

# DILEME ETICE ÎN PERIOADA PERINATALĂ

## *Ethical dilemmas during the peri-natal period*

Dr. Mircea Gelu Buta\*, Dr. Liliana Buta\*, Lect. Univ. Dr. Adina Bereczki\*\*

\*Spitalul Județean de Urgență, Bistrița

\*\*UBB, Cluj-Napoca

### REZUMAT

Numeroasele decese care au loc la ora actuală în serviciile de neonatologie aduc în discuție liniile generale din acest domeniu delicat și controversat.

Medicii practicieni au nevoie de protocoale care să reglementeze definițiile, situațiile clinice diverse, dar și obligațiile echipei medicale și de îngrijiri, în anumite circumstanțe și proceduri particulare.

Problema opririi vieții în medicina neonatală iese din context când este vorba de alte discipline din pediatrie sau despre medicina adultului, pentru că nou-născuții sunt la începutul vieții și nu la sfârșitul ei și au în mod simbolic întreaga viață în fața lor. De aceea, obiectivul acestui articol este de a iniția o dezbateră între specialiști, în special în ce privește limitarea și chiar oprirea suportului vital, în situațiile decizionale delicate.

**Cuvinte cheie:** etică, reanimare, neonatologie.

### ABSTRACT

The numerous deaths occurring nowadays within the neonatology departments of the hospitals, bring to discussion the general aspects of this highly delicate and controversial field.

The practitioner doctors need protocols to regulate the definitions, different clinical situations, and also the duties of the medical and care team under certain circumstances and particular procedures.

The problem of life stopping in the neo-natal medicine is out of the context when we talk about other disciplines within pediatrics or adult medicine, as the new-born are beginning their lives and not ending them, and symbolically their entire life is out there waiting. That is why, the subject of this article is to initiate a debate among specialists, especially concerning the limitation and even stopping of life supporting, in delicate decisional situations.

**Key words:** ethics, resuscitation, neonatology.

În acest debut de mileniu, sarcina și nașterea fac obiectul unei îngrijiri medicale sporite, datorită unei atenții deosebite ale politicilor economice și sociale în majoritatea țărilor. În ciuda acestor precauții, în fiecare an, în țările europene aproape 20.000 de nou-născuți sunt amenințați cu suferința la naștere, fapt pentru care serviciile de reanimare neonatală s-au dezvoltat fără precedent.

Cu toată explozia tehnologică, există situații în care neonatologii sunt nemulțumiți de rezultatul muncii lor. Este vorba de numărul de nou-născuți care supraviețuiesc manoperelor de reanimare

extremă, cât și calitatea post natală a calității vieții acestora și a familiilor lor. Plecând de la aceste constatări, societățile neonatologilor din întreaga lume încearcă să furnizeze membrilor linii generale de conduită în acest domeniu atât de delicat și controversat.

### DEFINIREA TERMENILOR

Pentru a nu se crea confuzii în utilizarea cuvântului *eutanasi*, ale cărui definiții sunt multiple și controversate și pentru a se ține cont

Adresă de corespondență:

Dr. Mircea Gelu Buta, Spitalul Județean de Urgență, B-dul. General Grigore Bălan, Nr. 43, Bistrița

email: butamircea@yahoo.com

de specificul neonatologiei, bioeticienii au adoptat pentru acest domeniu următoarele definiții:

- a) Tratamente de suport vital – orice tehnică medico-chirurgicală care vizează susținerea uneia sau mai multor funcții vitale. *Ex.: ventilația mecanică pe sondă endotraheală.*
- b) Tratamente curative – orice intervenție terapeutică care vizează vindecarea pacientului. *Ex.: antibioterapia în tratamentul unei stări infecțioase.*
- c) Îngrijiri pentru menținerea calității vieții – totalitatea atitudinilor care vizează asigurarea unei bunăstări bio-psiho-sociale. *Ex.: hidratarea, protecția termică, tratamentele antalgice, afectivitate etc.*
- d) Abținerea de la efectuarea tratamentelor de orice fel – decizia de a nu se întreprinde nici o intervenție terapeutică, altele decât cele care ținesc calitatea vieții. *Ex.: reintubarea endotraheală, intervenții chirurgicale.*
- e) Limitarea tratamentelor – decizia de a se renunța la punerea în practică a unui tratament suplimentar în raport cu cele care sunt deja în curs de desfășurare. *Ex.: epurarea extra-renală, oxigenarea extra-corporală, reintervenția chirurgicală.* De menționat că în tot acest timp, îngrijirile de menținere a calității vieții continuă. Această decizie corespunde cu refuzul tratamentelor inutile.
- f) Încetarea sau oprirea tratamentelor – decizia de a întrerupe tratamentele de suport vital și/sau tratamentele curative. Acest termen include implicit ideea unei morți acceptate. *Ex.: oprirea ventilației mecanice.*
- g) Oprirea vieții – utilizarea medicației ce vizează întreruperea vieții și care nu depinde de tratamentele de suport vital. *Ex.: anestezice generale.*

## SITUAȚII ÎNTÂLNITE ÎN PRACTICA COTIDIANĂ

În practica medicală, se disting trei perioade în care, dacă întrebările bioetice care se pun sunt aceleași, modul lor de abordare și rezolvare nu sunt identice.

### A. Perioada antenatală

Această perioadă se caracterizează prin faptul că fătul se dezvoltă în cavitatea uterină și orice intervenție care se face asupra lui trece obligatoriu prin corpul mamei, care trebuie deci să-și dea consimțământul pentru orice act medico-chirurgical. Evident, în situații de extremă urgență ce comportă

un pericol vital pentru mamă, deciziile vor fi luate de obstetricieni și anesteziști, iar neonatologul va prelua nou-născutul în sala de naștere. Pot fi întâlnite diferite situații:

- amenințarea iminentă a nașterii premature în care este ridicată problema limitei de viabilitate;
- întârziere de creștere intrauterină severă (ICIU);
- ruptura prematură a membranelor cu riscul de hipoplazie pulmonară a n.n.;
- malformațiile fetale;
- prezența la mamă a unei boli grave, fără raport cu situația obstetricală;
- sarcinile gemelare în care unul din n.n. este atins de o patologie severă.

Ultime două situații constituie tema conflictelor de interese între fetus și mamă sau între doi feteși.

### B. Perioada perinatală

Problematica cea mai frecventă este cea a stării de moarte aparentă. La ora actuală, toate echipele de reanimatori admit că acești copii trebuie să beneficieze imediat și în mod sistematic de manevre specifice de reanimare, oricare ar fi cauza presupusă a suferinței lor. De altfel, majoritatea acestor nou-născuți vor dobândi după câteva minute de reanimare o stare clinică satisfăcătoare. Totuși, unii dintre ei vor prezenta în continuare o stare de anoxie și de tulburări hemo-dinamice. În aceste cazuri, se pune problema momentului în care se vor instala sechelele cerebrale grave și ireversibile. Interogațiile pe care și le pune echipa de reanimatori se referă la: *Cât timp trebuie continuată reanimarea? Când este autorizată oprirea manoperelor de resuscitare și declararea morții copilului?*

În afara copiilor născuți la limita viabilității sau cu o greutate mică la naștere, există și alte situații extreme. Este vorba de descoperirea la naștere a unor anomalii malformative sau genetice nedepistate în perioada antenatală și când incertitudinea asupra unui diagnostic precis și consecințele pe termen lung nu pot fi evaluate în mod spontan în sala de naștere.

Această situație este delicată, căci este imposibilă oprirea vieții unui astfel de copil, pentru că părinții percep această manoperă incorectă și total irezonabilă.

### C. Perioada postnatală

Schematic, patru mari categorii de n.n. sunt admiși și tratați în serviciile de reanimare neonatală:

a) *Prematurii* – constituie o populație foarte vulnerabilă (cu cât vârsta gestațională este mai mică), din cauza imaturității uneia sau mai multor funcții vitale. În prima săptămână de viață, ei pot fi victimele următoarei patologii: detresă respiratorie gravă, slăbire multiviscerală, tulburări hemodinamice severe (gradul III-IV).

Începând cu prima săptămână de viață, pot surveni și alte probleme generatoare de leziuni grave, fie secundare imaturității de dezvoltare, fie tratamentelor utilizate. Este vorba de producerea unor leziuni neurologice majore (leucomalacia periventriculară, hidrocefalia acută post-hemoragică), care duc în timp la instaurarea handicapului neuro-motor, senzorial și/sau intelectual grav. La fel stau lucrurile în cazul sechelelor respiratorii grave, care antrenează o insuficiență respiratorie cronică (displazia bronho-pulmonară), care aduce în discuție ventilația mecanică de lung parcurs prin traheotomie. Mult mai rar ne putem confrunta cu n.n. cu atrezii intestinale întinse.

b) La *copilul născut la termen*, situația cel mai des întâlnită este cea de encefalopatie anoxo-ischemică de origine perinatală.

c) Mai rar, dilemele se pot ivi în jurul *patologiilor dobândite*: infecția meningo-encefalică, insuficiența renală gravă.

d) Nu în ultimul rând, trebuie avute în vedere *malformațiile și anomaliile cromozomiale*. La acestea se adaugă bolile metabolice, dintre care unele sunt netratabile și cu pronostic nesatisfăcător.

## PRINCIPII ETICE GENERALE

### Fetusul și nou-născutul

Fetusul și nou-născutul sunt recunoscuți ca ființe umane. Din acest motiv, ei trebuie să beneficieze de toată investiția și rigoarea pe care ne-o pune la dispoziție știința medicală. În termeni de bioetică, aceasta impune aplicarea următoarelor principii: binefacerea, nevătămarea, respectul autonomiei și echitatea.

Față de n.n., responsabilitatea profesională și morală a echipei medicale și de îngrijiri trebuie să fie angajantă. Adică, inițierea unei reanimări nu implică întotdeauna continuitatea sa, atunci când se estimează un prejudiciu pentru copil. Posibilitatea de a limita sau de a întrerupe tratamentele, ba chiar de a recurge uneori la oprirea vieții, face parte din istoria îngrijirii pacientului și depinde în mare măsură de valorile culturale ale echipei de îngrijiri.

În practica cotidiană, echipa medicală are de luat decizii dificile și delicate, de la care nu se

poate sustrage, fără a renunța la responsabilitatea față de copil și de familia sa. Domeniul de controverse și uneori de dezacord, deciziile medicale vor fi în așa fel purtate, asumate și reflectate, încât să existe o coerență umană, medicală și socială.

### Etica responsabilității

Decizia de viață, adică de continuare a reanimării, răspunde obligației de îngrijire. Ea angajează responsabilitatea într-un al doilea timp, și anume că îngrijirile inițiale întreprinse pot să se dovedească dăunătoare pentru viitorul copilului, dacă acesta este putător de sechele și handicapuri grave.

Responsabilitatea cuprinde nu numai un angajament față de copil și familia acestuia, ci și față de societate, pentru că, pe de o parte, mijloacele materiale depind de deciziile autorităților statului, iar pe de altă parte societatea ne-a investit cu o misiune față de acești bolnavi.

### Calitatea vieții

Noțiunea de *calitate a vieții* reprezintă incontestabil unul dintre elementele cheie ale medicinei peri-natale și, într-o manieră mult mai generală, a medicinei. Tentativele de formalizare a scârilor de calitate a vieții, precum criteriul decizional, rămân într-o manieră generală dificil de exploatat.

Dacă obiectivele în termen de capacitate pot fi efectiv determinate, acordând așadar reprezentări posibile a ceea ce va fi din punct de vedere fizic, relațional și social, viața copilului și implicit a adultului, nu permit să se anticipeze în totalitate capacitatea lor de a trăi handicapul. De aceea, echipele de îngrijiri și familia devin implicit cele care vor evalua dorința, acceptarea sau neacceptarea și mai mult încă sensul dat, în situații deseori dominate de incertitudinea unui pronostic exact.

### Interesul superior al copilului

Decizia de limitare sau întrerupere a tratamentului și/sau chiar de moarte în context de reanimare, aduce în discuție ca prim principiu interesul superior al copilului. Acest principiu garantează înainte de toate că deciziile care se iau nu se subordonează posibilităților presiunii profesionale, socio-culturale sau economice. Această poziție implică prevalența principiului de binefacere și nu de vătămare față de pacient, expresie a exercitării responsabilității medicale.

Recunoașterea n.n. ca om și pacient și apărarea interesului său în toate dimensiunile sale umane, relaționale, fizice și sociale, implică mult mai mult decât aplicarea principiilor simple în vederea

deciziei. Din respect față de interesul superior al copilului, coerența de intenție între ante și post-natal, începând chiar cu diferențele juridice actuale, dă o expresie concretă responsabilității medicale în termeni de echitate, chiar dacă ea e dificil de tradus în practică.

### Procedură și încălcarea deciziilor procedurale

Maniera în care s-ar putea decide și pune în practică oprirea tratamentelor schimbă profund valoarea etică și morală a actului medical. Procedura va fi aplicată pentru fiecare situație în parte, fără a ceda niciodată tentațiilor de banalizare în aplicarea standardizării medicale sau sociale. Permițând menținerea unei distanțe între recursul posibil în luarea deciziei de sfârșit de viață și realizarea sa, procedura joacă un rol simbolic peste care totuși nu putem trece.

Modalitățile și procedurile exprimă cam în același fel cum în inimă se dă o luptă dificilă și dramatică, pentru că noi respectăm n.n. ca persoană, atunci când decidem moartea sa. De aceea, nu ne putem mulțumi cu un discurs care să nege dificultățile care le implică decizia de a lăsa să moară un n.n.

Procedura reprezintă un răspuns la interdicerea legală de a produce moartea, exprimată prin texte legislative și Codul deontologic. Rigoarea procedurii este singurul mod de a face posibilă încălcarea legii în ce privește actul de oprire a vieții.

### OBLIGAȚII ALE ECHIEI MEDICALE ȘI DE ÎNGRIJIRI ÎN APLICAREA PROCEDURII DE OPRIRE A VIEȚII

Pentru o bună practică în rezolvarea dilemelor etice discutate mai sus, considerăm că în toate cazurile trebuie continuat un demers în patru etape: discuție, informare, decizie și însoțire. Este de dorit ca aceste etape să fie individualizate, chiar dacă în practica cotidiană ele se suprapun în timp.

#### Discuția

Ea este obligatorie înaintea luării oricărei decizii. Discuția are trei obiective principale: reunirea principalelor date medicale, plasarea acestor informații în contextul și istoria pacientului și favorizarea coeziunii echipei medicale și de îngrijiri în succesiunea situațiilor cu caracter etic, susceptibile de a fi vulnerabile. La sfârșitul discuției, toate opțiunile terapeutice trebuie expuse în așa fel, încât să existe posibilitatea ca ele să fie înțelese de toți membrii. Discuția se va consemna în dosarul medical al pacientului.

#### Informarea

Conform Codului deontologic și Legii pacientului, informația trebuie să fie clară, loială și consimțită. Unicul scop al muncii relaționale este de a apăra viața copilului, chiar dacă aceasta va fi întreruptă la un moment dat.

Atunci când situația devine disperată, este necesar ca părinții să înțeleagă că s-a făcut tot ce este posibil din punct de vedere medical, iar copilul va fi asistat până în ultimele sale clipe.

Un alt scop este obținerea consimțământului părinților în concordanță cu deciziile luate de echipa medicală, fără însă ca responsabilitatea lor să fie direct angajată, astfel încât ei să poarte greutatea decizională a morții copilului.

#### Decizia

În afară de câteva cazuri bine definite, nici o decizie nu trebuie să fie luată de urgență. Responsabilitatea ei este medicală, pe baza unui acord între cei mai experimentați profesioniști din echipă. Acest exercițiu al responsabilității medicale permite neimplicarea directă a părinților. În sfârșit, echipa medicală și de îngrijiri trebuie să fie cu claritate informate despre decizia finală și motivațiile care au dus la ea. Totul trebuie să fie consemnat în dosarul medical al copilului.

#### Însoțirea

Însoțirea copilului la sfârșitul vieții va fi asociată cu măsuri de analgezie și sedare progresivă, în scopul de a evita orice suferință fizică sau psihică. Dacă este posibil va fi favorizată prezența părinților lângă copilul lor până în momentul producerii decesului.

Prezența echipei medicale și de îngrijiri trebuie să fie resimțită permanent. Dacă decizia de oprire a vieții nu este luată și s-a hotărât continuarea tratamentului de suport vital, însoțirea copilului și a anturajului său rămâne pe mai departe un obiectiv important. Este vorba în această situație de elaborarea unui *proiect de viață*.

### SITUAȚII PARTICULARE

În caz de oprire a tratamentelor curative, cele patru etape ale intervenției vor fi aplicate într-o unitate de reanimare neonatală.

#### Perioada antenatală

În cadrul centrelor multidisciplinare de diagnostic și tratament (maternități de tip II, III),

neonatologul va fi inclus în echipa medicală, formată în cea mai mare parte din obstetricieni. Pe lângă faptul că, în eventualitatea nașterii, va îngriji copilul în perioada postnatală, el are în egală măsură un rol important față de părinți, pentru a-i ajuta să ia o decizie, pentru cererile de întrerupere de sarcină sau față de o naștere cu viabilitate la limită.

În practică, neonatologul intervine în următoarele circumstanțe:

- în perioada antenatală, cu ocazia reuniunilor echipei medicale pluridisciplinare.
- în timpul discuțiilor cu părinții, în prezența sau nu a obstetricianului (mai ales atunci când mama este spitalizată și supravegheată ca sarcină cu risc), pentru a oferi informații cu privire la prognosticul copilului și modalitățile în care acesta va fi îngrijit după naștere.
- uneori, după naștere în caz de transfer într-un serviciu specializat, de ex. chirurgie infantilă, pentru a face legătura între echipa obstetricală și echipa chirurgicală.

Pentru echipa obstetricală, cât și pentru părinți, neonatologul reprezintă persoana mult mai familiarizată cu patologia n.n. El poate oferi părinților o viziune globală despre copilul lor, omul care îl poate proteja în viitor.

Important pentru părinți este ca ei să perceapă o coerență de intenție între diverșii profesioniști cu care vin în contact: obstetricieni, moașe, neonatologi, reanimatori, chirurghi etc.

### Sala de naștere

Sala de naștere este un loc puțin adaptat pentru rezolvarea dilemelor etice și aceasta din mai multe motive:

- este un loc de început, și nu de sfârșit de viață;
- urgența nu permite luarea deciziilor celor mai adecvate;
- echipa medicală este de cele mai multe ori restrânsă și lipsită de mijloace tehnice, care să permită precizarea rapidă a unui diagnostic și de a formula un pronostic precis;
- părinții, care nu au reușit încă să-și cunoască copilul, sunt incapabili să ia hotărâri spontane.

Există câteva situații în care decizia de sfârșit de viață trebuie avută în vedere.

- abținerea de la tratament, atunci când diagnosticul prenatal a fost stabilit, iar situația postnatală imediată este defavorabilă;

- limitarea tratamentului. De ex.: limitarea manevrelor inițiale la resuscitare respiratorie, fără susținere cardiacă (masaj cardiac extern, administrare de adrenalină), în caz de neadaptare la viața extra-uterină. În acest sens, este de dorit să se stabilească un protocol de intervenție;
- încetarea tratamentului, în cazul unui n.n. în stare de moarte aparentă, la care, cu toate manevrele de resuscitare, nu se produce o recuperare cardiacă după 20 de minute.

În mod normal, atât neonatologul, cât și obstetricianul, vor lua de fiecare dată aceste decizii împreună. Destul de frecvent și mai cu seamă în situațiile nesigure (recuperare incompletă, diagnostic imprecis, malformație neprevăzută etc.), va fi respectat principiul reanimării de așteptare, adică n.n. beneficiază de tratamente imediate, după care este transferat într-o unitate de reanimare neonatală. Aici i se va face o evaluare completă și documentată, care va permite luarea unei decizii în cunoștință de cauză.

În această circumstanță, informația transmisă părinților, după reanimarea inițială, trebuie să fie prudentă și măsurată.

### La limita viabilității

Reflecția etică referitoare la *prematuritatea extremă* are la bază aceleași principii ca ale medicinei perinatale în general, dar ținând cont de specificitatea problemei. Valorile esențiale rămân cele de binefacere, de nevătămare și de echitate.

În ceea ce privește statutul de pacient, acesta trebuie să fie recunoscut prematurului, asigurându-i-se demnitatea și dreptul individual de acces la îngrijiri, în virtutea principiului echității. Aplicarea unei reanimări de așteptare, continuă, dacă e cazul, decizia de delimitare sau de separare terapeutică; este conduita pertinentă competentă a unui eșalon individual. În caz de dubiu, de acesta trebuie să beneficieze pacientul, chiar dacă este extrem de prematur.

La limitele viabilității, respectul vieții n.n. poate totuși să apară relativizat. Iată de ce trebuie insistat asupra faptului că declararea de stare civilă a nașterilor la limita viabilității, îmbracă un caracter esențial pentru viitorul psihologic al părinților, chiar și în caz de deces precoce al acestuia. Recomandările OMS sunt de a recunoaște nașterile, începând de la vârsta gestațională de 22 de săptămâni sau de la o greutate la naștere de 500 gr., pentru orice copil născut viu și declarat viabil.

Incertitudinea inițială a prognosticului și uneori caracterul tardiv al apariției complicațiilor, precum

anomaliile cerebrale ale substanței albe, afectează în mod particular deciziile de sfârșit de viață. Echipele medicale se pot confrunta deseori cu un copil autonom, cu stare aparentă de bună sănătate, dar al cărui prognostic neurologic este sever compromis. Această situație pune în discuție dificila problemă a întreruperii suportului vital.

### Oprirea suportului vital

Oprirea suportului vital la un n.n., care a dobândit o autonomie respiratorie este o problemă controversată în rândul neonatologilor. Aceasta este consecința a două elemente strâns legate între ele. În primul rând, este vorba de progresele tehnico-medicale ale perinatalogiei, care au permis supraviețuirea n.n. cu patologii congenitale sau dobândite severe. Pe de altă parte, neliniștile etice ale celor care vin în contact cu n.n. și care se întrebă de temeinicia acțiunilor lor.

În legătură cu oprirea suportului vital, se pot observa trei tipuri de comportamente.

- majoritatea echipelor nu recurg niciodată la această procedură, din cauza caracterului său ilegal și inuman;
- alte echipe rezervă această procedură singurelor cazuri în care supraviețuirea inițială a copilului nu a fost posibilă decât grație recurgerii la tratamente de suport vital și aceasta prin grija de coerență între principiul reanimării de așteptare (binefacerea inițială) și principiul de nevătămare ulterioară, dacă calitatea vieții în viitor a copilului se consideră necorespunzătoare;
- alții discută această procedură de oprire a vieții în toate situațiile în care prognosticul pare nesigur, chiar dacă s-ar fi recurs sau nu la tratamente de suport vital, bazându-se pe datele obiective din dosarul medical și

dând prioritate interesului preeminent al copilului și principiului de echitate.

Caracterul nefast de oprire a vieții n.n. vine în contradicție cu dreptul și deontologia. Mulți consideră că această contradicție poate fi aplicată dacă deciziile sunt luate după un protocol pre-existent, care garantează că singurul de care s-a ținut cont este interesul unic al copilului.

În aceste situații în care se decide viața și moartea, se aplică de fapt o lege de schimb între două lumi, cea *a naturii* care dă viață și trebuie la fel într-o zi să o retragă și cea *a culturii*, care prin puterea medicinei, prelungește și susține darul vieții, dar obligă la renunțare. Între aceste lumi, medicul se zbate între drepturile și datoriile sale.

În lumea secularizată, decizia de oprire a vieții reprezintă tributul amânat, plătit naturii. Acesta este contrariul alegerii inițiale, de refuzare de către copil a morții, contrariul fără de care natura exercită represaliile sale redutabile. Legea este deci, aceea a unui schimb între natură și cultură, fiecare dintre aceste două lumi expun riscul de a fi alternativ prada (victima) celuilalt. Ritualul de decizie în oprirea vieții definește deci un cadru, de această dată asigurat de etică, unde se regularizează schimbul.

Totuși, indiferent dacă legea îi oferă dreptul sau nu, medicul trebuie să știe că propria conștiință va rămâne întotdeauna mai presus de legislație. Conformarea la legi ar instaura o autoritate intolerabilă asupra vieții persoanei, cu o serie de consecințe ideologice dramatice. Omul ar fi redus astfel la o făptură biologică și psihică, ignorându-se faptul că el este chipul lui Dumnezeu și fiul lui Dumnezeu. Mai mult, această regulă ar da naștere unei neliniști acute în spiritul familiei. În esență, bioetica creștină consideră eutanasia ca fiind un act anti-social, un atentat la libertatea umană, care determină anomia la nivel micro- și macro-social.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Astărăstoae V, Ioan BG, Gavrilovici C** – Decizia de întrerupere a suportului vital, A IV-a Conferință Națională de Bioetică, Sovata, 2008
2. **Buta L, Buta MG** – Consimțământul informat în pediatrie. A IV-a Conferință Națională de Bioetică, Sovata, 2008
3. Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE) – Reflexion ethiques autour de la reanimation neonatale. Rapport nr. 65; 2000, Site internet: [www.ccne-ethique.org](http://www.ccne-ethique.org)
4. **Dehan M, Gold F, Grassin M, Janoud JC, Morisot C, Ropert JC et al** – Dilemmes ethique de la periode perinatale.

Recommandations pour les decisions de fin de vie. *Arch. de Pediatr.* 2001;8, 407-419.

5. **Gavrilovici C** – Introducere în Bioetică, Ed. Junimea, Iași, 2007.
6. **Grassin M** – Le nouveau – ne entre la vie et la mort. Ethique et reanimation, Paris; *Desclée de Brouwers*, 2001
7. **Ropert JC** – Les dilemmes ethiques des decisions de fin de vie en periode perinatale, *Arch Pediatr.* 9, suppl 1, 2002