1966.
- POSNER, J. B. *et al. Plum and Posner's diagnosis of stupor and coma*. 4. ed. New York: Oxford University Press, 2007.
- QJUYOU, X. *et al.* Chronic disorders of consciousness (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, [s. l.], Atenas, v. 14, n. 2, p. 1.277-1.283, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28810588/>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- QUILL, T. E. Terri Schiavo: a tragedy compounded. *The New England Journal of Medicine*, [s. l.], v. 352, n. 16, p. 1.630-1.633, 2005. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058062>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- RICHMOND, C. Obituary: Fred Plum. *The Lancet*, [s. l.], v. 376, n. 1, p. 412, 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61212-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61212-3/fulltext). Acesso em: 12 abr. 2022.
- SCHNAKERS, C.; LAUREYS, S. *Coma and Disorders of Consciousness*. 2. ed. Cham: Springer, 2018.
- SCHANAKERS, C. *et al.* Accuracy of the Vegetative and Minimally Conscious State: Clinical Consensus Versus Standardized Neurobehavioral Assessment. *BMC Neurol.*, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 9-35, 2009. Disponível em: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2377-9-35>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- SERGI, Paola G.; BILOTTA, Federico. Plum and Posner's Diagnosis and Treatment of Stupor and Coma, 5th ed. *Anesthesia & Analgesia*, v. 131, n. 1, p. 15-16, 2020. Disponível em: 10.1213/ANE.0000000000004832. Acesso em: 22 jul. 2022.
- THIBAUT, A. *et al.* Therapeutic interventions in patients with prolonged disorders of consciousness. *Lancet Neurol.*, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 600-614, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31003899/>. Acesso em: 12 abr. 2022.