



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Doença de Parkinson no Brasil: panorama epidemiológico de uma década segundo sexo e etnia (2016-2025)

Lara Rufato Figueiredo¹, Alana Beatriz Bueno Vieira¹, Manuella Marques Goi¹, Leticia Raniero de Vecchi¹, Ana Beatriz Bernardino Marques¹, Jane Helen da Silva Soares Gutierrez¹, João Pedro Nakamura Henrique¹, Maria Flor Marques¹, Valentina Helena Occhialini Bucci¹, Maria Júlia Albuquerque Vieira Martins¹, Julia Teixeira Volpe¹, Kaline Lindalva Paiva Rodrigues¹, Rafaela Vitória Pereira de Mello¹, Maria Victoria Amoroso Ladeia¹, Nicolle Stasiak Bahniuk¹, Felipe Cioffi Matos², Eduarda Victoria Cavali da Silva¹, Amanda Beckhauser², Vitória Carrara Tavares¹, Maria Eduarda Binde², Luiza Trochmann Fanchin¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p52-64>

Artigo recebido em 2 Março e publicado em 2 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A doença de Parkinson é uma enfermidade neurodegenerativa crônica e progressiva, cuja relevância em saúde pública tem aumentado em razão do envelhecimento populacional e da crescente demanda por cuidados prolongados. O objetivo deste estudo foi analisar a mortalidade por doença de Parkinson no Brasil segundo sexo e raça/cor, no período de 2016 a 2025. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado com dados secundários de domínio público obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, disponibilizado pelo DATASUS. Foram analisadas as taxas de mortalidade por doença de Parkinson segundo sexo e raça/cor. A taxa total de mortalidade no período foi de 7,09. Segundo sexo, observou-se maior taxa no feminino (8,04) em comparação ao masculino (6,48). Em relação à raça/cor, a maior taxa foi verificada na população preta (11,49), seguida pelas categorias amarela (7,75), sem informação (7,37), parda (6,99) e branca (6,80). Os achados evidenciam desigualdades sociodemográficas na mortalidade por doença de Parkinson no Brasil, sugerindo a influência de fatores demográficos e assistenciais. Conclui-se que a mortalidade por essa enfermidade apresenta distribuição não homogênea segundo sexo e raça/cor, ressaltando a importância de políticas públicas e estratégias assistenciais orientadas pela equidade.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Mortalidade; Sexo; Raça; Epidemiologia.

Parkinson's Disease in Brazil: A Decade-Long Epidemiological Overview According to Sex and Ethnicity (2016-2025)

ABSTRACT

Parkinson's disease is a chronic and progressive neurodegenerative disorder whose public health relevance has increased due to population aging and the growing demand for long-term care. This study aimed to analyze mortality from Parkinson's disease in Brazil according to sex and race/color between 2016 and 2025. This was an ecological, descriptive, retrospective, and quantitative study based on secondary public-domain data obtained from the Mortality Information System available through DATASUS. Mortality rates for Parkinson's disease were analyzed according to sex and race/color. The overall mortality rate during the study period was 7.09. According to sex, a higher mortality rate was observed among females (8.04) compared with males (6.48). Regarding race/color, the highest mortality rate was found among Black individuals (11.49), followed by Yellow individuals (7.75), cases with no information (7.37), Brown individuals (6.99), and White individuals (6.80). These findings reveal sociodemographic inequalities in mortality from Parkinson's disease in Brazil, suggesting the influence of demographic and healthcare-related factors. In conclusion, mortality from this disorder is unevenly distributed according to sex and race/color, highlighting the importance of public policies and healthcare strategies guided by equity.

Keywords: Parkinson's Disease; Mortality; Sex; Race; Epidemiology

Instituição afiliada – Universidade Cesumar (UNICESUMAR) 1, Centro Universitário Ingá 2.

Autor correspondente: Lara Rufato Figueiredo - lara@alunos.unicesumar.edu.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade neurodegenerativa crônica e progressiva, caracterizada principalmente por bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural, além de um amplo conjunto de manifestações não motoras, como alterações cognitivas, autonômicas, psiquiátricas e do sono, que repercutem de forma significativa sobre a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos^{1,3}. O crescimento da população idosa e o aumento da expectativa de vida têm contribuído para a elevação da carga global da doença, consolidando a DP como um problema relevante de saúde pública, com impacto crescente sobre os sistemas de saúde, os cuidadores e os custos assistenciais^{1,2}.

Nos últimos anos, a compreensão da doença de Parkinson tem avançado para além de sua base neuropatológica clássica, passando a incorporar de forma mais consistente aspectos epidemiológicos, clínicos, moleculares e sociais. A literatura recente evidencia que a distribuição da DP não ocorre de maneira homogênea entre os diferentes grupos populacionais, sendo influenciada por fatores demográficos, biológicos e contextuais, o que reforça a importância de investigações que considerem não apenas a ocorrência da doença, mas também as desigualdades que permeiam seu diagnóstico, tratamento e desfechos¹⁻³.

Entre as variáveis demográficas mais relevantes, o sexo tem sido apontado como um importante modulador da apresentação e da trajetória da doença. Estudos mostram que homens e mulheres podem diferir quanto à frequência da DP, idade ao diagnóstico, expressão clínica, perfil de sintomas não motores, velocidade de progressão e resposta a intervenções terapêuticas^{4,5}. Além dos mecanismos biológicos, fatores hormonais, comportamentais e socioculturais parecem contribuir para essas diferenças, indicando que sexo e gênero devem ser considerados dimensões fundamentais na investigação da doença de Parkinson. Nesse sentido, a literatura contemporânea vem ressaltando que a incorporação dessas variáveis aos desenhos epidemiológicos e à interpretação dos achados é essencial para uma compreensão mais precisa da heterogeneidade da DP⁴⁻⁶.

Paralelamente, cresce o interesse científico pelas desigualdades raciais e étnicas associadas à doença de Parkinson. Embora historicamente menos explorada do que a variável sexo, a dimensão racial/étnica vem sendo reconhecida como importante para a compreensão de iniquidades no acesso ao diagnóstico, ao seguimento especializado, às terapias farmacológicas e a intervenções avançadas, como a estimulação cerebral profunda^{7,12}. Estudos recentes sugerem que grupos racial e etnicamente sub-representados permanecem em desvantagem tanto na produção do conhecimento científico quanto na assistência em saúde, sendo menos incluídos em estudos clínicos, genéticos e terapêuticos, o que limita a generalização dos achados e pode perpetuar assimetrias no cuidado^{8,9}.

Além disso, revisões e estudos recentes indicam que as diferenças observadas entre grupos populacionais na doença de Parkinson não devem ser interpretadas exclusivamente à luz de fatores biológicos, uma vez que determinantes estruturais, como barreiras de acesso, desigualdades socioeconômicas, organização dos serviços e vieses institucionais, também podem influenciar o percurso diagnóstico e terapêutico desses pacientes^{7,9,11}. Dessa forma, a análise da mortalidade segundo sexo e raça/cor torna-se particularmente relevante, pois permite explorar possíveis padrões desiguais de desfecho em saúde e ampliar a compreensão da DP para além da perspectiva estritamente clínica.

No contexto brasileiro, essa discussão adquire especial importância em razão da grande heterogeneidade populacional e das persistentes desigualdades sociais e assistenciais que caracterizam o país. Apesar da relevância epidemiológica da doença de Parkinson, ainda são relativamente escassos os estudos nacionais que investigam sua distribuição segundo marcadores sociodemográficos, especialmente sexo e raça/cor, em bases populacionais amplas. Tal lacuna limita a identificação de grupos mais vulneráveis e dificulta o planejamento de políticas públicas orientadas pela equidade no cuidado neurológico.

Nesse cenário, o uso de bases secundárias oficiais, como as disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), representa uma estratégia relevante para o monitoramento epidemiológico da mortalidade por DP no



Brasil. A utilização desses dados possibilita análises de abrangência nacional e favorece a descrição de padrões segundo características demográficas, contribuindo para o reconhecimento de desigualdades e para o fortalecimento da vigilância em saúde. Ao considerar que a literatura internacional já aponta diferenças relacionadas ao sexo e à raça/etnia na experiência da doença de Parkinson, torna-se pertinente investigar se essas assimetrias também se refletem no panorama brasileiro^{4,7,9}.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a mortalidade por doença de Parkinson no Brasil, com enfoque nas diferenças segundo sexo e raça/cor. A identificação desses padrões pode oferecer subsídios relevantes para a formulação de estratégias assistenciais mais equitativas, para o aprimoramento do cuidado às populações mais vulneráveis e para a consolidação de evidências nacionais sobre os determinantes sociodemográficos associados à doença^{10,12}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários de domínio público obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O estudo contemplou os óbitos ocorridos no Brasil no período de 2016 a 2025 cuja causa básica foi doença de Parkinson, identificada pelo código G20 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10).

A coleta de dados foi realizada na plataforma TABNET/DATASUS, utilizando-se os registros nacionais de mortalidade por residência. Foram extraídas informações referentes ao número de óbitos e às taxas de mortalidade segundo as variáveis sexo e raça/cor, conforme disponibilizadas pelo sistema. Para a variável sexo, foram consideradas as categorias masculino e feminino. Para a variável raça/cor, foram incluídas as categorias branca, preta, parda, amarela e sem informação, de acordo com a disponibilidade dos dados na base consultada. Quando presentes no sistema, registros sem preenchimento adequado da variável raça/cor foram mantidos e analisados na categoria própria, com o objetivo de preservar a completude da informação e evitar

exclusões indevidas.

As taxas de mortalidade foram expressas conforme o padrão apresentado pelo DATASUS, considerando a distribuição dos óbitos por 100.000 habitantes, quando aplicável à tabulação selecionada. A análise foi conduzida de forma descritiva, por meio da apresentação dos valores absolutos e/ou taxas de mortalidade em tabelas, permitindo a comparação do comportamento do indicador entre os grupos analisados. Para organização dos resultados, foram elaboradas duas tabelas descritivas, sendo uma destinada à distribuição segundo sexo e outra segundo raça/cor.

A interpretação dos achados foi realizada com ênfase na identificação de diferenças no perfil da mortalidade por doença de Parkinson entre os grupos estudados, sem a intenção de estabelecer relações causais. Por se tratar de um estudo baseado em dados secundários, agregados, públicos e sem identificação individual dos participantes, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a legislação brasileira aplicável a pesquisas com dados de domínio público.

RESULTADOS

No período de 2016 a 2025, de acordo com a tabela 1, a taxa total de mortalidade por doença de Parkinson no Brasil foi de 7,09. Na análise segundo o sexo, observou-se maior taxa de mortalidade no sexo feminino (8,04) em comparação ao masculino (6,48), correspondendo a uma diferença absoluta de 1,56 pontos e a um valor aproximadamente 24,1% superior entre as mulheres.

Quanto à variável etnia/raça-cor, verificou-se heterogeneidade entre os grupos analisados. A maior taxa de mortalidade foi identificada na população preta (11,49), seguida pelas categorias amarela (7,75), sem informação (7,37), parda (6,99) e branca (6,80). A taxa observada na população preta foi 4,69 pontos superior à registrada na população branca, o que representa diferença relativa de aproximadamente 69,0%. Em relação à taxa total do período (7,09), a categoria preta apresentou valor substancialmente mais elevado, enquanto as categorias branca e parda se mantiveram abaixo da média geral. De modo geral, os achados evidenciam um perfil desigual da

mortalidade por doença de Parkinson, com maior magnitude entre mulheres e entre indivíduos classificados na categoria preta, sugerindo variações importantes segundo características sociodemográficas.

Tabela 1 - Taxa de Mortalidade por Doença de Parkinson Segundo sexo e etnia (2016-2025)

Variável	Taxa de Mortalidade
Sexo	
Masculino	6,48
Feminino	8,04
Total	7,09
Etnia	
Branca	6,80
Preta	11,49
Parda	6,99
Amarela	7,75
Sem informação	7,37
Total	7,09

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram que a mortalidade por doença de Parkinson apresentou distribuição desigual no Brasil entre 2016 e 2025, tanto segundo sexo quanto segundo etnia. A taxa total observada reforça a relevância da DP como condição de importância crescente para a saúde pública, em consonância com a literatura recente que descreve aumento progressivo da carga da doença em decorrência do envelhecimento populacional, da maior sobrevivência e da ampliação da demanda por cuidados crônicos e complexos. A doença de Parkinson deixou de ser compreendida apenas como um transtorno neurológico individual para ser reconhecida também como um agravo de forte impacto coletivo, com repercussões clínicas, funcionais, familiares e assistenciais¹⁻³.

No que se refere ao sexo, este estudo identificou maior taxa de mortalidade no sexo feminino. Esse achado merece interpretação cuidadosa, sobretudo porque a

literatura internacional frequentemente descreve diferenças entre homens e mulheres quanto à incidência, ao fenótipo clínico, à expressão de sintomas não motores, ao curso funcional e à resposta terapêutica, sem que isso implique, necessariamente, um mesmo padrão para mortalidade em todos os contextos⁵. Estudos recentes enfatizam que sexo e gênero influenciam múltiplas dimensões da doença de Parkinson, desde mecanismos biológicos e moleculares até a forma como os pacientes acessam o diagnóstico e o tratamento⁴⁻⁶.

Embora muitos trabalhos descrevam maior ocorrência de DP em homens, a maior mortalidade observada entre mulheres nesta análise pode refletir fatores adicionais que não se confundem com incidência. Entre esses fatores, destacam-se a maior expectativa de vida feminina, o maior contingente de mulheres nas faixas etárias mais avançadas e a possibilidade de que o óbito se concentre em idades mais elevadas, quando a doença tende a coexistir com maior fragilidade clínica e multimorbidade^{1,2,6}. Assim, é plausível que a maior taxa de mortalidade feminina encontrada neste estudo esteja associada, ao menos em parte, à estrutura etária da população e ao comportamento dos óbitos ao longo do envelhecimento, e não necessariamente a maior risco biológico isolado de desenvolver a doença.

Além disso, a literatura recente argumenta que diferenças de sexo e gênero na doença de Parkinson também podem decorrer de desigualdades no reconhecimento clínico, na valorização de sintomas, na trajetória diagnóstica e na abordagem terapêutica. Mulheres podem apresentar combinações específicas de sintomas motores e não motores, além de percursos assistenciais distintos, o que pode influenciar a evolução clínica e os desfechos finais⁴⁻⁶. Dessa forma, o maior valor observado no sexo feminino reforça a necessidade de análises futuras estratificadas por idade e por estágio da doença, uma vez que a mortalidade resulta da interação entre fatores biológicos, demográficos e assistenciais.

Em relação à etnia/raça-cor, o achado mais expressivo deste estudo foi a maior taxa de mortalidade na população preta, com valor bastante superior ao observado nas categorias branca e parda. Esse resultado é particularmente relevante, pois a literatura sobre doença de Parkinson e desigualdades raciais ainda é menos volumosa do que

aquela voltada às diferenças por sexo; ainda assim, os estudos mais recentes vêm apontando que raça, etnia e ancestralidade constituem dimensões importantes para compreender iniquidades no cuidado, na pesquisa e nos desfechos clínicos^{7,9}.

Parte importante dessa literatura mostra que populações racial e etnicamente sub-representadas seguem menos contempladas em estudos clínicos, genéticos e farmacológicos sobre Parkinson^{8,9}. Essa limitação compromete a generalização do conhecimento disponível e dificulta a construção de estratégias diagnósticas e terapêuticas sensíveis à diversidade populacional⁸. Além disso, estudos recentes têm demonstrado disparidades relevantes no acesso a cuidados especializados e a terapias avançadas, como a estimulação cerebral profunda, evidenciando que grupos minoritários podem enfrentar barreiras estruturais importantes ao longo da trajetória assistencial^{7,11,12}.

Nesse contexto, a maior mortalidade observada na população preta pode ser interpretada como um possível marcador de iniquidades em saúde, ainda que este estudo, por seu delineamento descritivo, não permita estabelecer causalidade. É possível que diferenças no acesso ao diagnóstico oportuno, ao seguimento neurológico, à continuidade do tratamento e às terapias de maior complexidade influenciem o padrão de mortalidade entre os grupos analisados^{7,10}. A literatura recente também sugere que desigualdades raciais na DP podem se manifestar não apenas no tratamento, mas no peso do cuidado, na sobrecarga familiar e no próprio percurso terapêutico, aspectos que, de forma indireta, também podem repercutir sobre os desfechos em saúde¹⁰.

Outro ponto relevante é que a categoria “sem informação” apresentou taxa de mortalidade superior à média total do período. Esse achado chama atenção para limitações na qualidade do preenchimento dos registros, sobretudo no que diz respeito à variável etnia. Em estudos baseados em sistemas secundários de informação, a incompletude dos dados pode reduzir a precisão das análises e dificultar a identificação do real comportamento epidemiológico de determinados grupos populacionais. Assim, a presença de percentual relevante de registros sem classificação adequada deve ser

compreendida como limitação metodológica importante, pois pode mascarar ou redistribuir diferenças entre categorias raciais.

Além da incompletude, outros aspectos devem ser considerados na interpretação dos resultados. As taxas analisadas refletem a mortalidade registrada no sistema e dependem da qualidade da certificação da causa básica de óbito, podendo estar sujeitas a subregistro, variações regionais de preenchimento e eventuais inconsistências na classificação diagnóstica. Ademais, por se tratar de análise descritiva agregada, não foi possível controlar potenciais fatores de confusão, como idade, comorbidades, distribuição regional, nível socioeconômico e acesso a serviços especializados, variáveis que podem influenciar substancialmente a mortalidade por doença de Parkinson^{1-3,12}.

Ainda assim, os achados deste estudo possuem relevância epidemiológica e assistencial. Ao evidenciar diferenças segundo sexo e etnia, o trabalho contribui para ampliar a discussão sobre a distribuição social da mortalidade por doença de Parkinson no Brasil, tema ainda pouco explorado em bases nacionais de ampla cobertura. A literatura recente tem insistido na necessidade de incorporar variáveis demográficas e sociais à análise da DP, superando uma visão exclusivamente biomédica da doença^{4,7}. Nesse sentido, os resultados aqui encontrados reforçam que a compreensão da mortalidade por Parkinson deve considerar não apenas a biologia da enfermidade, mas também os determinantes estruturais que modulam o acesso, a continuidade do cuidado e os desfechos finais.

Diante disso, torna-se fundamental fortalecer estratégias de vigilância epidemiológica, aprimorar a qualidade do preenchimento das declarações de óbito e ampliar o acesso equitativo ao diagnóstico e ao tratamento neurológico no SUS. Também são necessários estudos futuros com estratificação por faixa etária, análise regional e cruzamento entre sexo e raça/cor, a fim de aprofundar a compreensão das desigualdades observadas e subsidiar políticas públicas mais sensíveis à heterogeneidade da população brasileira. Assim, os resultados encontrados sugerem que a mortalidade por doença de Parkinson no Brasil não se distribui de forma

homogênea, evidenciando a necessidade de abordagens assistenciais e epidemiológicas orientadas pela equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade por doença de Parkinson no Brasil, no período de 2016 a 2025, apresentou distribuição desigual segundo sexo e raça/cor. Observou-se maior taxa de mortalidade no sexo feminino em comparação ao masculino, bem como maior magnitude entre indivíduos da raça/cor preta, em relação aos demais grupos analisados. Esses achados sugerem que a mortalidade por doença de Parkinson não se distribui de forma homogênea na população brasileira, podendo refletir a interação entre envelhecimento populacional, diferenças demográficas e possíveis iniquidades no acesso ao diagnóstico, ao acompanhamento especializado e ao tratamento.

Além de reforçar a relevância da doença de Parkinson como problema de saúde pública, os resultados evidenciam a importância de incorporar variáveis sociodemográficas à análise epidemiológica da doença, especialmente em um país marcado por ampla diversidade populacional e desigualdades estruturais como o Brasil. Nesse sentido, o estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre o perfil da mortalidade por doença de Parkinson no país e destaca a necessidade de estratégias assistenciais e políticas públicas voltadas à equidade no cuidado.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros com estratificação por faixa etária, distribuição regional e análise integrada de fatores sociodemográficos, a fim de aprofundar a compreensão das desigualdades observadas e subsidiar intervenções mais efetivas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ben-Shlomo Y, et al. The epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet*. 2024;403(10423):283-292. doi:10.1016/S0140-6736(23)01419-8. PMID: 38245248.
2. Morris HR, et al. The pathogenesis of Parkinson's disease. *Lancet*. 2024;403(10423):293-304. doi:10.1016/S0140-6736(23)01478-2. PMID: 38245249.



3. Deliz JR, Tanner CM, Gonzalez-Latapi P. Epidemiology of Parkinson's Disease: An Update. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2024;24(6):163-179. doi:10.1007/s11910-024-01339-w. PMID: 38642225.
4. Patel R, Kompolti K. Sex and Gender Differences in Parkinson's Disease. *Neurol Clin.* 2023;41(2):371-379. doi:10.1016/j.ncl.2022.12.001. PMID: 37030964.
5. Cattaneo C, Pagonabarraga J. Sex Differences in Parkinson's Disease: A Narrative Review. *Neurol Ther.* 2025;14(1):57-70. doi:10.1007/s40120-024-00687-6. PMID: 39630386.
6. Schaffner SL, et al. Sex and gender differences in the molecular etiology of Parkinson's disease: considerations for study design and data analysis. *Biol Sex Differ.* 2025;16(1):7. doi:10.1186/s13293-025-00692-w. PMID: 39901234.
7. Bishay AE, et al. Disparities in Access to Deep Brain Stimulation for Parkinson's Disease and Proposed Interventions: A Literature Review. *Stereotact Funct Neurosurg.* 2024;102(3):179-194. doi:10.1159/000538748. PMID: 38697047.
8. Poplawska-Domaszewicz K, et al. Addressing the Ethnicity Gap in Catechol O-Methyl Transferase Inhibitor Trials in Parkinson's Disease: A Review of Available Global Data. *J Pers Med.* 2024;14(9):939. doi:10.3390/jpm14090939. PMID: 39338193.
9. Marconi GA, et al. Recent advances in the genetics of Parkinson's disease in underrepresented populations. *Curr Opin Neurol.* 2025;38(4):349-354. doi:10.1097/WCO.0000000000001391. PMID: 40471658.
10. Bayram E, Liu H, Luo S, et al. Ethnoracial differences for caregiving burden in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2024;118:105927. doi:10.1016/j.parkreldis.2023.105927. PMID: 37952272.
11. Venkatraman V, Futch BG, Bode Padron KJ, et al. Disparities in the treatment of movement disorders using deep brain stimulation. *J Neurosurg.* 2024;141(1):241-251. doi:10.3171/2023.11.JNS23882. PMID: 38306639.
12. Ba F, et al. Ethnic and Gender Disparities in Access to Deep Brain Stimulation Surgery for Parkinson's Disease. *Mov Disord Clin Pract.* 2026;13(2):430-441. doi:10.1002/mdc3.70312. PMID: 40904041.