

Perfil clínico dos pacientes com doença de Parkinson

Clinical profile of patients with Parkinson's disease

Perfil clínico dos pacientes con enfermedad de Parkinson

Ana Lúcia Farias Vidal¹, Izis Gabrielle Cordeiro Ribas¹, Ananda Beatriz Lobato Gomes¹, Gabriel Pelais Dias¹, Emily Tayná Gonçalves de Lima¹, George Alberto da Silva Dias¹, Márcia Goretti Guimarães de Moraes¹, Roberta Amanajás de Melo², Renata Amanajás de Melo¹.

RESUMO

Objetivo Traçar o perfil clínico dos pacientes com doença de Parkinson (DP) envolvidos com um serviço de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde, no estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal com busca de prontuário nas fichas de admissão localizadas no departamento do Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI), na Policlínica Metropolitana do Estado do Pará, localizada na capital paraense, Belém. Foram coletados 21 prontuários de ambos os sexos, que já receberam atendimento no NAI/UEPA, no período de 2019 a 2023. **Resultados:** A amostra estudada foi composta de 21 sujeitos com diagnóstico de DP de ambos os sexos, com 9 mulheres (38%) e 13 homens (62%), sendo a média de idade de 63 anos (variando de 43 a 84 anos). Foi verificada a prevalência de comorbidades cardiovasculares nos pacientes com DP. Os distúrbios psíquicos apresentaram uma alta prevalência com 38% dos pacientes com DP possuíam Transtorno de Ansiedade, 19% Depressão e 9,5% Demência. Todos os pacientes estavam em utilização de medicamentos com uma média de 5 por dia. **Conclusão:** Foi evidenciado que os pacientes possuem uma alta prevalência de comorbidades cardiovasculares e psíquicas, além de ter sido observado a polifarmácia.

Palavras-chave: Estudo Clínico, Doença de Parkinson, Idoso.

ABSTRACT

Objective: To trace the clinical profile of two patients with Parkinson's Disease (PD) involved in a health service linked to the Unified Health System, in the state of Pará. **Methods:** This is a descriptive study of a transversal type with a search for records in the admission forms located in the department of the Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI/UEPA), in the Policlínica Metropolitana do Estado do Pará, located in the capital of Pará, Belém. We collected 21 medical records of both sexes, who will receive care under NAI, in the period from 2019 to 2023. **Results:** The sample studied was composed of 21 subjects diagnosed with PD of both sexes, with 9 women (38%) and 13 men (62%), with an average age of 63 years (varying from 43 to 84 years). The prevalence of cardiovascular comorbidities in PD patients was verified. Psychological disorders present a high prevalence with 38% of patients with PD having Anxiety Disorder, 19% Depression and 9.5% Demência. All patients were using medications with an average of 5 per day. **Conclusion:** It has been shown that patients have a high prevalence of cardiovascular and psychological comorbidities, in addition to having been observed with polypharmacy.

Keywords: Clinical Study, Elder, Parkinson Disease.

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

² Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT.

RESUMEN

Objetivo: Traçar el perfil clínico de dos pacientes con Enfermedad De Parkinson (EP) involucrados en un servicio de salud vinculado al Sistema Único de Salud, en el estado de Pará. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal con búsqueda de registros en los formularios de admisión ubicados en el departamento del Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI), de la Policlínica Metropolitana del Estado de Pará, ubicada en la capital de Pará, Belém. Se recolectaron 21 historias clínicas de ambos sexos, que recibirán atención bajo NAI/UEPA, en el período de 2019 a 2023. **Resultados:** La muestra estudiada estuvo compuesta por 21 sujetos diagnosticados con EP de ambos sexos, siendo 9 mujeres (38%) y 13 hombres (62%), con una edad promedio de 63 años (variando de 43 a 84 años). Se verificó la prevalencia de comorbilidades cardiovasculares en pacientes con EP. Los trastornos psicológicos presentan una alta prevalencia: el 38% de los pacientes con EP presentan Trastorno de Ansiedad, el 19% Depresión y el 9,5% Demência. Todos los pacientes utilizaban medicamentos con un promedio de 5 por día. **Conclusión:** Se ha demostrado que los pacientes tienen alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y psicológicas, además de haber sido observados con polifarmacia.

Palabras clave: Anciano, Estudio Clínico, Enfermedad de Parkinson

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está relacionado com o aumento da expectativa de vida, o que traz à tona doenças antes não investigadas criteriosamente. A epidemiologia e a demografia avançaram em prol de mapear e categorizar fatores de riscos e perfil com tendência a certas patologias ou sintomatologias, sendo considerados os inúmeros avanços tecnológicos que afetam a vida cotidiana, os quais trazem uma facilidade no acesso a saúde e alimentação. Além disso, tais estudos também quantificam o envelhecimento saudável, associado a uma vida independente, e o não saudável, que se relaciona com doenças crônicas e neurodegenerativas (ROSER M, 2021).

Ao considerar esses fatores, doenças neurodegenerativas como a Doença e Parkinson (DP) se notam fortemente associadas ao envelhecimento (LEIVA AM, et al., 2019). Sendo assim, DP é a segunda doença neurodegenerativa incapacitante que mais acomete pessoas idosas, além de apresentar tendência a um aumento significativo do número de casos nos próximos anos, em decorrência do gradativo envelhecimento populacional (ROSSI T, et al., 2021).

Os pacientes com DP sofrem reduções na sua qualidade de vida e tem sua fragilidade em relação ao âmbito da saúde aumentada. O envelhecimento é o principal fator de risco para o surgimento e a intensificação da DP, pois nele acontecem prejuízos graduais nas estruturas e funções nervosas, isso gera diretamente processos neuroinflamatórios e prejudica a capacidade de eliminação de proteínas nocivas à rede neural (ZHANG N, et al., 2024).

Atualmente, existem diversas teorias sobre as possíveis etiologias relacionadas a DP, dentre elas as que apontam que hábitos comportamentais como tabagismo, consumo de cafeína constante, inatividade física ou sedentarismo afetam o risco de desenvolvimento da DP. Por isso, há estudos que sugerem que o risco de DP ainda é amplamente influenciado por fatores exógenos, sendo que os fatores não genéticos continuam a ser subestimados e pouco estudados (BILLINGSLEY KJ, et al., 2018).

A DP caracteriza-se pela perda de neurônios dopaminérgicos existentes na substância negra do mesencéfalo, apresenta-se de forma crônica e progressiva, suas manifestações iniciais são observadas nas Atividades de Vida Diária (AVDs), decorrentes do comprometimento motor (DOLINY AE, et al., 2023).

Assim sendo, podemos considerar a DP como uma patologia neurodegenerativa, progressiva e crônica que tem etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais, comportamentais e idiopáticos, abrangendo agregação da proteína α -sinucleína em corpos de Lewy, disfunção mitocondrial nas células neuronais, na neuroinflamação e no estresse oxidativo. Esses mecanismos, que se interceptam, levam

eventualmente as células nervosas, principalmente neurônios dopaminérgicos, à morte programada (apoptose) ou necrose, gerando um dano celular progressivo e irreversível. No estágio pré-clínico ocorre o acometimento do bulbo encefálico e do bulbo olfatório, posteriormente na fase clínica a substância negra mesencefálica é afetada e no estágio final as regiões corticais são comprometidas (JANKOVIC J e TAN EK, 2020).

O diagnóstico da DP é influenciado por quatro sinais cardinais, a bradicinesia, os tremores de repouso, a rigidez muscular e a instabilidade postural. Com a progressão patológica, a pessoa acometida com a doença pode apresentar também alterações na marcha, síndromes posturais e distúrbios no equilíbrio. Sintomas não motores da DP podem ser manifestados anos ou décadas antes dos sintomas motores, iniciando de forma leve e progredindo suas intensidades conforme a evolução da doença. Dentre os sinais não motores, se destacam o prejuízo na sensibilidade olfatória, distúrbios de sono, depressão, ansiedade, alterações gastrointestinais, disfunções urogenitais e repercussões somatossensoriais, incluindo dor e parestesia. Esses marcadores estão estritamente associados ao prejuízo em níveis neurais inferiores, como a medula oblonga, o bulbo olfatório e o nervo vago (TOLOSA E, et al., 2021; JANKOVIC J e TAN EK, 2020).

Embora se saiba que os primeiros sintomas a surgirem são os não motores, não se justifica o rastreamento dessas manifestações em indivíduos sem sintomas motores de parkinsonismo na tentativa de alcançar um diagnóstico mais precoce, pois ainda não há um tratamento avançado que possa retardar o desenvolvimento da DP. Isso faz com que quando a patologia é definitivamente diagnosticada, a progressão da doença já se encontra avançada (CABREIRA V e MASSANO J, 2019). A partir dos avanços da medicina nos últimos anos, foram-se descobrindo possíveis tratamentos para a DP. Em 1900, a Dopamina foi sintetizada pela primeira vez e H. Dale descobriu fracas qualidades simpatomiméticas, ajudando P. Holtz quando descobriu a enzima “dopa descarboxilase” e documentou que a levodopa foi sintetizada em dopamina. Na época, a dopamina foi relegada a um simples composto intermediário para a síntese de noradrenalina e adrenalina, sendo esse o principal avanço no tratamento da DP (GOETZ CG, 2011).

Atualmente, a Levodopa é considerada o medicamento mais eficaz no tratamento da DP, demonstrando impacto positivo tanto na melhoria de aspectos motores quanto não motores. Além disso, os antagonistas de dopamina são comumente empregados, desempenhando o papel de se ligar aos receptores de dopamina no Sistema Nervoso Central (SNC). Fármacos específicos são utilizados para o manejo do quadro não motor atrelado a doença. A estimulação cerebral profunda é realizada mediante um procedimento cirúrgico no tecido cerebral e é considerada quando o paciente não apresenta resposta satisfatória a outras opções terapêuticas. A prática do exercício físico é indicada como um fator neuroprotetor para indivíduos com DP, sendo recomendável sua realização regular em todas as fases da condição, sendo preferível que seja prescrita por um profissional especializado em distúrbios do movimento, com destaque para fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (CHURCH FC, 2021; GRIMES D, et al., 2019).

Quanto à epidemiologia da DP, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foi verificado que há dados epidemiológicos que não retratam fielmente a realidade da doença no Brasil, devido, principalmente, às subnotificações, sobretudo na região Norte (SANTOS GF, et al., 2022).

Diante do exposto, tendo em vista a escassez de informações sobre a DP no Brasil, especialmente na região Norte, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil clínico dos pacientes com DP envolvidos com um serviço de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), no estado do Pará, especificando as principais comorbidades encontradas, as medicações mais utilizadas; o grau de fragilidade e a pontuação na 10-TaGa dos pacientes atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal com busca de prontuário nas fichas de admissão localizadas no departamento do Núcleo de Assistência ao Idoso (NAI), na Policlínica Metropolitana do Estado do Pará, localizada na capital paraense, Belém.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará nº CAAE 73250123.70000.5174, parecer nº 6.264.557. O estudo está em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e respeita os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objeto da pesquisa e período de coleta de dados

Foram coletados 21 prontuários de ambos os sexos, que já receberam atendimento no NAI/UEPA, no período de 2019 a 2023. O período de coleta compreendeu os meses de janeiro e fevereiro de 2024.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, houve a autorização da coleta pelo Termo de Consentimento de Utilização de Dados (TCUD) e a seleção dos prontuários seguindo a ordem alfabética dos pacientes e com a codificação dos nomes dos pacientes por siglas alfanuméricas. Foi utilizado um questionário baseado nos dados da ficha de admissão para que fossem preenchidos os dados na coleta. O questionário possuía os dados sociodemográficos, como: idade, sexo, escolaridade e hábitos de vida; dados a respeito do perfil clínico: principais comorbidades encontradas, as principais medicações utilizadas, impressões clínicas e grau de cognição, funcionalidade e fragilidade. A coleta foi realizada em uma sala reservada, garantindo a privacidade e a confidencialidade das informações.

Procedimento de análise dos dados

Após a etapa de coleta de dados, os formulários foram armazenados no programa da *Microsoft Excel*, tabulados, organizados e analisados de forma sistematizada, utilizando estatística descritiva onde os dados numéricos foram apresentados por meio de medidas de tendência central e dispersão, e as variáveis categóricas por meio de frequências.

RESULTADOS

A amostra estudada foi composta de 21 sujeitos com diagnóstico de DP de ambos os sexos, com 9 mulheres (38%) e 13 homens (62%), sendo a média de idade de 63 anos (variando de 43 a 84 anos). Os pacientes apresentaram uma média de peso de 72,1 kg (variando de 43 kg a 98 kg), média de altura de 1,62 m ($\pm 0,11$) e média de IMC de 27,31 ($\pm 4,78$) com os valores ilustrados na **tabela 1**.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes com Doença de Parkinson atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso da Universidade do Estado do Pará (NAI/UEPA).

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	13	62
Feminino	8	38
Idade		
43-52	2	9,5
51-63	11	52,3
63-75	5	24
75-84	3	14,2
IMC		
16,38-23,52	6	28,6
24,91-28,28	6	28,6
28,55-32,04	6	28,6
32,74-35,57	3	14,3
Total	21	100

Fonte: Vidal ALF, et al., 2024.

Foi verificada a prevalência de comorbidades cardiovasculares nos pacientes com DP, em que a maioria formada por 43% dos pacientes não apresentava nenhuma comorbidade. Enquanto que 38% apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica, seguidas por Diabetes Mellitus (9,5%) e dislipidemias (9,5%). A maioria composta por 85,7% dos pacientes não apresentou comorbidades osteomioarticulares, enquanto que um paciente apresentou Osteopenia, um apresentou Osteoporose seguido de um com Hérnia Discal, totalizando 14,3% dos pacientes. Além disso, foi apontado em 1 paciente a patologia Cirrose Hepática; 1 paciente atualmente com Neoplasia e 1 paciente em tratamento de Quimioterapia, conforme a **Tabela 2**.

Tabela 2 – Comorbidades cardiovasculares e osteomioarticulares dos pacientes com Doença de Parkinson atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso da Universidade do Estado do Pará (NAI/UEPA).

Variável	N	%
Comorbidades cardiovasculares		
Hipertensão Arterial Sistêmica	8	38
Diabetes Mellitus	2	9,5
Dislipidemias	2	9,5
Comorbidades Osteomioarticulares		
Não possui	18	85,72
Osteopenia	1	4,76
Osteoporose	1	4,76
Hérnia Discal	1	4,76
Outros		
Cirrose Hepática	1	4,76
Neoplasia	1	4,76
Neoplasia/Quimioterapia	1	4,76

Fonte: Vidal ALF, et al., 2024.

Os distúrbios psíquicos apresentaram uma alta prevalência com 38% dos pacientes com DP possuíam Transtorno de Ansiedade, 19% Depressão e 9,5% Demência. Enquanto que 28,5% apresentavam comprometimento visual, apenas 1 informou que suas atividades de vida diárias (AVDs) foram afetadas. Além disso, apenas 1 paciente relatou comprometimento auditivo, embora 47,6% pontuaram ter limitação motora, conforme a **tabela 3**.

Tabela 3 – Comorbidades psíquicas e limitações dos pacientes com Doença de Parkinson atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso da Universidade do Estado do Pará (NAI/UEPA).

Variável	N	%
Distúrbios psiquiátricos		
Transtorno de Ansiedade	8	38
Depressão	4	19
Demência	2	9,5
Limitação		
Visual	6	28,5
Auditiva	1	4,76
Motora	10	47,6

Fonte: Vidal ALF, et al., 2024.

Todos os pacientes estavam em utilização de medicamentos com uma média de 5 por dia, sendo que 33,33% ingeriam entre 2 a 4, 42,85%, na faixa de 5 a 7 e 23,81% 8 a 11 medicamentos a cada dia. Os medicamentos mais prevalentes são a Prolopa BD em uso por 82% dos pacientes, Dicloridrato de pramipexol em 61,9%, Prolopa BHS em 42,8%, Losartana em 28,5%, Prolopa em 28,5% e Sinvastatina em 23,8% dos pacientes, conforme a **Tabela 4**.

Tabela 4 – Medicamentos mais utilizados pelos pacientes com Doença de Parkinson atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso da Universidade do Estado do Pará (NAI/UEPA).

Variável	N	%
Quantidade de medicamentos		
2-4	7	33,33
5-7	9	42,86
8-11	5	23,81
Medicamentos		
Prolopa BD	17	82
Dicloridrato de pramipexol	13	61,9
Prolopa BHS	9	43,8
Losartana	6	28,5
Prolopa	6	28,5
Sinvastatina	5	23,8

Fonte: Vidal ALF, et al., 2024.

Foi pontuado também a *Frail Scale*, na qual 47,6% dos pacientes foram classificados como Pré-Frágil e 33,3% considerados Frágeis, seguidos de 14,3% Não Frágeis e 4,7% não informado. Enquanto que na 10-TagA, 28,6% dos pacientes foram classificados como Baixo Risco, 28,6% como Risco Moderado, 28,6% como Alto Risco e 14,2% não foram informados, conforme a **tabela 5**.

Tabela 5 – Pontuação na *Frail Scale* e 10-TaGa dos pacientes com Doença de Parkinson atendidos no Núcleo de Assistência ao Idoso da Universidade do Estado do Pará (NAI/UEPA).

Variável	N	%
Frail Scale		
Não Frágil	3	14,3
Pré-Frágil	10	47,7
Frágil	7	33,3
Não informado	1	4,7
10-TaGa		
Baixo risco	6	28,6
Risco moderado	6	28,6
Alto risco	6	28,6
Não informado	3	14,2

Fonte: Vidal ALF, et al., 2024.

DISCUSSÃO

O resultado foi composto de 21 pacientes com diagnóstico de DP, com 9 mulheres (43%) e 12 homens (57%) corroborando os achados na literatura de que a DP possui maior prevalência no sexo masculino, conforme um achado na literatura de 35 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino compreendendo 51,42% da amostra (ACÁCIO BLS, et al., 2024). Já Elbaz A (2016) explana possíveis explicações para essa diferença, incluindo exposições ocupacionais mais frequentes em homens e a neuroproteção por estrógenos em mulheres, bem como fatores genéticos.

No entanto, a faixa etária prevalente na amostra deste estudo compreendeu as idades de 51 aos 63 anos com porcentagem de 52,3%, o que contradiz o estudo de Acácio B.L.S et. al, a faixa etária dos 70 aos 79 anos foi a predominante e totalizou 48,57% da amostra. Porém, encontrou-se que pacientes com a faixa etária entre 45 aos 59 compreenderam 52% da amostra em um estudo realizado em Belém no estado do Pará, o qual está em concordância com este estudo, visto que ambos tiveram informações colhidas de pacientes na mesma cidade (PINTO ALC, et al., 2022). Além disso, observou-se em uma pesquisa que a prevalência da DP foi superior nos idosos, na faixa entre 60 e 79 anos, com predomínio do sexo masculino, mas que havia uma parcela de pacientes com idade entre 30 e 50 anos, corroborando com os achados de que atualmente a DP está se manifestando em pacientes mais jovens (VASCONCELLOS PRO, et al., 2023). Neste estudo, é

possível observar que 52,3% dos pacientes com DP atendidos no NAI/UEPA possuem uma faixa etária de 51 a 63 anos, contribuindo com os achados similares na literatura.

Na amostra de Clementino ACCR, et al. (2021), os participantes apresentaram uma média de IMC de 24,7, o que está em concordância com a média do IMC encontrado neste estudo, a qual foi de 27,31. Além disso, observou-se na amostra deste estudo que 28,6% dos pacientes IMC entre 16,38 e 23,53, 28% entre 24,9 e 28,28; 28% entre 28,55 e 32,04 e 14,3% entre 32,74 e 35,57. Tal proximidade de valores sugere uma relação entre esta variável com a DP, porém ainda são poucos os estudos que relacionam esses dois fatores, bem como ainda não há consenso sobre como utilizar esse parâmetro para avaliar o estado nutricional em idosos (SOUZA R, et al, 2013).

Em um estudo realizado em Salvador-BA de Fernandes E, et al. (2018), foi analisada também a incidência de comorbidades nessa amostra, em que se observou maior frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (46%), seguida por dislipidemias (12%) e Diabetes Mellitus (10%), enquanto que neste estudo, 38% apresentaram HAS, seguida por Diabetes Mellitus (9,5%) e dislipidemia (9,5%). Os dados entre este estudo e o de Fernandes e colaboradores apresentam uma consonância, visto que há um predomínio da HAS e a prevalência da Diabetes Mellitus e dislipidemias como comorbidades vasculares mais encontradas em pacientes com DP.

Em relação às manifestações mais comuns na DP, os transtornos depressivos se caracterizam como manifestações não motoras mais visualizadas (GARCIA CCC, et al., 2021). Na literatura, no estudo de Fernandes E, et al. (2018), encontrou-se 21,57% de pacientes com DP e Depressão e 3,92% com Transtorno de Ansiedade. Porém neste estudo, 38% dos pacientes com DP possuem Transtorno de Ansiedade e 19% têm Depressão, o que sugere que as taxas de incidência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com DP estão aumentando, visto que são seis anos de diferença entre a publicação dos manuscritos. Observou-se também a prevalência de Demência em 9,5% na amostra deste estudo, corroborando que a DP é um dos fatores confirmados para uma maior probabilidade de desenvolver Demência (BAPTISTA R, et al., 2021).

Existem diversos outros comprometimentos que atingem os pacientes com DP como declínio no equilíbrio, comprometimento motor, dificuldade para percepção de realização de AVD, com diminuição da velocidade de marcha e pior desempenho motor e cognitivo, porém neste estudo foi observado especialmente as limitações motoras como predominantes (47,6%) (DE SOUZA MJC, 2021). Além disso, foi pontuado que 28,5% dos pacientes com DP neste estudo apresentam comprometimento visual, confirmando que existe uma disfunção ocular-visual que está sendo cada vez mais reconhecida como uma manifestação não-motora da DP, provocando alterações tanto a nível da função visual (acuidade visual), como ao nível da visão funcional (leitura e mobilidade) (SILVA J, et al., 2023). Embora apenas 4,76% desta amostra tenha comprometimento auditivo, achados na literatura permitem concluir que as alterações auditivas são frequentes em indivíduos com DP e afetam tanto o sistema auditivo periférico quanto central (LOPES MDS, 2018).

Quanto às medicações utilizadas pelos pacientes com DP há a presença da polifarmácia, que se caracteriza pelo uso de 4 ou mais medicamentos concomitantemente (PEREIRA KG, et al., 2017). Na amostra houve uma variação no uso de Prolopa Clássico, medicamento que inclui substâncias comprimidas e atua após sua absorção no intestino; Prolopa BD, o qual é igual ao Prolopa clássico, porém em dose menor e Prolopa HBS, HBS é uma sigla internacional que representa Hydrodynamically Balanced System (Sistema Equilibrado Hidrodinamicamente); esse sistema permite uma liberação prolongada das substâncias ativas no estômago, onde a cápsula permanece por mais tempo, conseqüentemente tendo um efeito prolongado (GERSZT PP, 2014).

A prevalência de fragilidade na amostra foi de 33,33% e de pré-fragilidade de 47,6%, porém não foram quantificados esses dados. Embora possa-se considerar que a fragilidade em pacientes com DP é muito alta, visto que em um estudo de 2022 foi atingido a porcentagem de 74,3%. A fragilidade está associada a características clínicas de DP avançada, em particular: maior duração da doença, estágios mais elevados de *Hoehn e Yahr*, maior comprometimento motor e carga não motora incluindo Demência, quedas, redução da qualidade de vida, além da institucionalização (COUTO AMD e SOARES SM, 2022).

Acerca da fragilidade, diversos estudos visam elaborar uma definição que possa contemplar com mais propriedade o conceito da síndrome de fragilidade no idoso, bem como suas características mais prevalentes (LANA LD e SCHENEIDER RH, 2014).

A 10-TagA foi criada por profissionais especializados, que se inspiraram na AGA para desenvolver uma ferramenta de gestão mais eficiente e focalizada. A pontuação de cada critério é dividida pelo número total de critérios analisados, gerando um valor que indica o nível de risco: quanto mais próximo de zero, menor o risco; quanto mais próximo de um, maior o risco de ocorrerem desdobramentos adversos, como perda de função, quedas, hospitalização e morte (ALIBERTI MJR, 2018). Diante dos dados apresentados na escala 10-TagA deste estudo, é possível inferir uma distribuição relativamente equitativa entre os diferentes estratos de risco atribuídos aos pacientes. Notavelmente, cada categoria de risco - Baixo, Moderado e Alto - compreende exatamente 28,6% dos pacientes, indicando uma uniformidade nessa classificação. Além disso, é pertinente observar que uma parcela de 14,2% dos pacientes não teve seu nível de risco devidamente informado. Essa ausência de informação para uma parte significativa da amostra ressalta a necessidade de uma abordagem mais abrangente na documentação e análise dos dados clínicos, a fim de garantir uma compreensão completa do perfil de risco do paciente com DP.

Destaca-se que esse trabalho contribuiu para a maior informação dos profissionais da saúde sobre o perfil dos pacientes com DP que são atendidos no estado do Pará. Além disso, é evidente a necessidade de maior investigação dos sintomas da DP, especialmente os não motores.

As principais limitações deste estudo foram a amostra em quantidade reduzida e a falta de informações nos prontuários devido a presença de espaços não preenchidos, o que pode ter ocorrido devido à grande variedade de profissionais que preenchiam os prontuários. Por isso, informações como o estadiamento na *Hoehn e Yard* não puderam ser coletadas.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a maioria dos pacientes com DP são do sexo masculino com a média de idade de 63 anos com uma variação de pacientes mais jovens com 43 anos a pacientes mais idosos com 84 anos. Foi evidenciado que os pacientes possuem uma alta prevalência de comorbidades cardiovasculares e psíquicas, além de ter sido observado a polifarmácia. Além disso, observou-se um alto índice de Fragilidade e uma uniformidade nos graus (baixo, médio e alto) de riscos de perda funcional, quedas, hospitalização e morte avaliados pela 10-TagA, embora exista uma parcela na qual os dados não foram possíveis coletar. Devido às limitações deste estudo, sugere-se mais pesquisas voltadas ao perfil clínico dos pacientes com DP, sobretudo na região Norte.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecimento à Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado do Pará (FAPESPA) pelo financiamento da pesquisa como um projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

REFERÊNCIAS

1. ALIBERTI MJR. Avaliação geriátrica compacta de 10 minutos: desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreio multidimensional breve para idosos. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2018; 202 p .
2. ACÁCIO BLS, et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson atendidos em um ambulatório de neurogeriatria. *Brazilian Journal of Health Review*, 2024; 7(1): 5915-5925.
3. BAPTISTA R, et al. Idosos com doença de parkinson: perfil e condições de saúde. *Enfermagem em Foco*, 2019; 10(5).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, 2021

5. BILLINGSLEY KJ, et al. Genetic risk factors in Parkinson's disease. *Cell and Tissue Research*, 2018; 373(1): 9–20.
6. CABREIRA, V E MASSANO J. Doença de Parkinson: Revisão clínica e atualização. *Acta Médica Portuguesa*, 2019; 32(10), 661-670.
7. CHURCH FC. Treatment Options for Motor and Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease. *Biomolecules*, 2021; 11(4): 612.
8. CLEMENTINO ACCR, et al. Perfil epidemiológico de pessoas com doença de parkinson Epidemiological profile of people with parkinson's disease. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(12): 115963-115975.
9. DE SOUZA MJS, et al. Perfil sociodemográfico, clínico e funcional de idosos com Doença de Parkinson. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 10548-10557.
10. DOLINY AEF. et al. Efeitos da fisioterapia aquática sobre variáveis cardiorrespiratórias na doença de Parkinson. *Fisioterapia em Movimento*, 2023; 36, e36126.
11. ELBAZ A et al. Epidemiology of Parkinson's disease. *Revue neurologique*, 2016; 172(1): 14-26.
12. FERNANDES I e DE SOUZA AF. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Parkinson em Salvador-Bahia. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 2018; 22(1).
13. GARCIA ACC, et al. Doença de Parkinson e transtorno depressivo: uma revisão bibliográfica Parkinson's disease and depressive disorder: a literatura review. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(5): 18921-18930.
14. GERSZT PP, et al. Interferência do tratamento medicamentoso imediato e tardio na doença de Parkinson no gerenciamento da disfagia. *Revista CEFAC*, 2014; 16: 604-619.
15. GOETZ CG. A história da doença de Parkinson: primeiras descrições clínicas e terapias neurológicas. *Perspectivas de Cold Spring Harbor na medicina*; 2011, 1 (1), a008862.
16. GRIMES D, et al. Canadian guideline for Parkinson disease. *CMAJ*, 2019; 191(36):E989-E1004.
17. JANKOVIC J e TAN EK. Parkinson's disease: etiopathogenesis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2020; 91(8): 795-808.
18. LANA, LD e SCHENEIDER RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014; 17, 673-680.
19. LEIVA AM, et al. Chile lidera el ranking latinoamericano de prevalencia de enfermedad de Parkinson. *Rev. Méd. Chile*, 2019; 535–536.
20. LOPES MDS, et al. Existe comprometimento do sistema auditivo na doença de Parkinson? *Revista CEFAC*, 2022; 20: 573-582.
21. PEREIRA KG, et al. . Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2017; 20: 335-344.
22. PINTO ALC, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com doença de Parkinson em Belém do Pará. *Research, Society and Development*; 2022; 11(6): e20411628851-e20411628851.
23. ROSSI T, et al. Executive Functions in Parkinson's Disease. *Psico-USF [Internet]*, 2021; 26(3): 439–49.
24. ROSER M, et al. Life Expectancy. *Our World in Data*; 2023.
25. SANTOS GF, et al. Doença de Parkinson: Padrão epidemiológico de internações no Brasil. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2022; 11 (1): e13511124535-e13511124535.
26. SILVA J, et al. Impacto da doença de Parkinson na visão: uma revisão de âmbito. *Saúde & Tecnologia*, 2023; 28: 28-35.
27. SOUZA R, et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 2013; 16, 81-90.
28. TOLOSA E, et al. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*, 2021; 20(5): 385-397.
29. VASCONCELLOS PRO, et al. Morbidade hospitalar e mortalidade por Doença de Parkinson no Brasil de 2008 a 2020. *Saúde em Debate*, 2023; 47(137 abr-jun): 196-206.
30. ZHANG N, et al. Relationship among α -synuclein, aging and inflammation in Parkinson's disease (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2023; 27(1): 23.