

# ANÁLISE NEUROPSICOLÓGICA DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE NÃO AMNÉSICO EM PACIENTE GERIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

Rayanne do Nascimento Rodrigues<sup>1</sup>  
Paulo Eduardo de Lima Lourenço<sup>2</sup>  
Yasmin Victória Souza Gonçalves<sup>3</sup>  
Ana Livia Oliveira de Araújo<sup>4</sup>  
Heloísa de Freitas Pacífico<sup>5</sup>

## RESUMO

Os quadros depressivos vêm sendo cada vez mais recorrentes no envelhecimento. Eles se relacionam indireta e diretamente com o continuum de síndromes demenciais, pois se apresentam como fator de risco para o comprometimento cognitivo leve (CCL), condição geralmente intermediária entre o envelhecimento normal e a demência. Nesse contexto, percebe-se a importância de analisar a relação entre a depressão e os transtornos neurodegenerativos, com foco no CCL. Tendo isso em vista, este trabalho objetivou relatar um caso de paciente geriátrica de 67 anos, que foi avaliado por um serviço de neuropsicologia. A paciente apresentava sintomas depressivos desde a juventude, com histórico familiar de distúrbios neuropsiquiátricos e agravo do transtorno de humor no ano em que foi examinada. Antes do período de avaliação multidisciplinar, foi internada na urgência psiquiátrica devido à presença de delírios. Realizou-se baterias de testes de: rastreio; memória (verbal); Escala de Avaliação da Demência-2; atenção e velocidade de processamento. Constatou-se a preservação da funcionalidade na execução de atividades da vida diária. Os resultados dos testes demonstraram desmotivação, dificuldade de concentração, falta de iniciativa e de planejamento, nervosismo, ansiedade e perturbações da qualidade do sono. Com base na avaliação neuropsicológica, o diagnóstico sindrômico incluiu alteração da velocidade de processamento, síndrome disexecutiva e alteração visuoespacial, perfil compatível com comprometimento cognitivo leve vascular não amnésico misto. Dessa forma, verifica-se a importância da investigação etiológica do humor depressivo e do tratamento do CCL, com o intuito de atenuar fatores de risco para o desdobramento de síndromes demenciais, cuja evolução deve ser acompanhada por equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Comprometimento cognitivo, Neuropsicologia, Diagnóstico.

## INTRODUÇÃO

O comprometimento cognitivo leve (CCL) corresponde ao estágio intermediário entre o envelhecimento saudável e a demência, condição de degeneração progressiva, normalmente

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [rayanne.rodriques@academico.ufpb.br](mailto:rayanne.rodriques@academico.ufpb.br);

<sup>2</sup>Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [paulo.eduardo@academico.ufpb.br](mailto:paulo.eduardo@academico.ufpb.br);

<sup>3</sup>Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [yasmin.victoria2@academico.ufpb.br](mailto:yasmin.victoria2@academico.ufpb.br);

<sup>4</sup>Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [analivia504@hotmail.com](mailto:analivia504@hotmail.com);

<sup>5</sup>Orientadora: Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento, Universidade Federal da Paraíba - PB, [helopacifico@hotmail.com](mailto:helopacifico@hotmail.com)

irreversível (HUANG, 2023). Ele pode ser dividido em CCL amnésico, em que a memória é afetada, e não amnésico, quando ocorre comprometimento das funções executivas. É ainda subdividido em domínio único, quando apenas compromete um dos domínios, e multidomínio, quando lesa outras áreas importantes da cognição (RADANOVIC, 2015). Assim, cada aspecto da CCL pode tender para um *continuum* de síndromes demenciais, em que prevalece a doença de Alzheimer (DA) e a demência vascular (DV), respectivamente. Além disso, na senescência, não é incomum a presença concomitante dessas doenças (BARBOSA, 2022; HUANG, 2023).

Esse panorama torna-se ainda mais preocupante quando se analisa as projeções da Divisão da População da ONU. Segundo a organização, o que antes era um crescimento tênue da população senil, no século XX, assumiu um ritmo acelerado no século XXI, de modo a se ter um aumento absoluto e relativo do número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em termos comparativos, o grupo era composto por 202 milhões de indivíduos em 1950 e, em 2020, ultrapassou 1 bilhão (ALVES, 2019). Tendo isso em vista, a Organização das Nações Unidas estabeleceu a década de 2021-2030 como o período focado no estímulo à conscientização e à implementação de políticas voltadas aos envelhecimento saudável (TRINTINAGLIA, 2022). Nesse contexto, percebe-se a relevância geopolítica e social em analisar e compreender casos de comprometimento cognitivo leve, já que, só no Brasil, o CCL acomete cerca de 13 idosos em 1000 (BRUCKI, 2013).

Independentemente do tipo de CCL, é imprescindível fazer uso de instrumentos de triagem, com o intuito de favorecer o tratamento precoce e, por conseguinte, melhorar o prognóstico do paciente. Abaixo se encontra listado alguns dos mais expressivos testes e escalas de avaliação do desempenho cognitivo:

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um dos testes mais consolidados na prática de avaliação de funções cognitivas, com pontuação máxima de 30 pontos, contemplando a observação da memória de trabalho, imediata, episódica e tardia; da linguagem; da orientação; e da habilidade visuoespacial (LOURENÇO, 2008).

A Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) é um protocolo objetivo que, semelhantemente ao MEEM, apresenta como pontuação máxima 30 pontos. Enquanto o MEEM avalia 5 domínios, o MoCA contempla 8, e, em cada um deles, avalia com base em uma variedade de tarefas (FREITAS, 2010). Por isso, pode ser considerado um teste mais sensível do que o MEEM.

O Teste de Aprendizagem de Hopkins Revisado se trata de uma verificação breve, a qual demanda do paciente o exercício da memória, que é provada por até 3 tentativas, pela

memorização de uma lista de vocábulos (12). Após esse primeiro momento, e um período de descanso, o indivíduo é submetido a um exame com o dobro de itens da primeira lista. Esse instrumento de triagem também examina a aprendizagem verbal (BENEDICT, 1998).

A Escala de Avaliação da Demência - 2º versão (DRS-2) é formada por um conjunto de testes que descrevem os campos da conceituação, iniciativa e perseveração, construção, memória e atenção, os quais conferem uma pontuação total do voluntário que avalia o quadro cognitivo de forma generalizada (LOPEZ, 2023).

O Teste de Stroop avalia as funções executivas por meio das cores, através da leitura e nomeação de palavras que simbolizam cores distintas (CASTRO, 2009). Um exemplo seria ler a palavra “azul” pintada de amarelo.

O *Trail Making Test* (T.M.T) avalia a resposta à demanda de divisão de atenção, sendo dividido em parte A e B, sendo essa última mais avançada. Ambas exigem o desenho de um trajeto entre números, de modo otimizado e com o lápis a todo instante na folha de desenho (ALVES, 2010).

A Figura Complexa de Rey (FCR) se trata de um teste que avalia a memória tardia, e até a imediata, juntamente com as habilidades visuoespaciais, exigindo que o voluntário reproduza a figura geométrica complexa e, sem ter recebido instruções anteriores, tente recriar seu desenho apenas com a memorização da experiência anterior (JAMUS, 2005).

A Escala de Avaliação de Incapacidade à Demência (DAD) averigua, de forma objetiva e subjetiva, desde a iniciativa até a concretização das atividades de vida diária (AVDs) básicas, instrumentais e complexas (CARTHERY-GOULART, 2007).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) corrobora o exposto anteriormente: a depressão se associa com o comprometimento cognitivo leve. Portanto, torna-se relevante para a detecção precoce do CCL (RADANOVIC, 2015).

Ademais, vale destacar que a condição pré-demencial do comprometimento cognitivo leve não é necessariamente progressiva, uma vez que, a depender do tratamento e da especificidade de cada caso, pode ser estagnada e, ainda, regredir. Visando fomentar o estudo dos casos de CCL, o presente trabalho tratará de uma mulher idosa depressiva, 67 anos, diagnosticada com comprometimento cognitivo leve do tipo vascular multidomínio, após ser submetida a uma bateria de testes neuropsicológicos e exames de neuroimagens. Outrossim, pretende-se discutir a relação entre CCL e sintomas depressivos. É importante ressaltar que o caso torna-se ainda mais relevante de ser discutido porque o CCL não amnésico pode evoluir para DA e para DV (RADANOVIC, 2015).

## **METODOLOGIA**

O trabalho realizado consistiu em um estudo observacional do tipo descritivo, pois se trata de um relato de caso da Clínica Escola de Psicologia da UFPB, a qual exerce sua atuação com base no Serviço de Neuropsicologia do Envelhecimento (SENE) que era oferecido pelo Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba – Campus I. A elaboração desse estudo de caso foi possibilitada pela disponibilização, por parte da clínica mencionada, de prontuários e resultados de exames.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Paciente mulher com 67 anos, divorciada, destra, com aproximadamente 5 anos de escolaridade e cargo público estável até um ano antes do momento de seu atendimento pelo SENE, em que deu entrada na licença, com diagnóstico prévio de depressão e ansiedade dado por neurologistas. A avaliação ocorreu por solicitação médica.

Durante a investigação dos antecedentes pessoais, descobriu-se que é hipertensa e depressiva. Não faz atividades de estimulação cognitiva. Ela nega diabetes, hipercolesterolemia e alergias. Também nega, como comportamento de risco, tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas. Tem nódulo na tireóide, o qual não é tratado, mas sem problemas hormonais associados a ela. Teve catarata há um ano antes do atendimento. Relata intervenções cirúrgicas de cesárea e vesícula em 2016. Teve uma internação na urgência psiquiátrica no início de 2018, há seis meses do atendimento pelo SENE, devido à presença de delírios, agitação e manias de comprar, de forma exagerada, em supermercados. Durante esse período, não quis tomar remédios nem se banhar. As medicações em uso incluíam Maleato de Enalapril de 10 mg e Maleato de Enalapril de 25 mg (anti hipertensivo); Quetros de 25 mg e Quetros de 100 mg (antipsicótico); Hidroclorotiazida de 25 mg (anti hipertensivo); Razapina de 45 mg (antidepressivo); Rivotril de 2 mg (ansiolítico). A paciente tomou Fluoxetina por aproximadamente 5 anos, mas parou há 2 anos, antes do atendimento.

Os antecedentes familiares incluíam irmão com transtorno bipolar e outro com depressão. A sobrinha era esquizofrênica e a mãe da paciente teve doença cerebrovascular e sintomas de Alzheimer. Quanto ao quadro psicológico da paciente, as queixas principais correspondem ao humor depressivo, à falta de concentração, à diminuição do planejamento e de iniciativa para tomar banho e à lentificação psicomotora. Ela relatou que apresentou falta de iniciativa para fazer as atividades habituais, preferência por ficar em casa, em razão da

desmotivação para sair dela, dificuldade para dormir sem remédio e dificuldade de concentração. Além disso, apresentava nervosismo e ansiedade elevada quando pensava em retornar ao trabalho, pois estava de licença há um ano, e complicações para sair de casa sozinha, mesmo que, segundo sua filha, ela sempre tenha apresentado insegurança em relação a andar de forma autônoma por meio do uso de ônibus. Quanto ao seu desempenho na vida doméstica, a paciente conseguia organizar sua residência e lavar suas roupas, mas informou que encontrava dificuldades em cozinhar, pois, em alguns momentos, deixava o fogão ligado.

A paciente não relatou que chorava com facilidade e informou que nunca teve alucinações. Sob a avaliação do SENE, apresentou muitas respostas de “não sei”. Os avaliadores descartaram os seguintes distúrbios: apraxias, agnosias ou anosognosia. A orientação temporoespacial e alopsíquica estavam preservadas. Conforme informações fornecidas pela filha, a sintomatologia iniciou há aproximadamente 11 meses antes do atendimento. Ela informou que, embora a mãe seja capaz de lembrar de seus compromissos, não apresentava iniciativa para realizá-los. Ainda relatou que a higiene pessoal e a velocidade de processamento da paciente estavam diminuindo.

**Tabela 1** - Resultados e significado dos instrumentos neuropsicológicos

Domínio	Teste	Escore Bruto	Escore Z	Percentil	Interpretação
RASTREIO	MEEM	23/30	-	-	Média inferior
	MoCA	18/30	-	-	Deficitário
	RELÓGIO POR ORDEM	5/10	-	-	Qualitativa
MEMÓRIA (VERBAL)	HOPKINS imediata	21/36	-0,11	46	Média
	HOPKINS tardia	5/12	-0,98	16	Média inferior
DRS-2	ATENÇÃO	36/37	0,43	67	Média
	INICIATIVA E PERSEVERAÇÃO	34/37	-0,84	20	Média superior
	CONSTRUÇÃO	6/6	0,30	62	Média
	CONCEITUAÇÃO	37/39	0,57	Entre 71 e 72	Média
	MEMÓRIA	23/25	-0,38	Entre 35 e 36	Média
	TOTAL	136/144	0,01	50	Média
	ATENÇÃO E VELOCIDADE DE PROCESSAMENTO	STROOP A	32''	-2,45	Entre 0,6 e 0,9

**Tabela 1** - Resultados e significado dos instrumentos neuropsicológicos

Domínio	Teste	Escore Bruto	Escore Z	Percentil	Interpretação
	STROOP B	30''	-0,70	23	Média inferior
	T.M.T.-A	2'03''	-4,23	<0,1	Deficitário
	CÓDIGOS	23	0	50	Média
	D2 RB	136	-	-	Avaliação qualitativa
	D2 RL	91	-	-	Qualitativa
FUNÇÕES EXECUTIVAS	FAS	23	-0,44	33	Média
	STROOP C	37''	0,27	61	Média
	T.M.T.-B	91	-3,16	<0,1	Deficitário
VISUOESPACIAL E VISUOCONSTRUTIVO	CUBOS	9/68	-1	16	Média inferior
	F.C.R CÓPIA	9/36	-3,62	<0,1	Deficitário
LINGUAGEM	BOSTON	12/15	0,41	66	Média
	D.A.D	37/40	-	-	Menos de 94% é considerado significativo
FUNCIONALIDADE, COMPORTAMENTO E HUMOR	F.A.Q	10	-	-	≥1-5 sugere comprometimento leve da funcionalidade de alta complexidade
	N.P.I	6	-	-	Qualitativa
	GDS-15	12/15	-	-	≥5 e ≤10 indica depressão

Fonte: De autoria própria.

Nesse contexto, percebeu-se que as AVD básicas e instrumentais estavam preservadas, enquanto as AVD complexas se encontravam relativamente, apesar de terem sido afetadas pela falta de iniciativa da paciente, segundo a filha, o que se expressou, por exemplo, em dificuldades para fazer listas de compras para supermercado. Nesse contexto, ela passou a administrar a vida financeira da mãe, no que tange ao pagamento de contas, já que a paciente mencionou adversidades no manuseio de caixa eletrônico. Além disso, a paciente parou de

fazer croché e apresentou dificuldades em escolher sua muda de roupas para sair e fazer lista de supermercado.

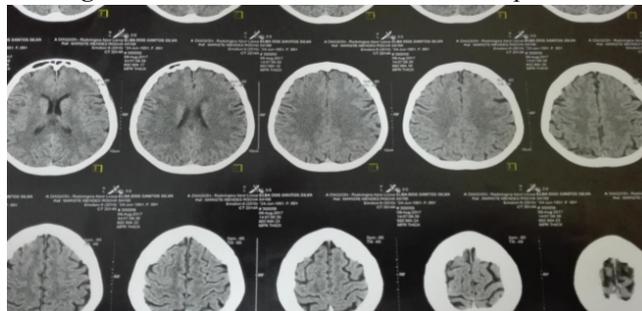
Quanto aos exames diagnósticos, a paciente fez PET/CT cerebral (Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons), TCC (Tomografia Computadorizada de Crânio) e RM (Ressonância Magnética). A PET/CT cerebral indicou metabolismo normal no córtex cerebral, núcleos da base e cerebelo, com estudo sem alterações metabólicas características de DA (doença de Alzheimer) ou DFT (Demência Frontotemporal). O estudo tomográfico computadorizado crânio-encefálico não evidenciou alterações significativas. No entanto, a RM detectou sinais de moderada microangiopatia isquêmica supratentorial.

**Figura 1** - Corte coronal do TC de crânio da paciente



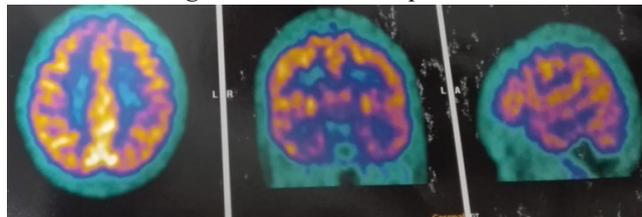
Fonte: De autoria própria

**Figura 2** - Corte axial do TC de crânio da paciente



Fonte: De autoria própria.

**Figura 3** - PET-CT da paciente



Fonte: De autoria própria.

O perfil clínico da paciente é compatível com Comprometimento Cognitivo Leve Vascular - CCV (não amnésico misto - disexecutivo e visuoespacial), o qual pode estar

associado a fatores vasculares, como a moderada microangiopatia isquêmica supratentorial detectada na RM. A paciente não poderia apresentar CCL do tipo amnésico porque, durante a bateria de testes neuropsicológicos, suas respostas foram registradas como “médias” no que se refere ao domínio da memória, ao passo que o retorno obtido nos domínios visuoespacial e visuoespacial, das funções executivas e da atenção e velocidade de processamento foram deficitários. O quadro condiz com os apontamentos científicos recentes, já que o CCV, quando contraposto à DA, afeta primariamente as funções executivas e, posteriormente, a memória (HUANG, 2023). Isso poderia explicar a razão da paciente não ter apresentado implicações neurológicas significativas nesse domínio, de acordo com os testes realizados.

A depressão é uma das principais doenças crônicas que interferem na autonomia dos idosos e no pleno exercício de suas capacidades mentais, afetando, principalmente, pessoas do sexo feminino e a faixa de 60-80 anos de idade (MIRANDA, 2023). No campo das síndromes demenciais, ela se trata de um aspecto controverso na literatura quanto ao seu papel na conversão do CCL a, por exemplo, DA. A maioria dos estudiosos concorda que a depressão é fator relevante para a modificação de um cérebro neurologicamente típico para um adoecido, sendo, inclusive, fator de risco para o desenvolvimento de Alzheimer (BRAZ, 2020). Em um estudo brasileiro, as diferenças entre o CCL com e sem depressão foram comprovadas por meio de neuroimagens, cujas discrepâncias se sobressaíam quando contrapostas com voluntários de capacidade cognitiva saudável. A pesquisa sustenta a hipótese de que o CCL deprimido não é uma condição prodromática para o aparecimento da doença de Alzheimer, apenas uma subdivisão adicional (CORREIA, 2021).

No que tange ao caso analisado, conforme exposto anteriormente, a paciente recebeu diagnóstico prévio de depressão, o qual, durante a anamnese com ela e com sua filha, aparentam estar afetando sua qualidade de vida e influenciando em seu tipo de CCL. A controvérsia se encontra no resultado da Escala de Depressão Geriátrica, já que a idosa não teve pontuação dentro do intervalo necessário do diagnóstico, o que contradiz a anamnese e o laudo anterior de humor depressivo. Assim, é recomendado repetir o teste. Devido à presença de duas condições prejudiciais à qualidade de vida (depressão e CCV), é necessário acompanhamento terapêutico e neurológico, a fim de prevenir o agravamento do quadro.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O comprometimento cognitivo leve é uma condição com uma variedade de subtipos que se correlacionam e ainda não são completamente compreendidos pela ciência, nem são usados

de forma integral e institucionalizada em todos os âmbitos terapêuticos. Nesse sentido, é necessário conhecer os instrumentos de triagem e utilizá-los de forma combinada, em apoio de uma equipe multidisciplinar, a fim de não subdiagnosticar essa condição pré-demencial, nem confundí-la com as síndromes demenciais.

No presente relato de caso, discorreu-se sobre uma paciente geriátrica com depressão e CCV de multidomínio (não amnésico misto - disexecutivo e visuoespacial). A microangiopatia isquêmica supratentorial, o histórico familiar de distúrbios neuropsicológicos e de doenças cerebrovasculares parecem apontar para uma tendência de desenvolvimento da patologia. Quanto à associação de CCL com depressão, conforme apontado pela anamnese e pelo diagnóstico prévio de depressão, ainda é inconclusivo sua relação na conversão de comprometimento cognitivo em doença de Alzheimer, por exemplo, sendo considerado, de forma mais precisa, um subtipo de comprometimento cognitivo. Nesse contexto, é necessário mais estudos sobre a influência da depressão em distúrbios neurodegenerativos.

Além disso, a tendência mundial de aumento percentual e absoluto da população senil, da qual o Brasil não é uma exceção, mostra a importância geopolítica e social de detectar os sinais e sintomas da neurodegeneração na terceira idade. Dessa forma, será possível oferecer melhores serviços públicos de saúde e, por conseguinte, permitir que o aumento da longevidade seja acompanhado da melhora na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longevidade**, 2019.

ALVES, Fernanda Ota et al. Avaliação da atenção sustentada e alternada em uma amostra de adultos saudáveis com alta escolaridade. **Psicologia Hospitalar**, v. 8, n. 2, p. 89-105, 2010.

BARBOSA, Breno José Alencar Pires et al. Diagnóstico do comprometimento cognitivo vascular: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, p. 53-72, 2022.

BENEDICT, Ralph HB et al. Hopkins Verbal Learning Test–Revised: Normative data and analysis of inter-form and test-retest reliability. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 12, n. 1, p. 43-55, 1998.

BRAZ, Igor Dutra et al. Relação entre a doença de Alzheimer e a depressão: uma revisão bibliográfica. **Cadernos UniFOA**, v. 15, n. 44, 2020.

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi. Epidemiologia do comprometimento cognitivo leve no Brasil. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 7, p. 363-366, 2013.

CARTHERY-GOULART, Maria Tereza et al. Adaptação transcultural da escala de avaliação de incapacidade em demência (Disability Assessment for Dementia-DAD). **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 65, p. 916-919, 2007.

CASTRO, São Luís; CUNHA, Luís S.; MARTINS, Luísa. Teste Stroop Neuropsicológico em Português. 2009.

CORREIA, Rodolfo Dias Chiari. **Diferenças estruturais e funcionais no cérebro de idosos deprimidos e não deprimidos com comprometimento cognitivo leve e suas relações com a doença de Alzheimer: um estudo por ressonância magnética**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DE MIRANDA, Deimi Barbosa; RODRIGUES, Karmecilda Pereira Dias; DA SILVA, Maria Nauside Pessoa. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 6, p. 5130-5149, 2023.

FREITAS, Sandra et al. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 9, n. 3, p. 345-357, 2010.

HUANG, Juebin. Comprometimento cognitivo e demência vasculares. **Manual MDS**, 2023.

Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/del>

irium-e-dem%C3%A2ncia/comprometimento-cognitivo-e-dem%C3%A2ncia-vasculares.  
Acesso em: 10 de novembro de 2023.

LOPEZ, Francesca V. et al. What does the Dementia Rating Scale-2 measure? The relationship of neuropsychological measures to DRS-2 total and subscale scores in non-demented individuals with Parkinson's disease. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 37, n. 1, p. 174-193, 2023.

LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto; RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, p. 7-16, 2008.

RADANOVIC, Márcia; STELLA, Florindo; FORLENZA, Orestes V. Comprometimento cognitivo leve. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 162-168, 2015.

TRINTINAGLIA, Vanessa; BONAMIGO, Andrea Wander; DE AZAMBUJA, Marcelo Schenk. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 15-15, 2022.