

# Rastreo cognitivo em idosos para o clínico

## *Cognitive screening of the elderly for the clinician*

<sup>1,2</sup>Ivan Aprahamian

<sup>3,4</sup>José Eduardo Martinelli

<sup>1,5</sup>Zied Rasslan

<sup>6,7</sup>Mônica Sanches Yassuda

<sup>1</sup>Médico assistente da Unidade de Primeiro Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup>Mestrando em Gerontologia - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

<sup>3</sup>Doutorando em Gerontologia - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

<sup>4</sup>Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí

<sup>5</sup>Professor Instrutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

<sup>6</sup>Professora colaboradora da Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

<sup>7</sup>Professora assistente de Gerontologia da Faculdade de Artes, Ciências e Humanidades da USP

*Trabalho realizado na Divisão de Gerontologia – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, SP, Brasil*

**Descritores:** Rastreo cognitivo. Demência. Idosos.

**Key words:** Cognitive screening. Dementia. Elderly.

A demência é um problema de saúde pública crescente, com prevalência entre 3% e 11% entre pessoas com 65 anos ou mais<sup>1</sup>. No Brasil, a estatística é muito semelhante à mundial. Num estudo populacional realizado em Catanduva, município com 100 mil habitantes, no Estado de São Paulo, 25% dos idosos foram avaliados, encontrando prevalência de demência semelhante à literatura<sup>2</sup>. Herrera et al. (2002) observaram prevalência de 7,1% de casos de demência (118 habitantes) em população de 1.656 indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos<sup>3</sup>. A taxa de incidência anual foi de 7,7 casos por 100.000 habitantes<sup>4</sup>. Os estudos brasileiros apresentam prevalência e incidência próximas aos estudos estrangeiros<sup>5</sup>. A etiologia mais freqüente da síndrome demencial foi a DA. Em Catanduva, 55,1% dos casos de demência receberam este diagnóstico<sup>3</sup>. Nos Estados Unidos eram estimados 7 milhões de casos no ano 2000, podendo chegar a 18 milhões em 2050<sup>6</sup>. A doença de Alzheimer é a etiologia mais diagnosticada na atenção primária, contabilizando 60% dos casos<sup>1</sup>. Na tentativa de terapias eficazes ou até curativas para a doença, o diagnóstico precoce é fundamental. Apesar de existirem recomendações acerca do diagnóstico da doença, dois terços dos casos permanecem indetectáveis<sup>7</sup>.

O rastreo cognitivo pode ser considerado o primeiro passo para o diagnóstico de demência<sup>8</sup>. Pessoas identificadas por meio de um rastreo cognitivo como tendo suspeita de demência inicial poderiam ter a oportunidade de discutir o problema com seus familiares, expressar seus desejos futuros frente ao

curso da doença e seu prognóstico, estabeleceriam um planejamento com relação à saúde, segurança e economia. Essas pessoas poderiam escolher seu representante legal no futuro para representar suas vontades e exercer controle sobre suas finanças<sup>9</sup>.

O rastreo ou triagem não é isento de possível malefício. Riscos potenciais da triagem cognitiva seriam a depressão e ansiedade geradas pelo diagnóstico, o tempo e custo empregados nesse rastreo e possível estigma do diagnóstico precoce<sup>9</sup>. Em razão de 50% das pessoas com resultado positivo na triagem não terem a doença, todo serviço realizando rastreo cognitivo deveria estar vinculado ou ter fácil acesso a um local em que ocorra a avaliação mais ampla do paciente para confirmação ou não do diagnóstico de forma definitiva<sup>10</sup>. Apesar dos riscos, estudos com pacientes com Alzheimer e seus familiares mostram que a maioria das pessoas gostaria de receber a notícia do diagnóstico da doença o quanto antes<sup>11,12</sup>.

Com a possibilidade do tratamento da demência, em especial a DA, o diagnóstico precoce da doença tornou-se ainda mais importante. O clínico geral, somente através da história e exame físico, não parece ser capaz de fazer o diagnóstico de demência em inúmeras vezes. Mais de 50% dos pacientes com a doença nunca receberam o diagnóstico ao longo de meses ou anos de acompanhamento clínico<sup>13-17</sup>. Os clínicos fazem pouca triagem de demência em sua prática, mesmo quando sabem do seu impacto<sup>18,19</sup>. Apesar de 82,7% dos clínicos gerais acreditarem que o rastreo cognitivo é necessário, somente 25,7% fazem uma triagem utilizando o MEEM (Tabela 1; notas de corte segundo Brucki et al.<sup>20</sup>), por exemplo<sup>21</sup>. Dessa forma, parece fundamental a triagem dos indivíduos em risco para a doença, ou seja, aqueles com 60 anos ou mais, para que se possa organizar um plano terapêutico quando possível e orientar o próprio paciente e seus familiares quanto à evolução e implicações da síndrome. Após a triagem positiva, o paciente poderia ser submetido a uma entrevista e exames seguindo os critérios do

**Correspondência:** Dr. Ivan Aprahamian  
Av. Dr. Pedro Soares de Camargo, 198 – ap.122  
CEP 13208-080, Jundiaí, SP  
E-mail: ivan.aprahamina@terra.com.br

DSM-IV da American Psychiatry Association<sup>22</sup> (Tabela 2) ou a uma bateria neuropsicométrica completa para o diagnóstico definitivo da doença<sup>10</sup>.

Três estudos avaliaram o diagnóstico de demência através de testes padronizados ou de diagnóstico clínico através da história em pacientes com 65 anos ou mais<sup>16,17,23</sup>. Nesse grupo de idosos, a prevalência de demência não diagnosticada clinicamente variou entre 3,2% a 12%. Um estudo populacional encontrou uma prevalência de 1,8% de casos não diagnosticados<sup>24</sup>. Outro trabalho demonstrou que metade dos familiares de homens com demência leve nunca perceberam problemas de memória ou pensamento nesses indivíduos<sup>25</sup>. Pacientes que não receberam o diagnóstico correto estão entre 50% a 66% de todos os casos de demência em estudos de atenção primária<sup>10</sup>. A maioria dos casos subdiagnosticados são leves ou moderados. Em um estudo pequeno, 78,6% dos pacientes com demência leve, 71,4% daqueles moderados e 20% dos graves não tiveram o diagnóstico referido no prontuário médico<sup>17</sup>. Adicionar um teste neuropsicométrico à prática clínica poderia potencialmente aumentar as chances de se diagnosticar as demências precocemente, principalmente os casos leves e moderados.

Para tanto, seria fundamental um instrumento de triagem de déficit cognitivo próximo do ideal, fornecendo a maior segurança possível para o rastreo da demência: a) rápido na sua administração (poucos minutos) para ter adesão entre os profissionais de diversas áreas; b) ser bem tolerado e aceitável pelos pacientes; c) ser facilmente interpretado; d) ter independência cultural, de linguagem e de escolaridade; e) poder ser bem reproduzido em outros estudos e ter desempenho similar entre examinadores; f) ter valores elevados de sensibilidade e especificidade; g) apresentar correlação com outros testes tradicionais e bem validados na literatura, além de correlação com escalas de avaliação e diagnóstico clínico de demência; e (h) ter bom valor preditivo<sup>10</sup>.

A maioria dos testes de rastreo para demência podem ser divididos em testes cognitivos feitos com pacientes e avaliação funcional que utilizam tanto os pacientes quanto outras pessoas relacionadas, familiares ou cuidadores, como informantes. A melhor evidência da importância da triagem em demência viria de um ensaio clínico randomizado e controlado relacionando a triagem diretamente com desfechos primários envolvendo a saúde<sup>10</sup>.

O Guide to Clinical Preventive Services de 1996 do U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), após revisão da literatura, não encontrou evidência contra ou a favor da triagem de demência<sup>26</sup>. Em 1996, a Agency for Health Care Policy and Research (agora Agency for Healthcare Research and Quality) publicou uma revisão sistemática e metanálise de estudos sobre triagem de demência<sup>27</sup>. A revisão encontrou um instrumento para avaliar estado funcional baseado na informação de cuidador e quatro testes cognitivos baseados em pacientes que tiveram acurácia razoável (Blessed Information Memory Concentration, Blessed Orientation Memory Concentration, Func-

tional Activities Questionnaire, Short Test of Mental Status e o MEEM, o teste mais utilizado e estudado).

Diversos outros testes neuropsicométricos foram avaliados em estudos isolados ou pequenos com populações específicas (pacientes psiquiátricos, institucionalizados, em ambulatórios de neurologia, psiquiatria, geriatria ou de memória) e não puderam ser incluídos em revisões sistemáticas sobre testes para triagem de demência por não se encaixarem nos critérios de inclusão dos estudos que abrangeram avaliações realizadas por não especialistas e em populações não específicas<sup>10,26,27</sup>. Podemos citar os estudos com Questionário de Estado Mental Abreviado<sup>7,28</sup>, o Teste do Desenho do Relógio<sup>29-33</sup>, o Mini Exame do Estado Mental modificado<sup>34</sup>, o Mini-Cog<sup>35</sup>, o Teste de Aprendizado Verbal de Hopkins<sup>36,37</sup>, e o Screening de 7 minutos<sup>38,39</sup>.

Desde aquela revisão, oito novos estudos avaliaram o MEEM e apresentaram resultados semelhantes<sup>40-47</sup>. A sensibilidade dos cinco testes avaliados pela Agency for Health Care Policy and Research variou de 69% a 90% e a especificidade dependeu da nota de corte utilizado como resultado anormal<sup>27</sup>. Utilizando um corte alto para aumentar a sensibilidade consequentemente diminui a especificidade. O valor preditivo positivo dos cinco testes numa amostra com 10% de prevalência de demência foi aproximadamente 40% a 50%<sup>27</sup>.

Após esta revisão, diversos estudos acerca de instrumentos de triagem e intervenções terapêuticas foram feitos. A RTI International e a University of North Carolina Evidence-based Practice Center juntamente com membros da USPSTF conduziram uma recente revisão sistemática da literatura<sup>10</sup>. O MEEM continua a ser o instrumento mais utilizado por clínicos gerais. Dentre os trabalhos que puderam ser selecionados, nenhum estudo foi randomizado e controlado envolvendo a triagem de pacientes com possível declínio cognitivo<sup>10</sup>.

Há três problemas metodológicos que tornam difícil a avaliação da acurácia dos testes de rastreo cognitivo para demência. Primeiro, a acurácia dos instrumentos foi testada até certo limite, permanecendo dúvida acerca da extensão de sua capacidade. Poucos testes foram avaliados em mais de dois ou três pequenos ensaios clínicos<sup>48</sup>. Em segundo lugar, os estudos estabeleceram pontos de corte fixos para o diagnóstico de demência, mas a mesma possui alterações cognitivas variáveis e progressivas, necessitando-se adequar os valores aos estágios da doença<sup>48</sup>. Ainda nesse aspecto, diversas amostras antes de 2000 possuíam pacientes com comprometimento cognitivo leve. Terceiro, os sujeitos avaliados nos estudos variam muito quanto ao nível educacional e estado clínico da demência, sendo que este muitas vezes não é referido<sup>48</sup>. Poderíamos citar um quarto ponto crítico, no qual grande parte dos pesquisadores não se preocuparam em avaliar os casos leves, iniciais da doença, em que o diagnóstico precoce resultaria num maior impacto socioeconômico e terapêutico<sup>10</sup>.

Diversos estudos clínicos acerca da utilização de testes de rastreo envolveram idosos em ambulatórios ou instituições específicas ou profissionais especializados em idosos, neuro-

logia ou psiquiatria. Um recente estudo promovido por Reilly et al. (2004) na Inglaterra e Irlanda avaliou a utilização de instrumentos psicométricos por médicos especialistas na região. Entre os 331 respondedores, 95% utilizavam o MEEM, 50% o TDR, 6% o Exame do Estado Mental de Middlesex e 6% o Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination (CAM-DEX)<sup>49</sup>. Em 2006, Shulman e colaboradores publicaram uma pesquisa acerca da utilização de testes de rastreamento cognitivo entre membros da International Psychogeriatric Association (IPA), da American Academy of Geriatric Psychiatry e da Canadian Academy of Geriatric Psychiatry<sup>8</sup>. Esse estudo tentou reunir a opinião de psiquiatras, geriatras e outros profissionais acerca da realização de triagem cognitiva, da frequência de utilização dos instrumentos, dos resultados em termos de praticidade, e de diversas outras variáveis de impacto acerca dos testes<sup>8</sup>.

Um total de 20 instrumentos foi selecionado pela IPA como os mais significantes no rastreamento cognitivo. Destes, os 334 entrevistados identificaram o MEEM, o TDR, o Delayed Word Recall, o Teste de Fluência Verbal, o Similarity e o Trail Making Test como os mais relevantes e utilizados. Particularmente, o MEEM foi apontado como o instrumento universal para triagem, apesar de limitações como a influência de linguagem, cultura, educação, tempo de administração (seis a dez minutos para execução, enquanto no restante dos testes foram apontados dois minutos, em média) sendo utilizado por todos os entrevistados<sup>8</sup>. O TDR foi eleito como o segundo mais utilizado após o MEEM. Apesar da popularidade, foi apontado como de difícil pontuação. Além do uso isolado do MEEM, diversos clínicos apontaram o uso combinado deste com o TDR como teste inicial de triagem ou do TDR com a memória evocada de três palavras (Delayed Word Recall), apesar de vários entrevistados não identificarem tal combinação como o Mini-Cog de Borson et al.<sup>50</sup>. Tanto a avaliação quantitativa quanto a qualitativa obteve a mesma importância nos questionários, sendo o TDR apontado como o mais qualitativo e, neste caso, com algum problema para a pontuação<sup>8</sup>.

Dois pontos de conflito foram identificados entre os entrevistados. Primeiro, houve questionamento a respeito do benefício do uso de testes simples como o MEEM juntamente com o contexto clínico versus a aplicação de instrumentos mais detalhados como Alzheimer's Disease Assessment Scales Cognitive Subscale (ADAScog) e o CAMCOG. Segundo, a disfunção frontal ou executiva foi apontada como problema específico para rastreamento, sendo necessário teste objetivo. Muitos entrevistados utilizam o TDR e o teste de fluência verbal para tal<sup>8</sup>.

De forma geral, sem considerar o tipo de profissional que irá aplicar o teste de rastreamento (especializado na área ou não), há evidência a favor da utilização do MEEM como instrumento único para a triagem, usando-o de forma isolada ou em combinação com outro teste. Este poderia ser o TDR ou a fluência verbal, pois atenderiam a avaliação da função executiva de maneira simples. Naqueles pacientes em que há suspeita de declí-

nio cognitivo leve, seja demência ou comprometimento cognitivo leve, o uso combinado de testes é recomendado<sup>51</sup>. Deve-se levar em conta a população sensível avaliada, assim como o nível educacional e faixa etária que são fatores influenciadores no resultado do rastreamento.

## REFERÊNCIAS

1. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. *JAMA*. 1989;262:2551-6.
2. Herrera Jr. E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo. *Rev Psiq Clin*. 1998;25:70-73.
3. Herrera Jr. E, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16:103-108.
4. Nitrini R, Caramelli P, Herrera Jr. E. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;18:241-246.
5. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60:61-69.
6. Sloane PD, Zimmerman S, Suchindran C. The Public Health Impact of Alzheimer's Disease, 2000-2050: potential Implication of Treatment Advances. *Annu Rev Public Health*. 2002;23:213-31.
7. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med*. 1995;122:422-9.
8. Shulman KI, Herrmann N, Brodaty H. IPA survey of brief cognitive screening instruments. *Int Psychogeriatr*. 2006;18:281-294.
9. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Krasnov C. Screening for dementia. A systematic evidence review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. [Acesso jun/2008]. Disponível em < [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm). >
10. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;138:927-937.
11. Drickamer MA, Lachs MS. Should patients with Alzheimer's disease be told their diagnosis? *N Engl J Med*. 1992;326:947-51.
12. Jha A, Tabet N, Orrell M. To tell or not to tell—comparison of older patients' reaction to their diagnosis of dementia and depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:879-85.
13. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ*. 1988;297:1107-10.
14. Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. Valida-

- tion of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. *BMJ*. 1992;304:1091-2.
15. Cooper B, Bickel H, Schaufele M. Early development and progression of dementing illness in the elderly: a general-practice based study. *Psychol Med*. 1996;26:411-19.
  16. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000;11:223-9.
  17. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2001;160:2964-2968.
  18. Somerfield MR, Weisman CS, Ury W, Chase GA, Folstein MF. Physician practises in the diagnosis of dementing disorders. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:172-175.
  19. Glasser M. Alzheimers disease and dementing disorders: practices and experiences of rural physicians. *Am J Alzheimers Care Rel Disord Res*. 1993;8(4):28-35.
  20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:777-781.
  21. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Fam Physician*. 1997;43:1763-1768.
  22. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.ed. Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 1994.
  23. Eefsting JA, Boersma F, Van den Brink W, Van Tilburg W. Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. *Psychol Med*. 1996;26:1223-30.
  24. Sternberg SA, Wolfson C, Baumgarten M. Undetected dementia in community-dwelling older people: the Canadian Study of Health and Aging. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1430-4.
  25. Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. *The Honolulu-Asia Aging Study*. *JAMA*. 1997;277:800-5.
  26. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2.ed. Alexandria, VA: International Medical Publishing; 1996:531-40.
  27. Costa PT Jr, Williams TF, Somerfield M. *Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias*. Clinical Practice Guideline no. 19. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996. AHCPR publication no. 97-0702.
  28. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.
  29. Scanlan JM, Brush M, Quijano C, Borson S. Comparing clock tests for dementia screening: naive judgments vs formal systems—what is optimal? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:14-21.
  30. Schramm U, Berger G, Muller R, Kratzsch T, Peters J, Frolich L. Psychometric properties of Clock Drawing Test and MMSE or Short Performance Test (SKT) in dementia screening in a memory clinic population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:254-60.
  31. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:548-61.
  32. Kirby M, Denihan A, Bruce I, Coakley D, Lawlor BA. The clock drawing test in primary care: sensitivity in dementia detection and specificity against normal and depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:935-40.
  33. Powlishta KK, Von Dras DD, Stanford A. The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology*. 2002;59:898-903.
  34. Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) examination. *J Clin Psychiatry*. 1987;48:314-318.
  35. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:216-22.
  36. Frank RM, Byrne GJ. The clinical utility of the Hopkins Verbal Learning Test as a screening test for mild dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:317-24.
  37. Hogervorst E, Combrinck M, Lapuerta P, Rue J, Swales K, Budge M. The Hopkins Verbal Learning Test and screening for dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;13:13-20.
  38. Jarvenpaa T, Rinne JO, Raiha I. Characteristics of two telephone screens for cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;13:149-55.
  39. Lawrence J, Davidoff D, Katt-Lloyd D, Auerbach M, Hennen J. A pilot program of improved methods for community-based screening for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:205-11.
  40. Wilder D, Cross P, Chen J. Operating characteristics of brief screens for dementia in a multicultural population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1995;3:96-107.
  41. Braekhus A, Laake K, Engedal K. A low, 'normal' score on the Mini-Mental State Examination predicts development of dementia after three years. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43:656-61.
  42. Law S, Wolfson C. Validation of a French version of an informant-based questionnaire as a screening test for Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry*. 1995;167:541-4.
  43. Lindeboom J, Launer LJ, Schmand BA, Hooyer C, Jonker C. Effects of adjustment on the case-finding potential of cognitive tests. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:691-5.
  44. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula Mental Test: a screening test for elderly people in less developed countries. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11:714-20.
  45. McDowell I, Kristjansson B, Hill GB, Hebert R. Community screening for dementia: the Mini Mental State Exam (MMSE) and Modified Mini-Mental State Exam (3MS) compared. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:377-83.
  46. Heun R, Papassotiropoulos A, Jennssen F. The validity of psychometric instruments for detection of dementia in the elderly general population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:368-80.
  47. Solomon PR, Brush M, Calvo V. Identifying dementia in the primary care practice. *Int Psychogeriatr*.

- 2000;12:483-93.
48. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1143-53.
49. Reilly S, Challis D, Burns A, Hughes J. The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging Ment Health*. 2004;8:249-55.
50. Borson S, Brush M, Gil E. The clock drawing test: utility for dementia detection in multiethnic elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54:534-540.
51. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW Jr. Does this patient have dementia? *JAMA*. 2007;297:2391-404.
- 

**Artigo Recebido: 26/05/2008**

**Aceito para publicação: 05/08/2008**