Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil clínico-epidemiológico-medicamentoso dos pacientes com doença de Parkinson atendidos em um projeto de extensão

Clinical-epidemiological-medication profile of patients with Parkinson's disease treated in an extension project

Perfil clínico-epidemiológico-medicamentoso de pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un proyecto de extensión

Pedro da Silva Gemaque[1], Thaís de Carvalho Barbosa[1], Thayssa Lemos Vilhena[1], Yeda Christelle Cordeiro de Souza[1], Fernanda Nery Aleixo[1], Margarida Emília Lobato da Silva[2], Anderson Luiz Pena da Costa[3], Nayana Keyla Seabra de Oliveira[1], Lorane Izabel da Silva Hage-Melim[1], Viviane Cristina Cardoso Francisco[1].

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e medicamentoso de pacientes com Doença de Parkinson acompanhados em um projeto de extensão no Amapá. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo, realizado com 42 pacientes, no estado do Amapá. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, análise de prontuários e aplicação de instrumentos clínicos, sendo submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** Predominaram indivíduos do sexo masculino (64,3%), com média de idade de 69 anos e maior frequência nos estágios intermediários da doença (45,24%). As comorbidades estavam presentes em 47,62% dos casos. A polifarmácia foi observada em 66,67% da amostra, com média de 5,76 medicamentos por paciente/dia. O uso combinado de medicamentos obtidos pelo SUS e por aquisição particular foi o mais frequente (66,67%). **Conclusão:** O estudo evidencia elevada complexidade clínica e terapêutica, com alta frequência de polifarmácia, presença de comorbidades e importante carga medicamentosa, refletindo a necessidade de monitoramento contínuo e abordagem multiprofissional no cuidado a pacientes com Doença de Parkinson. Como limitações, destacam-se o delineamento transversal, o tamanho amostral reduzido, a realização em um único serviço, o que pode restringir a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Epidemiologia, Polifarmácia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the clinical-epidemiological and pharmacological profile of patients with Parkinson's disease followed in an extension project in Amapá. **Methods:** This is an observational, cross-sectional, and descriptive study conducted with 42 patients, in the state of Amapá. Data were collected through interviews, medical record review, and application of clinical instruments, and were subjected to descriptive statistical analysis. **Results:** There was a predominance of male individuals (64.3%), with a mean age of 69 years and a higher frequency in the intermediate stages of the disease (45.24%). Comorbidities

[1] Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá – AP.
[2] Governo do Ex-Território do Amapá.
[3] Faculdade Estácio do Amapá, Macapá – AP.

SUBMETIDO EM: 7/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

were present in 47.62% of the cases. Polypharmacy was observed in 66.67% of the sample, with a mean of 5.76 medications per patient/day. The combined use of medications obtained through the public health system (SUS) and private purchase was the most frequent (66.67%). **Conclusion:** The study demonstrates a high level of clinical and therapeutic complexity, with a high frequency of polypharmacy, presence of comorbidities, and significant medication burden, highlighting the need for continuous monitoring and a multidisciplinary approach in the care of patients with Parkinson's disease. As limitations, the cross-sectional design, the small sample size, and the conduct in a single center may restrict the generalizability of the findings.

Keywords: Parkinson disease, Epidemiology, Polypharmacy.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico y medicamentoso de pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en un proyecto de extensión en Amapá. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado con 42 pacientes, en el estado de Amapá. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas, revisión de historias clínicas y aplicación de instrumentos clínicos, siendo sometidos a análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Predominaron individuos del sexo masculino (64,3%), con una edad media de 69 años y mayor frecuencia en los estadios intermedios de la enfermedad (45,24%). Las comorbilidades estuvieron presentes en el 47,62% de los casos. La polifarmacia se observó en el 66,67% de la muestra, con un promedio de 5,76 medicamentos por paciente/día. El uso combinado de medicamentos obtenidos a través del sistema público de salud (SUS) y de adquisición privada fue el más frecuente (66,67%). **Conclusión:** El estudio evidencia una elevada complejidad clínica y terapéutica, con alta frecuencia de polifarmacia, presencia de comorbilidades y una importante carga medicamentosa, lo que resalta la necesidad de monitoreo continuo y de un enfoque multidisciplinario en el cuidado de pacientes con enfermedad de Parkinson. Como limitaciones, se destacan el diseño transversal, el tamaño muestral reducido y la realización en un único centro, lo que puede restringir la generalización de los resultados.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, Epidemiología, Polifarmacia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz consigo um aumento significativo de patologias na população idosa. Entre estas, a Doença de Parkinson (DP) destaca-se como a segunda patologia neurodegenerativa mais comum em todo o mundo. Nesse contexto, a doença pode gerar importantes repercussões na qualidade de vida dos pacientes, afetando aspectos mentais, relações com o ambiente e a participação social, sendo reconhecida como uma das condições que contribuem para a incapacidade funcional na população (WANG S, et al., 2026).

A DP é uma enfermidade neurodegenerativa caracterizada por evolução lenta e progressiva. Seu diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e anatomopatológicos, decorrentes da degeneração e da perda de neurônios dopaminérgicos pigmentados na substância negra, associadas à presença de corpos de Lewy. A fisiopatologia da doença envolve uma complexa interação entre fatores genéticos e bioquímicos, com o acúmulo da proteína alfa-sinucleína e a disfunção mitocondrial desempenhando papéis centrais na neurodegeneração (RATAN Y, et al., 2024). A perda progressiva dos neurônios dopaminérgicos resulta na redução da dopamina, neurotransmissor fundamental para a regulação dos movimentos voluntários. Essa diminuição compromete o funcionamento adequado dos circuitos motores, favorecendo o aparecimento dos sinais característicos da doença. Além disso, o envolvimento de estruturas como os gânglios da base e áreas corticais relacionadas ao controle motor contribui para a manifestação de alterações motoras mais perceptíveis (TRINCA BFR, et al., 2024). Clinicamente, observa-se a presença de pelo menos dois dos quatro sinais que compõem a tétrade clássica: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez muscular e instabilidade postural (CLEMENTINO ACCR, et al., 2021).

Somado ao comprometimento motor, observa-se ainda presença de manifestações não motoras como distúrbios do sono, alterações de humor, alterações gastrointestinais, alterações comportamentais, déficit de

memória e alterações sensoriais. A interação entre sintomas motores e não motores evidencia a complexidade da DP, que envolve desafios diagnósticos e terapêuticos que ultrapassam o manejo dos sintomas motores clássicos (IP CW, et al., 2024). Frente às complicações decorrentes da doença, a adesão ao tratamento medicamentoso configura-se como um fator relevante para o controle de sintomas e para a evolução do quadro clínico, bem como a importância fundamental de um acompanhamento criterioso e ajustado às necessidades específicas dessa população, por meio de uma equipe multiprofissional.

Essa patologia frequentemente requer o uso contínuo de fármacos para o controle dos sintomas e a prevenção de sequelas, favorecendo a ocorrência da polifarmácia, definida como a utilização associada de dois ou mais medicamentos. A Levodopa (L-DOPA) destaca-se como a principal opção no controle dos sintomas da DP, por atuar como precursora da dopamina, aumentando a sua quantidade no cérebro e ajudando a aliviar os sintomas. Em razão de sua elevada eficácia clínica, é geralmente indicada como tratamento inicial nesses pacientes, permanecendo até a fase final da doença. Outras classes de medicamentos também podem ser utilizadas, de forma isolada ou em associação à Levodopa. Contudo, essa combinação terapêutica varia conforme a fase de progressão clínica do paciente, sendo os fármacos selecionados de acordo com os sintomas predominantes. Conforme revisões atuais sobre o tratamento farmacológico da DP, a introdução de terapias adjuvantes torna-se necessária a partir dos primeiros anos após o diagnóstico, especialmente com a evolução da doença, com o desenvolvimento de formulações com melhores propriedades farmacocinéticas permitindo um manejo mais personalizado e eficaz em longo prazo (MÜLLER T, 2025).

Embora a DP não tenha cura e envolva alterações em diversos neurotransmissores ao longo de sua progressão, o manejo farmacológico sintomático proporciona benefícios significativos aos pacientes, repercutindo positivamente na qualidade de vida (HILÁRIO LSM e HILÁRIO WF, 2021).

Há diversas ferramentas tecnológicas voltadas ao acompanhamento da DP, como os aplicativos CloudUPDRS, ParkinsonCheck, ParkNosis e Tremor12, entre outros. Nesse contexto, destaca-se o aplicativo RevParkinson, desenvolvido para apoiar o tratamento medicamentoso, favorecer a adesão terapêutica e acompanhar a evolução clínica dos pacientes. Essa ferramenta permite um controle mais sistematizado dos medicamentos, incluindo horários, dosagem, frequência de uso e alertas para reposição, contribuindo para a organização da rotina terapêutica. A efetividade do tratamento da DP depende diretamente da adesão medicamentosa do paciente, que pode ser prejudicada por fatores como efeitos adversos, esquecimento e dificuldades na organização do uso dos medicamentos. Nesse contexto, as tecnologias digitais configuram-se como estratégias promissoras, ao auxiliarem na rotina terapêutica e no acompanhamento clínico, promovendo maior autonomia e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. No cenário brasileiro, o uso da tecnologia como suporte à saúde ainda representa um desafio. Contudo, observa-se uma expansão significativa da saúde móvel (mHealth), consolidando essas ferramentas como importantes aliadas no cuidado de doenças crônicas. Aplicativos como o RevParkinson destacam-se por apresentarem interface intuitiva, fácil manuseio e baixo custo, possibilitando seu uso pelo próprio paciente. Além disso, permitem o acompanhamento mais contínuo da evolução da doença pelos profissionais de saúde, favorecendo um manejo clínico mais eficaz e individualizado (FRANCISCO VCC, et al., 2024).

Neste cenário, o Projeto Reviver, desenvolvido na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), apresenta-se como uma estratégia de cuidado multidisciplinar voltada ao acompanhamento de pessoas com DP e Doença de Alzheimer. A iniciativa integra diferentes áreas da saúde e do conhecimento, sendo essas: Medicina, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Neuropsicopedagogia, Ludicidade, Dança, Massoterapia, Direito e Ciências da Computação (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, 2022). O projeto possibilita uma assistência ampliada e contribui para a compreensão do perfil epidemiológico e medicamentoso dos pacientes atendidos. A análise dessas características torna-se relevante para fundamentar o planejamento de intervenções em saúde, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de monitoramento e cuidado, incluindo ferramentas de mHealth. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico e medicamentoso de pacientes com Doença de Parkinson acompanhados pelo Projeto, no estado do Amapá.

MÉTODOS

Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional e transversal, com abordagem predominantemente descritiva. A pesquisa foi centralizada nos laboratórios de saúde da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), especificamente no Campus Marco Zero, sob a coordenação do Projeto de Extensão Reviver.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAP, seguindo rigorosamente as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 66758017.0.0000.0003), nº do parecer 5.231.647. O estudo garantiu o anonimato, a confidencialidade e o direito de desistência dos participantes em qualquer fase, sem prejuízos ao atendimento recebido no projeto.

População e amostra

A população do estudo foi composta por pessoas vinculadas ao Projeto Reviver com diagnóstico clínico confirmado de DP. A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, sendo constituída por indivíduos com idade superior a 18 anos, regularmente inscritos e em acompanhamento pela equipe multiprofissional do projeto no município de Macapá-AP, que apresentavam registros completos em prontuários e nos instrumentos de coleta de dados. Foram excluídos pacientes cujos prontuários apresentavam informações incompletas ou registros ilegíveis que impossibilitaram a compreensão e análise dos dados.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2024 a julho de 2025, ocorrendo em etapas sequenciais para garantir o rigor ético e metodológico do estudo. Inicialmente, durante a avaliação clínica, os pacientes ou seus responsáveis legais foram convidados a participar da pesquisa e, após os devidos esclarecimentos, procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi realizada entrevista em ambiente reservado, utilizando-se um formulário semiestruturado, organizado em duas seções: a primeira destinada à caracterização sociodemográfica e a segunda voltada à obtenção de dados clínicos, funcionais e relacionados ao perfil medicamentoso. Adicionalmente, procedeu-se à análise sistemática dos prontuários dos pacientes, disponibilizados pela equipe do projeto, com o objetivo de complementar e validar as informações coletadas.

Instrumentos de coleta e variáveis clínicas

Para a caracterização clínica e funcional dos participantes, foram aplicados os seguintes instrumentos: a Escala de Hoehn e Yahr Modificada, utilizada para estadiamento da Doença de Parkinson, classificando os pacientes em estágios de 0 a 5 conforme o comprometimento motor unilateral ou bilateral, a presença de instabilidade postural e o grau de independência funcional; o Índice de Comorbidade de Charlson, empregado para avaliação da carga de comorbidades, atribuindo escores ponderados a 19 condições clínicas e estimando a mortalidade em dez anos, sendo utilizado para caracterizar o perfil de doenças associadas à DP na amostra; e um formulário semiestruturado para levantamento do perfil medicamentoso, contendo informações sobre todos os fármacos em uso (nome, dose diária, frequência e via de administração), bem como a origem de obtenção (Sistema Único de Saúde, compra particular ou ambos).

Análise estatística

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos a uma análise estatística descritiva. Para a caracterização da amostra, as variáveis quantitativas (como idade e tempo de diagnóstico) foram expressas por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalo mínimo e máximo). Já as variáveis qualitativas e categóricas (como sexo, nível de escolaridade, perfil de comorbidades e tipos de medicamentos utilizados) foram processadas através do cálculo de frequências absolutas *(n)* e frequências relativas percentuais (%).

O processamento dos dados e a elaboração dos recursos gráficos foram realizados com o auxílio do software GraphPad Prism (versão 5.03). A apresentação dos resultados foi estruturada em tabelas e gráficos de distribuição de frequência (histogramas), permitindo a observação clara do perfil clínico-epidemiológico e farmacoterapêutico da população estudada no Projeto Reviver.

Definição de polifarmácia

A polifarmácia foi definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia, conforme ponto de corte amplamente adotado na literatura para populações idosas e para pacientes com DP, uma vez que esse critério está associado a maior risco de interações medicamentosas, eventos adversos e redução da adesão terapêutica. A escolha desse ponto de corte foi fundamentada na média de medicamentos observada na amostra, alinhando-se ao parâmetro mais consolidado em estudos epidemiológicos e de farmacoepidemiologia (MAHER RL, et al., 2014; WEISS J, et al., 2025).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 42 pacientes com Doença de Parkinson (DP) acompanhados por um projeto de extensão. Os achados estão organizados conforme o perfil sociodemográfico, clínico, medicamentoso e de acesso ao cuidado.

Perfil sociodemográfico

Na amostra do estudo, há predominância do sexo masculino (64,29%) em relação ao feminino (35,71%). A média de idade observada foi de 69 anos (DP ± 10,2), com amplitude variando entre 42 e 89 anos e mediana de 70,5 anos. A maior concentração de indivíduos encontra-se na faixa etária entre 66 e 78 anos. Ao analisar a distribuição etária por sexo, observou-se média de idade de 68 anos entre as mulheres e 69,59 anos entre os homens, demonstrando um perfil etário semelhante entre os grupos. A análise da distribuição por classes de idade evidenciou maior concentração de indivíduos nas faixas etárias entre 66 e 72 anos e entre 72 e 78 anos, ambas com frequência de 12 participantes, indicando predominância de pacientes em idade avançada, característica comum no perfil epidemiológico da Doença de Parkinson.

Tabela 1 - Distribuição de frequências por idade.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	27	64,29 %
Feminino	15	35,71 %
Média		
Geral	69	-
Masculino	69,59	-
Feminino	68	-
Mediana		
Geral	70,5	-
Masculino	72	-
Feminino	70	-
Desvio Padrão		
Geral	10,2	-
Masculino	11,28	-
Feminino	8,16	-
Idade mínima		
Geral	42	-
Masculino	42	-
Feminino	49	-
Idade Máxima		
Geral	89	-
Masculino	89	-
Feminino	78	-
Intervalo de idade		
42 - 48	02	4,76 %
48 - 54	03	7,14 %
54 - 60	02	4,76 %
60 - 66	04	9,52 %
66 - 72	12	28,57 %
72 - 78	12	28,57 %
78 - 84	06	14,29 %
84 - 90	01	2,38 %
Total	**42**	**100%**

Fonte: Gemaque PS, et al., 2026.

Quanto à escolaridade, observou-se uma distribuição relativamente equilibrada entre os níveis educacionais, com predominância semelhante entre ensino médio e superior, ambos com 15 participantes (35,71%), enquanto 12 indivíduos apresentavam ensino fundamental (28,57%). No que tange à renda familiar, observou-se predominância da faixa entre 4 e 10 salários mínimos, representada por 16 participantes (38,10%). As faixas de 1 a 2 salários mínimos e de 2 a 4 salários mínimos apresentaram frequências semelhantes, com 8 indivíduos cada (19,05%). Já 7 participantes relataram renda de até 1 salário mínimo (16,67%), enquanto apenas 3 indivíduos apresentaram renda superior a 10 salários mínimos (7,14%).

Perfil clínico

O estadiamento da doença, avaliado pela Escala de Hoehn e Yahr Modificada, demonstrou predominância de pacientes nos estágios intermediários (2 a 3), correspondendo a 45,24% (n=19) da amostra. Esses estágios caracterizam-se por comprometimento motor bilateral e possível instabilidade postural, podendo resultar em dependência parcial para a realização das atividades de vida diária. Observou-se ainda que 35,71% (n=15) dos participantes encontravam-se nos estágios iniciais da doença (estágio 1), enquanto 19,05% (n=8) apresentavam estágio mais avançado observado da amostra (estágio 4), indicando grau de incapacidade funcional.

A análise clínica, fundamentada no Índice de Comorbidade de Charlson, demonstrou que embora parte da amostra não apresenta condições adicionais (n=22 - 52,38%), uma parcela significativa dos pacientes apresenta comorbidades (n=20 - 47,62%) associadas à DP. Considerando os pacientes que apresentam comorbidades, observou o predomínio de doenças cardiovasculares, com destaque para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), presente em 54,5% dos pacientes, tanto de forma isolada quanto de forma associada a outras condições. O Diabetes Mellitus (DM) esteve presente em uma parcela expressiva da amostra (36,4%), incluindo casos com lesão de órgão-alvo. Adicionalmente, a presença de Demência foi notada em 22,7% dos pacientes, indicando estágios mais avançados da neurodegeneração ou sobreposição de patologias. Outras condições também foram observadas, como câncer (18,2%), nefropatias (13,6%), doença ulcerosa (9,1%) e hepatopatias (4,5%), reforçando o perfil clínico complexo dessa população. Ressalta-se que tais comorbidades não ocorrem necessariamente de forma isolada, sendo frequente a associação entre duas ou mais doenças em um mesmo indivíduo. Essa sobreposição contribui para o aumento dos percentuais encontrados, uma vez que um único paciente pode ser incluído em mais de uma categoria diagnóstica, como observado na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Representação das comorbidades.

Variável	N	%
Presença de comorbidade	20	47,62 %
Ausência de comorbidade	22	52, 38 %
Comorbidades cardiovasculares		
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	11	54,5 %
Comorbidades metabólicas		
Diabetes Mellitus (DM)	7	36,4 %
Comorbidades neurológicas/psíquicas		
Demência	4	22,7 %
Outras Comorbidades		
Câncer	4	18,2 %
Nefropatias	3	13,6 %
Doença ulcerosa	2	9,1 %
Hepatopatias	1	4,5 %

Fonte: Gemaque PS, et al., 2026.

Perfil medicamentoso

A análise dos prontuários revelou um cenário de polifarmácia acentuada (66,67%). O tratamento farmacológico mostrou-se centrado principalmente no uso de fármacos dopaminérgicos, com destaque para a associação de Levodopa + Benserazida (200/50 mg ou 100/25 mg), considerada a base terapêutica para a

maioria dos pacientes, e para o Pramipexol (0,25 mg a 1 mg), frequentemente utilizado em combinação com a Levodopa. Adicionalmente, medicamentos como Amantadina e Biperideno foram observados nos esquemas terapêuticos, sendo empregados sobretudo no manejo de tremores e complicações motoras. Além dos antiparkinsonianos, verificou-se o uso de fármacos destinados ao tratamento de outras condições clínicas, incluindo anti-hipertensivos, estatinas e psicotrópicos, evidenciando a presença de comorbidades e reforçando o cenário de polifarmácia entre os pacientes avaliados. No que se refere à análise quantitativa, identificou-se moda de 5 medicamentos por paciente e média de 5,76 medicamentos diários, com desvio padrão de 2,66, indicando variabilidade moderada entre os indivíduos. Observou-se ainda uma concentração maior de pacientes na faixa de 5 a 8 medicamentos, além da presença de casos com uso elevado (≥10 medicamentos), o que pode estar associado a maior complexidade clínica e risco aumentado de interações medicamentosas e eventos adversos, conforme apresentado na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Quantidade de medicamentos consumidos por dia por paciente.

Medicamentos / dia	N	%
1	1	2,38 %
2	3	7,14 %
3	6	14,29 %
4	4	9,52 %
5	9	21,43 %
6	5	11,9 %
7	3	7,14 %
8	5	11,9 %
9	2	4,76 %
10	2	4,76 %
11	1	2,38 %
13	1	2,38 %
Moda		**5**
Média		**5,76**
Desvio Padrão		**2,66**
Total	**42**	**100**

Fonte: Gemaque PS, et al., 2026.

A análise dos medicamentos reflete a complexidade do manejo da DP e das doenças associadas: No que se refere aos antiparkinsonianos, a combinação Levodopa + Benserazida configura-se como a base terapêutica para praticamente toda a amostra. Observou-se que 4 pacientes fizeram uso da dosagem HBS 100/25 mg (9,52%), enquanto 19 utilizaram a apresentação de 100/25 mg (45,24%) e 22 a de 200/50 mg (52,38%). Além disso, 1 paciente fez uso da associação Levodopa + Carbidopa na dosagem de 250/25 mg (2,38%). Ressalta-se que houve paciente em uso concomitante de duas formulações de levodopa em diferentes dosagens, evidenciando a necessidade de ajustes terapêuticos individualizados conforme a evolução clínica e o controle sintomático. Ao analisar os fármacos adjuvantes, observou-se o uso de agonistas dopaminérgicos, inibidores enzimáticos e outros medicamentos complementares ao controle sintomático da DP.

O pramipexol foi amplamente utilizado em diferentes dosagens, sendo identificado em 2 pacientes na dose de 0,25 mg (4,76%), 4 pacientes em 0,750 mg (9,52%), 1 paciente em 1,5 mg (2,38%) e 17 pacientes em 1 mg (40,48%). Além disso, a rasagilina 1 mg foi utilizada por 4 pacientes (9,52%), enquanto a Amantadina 100 mg esteve presente em 11 pacientes (26,19%). O Biperideno 2 mg foi identificado em 6 pacientes (14,29%), e a Entacapona 200 mg em 1 paciente (2,38%). Foi identificado o uso recorrente de anti-hipertensivos (Losartana, Amlodipino), estatinas (Sinvastatina), e medicamentos para o sistema nervoso central, como Amitriptilina, Escitalopram e Quetiapina.

Quanto à suplementação, observou-se que a maioria dos pacientes não fazia uso, correspondendo a 28 indivíduos (66,67%). Entre os que utilizavam, as vitaminas (analisadas de forma agrupada) foram as mais frequentes, presentes em 10 pacientes (23,81%). Outros suplementos foram identificados em 4 pacientes (9,52%).

Tabela 4 - Fármacos utilizados por pacientes com DP.

Medicamento	Dosagem	N	%
Antiparkinsonianos			
Levodopa + Benserazida	100/25 mg (HBS)	4	9,52 %
Levodopa + Benserazida	100/25 mg	19	45,24 %
Levodopa + Benserazida	200/50 mg	22	52,38 %
Levodopa + Carbidopa	250/25 mg	1	2,38 %
Adjuvantes			
Pramipexol	0,25 mg	2	4,76
Pramipexol	0,75 mg	4	9,52
Pramipexol	1 mg	17	40,48
Pramipexol	1,5 mg	1	2,38
Rasagilina	1 mg	4	9,52
Amantadina	100 mg	11	26,19
Biperideno	2 mg	6	14,29
Entacapona	200 mg	1	2,38
Suplementação			
Não utilizam		28	66,67
Vitaminas (B12,C, D, polivitamínico e outros)		10	23,81
Outros (ômega 3, magnésio, colágeno, cálcio)		4	9,52
Total		**42**	**100**

Fonte: Gemaque PS, et al., 2026.

Acesso e suporte

Em relação à obtenção de medicamentos, destaca-se o uso misto entre aquisição pelo SUS e compra particular (66,67%), seguido por aquisição exclusivamente privada (21,43%) e exclusivamente pelo SUS (11,90%). Os dados indicam que a maioria dos pacientes reside com familiares, principalmente cônjuges (47,62%) e filhos (35,71%), evidenciando um forte suporte domiciliar. Esse achado é reforçado pela predominância de rede de apoio familiar (88,10%), sugerindo a presença de cuidadores no contexto assistencial.

Em relação à prática de atividade física, observa-se que a maior parte dos indivíduos realiza atividades tanto no projeto quanto em outros ambientes (54,76%), embora ainda exista uma parcela que não realiza nenhuma atividade física (16,67%), indicando a necessidade de incentivo à adesão.

Observa-se que a maioria dos participantes apresenta renda entre 4 e 10 salários mínimos (38,10%), embora uma parcela relevante esteja nas faixas de até 4 salários mínimos. Paralelamente, verificou-se predominância do uso do Sistema Único de Saúde (59,52%) como principal forma de acesso aos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

A predominância masculina e a média de idade próxima aos 70 anos sustentam a literatura nacional, que aponta o gênero masculino como um fator de risco para o desenvolvimento da DP. Estudos epidemiológicos demonstram maior prevalência da DP em homens em comparação às mulheres, reforçando a associação entre sexo masculino e maior risco para DP (SCHLICKMANN TH, et al., 2025).

No que se refere às características sociodemográficas, a distribuição relativamente equilibrada entre os níveis de escolaridade sugere um perfil heterogêneo da amostra. Em contrapartida, a predominância da faixa de renda entre 4 e 10 salários mínimos, associada ao uso majoritário do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia a centralidade do sistema público no acompanhamento dessa população. Constatou-se, ainda, que o uso combinado entre a dispensação pública de medicamentos e a aquisição por via privada reflete possíveis limitações no acesso contínuo à terapêutica, fator que pode impactar diretamente a adesão ao tratamento (SABA RA et al., 2022).

Esse cenário pode ser parcialmente explicado pela complexidade burocrática envolvida no acesso a determinadas terapias. Embora a maioria dos antiparkinsonianos esteja integrada à relação de medicamentos

do SUS, o pramipexol - agonista dopaminérgico amplamente utilizado na presente amostra - é financiado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O acesso a esse componente requer a abertura de um processo administrativo complexo, que exige a apresentação do Laudo de Solicitação de Medicamento Especializado (LME), receita médica especial em duas vias, relatório médico detalhado com justificativa clínica e documentação pessoal regularizada. Esse trâmite regulatório e a exigência de renovações periódicas podem impor barreiras logísticas ao paciente, o que justifica a dificuldade de acesso contínuo e a consequente necessidade de aquisição do fármaco na rede privada, conforme observado nos resultados desta investigação.

Sabe-se que o manejo da DP requer uma abordagem multiprofissional, baseada em planos de cuidado individualizados e especializados, na qual o tratamento não farmacológico desempenha papel fundamental ao complementar a terapia medicamentosa e oferecer suporte global ao paciente. Nesse contexto, as diferentes áreas da saúde devem atuar de forma integrada, desenvolvendo estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com a doença (VIEIRA LG, et al., 2024).

O Projeto Reviver configura-se como uma iniciativa de relevante impacto social, ao promover assistência gratuita e qualificada a indivíduos com DP, especialmente àqueles que, anteriormente, não dispunham de acompanhamento interprofissional sistematizado. O projeto surge como uma estratégia de ampliação do acesso à saúde, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por discentes e professores de diversas áreas da saúde, incluindo participantes vinculados à UNIFAP, bem como colaboradores externos, o que fortalece a troca de saberes e a construção coletiva do conhecimento (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, 2022; FRANCISCO VCC, et al., 2024). A fim de ter uma abordagem centrada no paciente, contando com colaboradores aptos, superando barreiras e implementando um modelo integrado de cuidados (BLOEM BR, et al., 2020) em regiões que, anteriormente, careciam desse tipo de acompanhamento para pessoas que vivem com DP (FRANCISCO VCC, et al., 2024).

O estadiamento da doença (Escala de Hoehn e Yahr) revelou predominância de indivíduos nos estágios intermediários (2 e 3), caracterizados por comprometimento bilateral leve a moderado e possível instabilidade postural. Evidências indicam que a progressão nesses estágios está diretamente associada à piora da mobilidade, equilíbrio e desempenho motor, além de maior incapacidade funcional e pior qualidade de vida (CASSANOVA SM, et al., 2022). Adicionalmente, estudos demonstram que o aumento da gravidade da doença está relacionado à maior dependência nas atividades de vida diária e à redução da autonomia (SANTOS DG, et al., 2021).

Além disso, a presença de comorbidades, especialmente doenças cardiovasculares, constitui um fator de alerta, uma vez que essa condição está associada a maior taxa de mortalidade quando associada a DP (KE L, et al., 2024). Evidências também indicam que o diabetes está relacionado à progressão motora e declínio cognitivo não rápido, demonstrando maior gravidade da DP (ZHONG Q e WANG S, 2023). Esses achados sugerem que, embora a amostra não seja composta majoritariamente por pacientes em estágios avançados, já se observa comprometimento funcional relevante em parte dos indivíduos, sendo essas condições associadas na literatura a piores desfechos funcionais, cognitivos e de qualidade de vida.

Os dados do presente estudo evidenciam um cenário de polifarmácia em dois terços da amostra, concordando com estudos que demonstram que elevada carga de medicamentos está associada à DP (WEISS J, et al., 2025). A utilização de múltiplos fármacos não se restringe ao tratamento dos sintomas motores, mas abrange também o manejo de sintomas não motores, como depressão e ansiedade, refletindo a complexidade clínica dessa população. Observou-se ainda a presença relevante de comorbidades em parte dos indivíduos, o que contribui para a ampliação do regime terapêutico, corroborando achados de estudos nacionais da região norte do Brasil (VIDAL ALF, et al., 2024). A polifarmácia em idosos pode estar associada a redução da adesão ao tratamento e a progressão patológica, além de contribuir para o comprometimento cognitivo e redução da capacidade funcional devido seus efeitos adversos (MAHER RL, et al., 2024).

No entanto, no contexto da DP, esse fenômeno deve ser interpretado com cautela, uma vez que o uso de múltiplos fármacos frequentemente reflete a própria complexidade da doença e a necessidade de manejo simultâneo de sintomas motores e não motores, além de comorbidades associadas. Ao analisar o uso de

suplementos comuns, observa-se que os ácidos graxos poli-insaturados ômega-3 têm sido associados a potenciais efeitos neuroprotetores, podendo contribuir para a manutenção da função cognitiva. No entanto, as evidências ainda são heterogêneas quanto ao seu impacto direto na prevenção do declínio cognitivo. De forma semelhante, o uso de multivitamínicos tem sido investigado quanto a um possível efeito protetor, embora os resultados permaneçam inconclusivos e sem consenso na literatura (WEISS J, et al., 2025).

A ocorrência de uso misto de medicamentos, por meio da aquisição tanto pelo SUS quanto por compra particular, pode indicar fragilidades na regularidade do acesso terapêutico entre pessoas com DP. Embora o SUS desempenhe papel central na oferta de tratamentos e na redução de barreiras econômicas, a necessidade de complementação por recursos próprios sugere possíveis limitações relacionadas à disponibilidade de fármacos. Esse cenário pode impactar a adesão ao tratamento, sobretudo em fases mais avançadas da doença (RIGO AP, et al., 2021), e contrasta com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que preconizam a garantia de acesso contínuo e integral à farmacoterapia no âmbito do SUS (BRASIL, 2025).

CONCLUSÃO

O presente estudo caracterizou o perfil clínico-epidemiológico e medicamentoso de pacientes com Doença de Parkinson acompanhados pelo Projeto Reviver/UNIFAP, evidenciando predominância do sexo masculino, média de idade de 69 anos, maior frequência de pacientes em estágios intermediários da doença, presença relevante de comorbidades e alta frequência de polifarmácia. Os achados reforçam a complexidade do cuidado à pessoa com Doença de Parkinson e a necessidade de acompanhamento contínuo, individualizado e multiprofissional. O uso combinado de medicamentos obtidos pelo SUS e por aquisição privada sugere desafios relacionados à continuidade do acesso terapêutico, especialmente diante de esquemas farmacológicos complexos. Ressalta-se, ainda, a importância do Projeto Reviver como iniciativa de impacto social e acadêmico na região amazônica. Recomenda-se a realização de novos estudos, com amostras maiores e acompanhamento longitudinal, para ampliar a compreensão sobre a evolução clínica, funcional e medicamentosa desses pacientes.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores agradecem à Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde (DCBS) pelo suporte institucional e infraestrutura, bem como ao Laboratório de Química Farmacêutica e Medicinal (PharMedChem) pelo apoio técnico-científico. Estendem sua gratidão à coordenação e colaboradores do Projeto Reviver pela organização e disponibilização dos dados, e aos pacientes e familiares pela participação voluntária. Este trabalho também contou com o apoio do CNPq e dos programas PET Farmácia e PET Saúde - Reviver Digital, fundamentais para a execução da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. BLOEM BR, et al. Integrated and patient-centred management of Parkinson's disease: a network model for reshaping chronic neurological care. The Lancet. Neurology, 2020; 19 (7): 623-634.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 16, de 2025. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
3. CASANOVA SM, et al. Impact of Parkinson's Disease on Functional Mobility at Different Stages. Frontiers in aging neuroscience, 2022; 14: 935841.
4. FRANCISCO VCC, et al. App "RevParkinson": uma plataforma digital para a gestão do tratamento medicamentoso e acompanhamento da evolução da Doença de Parkinson. Cadernos De Prospecção, 2024; 17 (1): 176-191.
5. HILÁRIO LSM, HILÁRIO WF. Descrição da patologia, etiologia e das estratégias farmacológicas e não farmacológicas da Doença de Parkinson. Perspectivas experimentais e clínicas, inovações biomédicas e educação em saúde, 2021; 7(2): 45-51.

6. IP CW, et al. Diagnostic and therapeutic challenges in PD-associated non-motor symptoms: the roles of neurologists and consultant physicians. JOurnal of Neural Transmission, 2024; 131(10): 1263–1273.
7. KE L, et al. Association between Parkinson's disease and cardiovascular disease mortality: a prospective population-based study from NHANES. Lipids in health and disease,2024; 23 (212).
8. MAHER RL, et al. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert opinion on drug safety, 2014; 13 (1): 57-65.
9. MÜLLER T. Update on the Present and Future Pharmacologic Treatment of Parkinson's Disease. Neurology and Therapy, 2025; 14(5): 1769-1781.
10. RATAN Y, et al. Advancements in Genetic and Biochemical Insights: Unraveling the Etiopathogenesis of Neurodegeneration in Parkinson's Disease. Biomolecules, 2024; 14(1): 73.
11. RIGO AP, et al. Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson: adesão e percepção do médico prescritor. Clinical Protocol of the Brazilian Ministry of Health on Parkinson's Disease: adherence and perception of the prescribing physician. Cien Saude Colet, 2021; 26(1):197-208.
12. SABA RA, et al. Guidelines for Parkinson's disease treatment: consensus from the Movement Disorders Scientific Department of the Brazilian Academy of Neurology - motor symptoms. Arquivos de neuro-psiquiatria, 2022; 80(3):316-329.
13. SANTOS DG, et al. Staging Parkinson's Disease Combining Motor and Nonmotor Symptoms Correlates with Disability and Quality of Life. Parkinson's disease, 2021; vol. 2021.
14. SCHLICKMANN TH, et al. Prevalence, distribution and future projections of Parkinson disease in Brazil: insights from the ELSI-Brazil cohort study. The Lancet Regional Health – Americas, 2025; 44
15. TRINCA BFR, et al. Descrição do perfil epidemiológico por doença de Parkinson entre 2021 e 2023. Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences, 2024; 6 (9) p. 321-332.
16. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ. 2022, Projeto reviver oferece acompanhamento para pacientes diagnosticados com Parkinson e Alzheimer. Disponível em: https://www2.unifap.br/radio/projeto-reviver-oferece-acompanhamento-para-pacientes-diagnosticados com-parkinson-e-alzheimer/. Acesso em: 22 jan. 2026.
17. VIDAL ALF, et al. Perfil clínico dos pacientes com doença de Parkinson. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2024; 24(8):e16840.
18. VIEIRA LG, et al. A importância da equipe multidisciplinar no manejo da doença de Parkinson e parkinsonismos. Revista de Extensão e Educação em Saúde Ciências Médicas, 2024; 3 (1): 34-43.
19. WANG S, et al. Epidemiology of Parkinson's disease - Global burden of disease research from 1990 to 2021 and future trend predictions. Clinical parkinsonism & related disorder, 2026; 14.
20. WEISS, J et al. Polypharmacy and its association with dementia, Parkinson's disease, and mortality risk in UK adults: a multistate modeling approach. GeroScience, 2025; 3: 4349-4367.
21. ZHONG Q, WANG S. Association between diabetes mellitus, prediabetes and risk, disease progression of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. Front Aging Neurosci. 2023; 15.