

# QUESTÕES ÉTICAS DA PREMATURIDADE

ERNESTINA M<sup>a</sup> V. BATOCA SILVA

*Professora-Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu,  
Instituto Politécnico de Viseu*

*“A posição de uma grande maioria de pediatras e a tradição católica tem defendido sempre que a vida humana é um valor básico, fundamental mas que também é necessária uma certa qualidade de vida para manter a obrigatoriedade de conservá-la. Em outras palavras, o dever de preservar a vida humana não é prioritário em condições particularmente penosas”.*

ABEL e CAMBRA (1998)

## 1. Introdução

Os recém-nascidos prematuros são um grupo extremamente vulnerável mas também heterogéneo, pois que engloba recém-nascidos com idade gestacional entre as 24 e 37 semanas e peso ao nascer desde os 500g (Neto, 2003). Dados do Instituto Nacional de Estatística (Portugal, 2006) revelam que nasceram no ano de 2005 em Portugal 109 457 bebés e que 1012 têm um peso inferior a 1500g, correspondendo a 0,92% de recém-nascidos de muito baixo peso, número este que tem vindo a crescer.

A idade de gestação e o peso ao nascimento médios no ano de 2000 foram neste grupo de 29 semanas e de 1160g, respectivamente. O limite da viabilidade (mais de 50% de sobreviventes) e da viabilidade sem sequelas (mais de 50% de sobreviventes sem problemas à alta ou aos três meses) tem diminuído ao longo dos anos, situando-se no ano 2000 às

26 e 28 semanas, respectivamente. Avaliado em relação ao peso de nascimento, o limite da viabilidade situa-se acima das 700g e o limite da sobrevida sem problemas acima de 900g (Peixoto [et al.], 2002). Dados mais recentes do Registo Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso de 2004 revelam uma idade gestacional média de 28,8 semanas e peso ao nascimento de 1091g, com uma mortalidade de 15,4% neste grupo (Ministério da Saúde, 2006).

Podemos afirmar que os prematuros, embora sendo um grupo minoritário do total de nado-vivos (0,92%), são uma fracção representativa dos problemas perinatais do país, sendo responsáveis por cerca de 50% dos óbitos neonatais e de parte significativa de futuros cidadãos com sequelas (Machado [et al.], 2002). No que diz respeito às sequelas, Maciel (2003) refere que a maioria das crianças com mais de 27 semanas sobrevive sem aumento da taxa de sequelas. No entanto, entre as 23 e 25 semanas a taxa de sequelas é de 50%. Constatamos que a evolução do tratamento de recém-nascidos prematuros associou-se a uma drástica redução da mortalidade, contudo permanece elevada a morbilidade a longo prazo.

De facto, (Paixão, 2000) refere que graças aos avanços da medicina, dos meios técnicos e da existência de unidades de cuidados intensivos neonatais, aumentaram significativamente as taxas de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, não se conseguindo, contudo, evitar uma considerável morbilidade a longo prazo. MacDonald e Committee on Fetus and Newborn (2002) referem que no futuro é provável que a taxa de sobrevivência das crianças nascidas pré-termo continue a melhorar. No entanto, já Allen [et al.] em 1993, referiram que apesar de ter melhorado a sobrevivência das crianças pré-termo e ter diminuído o limite da viabilidade, a qualidade de vida dos sobreviventes permanece uma preocupação.

Aparentemente, os resultados do progresso dos conhecimentos e da tecnologia seriam para defender a vida humana de agressões lesivas da sua própria humanidade. Porém, na realidade, se algumas vezes o conhecimento antecipado de que ele sofre de doenças graves ou que corre riscos de nascer prematuro permitirá a sua cura ou encaminhamento da mãe para centros diferenciados, noutros casos permitirá reconhecer a sua inviabilidade ou a existência de uma deficiência definitiva e irremediável e, ainda, noutros casos poderá suspeitar-se que venha a ficar com alguma deficiência, o que poderá provocar sentimentos de angústia nos pais e colocar dilemas éticos aos profissionais de saúde.

Na verdade, quer na assistência imediata ao recém-nascido, quer nas unidades de cuidados intensivos neonatais, é enorme a capacidade de intervenção técnica e as decisões arrastam consigo uma imensidade de incertezas éticas. Trata-se muitas vezes de situações limite, de fronteira entre a vida e a morte. Porque se impõe o confronto entre o querer científico, a aplicação de tecnologias e o melhor interesse da criança, o seu bem, é importante analisar os benefícios e custos entre as várias atitudes, que vão desde o preservar a vida e o reconhecer os limites da intervenção, e entre preservar a vida a todo o custo e o deixar acontecer a morte natural.

Face a estas (e outras) circunstâncias quisemos analisar e reflectir sobre alguns aspectos éticos que encerra a prematuridade. Assim, definimos algumas questões:

**Quais são os limites da viabilidade do recém-nascido?**

**Quando é que uma reanimação intensiva é considerada apropriada ou inapropriada?**

**Quais os critérios que tornarão legítima a reanimação do recém-nascido prematuro?**

**Quem toma a decisão?**

**Quais as condições que legitimam o deixar acontecer a morte natural?**

**O que distingue a atitude de deixar acontecer a morte natural da eutanásia?**

## **2. Limite de viabilidade do recém-nascido prematuro**

Na Sala de Partos, o princípio ético é preservar a vida e deve adoptar-se uma reanimação atenta. Nesta perspectiva todo o recém-nascido prematuro deve ser imediatamente reanimado (Biscaia, 2002). A reanimação deve ser um gesto imediato, principalmente nos mais prematuros, para lá de qualquer malformação ou anomalia genética que possam (Biscaia, 2001). Porém, quando ocorre o nascimento de um recém-nascido com anomalias grosseiras que conduzem à inviabilidade (são exemplo a anencefalia, a porencefalia, os grandes encefalocelos, a agenesia renal bilateral ou grande hipotrofia pulmonar) depois de feito o diagnóstico que, de resto, na gravidez vigiada na maioria das vezes já será

conhecido, os cuidados de reanimação não devem ser continuados. O mesmo acontece com os grandes prematuros em situação de hemorragia catastrófica do sistema nervoso central, nas doenças metabólicas sem tratamento ou nas situações que obriguem a intervenções cirúrgicas repetidas sem esperança razoável de cura ou melhoria significativa. Também os recém-nascidos em agonia, em que não se preveja uma solução, devem ser tratados com atenção e carinho, mas sem recurso a cuidados intensivos (Biscaia, 2001; 2002).

Parece claro que em situações extremas ou em presença de indicadores de mau prognóstico as decisões podem não ser muito difíceis. O que é verdadeiramente difícil é definir o que são situações limite (Paixão, 2000) ou segundo as palavras de Allen [et al.] (1993), definir o que é o limite da viabilidade. Também Biscaia (2002) questiona quais os limites da viabilidade que tornarão legítima a reanimação intensiva sem correr riscos de encarniçamento terapêutico (ou obstinação terapêutica).

Há patologias cuja expressão clínica e tradução imagiológica ou analítica não deixam dúvidas sobre a evolução para a morte ou para uma qualidade de vida inaceitável, quer para a criança, quer para os pais. Nestas circunstâncias é necessário saber dizer “basta”. Não significa que o doente não mereça a continuidade do tratamento, mas há necessidade de respeitar a sua pessoa, o seu tempo de morrer. Noutras situações é também necessário saber “não começar”, como por exemplo, nos recém-nascidos de prematuridade extrema (Almeida, 1998). Antes das 23/24 semanas de gestação, dada a prematuridade pulmonar, com a ausência de desenvolvimento sacular e a falta de contiguidade com as ansas capilares impedindo ou dificultando a hematose, é difícil, mais ainda do que na carência de surfactante, a viabilidade do feto. As tentativas de reanimação antes dessa data podem resultar em enorme sofrimento para o bebé, sem que o prognóstico o justifique (Biscaia, 2002). Voyer [et al.] (2000:72) consideram também que é a partir das 22-24 semanas que se atinge o nível mínimo de maturação das funções orgânicas e com recurso aos meios técnicos actualmente disponíveis é encarada a sobrevivência extrauterina: “*utilizar técnicas de reanimação num prematuro com idade < 22 semanas será uma medicina humana experimental*”.

No nosso país, a Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria anunciou nos Consensos Nacionais em Neonatologia (Peixoto [et al.], 2004) as recomendações a ter em conta para o nascimento de prematuros no limite de viabilidade (< a 27 semanas). A actuação depende da

idade gestacional, a qual deve ser determinada clinicamente antes do nascimento de um recém-nascido prematuro, corroborada por resultados de ecografia precoce. Nas situações em que a determinação exacta da idade gestacional não é possível, deve ser dado o benefício da dúvida, a reanimação deve ser um gesto imediato, independentemente de qualquer malformação ou anomalia genética que possuam, acrescenta Biscaia (2001). O limiar da viabilidade aceite é as 24 semanas. Abaixo do limiar de viabilidade os recém-nascidos de prematuridade extrema podem *à posteriori* ver suspensos os cuidados se houver alteração do prognóstico. As normas de suspensão de cuidados devem estar estabelecidas. Interessa, como é óbvio, defender a vida *versus* qualidade da mesma, custos para a família e consumo de recursos para o país.

Segundo Gold (2000), em França a reanimação de um recém-nascido de idade gestacional > 25-26 semanas e de peso de nascimento > 700-800g, é iniciada imediatamente depois do nascimento. Essa reanimação pode ser interrompida quando se mostrar ineficiente depois de 20 minutos; noutros casos o recém-nascido deve ser transferido para os cuidados intensivos neonatais para continuidade dos cuidados e avaliação futura.

No Canadá, Fetus and Newborn Committee, Canadian Pediatrics Society, Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynecologists (1994) estabeleceram recomendações específicas, apontando que os recém-nascidos com menos de 22 semanas de idade gestacional não são reanimados. Entre 22-24 semanas, a família exerce um papel importante na decisão e as recomendações vão no sentido de flexibilidade para iniciar ou interromper a reanimação, dependendo das condições de nascimento. Os recém-nascidos com 25 semanas devem ser todos reanimados se não houver anomalia importante.

Kraybill (1998) definiu os seguintes critérios: abaixo de 22 semanas é um feto de péssimo prognóstico e com poucas possibilidades de sobrevivência; entre as 22 e 24 semanas é uma zona de actuação intermediária e em que com muitos recursos é possível a sobrevida, mas em que um grande número de crianças ficará com sequelas (atraso de desenvolvimento psicomotor, paralisia cerebral); no grupo acima de 25 a 26 semanas as possibilidades de sobrevida são muito favoráveis.

Considerando a elevada mortalidade dos recém-nascidos de extremo baixo peso e a possibilidade dos sobreviventes apresentarem sequelas graves, Abel e Cambra (1998:143) propõem os seguintes critérios éticos de reanimação de um recém-nascido imaturo:

### **1. "RN com menos de 24 semanas ou menos de 500g:**

*Nestes casos não se deveria iniciar a reanimação a não ser que se trate:*

- *de um atraso de crescimento intra-uterino, com menos de 500g de peso e uma idade gestacional correspondente a mais de 24 semanas, ou*
- *de um recém-nascido surpreendentemente vigoroso para a idade gestacional.*

### **2. RN entre 24/26 semanas e o peso compreendido entre 500 e 700g:**

*Neste grupo de imaturos comprovou-se que os que têm superado inicialmente a reanimação ventilatória mas que vêm a necessitar de reanimação com massagem cardíaca e drogas vasoactivas, acabam por morrer posteriormente ou apresentam complicações importantes irreversíveis. Por isso se recomenda:*

- *realizar a reanimação profunda com ventilação, exclusivamente,*
- *em caso de que não responda à ventilação com pressão positiva intermitente, não se deveria iniciar massagem cardíaca nem administrar drogas vasoactivas.*

### **3. RN com mais de 26 semanas certas ou mais de 700g de peso:**

*A imaturidade não é um critério para não fazer reanimação profunda. Por isso:*

- *se actuará segundo os critérios de reanimação profunda como com o recém-nascido de termo.*

*Em todos os casos as condutas individualizam-se em função da vitalidade do recém-nascido e da sua resposta à reanimação.*

*A "qualidade" com que se realiza a reanimação neste grupo de recém-nascidos é fundamental para prevenir alterações bruscas de tensão arterial e de oxigenação que condicionam fenómenos de isquemia-perfusão, que são a origem das lesões isquémicas e/ou hemorrágicas dos recém-nascidos imaturos."*

Wilder (2000) apresenta-nos três recomendações com considerações éticas para uma melhor compreensão sobre o porquê de algumas crianças de extremo baixo peso serem reanimadas e outras não.

- A primeira recomendação favorece apoio intensivo para todas as crianças independentemente do peso e idade gestacional.

Isto dá a todas as crianças uma hipótese de vida, respeita a criança como uma pessoa e dá-lhe o direito aos cuidados médicos e ao tratamento. Prevê o uso agressivo da tecnologia, que pode ser prejudicial e atrasar a inevitável morte. Pode não servir os melhores interesses da criança especialmente no que respeita à dor e sofrimento. Também não oferece nenhuma autonomia parental na decisão do tratamento. É a vida a todo o custo.

- A segunda recomendação prevê um certo nível de riscos de mortalidade e morbidade segundo a idade gestacional, o peso de nascimento e outros critérios, como o índice de Apgar.

Nos Estados Unidos da América não existe uma recomendação específica para a reanimação de crianças no limiar da viabilidade. Os limites dependem da unidade de cuidados intensivos neonatais e dos obstetras e variam de 23 para 24 semanas de idade gestacional e um peso de nascimento de 500g. Segundo a mesma autora, na Suécia o limite de viabilidade é as 25 semanas e peso 800g. Às crianças cujas probabilidades de sobrevivência estão abaixo destes limites são-lhes proporcionados cuidados de apoio (calor, técnicas e oxigénio), mas cuidados intensivos (ventilação mecânica, drogas de apoio à vida) não são ministrados. Porém, em alguns casos há crianças consideradas inviáveis na Sala de Partos e vem-se a descobrir mais tarde que estão a respirar. Durante este período de negligência podem ter sofrido hipóxia e acidose, aumentando o risco de dano do sistema nervoso central e probabilidades de permanente inaptidão caso sobrevivam.

Também se a criança não é reanimada o instinto parental de apoiar a criança não é activado e os pais podem ter problemas e fracassar na ajuda da criança se esta sobreviver.

Vejamos o caso McDonald, um bebé com uma gestação de 23 semanas e 3 dias, 670g e Apgar 3 ao 1º minuto e 5 ao 5º minuto. Depois de 10 minutos de reanimação com um ambu a 100% de oxigénio a frequência cardíaca era 40-60 batimentos por minuto e com arritmias. À criança

apenas foi proporcionado conforto e dado apoio pelos pais. Aproximadamente uma hora depois a enfermeira ouve um grito e verifica que o pulso é de 130. Os pais pedem para tudo ser feito e são informados dos riscos e possível morbidade. A criança tem uma evolução neonatal tempestuosa, com várias complicações e vem a ter alta com 6 meses de idade. Aos 8 anos o seu desenvolvimento é de uma criança com 5 meses. O médico e o hospital foram processados por negligência. Não reanimar foi considerado um comportamento negligente e o médico cessar as tentativas de reanimar sem consentimento dos pais violou o princípio de autonomia (Paris [et al.], 1998).

- A terceira recomendação é chamada a estratégia de prognóstico individualizado ou cuidado intensivo temporário para todos. Usa resultados estatísticos como base.

Nos Estados Unidos da América uma criança com uma razoável esperança de sobrevivência é definida como tendo 23 semanas e peso de 500g. É reanimada na Sala de Partos a menos que haja acordo claro com os pais para não iniciar reanimação. Se a reanimação tem êxito são instituídos cuidados intensivos. Os cuidados intensivos temporários para todos permitem prover os meios de preservar as opções e a aproximação com os pais permite-lhes apoiar o recém-nascido e provê a oportunidade de consolidar a sua decisão. Permite a autonomia parental com consentimento informado. A relação custo/benefício é inicialmente incerta mas pode ser avaliada com mais tempo. É também respeitado o direito da criança à vida e é salvaguardado o melhor interesse da criança.

Para avaliar o limite de viabilidade do recém-nascido, o critério fidedigno é o peso de nascimento (Allen [et al.] 1993). De facto, a maioria dos estudos de mortalidade dos recém-nascidos pré-termo são baseados no peso de nascimento. Porém, estes autores acrescentam que os critérios devem incluir o peso, a idade gestacional, desejos dos pais, história de fertilidade, o sexo da criança, a resposta à reanimação, os resultados da ecografia transfontanelar, para além dos recursos dos cuidados de saúde.

Para avaliar a imaturidade do recém-nascido, Ballard [et al.] (1991) propõem a utilização do teste New Ballard que relaciona a idade gestacional com o peso de nascimento. Porém, a avaliação pode ser complicada. Kopelman (2000) refere que usando a tabela uma criança que na realidade pesa 750g teria um peso teórico que varia entre 405 a 975g. Daí não

ser adequado guiar-se pelo peso. A ecografia do 3º trimestre tem, segundo especialistas, uma variação de 1 a 2 semanas no cálculo da idade gestacional. Assim, um recém-nascido com menos de 26 semanas de gestação, usando o método New Ballard apresenta uma margem de erro de até 10%. Isto revela que é difícil tomar uma decisão baseada no peso ou na idade gestacional.

Kopelman (2000) considera como limites da viabilidade não só o peso, mas também aqueles casos de crianças que não têm condições de sobrevivida e que estão sujeitas a grande sofrimento. Não se discute apenas a questão da vida, mas também a questão da qualidade de vida, não só da criança, como também da família.

Stevenson e Goldworth (1998) afirmam que as decisões de iniciar tratamento são decisões difíceis, às vezes baseadas em conceitos de imaturidade e viabilidade, que podem diferir em crianças com a mesma idade gestacional. É importante saber a idade gestacional do recém-nascido, mas recém-nascidos com 750g e com peso apropriado para a idade gestacional têm variações de 4 semanas (22 a 26 semanas) com sobrevivida de 0 a 66%. Ginsberg e Goldmith (1998) alertam, também, que num recém-nascido com menos de 26 semanas e segundo a escala de Ballard a avaliação da idade gestacional pode dar um erro de até 10 dias.

### 3. Quem toma a decisão

O recém-nascido não tem autonomia para decidir e daí, defende-se desde há largos anos que o conceito de autonomia pode ser alargado a toda a estrutura familiar, dado que os pais são, presumivelmente, as pessoas que melhor defendem os interesses dos seus filhos. Assim, compete-lhes decidir dentro de padrões éticos socialmente aceites (Antunes, 1998).

Geralmente os pais tomam decisões acertadas relativamente aos seus filhos. Há no entanto limites de autonomia parental, sendo nesse caso a criança representada por substituto ocasional. São situações em que os interesses dos pais podem estar em conflito com os melhores interesses da criança. Isto é, as decisões dos pais entram então em colisão com o melhor interesse da criança. Pode também em alguns casos haver divergências no casal.

Peabody e Martin (1996) referem algumas situações de conflito vividas pelos pais que podem incluir o desejo de ter uma criança perfeita, a

incapacidade ou repugnância em aceitar uma criança com atraso de desenvolvimento mental, medo de encargos económicos, medo do impacto na estabilidade familiar e aspectos culturais ou valores. Isto poderia resultar numa recusa de um tratamento que pode ou não ser do melhor interesse para a criança. Por outro lado, os pais também podem exigir a continuação de cuidados fúteis ou agressivos que podem ser dolorosos e induzem sofrimento, não tendo em consideração a criança. Obviamente há um potencial para conflitos de interesses.

Outra situação que pode ocorrer, em que o melhor interesse da criança pode não estar de acordo com a decisão dos pais, é o caso em que os pais não autorizam uma transfusão de sangue por serem Testemunhas de Jeová. Neste caso, o médico pode requerer judicialmente – ao Tribunal de Menores – uma petição que lhe permita efectuar o tratamento apropriado. Aos pais é retirado temporariamente o poder paternal (Antunes, 1998; Almeida, 1998).

Segundo Espíldora (1997) e Paixão (2000), habitualmente respeita-se a resolução dos pais ou tutores, mas há algumas situações em que a equipa de saúde assume a responsabilidade de decidir: (1) Se os pais não são capazes de entender os aspectos médicos mais relevantes da situação. (2) Se os pais são emocionalmente instáveis. (3) Quando os pais parecem antepor os seus próprios interesses aos dos seus filhos. Perante estas situações, o responsável pelo tratamento da criança toma a decisão final, depois de ouvir a opinião dos elementos da equipa e de outros familiares.

Paixão (2000) refere que na prática os pais nunca são colocados perante a decisão de ressuscitar/ou não um recém-nascido na Sala de Partos, ou ventilar/ou não um prematuro com síndrome de dificuldade respiratória. Embora as situações emergentes constituam excepções ao consentimento informado, com base no princípio ético da autonomia, através da supletividade dos pais, esta prática merece a reflexão por parte dos profissionais que lidam com estes casos.

Para Nelson (1995), e segundo a sua experiência clínica, os pais de recém-nascidos gravemente enfermos ficam muitas vezes incapacitados de participar nas decisões sobre o tratamento médico do filho por várias razões. A primeira é que os médicos têm sérias dificuldades para identificar os limites legais e éticos do arbítrio médico e paterno quanto a deixar morrer um recém-nascido por suspensão do tratamento. Ignoram peremptoriamente as exigências dos pais para considerar a suspensão do tratamento antes da morte da criança e eliminam a necessidade de confrontar

e resolver este dilema. A segunda razão prende-se com o facto de alguns médicos se considerarem os qualificados e únicos responsáveis pelos seus pequenos doentes. A terceira, refere-se ao facto de muitos neonatologistas considerarem que os pais dos recém-nascidos gravemente doentes são influenciados pela ansiedade, pelo desgosto e pelo sentimento de culpa, pelo que não têm condições de tomar decisões adequadas sobre o destino do filho. Outra razão prende-se com a dificuldade que os médicos sentem não só para lutar com a incerteza inerente aos diagnósticos e prognósticos, como de explicá-los aos pais.

Sejam quais forem as causas, é errado o afastamento rotineiro dos pais da participação dos planos de tratamento dos seus filhos. Ao contrário, os pais têm ampla autoridade legal e moral para dar ou recusar o seu consentimento para os cuidados dos seus filhos, embora essa autoridade não seja ilimitada. Sem dúvida, nem todos os pais tratam adequadamente os seus filhos e em alguns casos podem tomar decisões inaceitáveis sobre o tratamento. Não obstante, não havendo forte evidência em contrário, devemos admitir que são os pais os principais tomadores das decisões. Aliás, não existe segurança de que os estranhos – sejam eles médicos, enfermeiros, juizes ou advogados – que não têm fortes laços de amor ou lealdade com uma criança, possam ter uma decisão melhor do que a dos próprios pais (Nelson, 1990).

Allen [et al.] (1993) e Nelson (1995) afirmam ainda que os médicos, as enfermeiras ou outros técnicos, juntamente com os pais da criança, devem conversar sobre o processo de decisão mas que essas discussões são difíceis na Sala de Partos pois está em causa decidir qual o melhor modo de tratar um recém-nascido gravemente doente, ou decidir sobre se abandonam o tratamento. Os técnicos de saúde não são instrumentos dos desejos dos pais, são, pelo contrário, agentes morais que também têm responsabilidades pela criança. Eles devem fornecer aos pais informações honestas e exactas tanto no que respeita ao diagnóstico como ao prognóstico (com a prevista incerteza), para além da proposta de tratamento de acordo com as considerações éticas, médicas e legais.

Assim, as decisões deverão envolver os profissionais de saúde da Obstetrícia e da Neonatologia e os pais. Decisões partilhadas devem caracterizar o processo de decisão nos cuidados ao prematuro. As decisões devem, pois, ser tomadas com muita cautela exigindo não só a participação da família, como de outros elementos da equipa e da Comissão de Ética da instituição. Devem ser decisões sábias e prudentes.

Na Sala de Partos, para decidir a reanimação de crianças de extremo baixo peso, é importante ter um plano definido por toda a equipa. Marques (2002) acrescenta que continuando o médico a assumir um papel extremamente importante nas decisões a tomar, deve fazê-lo em colaboração com as enfermeiras e os pais do recém-nascido ou, como diz Biscaia (1996), tomar uma decisão assumida pela responsabilidade conjunta do binómio pais – médicos.

#### 4. Preservar a vida *versus* deixar acontecer a morte natural

Como já referimos, na Sala de Partos a decisão habitual é reanimar praticamente todos os recém-nascidos com sinais de vitalidade. O consenso é difícil e a decisão é habitualmente individual, baseada no peso, idade gestacional, condições de nascimento e atitude da família (Kopelman 2000). Não iniciar a reanimação é uma decisão extremamente difícil pela possibilidade de erros na determinação da idade gestacional, pela dificuldade de um diagnóstico correcto e principalmente porque ao se iniciar tardiamente a reanimação poder-se-á ter lesado a criança.

Não iniciar o tratamento, ou retirar a criança do suporte ventilatório são duas situações que sob o ponto de vista ético são muito parecidas. Kopelman (2000) refere que enquanto se considerar que o doente poderá recuperar, o princípio de preservar a vida prevalece. Segundo a Academia Americana de Pediatria (1995) todos os cuidados devem ser oferecidos enquanto houver condições de sobrevida, não só evitar a morte, mas que haja possibilidades de sobrevida com qualidade. Iniciar o tratamento permite um tempo de reflexão a respeito das condições da criança e da qualidade futura. Pode, no entanto, não ser fácil a suspensão do tratamento, e a decisão pode ser de manter o tratamento se não houver sofrimento intolerável ou se o médico não concorda em suspender o tratamento. Caso contrário, se o suporte ventilatório não oferece benefício fisiológico, não prolonga ou melhora a qualidade de vida, é interesse da criança suspender os procedimentos agressivos (Kopelman, 2000).

Kopelman (2000), e Sklansky (2001), à luz dos princípios éticos, fazem uma análise das decisões nos cuidados ao recém-nascido. Referem que nem todos os doentes graves devem ser admitidos em UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), sendo a possibilidade de recuperação um pré-requisito, e nestes casos o princípio da beneficência (fazer o bem), pre-

servar a vida, prevalece sobre qualquer outro. Se não houver possibilidade de recuperação, agir no melhor interesse do recém-nascido pode significar a suspensão de recursos que mantêm a vida e usar analgesia e sedação se necessário. A maioria das vezes fazer o bem prevalece sobre não fazer mal (princípio de não maleficência); mas às vezes a morte é um acto moralmente desejável (não fazer mal). Perante um doente terminal em que existe inversão de expectativa e prioridade (da vida), o objectivo é não fazer mal, isto é, alívio do sofrimento. Os princípios de autonomia e justiça não são prioritários nestas situações.

Wilder (2000) refere igualmente que reanimar e iniciar cuidados intensivos em recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer é uma atitude questionável e ambas as decisões de reanimar ou não reanimar podem ter significados e consequências profundas. Não reanimar de imediato uma criança que é considerada incorrectamente inviável pode aumentar o risco de inaptidão permanente se a criança sobrevive. Reciprocamente, a reanimação e continuidade de tratamento intensivo de uma criança extremamente imatura e que não é capaz de sobreviver sem suporte ventilatório é angustiante para os pais e elementos da equipa de saúde, esbanjador de recursos e pode ser desumano para a criança.

Comungando da necessidade de ponderar a decisão terapêutica, e para que ela seja suficientemente criteriosa e realista, Biscaia (1996) apresenta três tipos de alternativas:

1. Se o diagnóstico é claro e o prognóstico favorável, a terapêutica terá de ser continuada com toda a intensidade que for necessária;
2. Se a situação for mais difícil de julgar, a decisão deve ser em princípio a da esperança e da tentativa terapêutica;
3. Se as lesões são destrutivas e maciças, a imaturidade muito grande e o prognóstico negativo, os meios intensivos de tratamento devem ser interrompidos.

Apelando de igual modo à definição de critérios de actuação clínica, a Sociedade Pediátrica Canadiana (cit. Abel e Cambra 1998) postula algumas conclusões teórico práticas no que se refere aos cuidados pediátricos:

1. Geralmente o melhor interesse do recém-nascido exigirá a provisão do tratamento para manter a vida. Isto é claro quando o resultado do tratamento for a sobrevivência da criança sem incapa-

- idades ou ligeiras, mas aplica-se também quando estão presentes uma incapacidade física crónica ou uma incapacidade mental.
2. As excepções mais importantes ao dever de instituir tratamento ou técnicas de suporte de vida são:
    - i. Progressão irreversível da doença e morte iminente;
    - ii. Tratamento claramente ineficaz ou prejudicial;
    - iii. Curta esperança de vida apesar do tratamento;
    - iv. Tratamento que impõe excessivos sofrimentos e desconfortos à criança que se sobrepõem de maneira decisiva aos benefícios que podem assegurar.

Abel e Cambra (1998), a este propósito, acrescentam que a razão de não iniciar ou interromper um tratamento já iniciado está relacionado com o sofrimento que causa e não no carácter penoso das malformações congénitas ou incapacidades. Esta existe já antes do tratamento e poderia ter-se em conta antes de iniciá-lo se com ele mesmo o resultado esperado for mínimo. Nunca se deve subestimar os benefícios que um tratamento pode oferecer.

A Academia Americana de Pediatria (1995) divulgou também uma recomendação a respeito **do início e suspensão do tratamento do recém-nascido de alto risco**. Em síntese, as conclusões da Comissão para o Estudo do Feto e Recém-nascido foram as seguintes:

1. A avaliação das condições e prognóstico do recém-nascido é essencial e deve ser falada abertamente com os pais.
2. Os pais devem ter participação activa na decisão a respeito do tratamento do recém-nascido criticamente doente.
3. Tratamento humano para todos os recém-nascidos incluindo aqueles que terão o tratamento suspenso.
4. Se a viabilidade é desconhecida ou o valor do tratamento incerto, a decisão a ser tomada deve ser em benefício da criança.
5. É inapropriado manter o tratamento se a doença for incompatível com a vida ou o tratamento for fútil.

Concordamos com Espíldora (1997) ao afirmar que nas unidades de cuidados intensivos pode ser especialmente difícil decidir quando um tratamento é inútil e não deve ser aplicado, ou há que interrompê-lo; deverá distinguir-se a eutanásia da cessação de tratamentos despropor-

cionados e da obstinação terapêutica. Importa ter claro que não se deve actuar por conveniência própria (ou dos pais) ou por falsa compaixão.

Queremos ainda realçar que no processo de viabilização se deve ter em conta o enorme sofrimento dos pais e do prematuro, a sua qualidade de vida futura e o consumo de recursos, pois como refere Lorenz (cit. Peixoto [et al.] 2004:13) *“a prestação de cuidados intensivos neonatais não é necessariamente benéfica, ou justificada meramente porque pode proporcionar alguma hipótese mínima de sobrevida”*.

## 5. A questão da eutanásia

No contexto desta análise sobre as questões éticas da prematuridade, entendemos útil aclarar o sentido da palavra “eutanásia” e distingui-la da prática de “deixar acontecer a morte natural”.

O termo eutanásia tem significado realidades diferentes ao longo dos tempos. Etimologicamente vem do grego *eu* – bem, e *thanatos* – morte, significando boa morte ou bem morrer. Esta palavra adquiriu entretanto outro sentido mais específico e hoje, em sentido mais estrito, entende-se por eutanásia o chamado homicídio por compaixão, ou seja, causar a morte do outro por piedade perante o seu sofrimento ou atendendo ao seu desejo de morrer.

No debate social acerca da eutanásia nem sempre se toma esta palavra no mesmo sentido, o que provoca confusão nas pessoas. É assim importante conhecer o significado do termo eutanásia, pois segundo o significado que se dá ao termo pode aparecer perante as pessoas como um atentado à dignidade da pessoa e do seu direito de vida ou como um acto de compaixão e de misericordiosa solidariedade, parecendo a realidade da eutanásia como algo inofensivo propiciando assim a sua aceitação social como “morte doce” ou “morte digna”, deixando de fora o facto central de que na eutanásia um ser humano provoca a morte a outro, consciente e deliberadamente (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2006).

Esta “cultura de morte” tende a avançar nas sociedades do bem-estar, caracterizadas por uma mentalidade eficientista ou utilitarista, deixando de fora as pessoas idosas e debilitadas, recém-nascidos deficientes, doentes incuráveis e doentes terminais. Concordamos com o sentido que o Papa João Paulo II (1995; 2004) atribui à eutanásia no n.º 65 da sua Encíclica *Evangeliium Vitae* onde afirma que *“por eutanásia, em sentido verdadeiro e pró-*

*prio, deve-se entender uma acção ou uma omissão que, por sua natureza e nas intenções, provoca a morte com o objectivo de eliminar o sofrimento".* Eutanásia é, assim, uma actuação cujo objectivo é causar a morte a um ser humano para lhe evitar o sofrimento. Sendo assim, a eutanásia é sempre uma forma de homicídio quer por acção (administrar substâncias tóxicas mortais) ou por omissão (negar ou abandonar assistência médica devida).

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado "excesso terapêutico" que igualmente no n.º 65 da referida Encíclica é definido como sendo "*certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família*". Este "direito à morte" contra um "tecnicismo" que corre o perigo de se tornar abusivo, deve entender-se como um direito de morrer com toda a serenidade, na dignidade humana.

Nos meios "proporcionados" e "não proporcionados" terão de ser ponderados o tipo de terapêutica a usar, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicação, em conjunto com o resultado que se pode esperar, atendendo ao estado do doente e às suas forças físicas e morais (João Paulo II, 1980).

Este "direito à morte" que atrás referimos não significa o abandono do doente mas sim prestar "cuidados paliativos" será assim uma forma de entender e atender aos doentes terminais, oposta aos dois conceitos extremos atrás referidos de eutanásia e obstinação terapêutica.

Com os cuidados paliativos, o problema da morte passa assim a ser encarado numa perspectiva profundamente humana, reconhecendo a dignidade da pessoa no âmbito do grave sofrimento físico e psíquico que o fim da existência humana muitas vezes comporta. O seu objectivo é melhorar a qualidade de vida nesta fase, atendendo às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do paciente e da sua família. Nas necessidades físicas, a par das limitações corporais, há que ter presente a dor. Neste contexto levanta-se a questão da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar a dor do recém-nascido. João Paulo II (1995) na Encíclica *Evangelium Vitae* no ponto n.º 65 cita Pio XII que já afirmara que é lícito suprimir a dor do doente por meio de narcóticos "*se não existirem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais*".

Sklansky (2001) afirma, que na vida real, casos complexos de bebés extremamente doentes criam dilemas morais e por isso há que reflectir se

há razões que justifiquem a eutanásia neonatal. Sendo a eutanásia o provocar a morte deliberadamente, ainda que por motivos piedosos e de forma calma, será que pode ser justificada moralmente?

A vida humana é sagrada e provocar a morte não deve ser levado a efeito de forma alguma. Esta posição baseia-se na convicção que o princípio da santidade da vida representa a fundação da ordem social e moral. Serrão (1998) considera também a vida humana como um dos valores morais a defender e um bem indisponível.

Outro argumento contra a eutanásia neonatal sugere que a prática da eutanásia deveria ser proibida por causa do potencial para enganar: “onde há vida, há esperança”. Um diagnóstico ou prognóstico pode estar errado e um tratamento novo poderia resultar em maior longevidade, do que inicialmente se esperava. Também se invoca que o argumento de “rampa escorregadia”: em algumas situações seria moralmente justificável, no entanto tolerar a prática da eutanásia conduziria a prováveis abusos. Uma outra preocupação da “rampa escorregadia” é que poderá conduzir directamente ao declínio no aspecto moral da sociedade e a uma redução no respeito pela vida humana.

Entendemos também que a eutanásia é a negação da medicina, pois o objectivo desta é a cura do doente e o alívio do sofrimento. O médico não só deve preservar e proteger a vida, como também evitar pô-la em perigo ou acabar com ela e a eutanásia consiste na deliberada decisão de praticar o oposto da medicina. Por outro lado, a eutanásia acaba com a base do acto médico: a confiança do paciente no médico. Se se atribuisse ao médico o poder de praticar a eutanásia, este não seria uma referência amiga e benéfica, antes pelo contrário, temida e ameaçadora, pois o doente não sabe se vai decidir que o seu caso é digno de cura ou susceptível de eutanásia.

Na sequência desta reflexão poderemos considerar existem formas de eutanásia justificáveis?

Apesar dos argumentos anteriores contra a eutanásia (santidade/valor da vida, possibilidade de erro de diagnóstico/prognóstico, rampa escorregadia e confiança nos profissionais) muitos profissionais de saúde acreditam que em algumas circunstâncias a eutanásia é moralmente justificada e representa “a coisa certa a fazer”. Mas que tipo de eutanásia é justificável – activa, passiva ou ambas?

Sklansky (2001) define eutanásia activa como o acto de provocar deliberadamente a morte ao doente, a pedido deste ou dos seus pais, e

eutanásia passiva, como deixar morrer. Em relação a isto podem ser consideradas duas condições éticas. Há ou não distinção moral intrínseca entre matar e deixar morrer, ou melhor, entre matar e deixar acontecer a morte natural?

Na realidade o termo “eutanásia passiva” dá lugar a alguns eufemismos. “Eutanásia passiva” significa deixar morrer sem cura o doente cuja vida está prestes a findar. Esta expressão significa a supressão de qualquer tratamento médico que prolongue a vida, sem fazer mais distinções. Assim, com estas expressões, metem-se no mesmo saco práticas médicas perfeitamente lícitas e legais, que conferem uma certa dignidade às actuações ilícitas que com elas se misturam. Não se pode chamar “eutanásia passiva” à interrupção de um tratamento só porque é demasiado caro ou inútil, sempre que há intenção de pôr termo à vida. Já deixar que a doença siga o seu curso normal – quando há certeza de morte iminente e de que o tratamento é ineficaz e doloroso – é considerado um dever médico segundo os critérios das *leges artis* e não é um acto eticamente reprovável (Serrão, 1998; Abel e Cambra, 1998).

Portanto, apenas se pode falar de eutanásia passiva a respeito daquelas acções que deliberadamente desencadeiam a morte do doente, através da supressão de um tratamento eficaz e não excessivamente gravoso, necessário para manter a vida. No fundo, este tipo de eutanásia seria, sob o ponto de vista moral, equivalente à eutanásia activa por omissão.

Questão relacionada com o deixar acontecer a morte natural é denominado “encarniçamento terapêutico” ou “obstinação terapêutica” que designa a *“atitude do médico que, perante a certeza moral que lhe dão os seus conhecimentos de que os procedimentos e os medicamentos de qualquer natureza já não proporcionam benefício ao doente e só servem para prolongar a sua agonia inutilmente, se obstina em continuar o tratamento e não deixa que a natureza siga o seu curso”* (João Paulo II, 2004:76). Consiste pois esta obstinação terapêutica em atrasar o mais possível o momento da morte usando todos os meios proporcionados ou não, ainda que não haja esperança alguma de cura, e ainda que isso signifique infligir sofrimentos adicionais e que, obviamente, não conseguirão afastar a inevitável morte mas apenas atrasá-la em condições deploráveis para o doente.

Perante a iminência de uma morte inevitável, profissionais de saúde e pais/família devem saber que é lícito conformarem-se com os meios normais que a medicina pode oferecer e que a recusa de meios excepcionais ou desproporcionados, não equivale ao suicídio ou à omissão irresponsá-

vel da ajuda devida a outrem. Essa recusa pode significar apenas a aceitação da condição humana, que se caracteriza também pela inevitabilidade da morte.

Diremos que o maior bem pode ser encarado numa perspectiva dicotómica: o outro (recém-nascido prematuro e família) e o profissional de saúde (a sua auto-consciência). Nesse sentido, os profissionais de saúde, na sua imensa maioria, ponderando o sentido da vida e a qualidade de vida do prematuro e da sua família, o carácter moral das relações humanas e tendo em conta os critérios éticos das decisões tomadas, consideram a abstenção de terapêuticas inúteis como uma atitude que pode promover o maior bem e excluem a eutanásia considerando-a como um procedimento que está fora da sua actividade profissional.

## BIBLIOGRAFIA

- ABEL, Francesc; CAMBRA, Francisco J. – Intervention in perinatology and the birth of severely handicapped children. In CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA – *Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética*. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética e Gráfica de Coimbra, 1998. p. 121-149.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA – Assistência perinatal no limite da viabilidade. *Pediatrics* (ed. Port.). Vol. 3, n.º 10 (Nov. 1995), p. 609-612.
- ALLEN, Marilee C. [et al.] – The limit of viability – neonatal outcome of infants born at 22 to 25 week' gestation. *New England Journal of Medicine*. Vol. 329, n.º 22 (25 Nov. 1993), p. 1597-1601.
- ALMEIDA, Filipe – Ética em pediatria. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord.) – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. p. 47-58.
- ANTUNES, Alexandra – Consentimento informado. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord.) – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. p. 11-28.
- BALLARD, J. L. [et al.] – New Ballard score expanded. *J. Pediatr.* (1991), p. 119-417.
- BISCAIA, Jorge – Reanimação do recém-nascido. In ARCHER, Luís [et al.] (coord.) – *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. p. 218-221.
- BISCAIA, Jorge – Ética em pediatria. In SILVEIRA DE BRITO, José Henriques (coord.). *Bioética. Questões em debate*. Braga: Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2001. p. 49-67.
- BISCAIA, Jorge – Problemas éticos do período perinatal. In NEVES, M<sup>a</sup> do Céu Patrão – *Comissões de ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana*, 2<sup>a</sup> ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002. p. 273-290.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS – Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre el significado de la expresión “eutanasia

- pasiva". Madrid, 24 de Mayo de 1993. *Cuadernos de Bioética*. Vol. XVII, n.º 60, 2ª (2006), p. 245-246.
- ESPÍLDORA, María Nieves Martín – Problemas éticos en enfermería pediátrica. In GARCÍA, Luís Miguel Pastor; CORREA, Francisco Javier León – *Manual de ética y legislación en enfermería. Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby, 1997. p. 95-97.
- FETUS AND NEWBORN COMMITTEE, CANADIAN PEDIATRICS SOCIETY, MATERNAL-FETAL MEDICINE COMMITTEE, SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS OF CANADA – Management of the woman with threatened birth of an infant o extremely low gestacional age. *Can. Med. Assoc. J.* Vol. 151, n.º 5 (1994), p. 547-553.
- GINSBERG, H. G; GOLDMITH, J. P. – Controversies in neonatal resuscitation. *Clin. In Perin.* n.º 25 (March 1998), p. 1-15.
- GOLD, Francis – Problèmes éthiques en médecine fœtale et néonatale. In *Fœtus et nouveau-né de faible poids*. 2ª ed. Paris: Masson, 2000. p. 201-208.
- JOÃO PAULO II – *Declaração Iura et Bona sobre a eutanásia*. Congregação para a Doutrina da Fé. 05 de Maio de 1980.
- JOÃO PAULO II – *Evangelium Vitae*. Congregação para a Doutrina da Fé. 25 de Fevereiro de 1995.
- JOÃO PAULO II – *La Eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. La eutanásia es inmoral y antisocial*. Congregación para la Doctrina de la Fé. Conferência Episcopal Española. Madrid: Ediciones Palabra, 2004.
- KOPELMAN, Benjamin Israel – Princípios éticos em neonatologia. *Brazilian Pediatric News*. [Em linha]. Vol. 2, n.º 4 (Dec. 2000) [Consult. 2003-07-16]. Disponível em <<http://www.brazilpednews.org.br/dec2000/bnp0025.htm>>.
- KRAYBILL, E. N. – Ethical issues in the care of extremely low birth weight infants. *Seminars in Perinatology*. Vol. 23, n.º 3 (June 1998), p. 207-215.
- MACDONALD, Hugh; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN – Perinatal care at the threshold of viability. *Pediatrics*. Vol. 110, n.º 5 (November 2002), p. 1024-1027.
- MACHADO, Maria do Céu [et al.] – Nascer prematuro em Portugal. Reflexões finais. In PEIXOTO, José Carlos [et al.] (Grupo RN MBP) – *Nascer prematuro em Portugal. Estudo multicêntrico nacional 1996-2000*. sl: Fundação Bial, 2002. p. 191-197.
- MACIEL, Andreia – Há mais condições para os prematuros sobreviverem com qualidade. *Pais e Filhos*. N.º 153 (Outubro 2003), p. 28-32.
- MARQUES, José A. Mateus – Aspectos da ética em pediatria. In PALMINHA, J. Martins; CARRILHO, Eugénia Monteiro – *Orientação Diagnóstica em Pediatria*. Lisboa: Lidel, 2002. p. 23-26.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão nacional de saúde materna e neonatal – *Organi-*

- zação perinatal nacional: programa nacional de saúde materna e neonatal. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.
- NELSON, Lawrence J. – And the truth shall set you free: The case of baby boy Cory. In CULVER C. (ed.) – *Ethics at the bedside*. Hanover: University Press of New England, 1990.
- NELSON, Lawrence J. – Problemas éticos no período perinatal. In KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avroy A – *Alto risco em neonatologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA., 1995. p. 345-349.
- NETO, Maria Teresa – Nascer prematuro em Portugal – uma história de sucesso. *Revista Ordem dos Médicos*. Ano 19, n.º 38 (Setembro 2003), p. 44-45.
- PAIXÃO, Anabela – Problemas éticos no princípio da vida humana: cuidados intensivos neonatais. *Cadernos de Bioética*. Ano XI, n.º 24 (Dez. 2000), p. 41-49.
- PARIS, J. [et al.] – Resuscitation of a micropremie: the case of MacDonald V. Milleville. *Journal Perinatal*. Vol. 18, n.º 4 (1998), p. 302-305.
- PEABODY, J.; MARTIN, G. – From how small is too small to how much is too much. Ethical issues at the limits of neonatal viability. *Clin. Perinatal*. Vol. 23 n.º 3 (1996), p. 473-489.
- PEIXOTO, José Carlos [et al.] (Grupo RN MBP) – O registo nacional do recém-nascido de muito baixo peso. In: *Nascer prematuro em Portugal. Estudo multicêntrico nacional 1996-2000*. sl: Fundação Bial, 2002. p. 29-53.
- PEIXOTO, José Carlos [et al.] – Viabilidade. In SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – *Consensos nacionais de neonatologia*. Coimbra: Angelini Farmacêutica, 2004. p. 11-16.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *Estatísticas demográficas 2005*. Lisboa: INE, 2006.
- SERRÃO, Daniel – Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord.) – *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. p. 81-92.
- SKLANSKY, Mark – Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability. *Journal of Medical Ethics*. N.º 27 (2001) p. 5-11.
- STEVENSON D. K.; GOLDWORTH, A. – Ethical dilemmas in the delivery room. *Seminars in Perinatology*, June 1998, 23(3): 198-206.
- VOYER, M. [et al.] – Limites de viabilité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. N.º 13, Suppl. 1 (2000), p. 72-75.
- WILDER, Mary Ann – Ethical Issues in the delivery room: resuscitation of extremely low birth weight infants. *J. Perinatal Neonat Nurs*. Vol. 14, n.º 2 (Sept 2000), p. 44-57.