

ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON EM SALVADOR-BAHIA

Itana Fernandes¹, Antônio de Souza Andrade Filho²

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson em Salvador. **Metodologia:** Trata-se descritivo observacional com coleta retrospectiva de dados de 79 pacientes com diagnóstico de Doença de Parkinson. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 66,7 anos, a maioria é do sexo masculino (69,62 %), parda (52,94%), casada (75%), procedente de Salvador (74,58%). A principal comorbidade encontrada foi a Hipertensão Arterial (46%), e antecedentes familiares de DP foram encontrados em 15,38%. A maior parte teve tremor (74,55%) como primeiro sintoma e doença unilateral (69,09%). Os principais sintomas motores foram tremor (93,1%), rigidez (81,03%), bradicinesia (53,45%) e marcha parkinsoniana (50%). Os não motores foram depressão (21,57%), transtornos do sono (17,65%), obstipação (13,73%) e comprometimento da memória (11,76%). A medicação mais usada foi a combinação de Levodopa e Benserazida (79,66%), e o acesso à Fisioterapia e Fonoaudiologia correspondeu a 72,72% e 27,28%, respectivamente, dos que tinham indicação. **Conclusão:** Os pacientes com DP são, principalmente, indivíduos do sexo masculino, pardos, com idade entre 60 e 79 anos. A investigação de sintomas não motores deve ser mais abrangente, e o acesso aos serviços de reabilitação, mesmo que já razoáveis, podem ser estendidos.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Epidemiologia; Perfil demográfico; Disfunção motora; Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of patients with Parkinson's disease in Salvador. **Methodology:** This is an observational descriptive with retrospective collection of data from 79 patients diagnosed with Parkinson's disease. **Results:** The mean age of patients was 66.7 years, the majority are male (69.62%), brown (52.94%), married (75%), from Salvador (74.58%). The main comorbidity found was High Blood Pressure (46%), and family history of PD were found in 15.38%. The most had tremor (74.55%) as the first symptom and unilateral disease (69.09%). The main motor symptoms are tremor (93.1%), rigidity (81.03%), bradykinesia (53.45%) and parkinsonian gait (50%). Nonmotor symptoms were depression (21.57%), sleep disorders (17.65%), constipation (13.73%) and memory impairment (11.76%). The most commonly medication was the combination of Levodopa and Benserazide (79.66%), and access to physiotherapy and speech therapy accounted for 72.72% and 27.28%, respectively, of those who had indicated. **Conclusion:** Patients with PD are mainly males, brown, aged between 60 and 79 years. The research of non-motor symptoms should be more comprehensive, and access to rehabilitation services, even if they have reasonable, they can be extended.

Keywords: Parkinson's disease; Epidemiology; Demographics; Motor dysfunction; Epidemiological profile.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1817 por James Parkinson, a Doença de Parkinson, também conhecida popularmente como “Mal de Parkinson”, é uma patologia de caráter neurodegenerativo e progressivo, que compromete a substância negra, é multifatorial e cursa com disfunção monoaminérgica múltipla^{1,2}.

¹ Acadêmica de Medicina do 9º semestre da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: itanafernandes4@gmail.com

² Professor Titular da Universidade Federal da Bahia e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Presidente da Fundação de Neurologia e Neurocirurgia da Bahia e do Instituto do Cérebro, de Salvador. E-mail: andradeneuro2@gmail.com

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1% da população acima de 65 anos seja acometida por essa doença. Em 2005, estimava-se que mais de 4 milhões de indivíduos com idade superior a 50 anos possuíam a doença; a projeção para 2030 é que esse número duplique. Nos Estados Unidos, surgem cerca de 59 mil casos por ano. No Brasil, os estudos epidemiológicos são escassos, mas estima-se que haja 200 mil portadores da doença^{1,3}.

Apesar de ser considerada uma doença idiopática, muitos estudos contribuíram para decifrar sua etiopatia, descrevendo fatores que podem estar relacionados e combinados. São eles estresse oxidativo, anormalidades mitocondriais (diminuição da atividade do complexo I da cadeia respiratória mitocondrial e da alfacetoglutarato desidrogenase), excitotoxicidade, fatores inflamatórios (estudos sugerem aumento de IL-1 B, INF- γ e TNF- α em pacientes com DP), neurotoxinas ambientais e fatores genéticos⁴.

Os estudos de Braak et al. foram muito importantes para a compreensão da neuropatologia da doença, através de seu estadiamento. São seis estágios que descrevem acometimento caudo-rostral a partir de marcadores como os corpos de Lewy e placas neuríticas de Lewy⁴.

A partir de cada área acometida pela doença, surgem as manifestações clínicas. A DP se manifesta com distúrbios motores, como a téttrade clássica (tremor em repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural), que aparece quando há depleção de dopamina na pars compacta da substância negra. Para haver repercussão clínica, a perda desses neurônios tem que ser superior a 60%³. Além da dopamina, as catecolaminas e serotonina também são diminuídas, o que contribui para o aparecimento de sintomas não motores, como disfunções autonômicas (hipotensão, constipação), anosmia, parestesia, ansiedade, depressão, distúrbios do sono (acometimento de substância reticular) e, com a evolução da doença, o consequente acometimento do neocórtex leva a distúrbios cognitivos e demência⁵.

O diagnóstico é clínico e se caracteriza pelo aparecimento de pelo menos dois sinais da téttrade clássica, com exclusão de outras causas de parkinsonismo. A presença do sintoma unilateral e a resposta ao uso de levodopa corroboram para o diagnóstico⁶.

A idade é importante fator de risco, já que acomete indivíduos principalmente da faixa etária de 55-65 anos, e a prevalência aumenta com a idade. Sabe-se também que sintomas de depressão e ansiedade são mais prevalentes em parkinsonianos que na população geral^{1,3,7}. Apesar disso, estudos grandes que permitem identificar fatores de risco e incidência da doença são relativamente recentes e pouco numerosos⁶. Tendo em vista, a escassez de dados

sobre a doença no Nordeste do Brasil, sobretudo no estado da Bahia, e o crescente envelhecimento da população brasileira (que cada vez mais chega aos 60 anos), faz-se necessário um estudo clínico-epidemiológico para informar os profissionais e dirigentes sobre o perfil dos pacientes, fatores de risco e ocorrência, a fim de traçar melhores estratégias de tratamento e ações de saúde, com o objetivo de diminuir as comorbidades da doença e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas^{1,8}.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson acompanhados em serviços de referência em Salvador.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos pacientes;
- Identificar os principais sinais e sintomas motores e não motores nos pacientes com DP;
- Classificar os pacientes de acordo com o primeiro sinal ou sintoma apresentado;
- Descrever aspectos da história clínica dos pacientes.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

O estudo foi descritivo observacional com coleta retrospectiva de dados de pacientes que têm diagnóstico de Doença de Parkinson atendidos na Fundação de Neurologia e Neurocirurgia – Instituto do Cérebro (FNN-IC) entre os anos de 2005 e 2015. Os dados foram obtidos através de consulta de prontuários.

Local do estudo

A Fundação de Neurologia e Neurocirurgia – Instituto do Cérebro, localizada no Bairro Chame-Chame, na cidade de Salvador-Bahia, surgiu em 1992, da necessidade de um centro de Ciências Neurológicas e Psiquiátricas. Hoje, é uma dos maiores serviços ambulatoriais, científicos e sociais do Estado. Em sua estrutura, fornece especialidades como

as mais diversas áreas da neurologia, neurocirurgia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros. Os serviços oferecidos podem ser particulares, por planos de saúde e gratuidade⁹.

Seleção da população do estudo

População: pacientes com Doença de Parkinson.

Critérios de inclusão: pacientes de qualquer sexo ou idade com diagnóstico prévio de Doença de Parkinson, atendidos no intervalo de tempo entre 2005 a 2015.

Critérios de exclusão: pacientes com parkinsonismo secundário (induzido por drogas, por lesões expansivas, hidrocefalia, pós-infeccioso, tóxico, paraneoplásico, pós-traumático, etc); pacientes cujos prontuários apresentem falhas no preenchimento ou falta de informação.

Cálculo amostral

Para estudo epidemiológico desta população, tendo como prevalência da doença de Parkinson 0,2% por Tanner C. et al. (1997)¹⁰ com população da cidade de Salvador – Bahia estimada em 2.921.087 (IBGE 2015)¹¹, adotando-se 5% de limite de confiança e 99% de nível de confiança, necessita-se de 50 pacientes.

Variáveis do estudo

- Perfil demográfico: idade, sexo, procedência, raça/cor, estado civil;
- Antecedentes médicos: HAS, diabetes, dislipidemia, AVC, TCE, IAM, medicamentos que faz uso;
- Histórico familiar de Doença de Parkinson;
- Características clínicas: curso detalhado da doença, como começou, principais sinais e sintomas;
- Primeiro sintoma do paciente: tremor, rigidez, bradicinesia;
- Aparecimento de sintomas não motores, prévios ou não;
- Acesso aos serviços de reabilitação.

Plano de análise de dados

As análises estatísticas consistiram em análise descritiva (média \pm desvio padrão, caso distribuição normal e mediana – quartis, caso distribuição não normal).

Aspectos éticos

O presente estudo não ofereceu nenhum risco direto aos envolvidos, pois não foi feito nenhum tipo de intervenção. Os dados dos pacientes foram mantidos em sigilo, e eles tiveram sua identificação codificada. Todas as informações clínicas, pessoais e sociais foram disponibilizadas apenas para os membros da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob CAAE 53916516.5.0000.5544.

RESULTADOS

No período analisado, foram selecionados 79 pacientes. A média de idade dos pacientes $66,7 \pm 11,5$ anos (variando de 36 a 97 anos), sendo que 40% se encontravam na faixa etária dos 60 a 69 anos. Houve um predomínio da doença em pacientes do sexo masculino, o que correspondeu a quase 70% da amostra analisada (Tabela 1).

Em relação à naturalidade dos pacientes, não se notou muita diferença entre os que nasceram no interior e na capital, sendo a proporção de nascidos no interior levemente maior, o que correspondeu a 51,52%. Já de acordo com a procedência, pôde-se perceber que a maioria era de Salvador, totalizando quase 75% da amostra analisada (Tabela 1)

Os pacientes também foram avaliados conforme cor/raça. Verificou-se que a maior proporção de indivíduos foi de cor parda, o que correspondeu a 52,94% da população do estudo, enquanto que a cor branca foi a menos registrada, apenas 19,61% dos indivíduos (Tabela 1).

De acordo com o estado civil, notou-se a maior proporção de pacientes casados, com 75% da amostra estudada, seguido dos viúvos, que correspondeu a cerca de 10% (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por características sociodemográficas. Salvador, 2005 a 2015

Variável	Número	Proporção (%)
Idade		
30 a 39 anos	1	1,33
40 a 49 anos	4	5,33
50 a 59 anos	13	17,33
60 a 69 anos	30	40,00
70 a 79 anos	18	24,00
80 a 89 anos	8	10,67

90 anos e mais	1	1,33
Total	75	100,00
Sexo		
Masculino	55	69,62
Feminino	24	30,38
Total	79	100,00
Naturalidade		
Salvador ³	15	45,45
Interior	17	51,52
Outros Estados	1	4,35
Total	33	100,00
Procedência		
Salvador ¹	44	74,58
Interior	14	23,73
Outros Estados	1	1,69
Total	59	100,00
Cor/raça		
Branca	10	19,61
Preta	14	27,45
Parda	27	52,94
Total	51	100,00
Estado civil		
Casado	36	75,00
Solteiro	4	8,33
Divorciado	3	6,25
Viúvo	5	10,42
Total	48	100,00

Foi analisada também a incidência de comorbidades nessa amostra, em que se observou maior frequência de Hipertensão Arterial Sistêmica (46%), seguida por dislipidemias (12%) e diabetes (10%) (Tabela 7).

³ Salvador e região metropolitana

Tabela 2 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por comorbidades. Salvador, 2005 a 2015

Comorbidades	Número	Proporção (%)
Hipertensão	23	46,00
Diabetes	5	10,00
Dislipidemias	6	12,00
AVC	3	6,00
TCE	1	2,00
IAM	0	0
Total	50	100,00

Outro fator pesquisado foi a presença de outros familiares com Doença de Parkinson. Verificou-se que a maioria, mais de 80%, não apresentou história familiar positiva.

Tabela 3 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por história familiar de DPI. Salvador, 2005 a 2015

História familiar de DPI	Número	Proporção (%)
Positiva	6	15,38
Negativa	32	82,05
Ignorado	1	2,56
Total	39	100,00

A amostra foi classificada de acordo com o primeiro sintoma apresentado e o tipo de acometimento (unilateral ou bilateral). Notou-se que o primeiro sintoma mais frequente foi o tremor, que foi a primeira forma de apresentação da doença em quase 75% dos pacientes. Já, em relação à forma de acometimento, a sintomatologia unilateral foi mais observada, correspondendo a quase 70% dos indivíduos (Tabela 4).

Foi analisado também o tempo desde que o paciente percebe o primeiro sintoma até receber o diagnóstico definitivo. A mediana correspondeu a 2 anos e o 3º percentil, ou seja, 75% da amostra, levou cerca de 3,75 anos para receber o diagnóstico.

Tabela 4 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por primeiro sintoma e forma de acometimento apresentados. Salvador, 2005 a 2015

Variável	Número	Proporção (%)
Primeiro sintoma		
Tremor	41	74,55
Rigidez	9	16,36
Bradicinesia	5	9,09
Total	55	100,00
Forma de acometimento		
Unilateral	38	69,09
Bilateral	17	30,91
Total	55	100,00

Além da primeira forma de acometimento, foram pesquisados quais sinais e sintomas motores os pacientes apresentaram durante o curso da doença, sendo o tremor o mais frequente, presente em 93% dos pacientes, seguido da rigidez (81%) e bradicinesia (53%). Outros sinais e sintomas bastante frequentes foram a marcha parkinsoniana (50%) e a hipomímia (48%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por sinais e sintomas apresentados durante o curso da doença. Salvador, 2005 a 2015

Sinais e sintomas	Número	Proporção (%)
Tremor	54	93,10
Rigidez	47	81,03
Bradicinesia	31	53,45
Instabilidade postural	9	15,52
Marcha parkinsoniana	29	50,00
Hipomímia	28	48,28
Disartria	4	6,90
Micrografia	3	5,17
Sinal da roda denteada	9	15,52
Discinesia	1	1,72
Hipofonia	2	3,45
Disfagia	2	3,45
Total	58	100,00

Foram analisados também os acometimentos não motores da população. Notou-se que 29,31% apresentavam esses sintomas antes das primeiras manifestações motoras e 36,84% evidenciaram ao longo do curso da doença (Tabela 6). Foram especificados também os tipos de sintomas mais manifestados, sendo destaque a depressão (21,57%), transtornos do sono (17,65%), obstipação (13,73%), comprometimento da memória (11,76%) e perda de peso (9,80%) (Tabela 7).

Tabela 6 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por apresentação de sintomas não motores prévios e após o diagnóstico. Salvador, 2005 a 2015

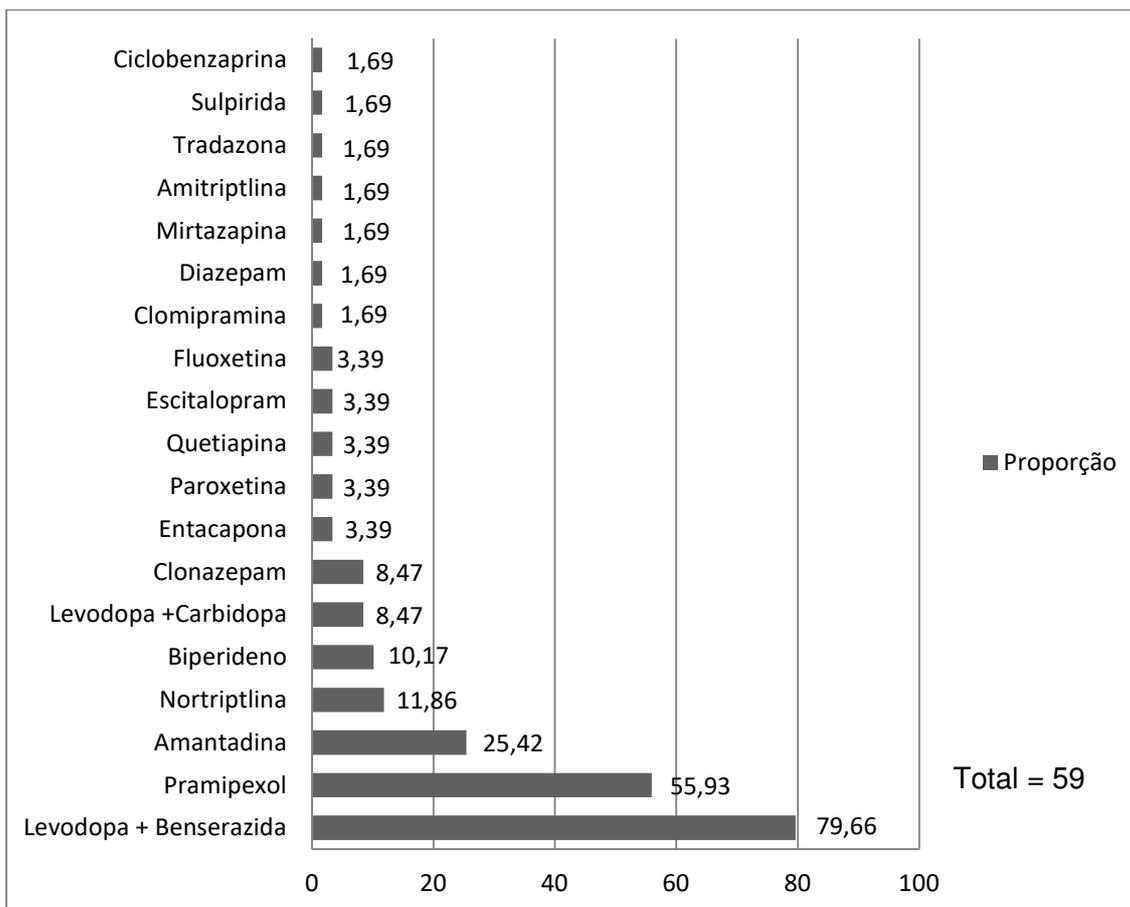
Sintomas não motores	Número	Proporção (%)
Prévios		
Apresentaram	17	29,31
Não apresentaram	41	70,69
Total	58	100,00
Após o diagnóstico		
Apresentaram	21	36,84
Não apresentaram	36	63,16
Total	57	100,00

Tabela 7 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por tipos de sintomas não motores apresentados. Salvador, 2005 a 2015

Sintomas não motores	Número	Proporção
Depressão	11	21,57
Transtornos do sono	9	17,65
Obstipação	7	13,73
Comprometimento da memória	6	11,76
Perda de peso	5	9,80
Irritabilidade	3	5,88
Ansiedade	2	3,92
Cefaleia	2	3,92
Agressividade	1	1,96
Hipoestesia	1	1,96
Tontura	1	1,96
Alucinações	1	1,96
Diminuição da libido	1	1,96
Sialorreia	1	1,96
Total	51	100,00

As drogas utilizadas no tratamento também foram especificadas. A grande maioria dos indivíduos, 79,66%, fez uso de Levodopa + Benserazida, seguido de pramipexol (55,93%) e amantadina (25,42%). Além disso, destaca-se o fato de cerca de 20% dos pacientes fazerem uso de algum antidepressivo e 10%, de algum benzodiazepínico (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Proporção de pacientes com Doença de Parkinson por droga usada no tratamento. Salvador, 2005 a 2015



Além do tratamento farmacológico, foi observado o número de pacientes indicados a algum serviço de reabilitação, como fisioterapia e fonoaudiologia. Esses serviços foram indicados para 50% dos indivíduos, sendo que desses, 78,57% foram para a fisioterapia e 28,57% para a fonoaudiologia. Dos pacientes com indicação, notou-se que 75% teve acesso, de alguma forma, a esses serviços (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por indicação de serviço de reabilitação. Salvador, 2005 a 2015.

Serviço de reabilitação	Número	Proporção (%)
Indicado	28	50,00
Não indicado	28	50,00
Total	56	100,00

Tabela 9 - Número e proporção de pacientes com Doença de Parkinson por tipo e acesso ao serviço de reabilitação indicado. Salvador, 2005 a 2015

Tipo de serviço	Número	Proporção (%)	Acesso ao serviço	
			N	%
Fisioterapia	22	78,57	16	72,72
Fonoaudiologia	8	28,57	6	75,00

DISCUSSÃO

A média da idade da população do estudo foi de 66,7 ±11,5 anos, sendo este valor esperado, o que corrobora para o fato de a idade ser o principal fator de risco para Doença de Parkinson⁷. Coriolano et al.⁸, em estudo descritivo realizado com pacientes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, registraram média de idade de 62 anos, ou seja, o que corresponde ao dado também encontrado nessa amostra.

A maioria da amostra analisada correspondeu a pacientes do sexo masculino. Coriolano apud Alves relata que não haveria distinção entre sexo na doença de Parkinson. No entanto, na sua própria amostra, foram encontrados 68,8% dos indivíduos do sexo masculino⁸; essa proporção visivelmente maior também foi demonstrada por Liu et al.⁷, em estudo realizado com a população de Xangai. A explicação para essa predominância tem sua hipótese fundada na proteção gerada, nas mulheres, pelo estrógeno às células neuronais. Estudos em animais mostraram a possibilidade de propriedades antioxidantes, mas em estudos de caso controle os resultados são conflitantes⁶.

De acordo com a cor/raça, os estudos vêm mostrando uma predominância de indivíduos brancos. Coriolano et al.⁸ registraram 49,5%, o que diverge do resultado encontrado nessa amostra, que se somados pretos e pardos, têm-se quase 80% dos casos. Essa característica pode ser explicada pela distribuição étnica própria da cidade de Salvador, em que pretos e pardos representam a maioria¹².

A proporção de indivíduos casados também correspondeu ao registrado na literatura. Silva et al.¹³ registraram 70% de indivíduos casados, seguidos de 20% de divorciados e 10% de viúvos. Seguindo o mesmo padrão encontrado nesse estudo, exceto pelo fato de não ter sido registrado por eles indivíduos solteiros.

A comorbidade mais frequente nesse estudo foi a hipertensão arterial sistêmica. Coriolano et al.⁸ registraram 32,8% de frequência hipertensão, enquanto nessa amostra foram registrados 46%. Uma possibilidade para essa maior quantidade é a raça/cor dos indivíduos: na população de Salvador há predominância de pretos e pardos, e sabe-se que, nesses indivíduos, a prevalência de hipertensão arterial é mais elevada, devido ao fato de eles serem hiporreninêmicos¹⁴.

A história familiar de doença de Parkinson contribui para o caráter genético, que é também atribuído à patologia⁴. No entanto, notou-se que a forma esporádica é mais frequente, mais de 80% da população desse estudo. Apesar de a literatura variar em termos de proporção – Coriolano et al.⁸ demonstram cerca de 30% de história familiar positiva, enquanto Liu et al.⁷, registram apenas 0,56% -, a frequência de doença esporádica é maior.

Quanto ao primeiro sintoma da doença e forma de acometimento, os dados encontrados se assemelham ao estudo de Liu et al.⁷, com maior frequência de tremor e acometimento unilateral.

Os principais sinais e sintomas achados nesse estudo foram tremor, rigidez, bradicinesia, marcha parkinsoniana e instabilidade postural. Hughes et al.¹⁵ apontam que a maioria dos pacientes tem tremor (75%) e Silva et al.¹³ encontram 100% de rigidez, 90% de tremor e instabilidade postural e 80% de bradicinesia. Apesar de variar discretamente em proporção, corresponde aos dados encontrados e reforça os principais sintomas motores descritos por Braak et al. no estágio 3 da doença⁵. A proporção de indivíduos com bradicinesia parece ser menor; no entanto, ao se somar a proporção encontrada de hipomímia (48,28%), corresponde ao encontrado por Silva et al.¹³. Isso se deve, provavelmente, pela maneira que o sinal/sintoma foi descrito no prontuário, já que a hipomímia é uma forma de manifestação da bradicinesia¹⁶.

Em relação aos sintomas não motores, foi registrado número bem menor que em outros estudos, sendo até os mais registrados, como depressão, transtornos do sono e obstipação, inferiores a 20%. Em outros estudos, encontram-se 84% de déficit cognitivo, 48% de demência, 58% de depressão, 54% de apatia, 49% de ansiedade, 44% de alucinações, 52,48% de obstipação e até 45,71% de insônia.^{17,18} Esses números consideravelmente

menores apontam a dificuldade da classe médica em se atentar para sintomas não motores, sendo os motores mais bem pesquisados. Isso se deve ao fato de esses sintomas nem sempre virem sob forma de queixa espontânea, necessitando de um interrogatório específico. Como há poucas escalas abrangentes e validadas para essa unificação, muitos desses acometimentos ficam subdiagnosticados¹⁷.

Liu et al.⁷ relatam uso de levodopa em monoterapia em 46,11% dos pacientes e, combinada com outra droga, em 36,67% dos pacientes. Se somados, o uso de levodopa seria próximo ao encontrado nesse estudo (79,66%). No entanto, o uso em monoterapia é muito menor, e a mais frequente forma de prescrição é combinada com o inibidor da dopa-decarboxilase (benserazida ou carbidopa), terapêutica de escolha, quando já se apresentam prejuízos funcionais¹⁹. E, geralmente, a levodopa já é comercializada com associação à benserazida ou carbidopa²⁰, sendo o uso da primeira ainda mais frequente nesse estudo.

Em relação aos serviços de reabilitação, foi identificado que os pacientes indicados, nessa amostra, tiveram maior acesso aos serviços do que os descritos por Coriolano et al.⁸. Mais de 70% têm acesso à Fisioterapia e 75% à Fonoaudiologia, em contrapartida ao registrado por esse autor, 57,3% e 19,6%, respectivamente. Uma hipótese a esse acesso mais facilitado pode ser o fato de esses serviços serem também oferecidos nessa instituição, inclusive pela gratuidade.

Esse estudo apresentou limitações quanto à população, já que todos os pacientes foram oriundos da mesma instituição. O fato de a coleta de dados ter sido realizada em prontuários limitou o acesso a algumas informações, seja por falta de registro, mau preenchimento ou dificuldade no entendimento do que foi escrito.

Esse trabalho contribuiu para a maior informação da classe médica sobre o perfil dos pacientes que são atendidos. Além disso, destaca a necessidade de maior investigação dos sintomas não motores nos indivíduos com Doença de Parkinson. As informações colhidas podem facilitar a identificação de sintomas, diagnóstico e manejo de comorbidades.

CONCLUSÃO

Os pacientes com Doença de Parkinson em Salvador-BA são, em sua maioria, do sexo masculino, pardos, procedentes de Salvador, casados, com idade variando entre 36 e 97 anos. A principal comorbidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica, e a maior parte não apresenta história familiar positiva para DP.

A principal forma de iniciar a doença é com tremor unilateral, sendo os demais sintomas motores mais frequentes no curso da doença: o tremor, rigidez, bradicinesia. Os sintomas não motores são pouco investigados, necessitando de uma descrição maior, já que interferem diretamente na qualidade de vida do paciente.

A maioria faz uso de levodopa associado à benserazida, e um número razoável tem acesso a serviços de reabilitação. No entanto, essa quantidade pode ser ainda maior, e não há como garantir que esse acesso seja compatível com a realidade de outras instituições.

REFERÊNCIAS

1. Steidl EMS, Ziegler JR, Ferreira FV. Doença de Parkinson: Revisão bibliográfica. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria. 2007;8(1):115-129.
2. Teive HAG. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. Rev Neurociencias 2005; 13(4): 201-214.
3. Wirdefeldt K, Adami HO, Cole P, Trichopoulos D, Mandel J. Epidemiology and etiology of Parkinson's disease: a review of the evidence. European Journal of Epidemiology.2011;26(S1):1-58.
4. Andrade LAF, Barbosa ER, Cardoso F, Teive HAG. Doença de Parkinson: Estratégias atuais de tratamento. 4ª ed. São Paulo: Omnifarma, 2014.
5. Rosso ALZ, Nicaretta DH, Mattos JP. Correlações anatomoclínicas na Doença de Parkinson. Revista Brasileira de Neurologia, v. 44, n.4, 2008.
6. Lau LML, Breteler MMB. Epidemiology of Parkinson's disease. The Lancet. Neurology. 2006;5(6):525-535.
7. Liu K, Gu Z, Dong L, Shen L, Sun Y, Zhang T et al. Clinical profile of Parkinson's disease in the Gumei community of Minhang district, Shanghai. Clinics, São Paulo. 2014;69(7):457-463.
8. Coriolano MGWS, Silva EG, Fortuna ES, Asano A, Monteiro D. Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de Parkinson do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Neurobiologia. 2013;76(1)-19-28.
9. Fundação de Neurologia e Neurocirurgia [Internet]. Salvador. [Atualizado 2016; citado 2016 abr. 20]. Disponível em: <http://www.fundacaodeneurologia.com.br>
10. Tanner C, Hubble J, Chan P. Epidemiology and genetics of Parkinson's disease. In Movement Disorders: Neurologic principles and Practice. Watts RL, Koller WC, editors. New York: McGraw-Hill; 1997;137-52.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [Internet]. Brasília. [Atualizado 2015; citado 2015 dez. 6]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>.

12. Sistema de Informação Municipal de Salvador [Internet]. Salvador. [Atualizado 2016; citado 2016 set 28]. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>
13. Silva FS, Pabis JVPC, Alencar AG, Silva KB, Navarro-Peternella FM. Evolução da Doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Revista de Neurociências*. 2010.
14. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Endocrinol e Metab*. 1999; 43(4).
15. Hughes AJ, Daniel SE, Blankson S, et al. A clinicopathologic study of 100 cases of Parkinson's disease. *Arch Neurol* 1993;50:140–8.
16. Jankovic J. Parkinson's disease. Clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:368–376.
17. Gil ISMC. Sintomas não-motores da doença de Parkinson [dissertação]. Coimbra: Escola de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2010.
18. Martinez-Martin P, Schapira AHV, Stocchi F, Sethi K, Odin P, MacPhee G, Brown RG, et al. Prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease in an international setting; study using nonmotor symptoms questionnaire in 545 patients. *Mov Disord* 2007; 22:1623-1629.
19. Cardoso, F. Tratamento da doença de parkinson. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1995;53(1):1-10.
20. Ferraz HB. Tratamento da Doença de Parkinson. *Revista de Neurociências*. 1999;7(1):6-12.
21. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L, Lees AJ. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinical-pathological study of 100 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1992;55:181-184.
22. Sistema de Informação Municipal de Salvador [Internet]. Salvador. [Atualizado 2016; citado 2016 set 28]. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>
23. Xia R, Mao ZH. Progression of motor symptoms in Parkinson's disease. *Neurosci Bull*. 2012;28(1):39-48.
24. Stacy, M. Nonmotor Symptoms in Parkinson's Disease. *International Journal of Neuroscience*. 2011;9-17.
25. Souza CFM, Almeida HCP, Sousa JB, Costa PH, Silveira YSS, Bezerra JCL. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento: Uma Revisão de Literatura. *Rev Neurocienc* 2011;19(4):718-723.