

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NOS ESTADOS AVANÇADOS DE DEMÊNCIA*

Lia FERNANDES

RESUMO

O crescimento da população idosa no século XXI, determinou profundas transformações no sistema de saúde, com avanços da ciência médica, da tecnologia e do seu impacto a nível socio-económico, repercutindo-se inevitavelmente na relação médico-doente.

Esta transformação implicou igualmente alterações éticas inerentes à mudança de papéis. A especial natureza dos doentes portadores de doença de Alzheimer e o curso natural das demências, requer cuidados especiais por parte dos médicos, ao lidar com novos desafios éticos, obrigando à redefinição de novos objectivos de forma conjugada com doentes e suas famílias.

Apesar de todas estas transformações biomédicas, ainda não foram suficientemente desenvolvidas as respostas adequadas, às exigências morais e éticas acrescentadas, principalmente quando se tenta compreender a experiência do indivíduo demenciado.

Este artigo explora a problemática emergente da preocupação e compreensão com a demência e do seu impacto nos aspectos éticos e legais. São assim abordados os diferentes conceitos neste âmbito, nomeadamente no que diz respeito à capacidade mental, capacidade testamentária, capacidade de exercício de direitos, processo de interdição, directivas antecipadas de vontade, licença de condução, consentimento informado de tratamentos e de participação em investigações.

Existe um dilema constante quando se coloca a questão de não causar dano e de manter a autonomia, à luz dos preceitos legais e éticos. Esta revisão enfatiza a necessidade de desenvolvimento multifacetado de competências no contexto da interacção social permanente, onde se tenta lidar com o desafio da protecção ao invés da superprotecção dos demenciados.

Os estados avançados de demência podem ser encarados como as doenças terminais, cujo objectivo prioritário não deverá ser o prolongamento da vida a qualquer preço, mas antes a obtenção de qualidade de vida, de dignidade e de conforto.

No início dos estados avançados de demência, atingir qualidade de vida parece ser o investimento prioritário, tratando os problemas médicos e os sintomas psiquiátricos.

A dignidade na demência grave, perante alterações comportamentais, deverá ser preservada potenciando-se a independência individual nas actividades diárias. Finalmente, nos estados mais avançados de demência, assegurar o conforto constitui o objectivo primordial da prestação de cuidados com escolha de estratégias médicas apropriadas, eliminando as intervenções agressivas (ressuscitação cardiopulmonar, cuidados intensivos, entubação nasogástrica e antibioterapia).

Futuramente, é indispensável a definição de linhas de orientação e informação prognóstica, na perspectiva da medicina baseada na evidência, onde os médicos adquiram preparação ampla que conjugue o conhecimento médico, legal, económico-financeiro e ético, subjacente à prestação de cuidados de longa duração nas demências.

L.F.: Departamento de Psiquiatria. Hospital de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

© 2008 CELOM

*Este texto corresponde, no essencial, à intervenção por si efectuada no European Regional Meeting of International Psychogeriatric Association, no *Symposium Management of Late Stage Dementia*, coordenado por João Carlos Machado, de 3 a 6 de Maio de 2006, em Lisboa.

SUMMARY

ETHICAL AND LEGAL ISSUES IN LATE STAGE OF DEMENTIA

As we enter the 21st century, growth of the elderly population, the costs of care, and the advances of medical science and technology will continue to have an impact on the patient-physician relationship. Transformation of the health care system will also raise ethical issues inherent to changing roles. The special nature of Alzheimer's patients and the natural course of their disease require special care on the part of physicians to meet the ethical challenges and establish medical goals, in conjunction with their patients and their families.

In spite of these rapid advances in biomedical sciences, were not sufficiently developed in the most fitness answers, regarding special moral and ethical attitudes, which must be taken into account, in particular when we try to understand the experience of people with dementia.

This article explores emerging issues in relation to awareness in dementia and its impact on legal and ethical matters. The different approaches and principles demonstrated in relation to ethical issues are discussed, with an exploration of the concepts of mental capacity, testamentary capacity, power of attorney, court of protection, advance directives, decision making, participation in research and treatment, informed consent and older people driving.

The tensions that exist between the imperatives of doing no harm and of maintaining autonomy in addressing legal and ethical issues are highlighted. The review emphasizes the importance of considering competency and awareness as being multi-faceted, to be understood in the context of social interaction, trying to deal with the challenge of protecting, but not overprotecting, people with dementia.

Late stage of dementia is a terminal disease where the goal of the care may not be prolongation of life at all costs, but rather achievement: quality of life, dignity and comfort.

In the initial late dementia, quality of life is the target, treating medical problems and psychiatric symptoms. The dignity of people with severe dementia will be preserved, mostly when this influences patient's behaviour, maximizing individual independence in daily living activities. Finally, comfort is the last and the most important goal of care in late stages of dementia, using appropriate medical strategies and eliminating aggressive interventions (cardiopulmonary resuscitation, acute care setting, tube feeding and antibiotic treatment).

The future work will focus on promoting more evidence-based decision-making on treatment and guidelines for prognostic information.

Physician must be knowledgeable about broadly intersecting medical, legal, finance and ethics, underlying the long-term management of dementia.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Cuidados de Saúde, sofreu grandes transformações nas últimas décadas devido em grande medida ao crescimento exponencial da população idosa a par dos avanços da ciência médica e da tecnologia, o que no seu conjunto levou ao aumento dos custos da prestação de cuidados, modificando-se de forma inevitável a relação médico-doente, o que naturalmente colocou novos desafios do ponto de vista ético e legal (Caralis, 1994).

Neste enquadramento, a doença de Alzheimer e as outras formas de demência determinaram diferentes exigências aos doentes, famílias, cuidadores, médicos e advogados (Baldwin et al, 2003). Nestas situações existe um grande dilema no que respeita à opção de não causar dano por um lado, e de manter a autonomia por outro. No contexto da interacção social a competência e a preocupação com este grupo etário assume uma expressão multifacetada não perdendo de vista a importância destes doentes demenciados deverem ser protegidos e não hiperprotegidos (Kapp, 2001).

O objectivo dos actos legais na Saúde Mental visam antes de mais, proteger os direitos dos doentes mentais assegurando que recebem cuidados adequados. Torna-se particularmente complexa esta abordagem nos casos de demência, em que a perda de capacidades cognitivas e emocionais compromete desde logo, a possibilidade de expressar ou fazer autonomamente escolhas nas diferentes actividades da vida diária (Kapp, 2001).

A Lei de Saúde Mental não pode ser usada para forçar os tratamentos nas situações de doença física, quando é recusada uma cirurgia, investigação, ou ainda nas situações de intoxicação aguda por álcool ou outras substâncias.

Excepcionalmente, quando uma doença física é detectada como a causa inequívoca do problema de saúde mental, o tratamento da doença subjacente pode ser considerado como prioritário dentro de certas circunstâncias. De qualquer modo, todo o paciente que sofra de perturbação mental necessita para além do tratamento de uma avaliação rigorosa do seu estado mental. A prevenção da deterioração da saúde mental em particular no idoso, é um imperativo terapêutico, na medida em que o doente se coloca a ele mesmo em risco de auto-agressão ou negligência ou coloca directa ou indirectamente os outros em risco.

Neste âmbito existem diferentes conceitos que importa esclarecer, como capacidade mental, capacidade testamentária, capacidade de exercício de direitos, processo de interdição, directivas antecipadas de vontade, licença de condução em idosos e consentimento informado.

Capacidade Mental

A capacidade mental, não é universal. A ausência desta capacidade numa determinada situação pode não implicar a sua inexistência para outras situações, sendo susceptível de mudança. É disto testemunho a incapacidade de um doente em gerir os seus assuntos financeiros, ou escolher um tratamento, durante uma fase maníaca, recuperando ambas, após tratamento desse episódio.

A perda da capacidade mental representa uma incapacidade em tomar decisões no interesse do próprio, relativamente a situações concretas. Esta situação pode decorrer da impossibilidade de comunicar uma decisão, por alteração do estado de consciência ou por outra razão (Mahoney et al, 2000).

Existem diferentes situações nas quais se implicam tomadas de decisão: capacidade testamentária, capacidade em gerir o dinheiro, capacidade em assumir um contrato e consentimento de realização de tratamento e/ou participação em projectos de investigação.

A Presunção de capacidade de um adulto é considerada, quando este está na posse de total capacidade mental até que seja provado o contrário. Esta capacidade decisória específica deve ser avaliada em presença de uma decisão também específica. Os médicos que levam a cabo a avaliação dessas capacidades, devem ter em consideração a necessidade, o dever de prestação de cuidados e os interesses fundamentais do doente.

A responsabilidade da prova cabe à pessoa que avalia essa capacidade. O diagnóstico (por exemplo doença de Alzheimer) não equivale necessariamente a diminuição de capacidade ou mesmo incapacidade total. Qualquer intervenção neste sentido deverá maximizar as capacidades do indivíduo (caso frequente da necessidade de tratamento de uma depressão subjacente que limita as próprias capacidades cognitivas impedindo as tomadas de decisão por exemplo no que respeita a tratamentos físicos).

Capacidade Testamentária

De acordo com o art. 2189º do Código Civil (CC), os interditos por anomalia psíquica sofrem de uma incapacidade de gozo de direitos para testar. Deverá ser avaliada a capacidade de fazer um testamento, compreendendo a natureza e a extensão dos seus bens, estando consciente da pessoa a quem pretende deixar as suas posses, estando livre de perturbações de pensamento que afectem o seu juízo crítico e ainda não estando anormalmente sugestível ou sob a influência de álcool ou outros tóxicos (Posener & Jacoby, 2002). Nestas situações um relatório médico não se torna indispensável.

Capacidade de Exercício de Direitos

Permite ao indivíduo transmitir o controlo dos seus bens ou negócios a outra pessoa, nomeadamente a um seu representante legal por nomeação judicial. A capacidade de exercício de direitos cessa imediatamente se o doente se torna mentalmente incapaz, ficando este poder sobre a alçada do tribunal (Lush, 1991). Para além da menoridade, a incapacidade de exercício ocorre nos casos de interdição, a qual pode ter por base a *anomalia psíquica* (138º do CC). Note-se que em certos casos em que o tribunal considere que esta deficiência não é tão grave pode haver lugar apenas à inabilitação que se caracteriza por uma *limitação* da capacidade de exercício de direitos. Neste caso o inabilitado actua em nome próprio mas assistido por um curador (art. 153º do CC).

Protecção de Interdição

Deste modo, o tribunal irá assegurar o controlo dos bens e de outros interesses patrimoniais do doente (com perturbação mental e incapacidade de gerir os mesmos) mantendo este e/ou a sua família em segurança. Procede-se assim à nomeação judicial de um representante legal do interdito – o tutor (arts. 142º e 143º do CC) (Caralis, 1991).

As famílias, muitas vezes por ignorância, têm tendência para agir como se os laços de sangue legitimassem, só por si, a tomada de decisões sobre a vida dos idosos nestas situações. São particularmente delicadas as opções relativas à institucionalização ou à gestão dos bens destes idosos incapacitados. Para defesa da dignidade e dos interesses destes, torna-se indispensável que uma entidade independente se pronuncie sobre a efectiva existência da incapacidade e determine a quem devem ser reconhecidos os poderes legais indispensáveis ao suprimento das mesmas.

Directivas Antecipadas de Vontade

Feita por uma pessoa com sanidade mental, tendo em perspectiva diferentes aspectos da sua vida no futuro, tais como a necessidade de eventuais tratamentos, cirurgia e participação em projectos de investigação. São importantes factores que permitem dar indicações no estrito interesse do doente, ajudar à decisão dos médicos, no intervalo de tempo entre a directiva e as circunstâncias de um momento em particular, no qual se venha a tornar necessária a reconsideração das mesmas.

Quando utilizadas de forma inteligente, representam um instrumento apropriado na partilha da tomada de decisão pelo doente, pelos membros da sua família e pelos médicos (Vollmann, 2001).

Em situações em que se torna indispensável tomar uma decisão de tratamento perante um doente profundamente incapaz, duas abordagens são possíveis: a primeira que coloca o enfoque na decisão prévia, sublinhando o valor da decisão que o doente tomou quando ainda competente (caso dos estádios iniciais de Alzheimer); a segunda que coloca a ênfase no melhor interesse do doente, movendo o foco da experiência subjectiva para o momento actual em que o tratamento é considerado.

Em Portugal opta-se pela segunda escolha, em que os preceitos legais inerentes às directivas antecipadas de vontade, não são ainda tidos em conta, à luz das disposições legais em vigor no nosso país.

Licença de Condução em Idosos

A idade não tem constituído um critério de decisão para a capacidade de condução. Nomeadamente, a maioria dos acidentes rodoviários não são causados por pessoas idosas. No entanto, é consensual que os doentes com demência moderada e grave não conseguem conduzir de forma segura. As pessoas idosas estão mais susceptíveis a doenças, que comprometem a sua capacidade de lidar com veículos motorizados de forma segura.

Em recentes estatísticas da Noruega, mais de 50% dos acidentes de automóveis com falecimento de idosos, este apresentavam placas de material amilóide nos exames anátomo-patológicos.

Depois dos 70 anos, é dever de qualquer médico informar acerca de qualquer doença mental ou física que possa causar este tipo de incapacidade (Fitten, 1997).

Consentimento Informado

Consiste no consentimento expresso de receber ou recusar tratamento, participação na investigação, etc. Os médicos devem explicar ao doente necessidade de um tratamento, as diferentes opções disponíveis, os riscos e benefícios envolvidos e quais as consequências resultantes da recusa de participação num tratamento específico (Becker & Kahana, 1993). Esta explicação deverá ser detalhada, mas suficientemente simples para que o doente envolvido a compreenda.

Este consentimento envolve em termos temporais dois tipos de decisão: intervenções a curto prazo (caso de cirurgias) e intervenções de longo prazo (caso da aplicação de um novo medicamento para tratar a memória) com implicações legais acrescidas relativamente à validade de continuidade de autorização do médico em questão.

Neste processo de avaliação da capacidade para consentir, estão implicados os princípios fundamentais da ética (Fellows, 1998). No entanto, não existem instrumentos

estandardizados de aplicação generalizada para avaliação desta competência e nem sequer se encontra disponível formação específica na área, para os médicos (Warden et al, 2003; Marson et al, 1994). Nesta sequência, a competência dos médicos na avaliação, tem resultado de um processo subjectivo ou mesmo idiossincrático (Marson et al, 1994).

Cada caso é considerado independentemente de qualquer regra prévia. Nas situações de urgência, certas formas de tratamento são legitimadas por lei, nos casos de impossibilidade de obter um consentimento esclarecido. Nas situações não urgentes, recorre-se a uma segunda opinião, à discussão com os familiares do doente.

Os estados avançados da demência são inseridos no contexto das doenças terminais, nos quais o objectivo dos cuidados pode não ser o prolongamento da vida a qualquer preço.

Apesar dos recentes avanços na compreensão da patogénese da doença de Alzheimer não existe nenhum tratamento disponível que possa parar ou reverter o processo evolutivo desta doença. Deste modo a perspectiva da intervenção ao nível da prestação de cuidados deve ser redimensionada à medida que a doença vai avançando. Neste enquadramento, torna-se prioritário e fundamental obter Qualidade de Vida (ao longo de todo o período evolutivo), Dignidade (importante quando a demência influencia o comportamento do doente) e Conforto (sobretudo nos estádios terminais da doença) (Volicer & Bloom-Charette, 1999).

Para maximizar a qualidade de vida nos estados avançados de demência é indispensável desenvolver actividades providas de significado, tratamento de problemas médicos e de sintomas psiquiátricos.

A dignidade das pessoas com demência grave deve ser preservada, nomeadamente mantendo as origens da sua longa história pessoal, da personalidade que persiste, desenvolvendo independência individual com modificações no meio ambiente, adaptando as actividades de vida diária, tendo sempre em consideração as diferentes opiniões da família e dos técnicos acerca da dignidade. Isto torna-se particularmente relevante quando o processo demencial influencia o comportamento do doente.

Para conforto nos estados avançados da demência, é importante a utilização de estratégias médicas apropriadas tais como, mudança de ênfase de tratamento: substituindo a *elevada tecnologia* pelo *elevado contacto*. Eliminar-se-iam deste modo as intervenções mais agressivas. De entre estas destacam-se a ressuscitação cardiopulmonar, a transferência para locais de cuidados intensivos, a alimentação com entubação nasogástrica e a antibioterapia para tratamento de infecções sistémicas.

Ressuscitação Cardiopulmonar

Não é indicada nas situações de institucionalização, sendo raramente eficiente com consequências nocivas para o doente, ficando este totalmente dependente do referido suporte de vida (Marson et al, 1994).

Transferência para Locais de Cuidados Intensivos

Neste contexto, são particularmente frequentes as intercorrências infecciosas, como por exemplo as pneumonias (Volicer & Hurley, 1998)

Em estudos efectuados neste enquadramento, em instituições com prestação de cuidados efectivos de longa duração, verificou-se que a taxa de mortalidade em situações agudas, principalmente em lares, era semelhante à dos hospitais. E a taxa de mortalidade ao fim de dois meses era inferior nos residentes tratados em lares, quando comparada com a dos hospitais (Molloy et al, 1991).

No geral, a pneumonia resulta frequentemente em morte quer seja ou não tratada com antibióticos. O desconforto ao longo do tempo (em média três meses) é semelhante nos doentes com ou sem antibióticos.

Os clínicos/familiares enfrentam uma decisão difícil relativamente a um doente no final de vida, ao ter que optar pelo desejo de cura com antibioterapia ou pelo tratamento unicamente sintomático (cuidado de tipo paliativo).

O desconforto decorrente do prolongamento da vida pode-se tornar superior, resultando a morte de outras causas. Apesar da tendência generalizada para uma intervenção focalizada no alívio sintomático agressivo, há que ter em consideração que o sofrimento pode ser ainda mais prolongado, quando a cura não é atingida, apesar da antibioterapia prescrita (Van der Steen et al, 2002).

Antibioterapia para Tratamento de Infecções Sistémicas

Os antibióticos são menos eficientes no tratamento das infecções sistémicas em demências graves, do que nos indivíduos cognitivamente saudáveis (Van der Steen et al, 2002). Em vários estudos (Guyatt et al, 2000; Van der Steen et al, 2002) realizados nesta área, tem-se verificado que dada a natureza recorrente das infecções, os antibióticos não prolongam a sobrevivência e não asseguram maior conforto a estes doentes.

Alimentação com Entubação Nasogástrica

Não existe evidência de benefício com esta intervenção neste tipo de populações. Nomeadamente, desencadeiam complicações significativas, causam considerável sobrecarga e sofrimento, especificamente quando levam à imobilização e à privação dos poucos momentos de satis-

fação, como saborear a comida, contactar com os cuidadores, etc. (Finucane et al, 1999).

Existem ainda factores de natureza humana individual, ao nível da prestação de cuidados pelos técnicos de saúde, que são determinantes do tipo de intervenção. Assim, verifica-se em alguns estudos, que no que respeita à decisão da prestação de cuidados de saúde, o carácter mais ou menos interventivo pode depender muito das características dos próprios médicos. São ministrados em regra cuidados menos agressivos, quando se trata de médicos mais idosos, (com prática clínica de maior duração), respeitando aspectos éticos/legais com menor preocupação com a litigação, para níveis de demência mais avançados dos pacientes e idade superior dos mesmos (Molloy et al, 1991).

A fundamentação lógica para os cuidados paliativos na demência grave, tem-se baseado no mau prognóstico, na potencialidade do elevado desgaste dos tratamentos curativos e nas preferências dos pacientes (testamento em vida e consentimento informado) (Van der Steen et al, 2001).

Os níveis de demência têm demonstrado serem os mais fortes predictores de cuidados (Van der Steen et al, 2002). A influência da função cognitiva nesta escolha necessita contudo de um grande consenso social. O treino de médicos nos aspectos médico-legais demonstra-se por isso, uma prioridade fundamental (Molloy et al, 1991; Kaufer, 2001).

Os médicos devem possuir formação ampla e integrada, dos diferentes conhecimentos médicos, legais, financeiros e éticos. Todos estes aspectos, se interceptam e envolvem os pacientes nos programas de tratamento de longo curso quer na doença de Alzheimer quer nas outras demências (Kaufer, 2001).

Trata-se de uma problemática a necessitar de aprofundamento futuro, devendo focalizar-se numa abordagem em que as decisões são tomadas baseadas na evidência, quer a um nível mais restrito dando solução a situações de casos individuais, quer a um nível mais amplo definindo e estruturando a informação, de forma a determinar linhas de orientação e de indicação prognóstica (Kaufer, 2001).

De qualquer modo para cumprimento com êxito deste desafio em termos de diagnóstico, tratamento e prognóstico, impõe-se um trabalho de equipa multidisciplinar entre os técnicos de saúde (psiquiatras, internistas, clínicos gerais, enfermeiros, assistentes sociais, outros técnicos) por um lado, e os doentes demenciados e seus cuidadores (familiares ou técnicos) por outro, numa perfeita coesão em sistema de rede.

De qualquer modo para cumprimento com êxito deste desafio em termos de diagnóstico, tratamento e prognóstico, impõe-se um trabalho de equipa multidisciplinar entre técnicos de saúde (psiquiatras, internistas, clínicos gerais, enfermeiros, assistentes sociais, outros técnicos) por um lado, numa perfeita coesão em sistema de redes (Fernandes, 2006; Fernandes et al 2007).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a apreciação crítica especializada de Susana Costa e de José Carlos Pires.

Agradeço ao Carlos Vilar pela informação atualizada da legislação portuguesa nesta área.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

1. CARALIS PV: Ethical and legal issues in the care of Alzheimer's patients. *Med Clin North Am* 1991;78(4):877-93
2. BALDWIN C, HUGHES J, HOPE T, JACOBY R, ZIEBLAND: Ethics and dementia: mapping the literature by bibliometric. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(1):41-54
3. KAPP MB: Legal interventions for persons with dementia in the USA: ethical, policy and practical. *Aging Ment Health* 2001;5(4):312-5
4. MAHONEY EK, VOLICER L, HURLEY AC: Management of Challenging Behaviors in Dementia. Baltimore: Health Professions Press 2000
5. Código Civil Português
6. POSENER HD, JACOBY R: Testamentary capacity. In: Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psychiatry in the elderly*. Oxford. Oxford University Press 2002:933-40
7. LUSH D: Managing the financial affairs of mentally incapacitated persons in the UK and Ireland. In: Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psychiatry in the elderly*. Oxford. Oxford University Press 1991:951-65
8. VOLLMANN J: Advance directives in patients with Alzheimer's disease. Ethical and clinical considerations. *Med Health Care Philos* 2001;4(2):161-7
9. FITTEN LJ: The demented driver: the doctor's dilemma. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;1:57-61
10. BECKER D, KAHANA Z: Informed consent in demented patients: a question of hours. *Med Law* 1993;12(3-5):271-6
11. FELLOWS LK: Competency and consent in dementia. *J Am Geriatric Soc* 1998;46(7):922-6
12. WARDEN V, HURLEY AC, VOLICER L: Development and psychometric evaluation of the PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) Scale. *JAMDA* 2003: in press

13. MARSON DC, SCHMITT FA, INGRAM KK, HARRELL LE: Determining the competency of Alzheimer patients to consent to treatment and research. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;4:5-18
14. VOLICER L, BLOOM-CHARETTE L: *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Philadelphia: Taylor & Francis 1999
15. VOLICER L, HURLEY A: *Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia*. New York: Springer Publishing Company 1998
16. MOLLOY DW, GUYATT GH, ALEMAYEHU E et al: Factors affecting physicians decisions on caring for an incompetent elderly patient: an international study. *CMAJ* 1991;145(8):947-52
17. VAN DER STEEN JT, OOMS ME, WAL G, RIBBE MW: Pneumonia: the demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(10):1681-8
18. GUYATT GH, MCKIM DA, AUSTIN P et al: Appropriateness of domiciliary oxygen delivery. *Chest* 2000;118(5):1303-8
19. FINUCANE TE, CHRISTMAS C, TRAVIS K: Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. *JAMA* 1999;282:1365-70
20. VAN DER STEEN JT, MEHR DR, OOMS ME, KRUSE RL, MADSEN RW, WAL G: A model for predicting mortality from pneumonia in nursing home patients: transnational validation. *Gerontologist* 2001;41(suppl 1):346
21. KAUFER DI: Long-term care in dementia: patients and caregivers. *Clin Cornerstone* 2001;3(4):52-62
22. FERNANDES L: Ethical and legal issues in relation to people with dementia. *Rev Psiquiatria Clínica* 2006; Supl 1:37
23. FERNANDES L, RIBEIROS DOS SANTOS M: *Terapia Familiar, Redes e Poética Social*. Ed Climepsi. Lisboa 2007

