



Doença de Parkinson e melanoma: evidência clínica de interação neuro-oncológica, um estudo de caso

Ana Lúcia Tabaka¹; Rafael Fiamoncini Ferreira²

Como Citar:

TABAKA, Ana Lúcia; FERREIRA, Rafael Fiamoncini. Doença de Parkinson e melanoma: evidência clínica de interação neuro-oncológica, um estudo de caso. Revista Sociedade Científica, vol. 9, n. 1, p. 1171-1187, 2026. <https://doi.org/10.61411/rsc2026130819>

DOI: 10.61411/rsc2026130819

Área do conhecimento:

Ciências da Saúde

Sub-área:

Medicina; Neurologia

Palavras-chave:

Doença de Parkinson;
Melanoma; Neuro-oncologia.

Publicado: 7 de maio de 2026.

Resumo

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa, caracterizada pela morte de neurônios dopaminérgicos, resultando na perda da neurotransmissão de dopamina. Em contrapartida, o câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado e descontrolado de células, no caso do melanoma, ocorre com os melanócitos. Nas últimas décadas, estudos têm sugerido uma possível correlação entre essas duas patologias. Os achados indicam que essa associação pode estar relacionada com medicamentos utilizados para o tratamento da DP, por fatores genéticos e/ou ambientais. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo verificar a existência de possível correlação entre a Doença de Parkinson e o câncer de pele melanoma. A metodologia adotada consistiu em uma revisão integrativa da literatura, aliada a um estudo de caso, visando compreender de forma mais aprofundada essa possível associação. Os resultados obtidos sugerem uma correlação significativa entre a DP e o melanoma, possivelmente explicada por mecanismos genéticos, pelo tratamento e associações bioquímicas, ressaltando a importância de um acompanhamento clínico integrado e preventivo em pacientes acometidos por essas patologias.

Parkinson's disease and melanoma: clinical evidence of neuro-oncological interaction, a case study

Abstract

Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disease characterized by the death of dopaminergic neurons, resulting in the loss of dopamine neurotransmission. In contrast, cancer is characterized by disordered and uncontrolled cell growth, which in the case of melanoma occurs with melanocytes. In recent decades, studies have suggested a

¹Centro Universitário Vale do Iguaçu (UGV/Uniguaçu), União da Vitória-PR, Brasil. Email: ✉

²Centro Universitário Vale do Iguaçu (UGV/Uniguaçu), União da Vitória-PR, Brasil. Email: ✉



possible correlation between these two pathologies. The findings indicate that this association may be related to medications used to treat PD, genetic factors, or environmental factors. Thus, the present study aims to verify the existence of a possible correlation between Parkinson's disease and melanoma skin cancer. The methodology consisted of a systematic literature review combined with a case study, aiming to gain a deeper understanding of this possible association.. The results obtained suggest a significant correlation between PD and melanoma, possibly explained by genetic mechanisms, treatment, and biochemical associations, highlighting the importance of integrated and preventive clinical follow-up in patients affected by these pathologies.

Keywords: Parkinson's Disease; Melanoma; Neuro-oncology.

1. Introdução

A Doença de Parkinson (DP) tem prevalência global de mais de 6 milhões de indivíduos, sendo a idade um fator de risco mais significativo para o desenvolvimento da patologia [12]. Apesar de ser descrita inicialmente como um distúrbio do movimento sem demência, hoje é aceito que a progressão da DP afeta outros tratos extra-nigrais, dopaminérgicos, colinérgicos e serotoninérgicos, levando a sintomas não motores, como distúrbios do sono e constipação, bem como sintomas cognitivos e psiquiátricos, como a demência e depressão [9].

Estudos epidemiológicos que examinaram a associação entre DP e câncer apoiam uma associação inversa geral: pacientes com DP tendem a ter um menor risco de desenvolver câncer em geral, e pacientes com câncer têm um menor risco de DP [15]. Alternativamente, foram relatadas associações positivas entre DP e cânceres específicos, como melanoma, pele, mama, cérebro e próstata [8].

Uma revisão sistemática e meta-análise, realizada em 2021, com mais de 63 estudos e mais de 17 milhões de participantes, demonstrou uma associação inversa em



DP e câncer total, principalmente em câncer relacionado ao tabagismo, porém a DP foi associada a um risco aumentado de melanoma [15].

O maior estudo clínico-patológico prospectivo, o qual foi realizado na América do Norte, envolveu 2.106 pacientes com idade média de 68,6 anos, dos quais 85 receberam Levodopa. O estudo tinha como objetivo avaliar a possível associação entre a DP e melanoma, após a conclusão, verificou-se que a prevalência de melanoma parece ser maior em pacientes com DP do que na população em geral [2].

Diante do exposto, o presente estudo apresenta como objetivo verificar a existência da possível correlação entre a Doença de Parkinson e o câncer de pele melanoma, correlacionando a pesquisa com um estudo de caso com paciente diagnosticado com as duas patologias.

Devido ao antagonismo de pesquisas sobre o presente tema, torna-se necessário um estudo contínuo a fim de buscar compreender a relação entre as duas patologias. Acredita-se que é possível a existência de relação positiva entre as doenças, porém os mecanismos para essa associação ainda não são totalmente esclarecidos, há evidências de que pode ser associada com o próprio tratamento para a DP, por análises bioquímicas associadas com a alfa-sinucleína, além de diversos fatores genéticos e ambientais.

A DP e o Câncer de Pele Melanoma são doenças que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes, assim, entender a relação entre elas pode levar ao aprimoramento das abordagens terapêuticas e de suporte, beneficiando não apenas os pacientes, mas também familiares e cuidadores.

1.1. A interação neuro-oncológica

Ambas as condições podem ser consideradas duas patologias opostas, visto que uma delas decorre da proliferação e multiplicação celular aberrante, ocorrendo principalmente nos melanócitos; enquanto a Doença de Parkinson está associada principalmente à perda progressiva da estrutura ou função dos neurônios [11].



Pensando na patogênese das duas patologias, podem ser destacadas algumas semelhanças. Ambas as doenças são causadas pela regulação anormal da sobrevivência celular, e alguns dados apontam para a existência de vias sobrepostas, associadas a esses dois distúrbios. Além disso, a incidência aumenta acentuadamente com a idade, os sinais clínicos surgem tardiamente na progressão das doenças e variações geográficas e ambientais são marcantes. Eventos ou exposições muito precoces na vida podem influenciar a expressão posterior da doença. Tanto a Doença de Parkinson quanto o câncer se desenvolvem devido à interação de fatores genéticos e ambientais, e ambas as patologias apresentam desequilíbrio significativo nos processos de ubiquitinação/desubiquitinação [11].

Segundo o banco de dados nacional Surveillance, Epidemiology, and End Results – US Cancer Statistics Review, foi demonstrada uma prevalência 2,2 vezes maior de melanoma invasivo em pacientes com DP em relação à população em geral [10]. Além disso, de acordo com dados do Rochester Epidemiology Project, os pacientes com DP tinham 3,8 vezes mais probabilidade de ter um melanoma preexistente, em comparação com os controles, e o risco de desenvolver DP era 4,2 vezes maior em pacientes com melanoma [7].

Sob o mesmo ponto de vista, uma meta-análise de 4 estudos individuais de associação genômica ampla encontrou uma correlação genética positiva entre o melanoma e DP; o trabalho identificou 606 genes associados ao Parkinson e 168 ao melanoma [4]. De igual modo, o gene SNCA, o qual codifica a proteína alfa-sinucleína, tem um papel importante no controle da mobilidade das vesículas sinápticas, regulando a liberação de neurotransmissores, como a dopamina. Mutações nesse gene podem causar DP, e níveis elevados da proteína foram indicados em células da pele em pacientes com DP e tecidos metastáticos de pacientes com melanoma.

Outro aspecto relevante é quanto ao tratamento utilizado para o Parkinson, que aumenta a concentração de dopamina, sendo que pode contribuir para o



desenvolvimento do melanoma [7], visto que os primeiros relatos de associação entre as patologias eram em pacientes que estavam em uso de levodopa [14]. Estudos *in-vitro* indicaram que a L-Dopa não é apenas um substrato da melanogênese, mas também um regulador positivo de vários processos que ocorrem dentro da célula. A taxa de uma reação catalisada pela tirosinase aumenta na presença de L-dopa. Ao mesmo tempo, um aumento na atividade da tirosinase foi encontrado no melanoma. Sendo que a L-dopa tem a maior ligação direta com a via de síntese de melanina, o que pode ser associado à patogênese do melanoma [7].

Por conseguinte, a correlação entre as patologias justifica o monitoramento dermatológico regular em pacientes com DP, visando ao rastreamento precoce de melanoma. Tal associação também pode influenciar decisões terapêuticas, visto que alguns medicamentos usados no tratamento da DP, como a Levodopa, já foram associados a um possível aumento do risco de melanoma. Para tanto, torna-se fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional no acompanhamento desses pacientes, contemplando não apenas neurologistas e dermatologistas, mas também fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Essa integração favorece uma abordagem mais abrangente que alia o rastreamento precoce do melanoma às intervenções voltadas para a manutenção da funcionalidade, prevenção de complicações e promoção da qualidade de vida do paciente, estendendo os benefícios também aos familiares e cuidadores.

2. Metodologia

A pesquisa é caracterizada como básica, qualitativa e exploratória. Para a sua realização, foi dividida em três etapas. A primeira etapa trata-se de uma revisão integrativa da bibliografia, permitindo a inclusão de estudos com diferentes abordagens metodológicas (qualitativa e quantitativa), para proporcionar uma compreensão abrangente sobre um tema específico [6].

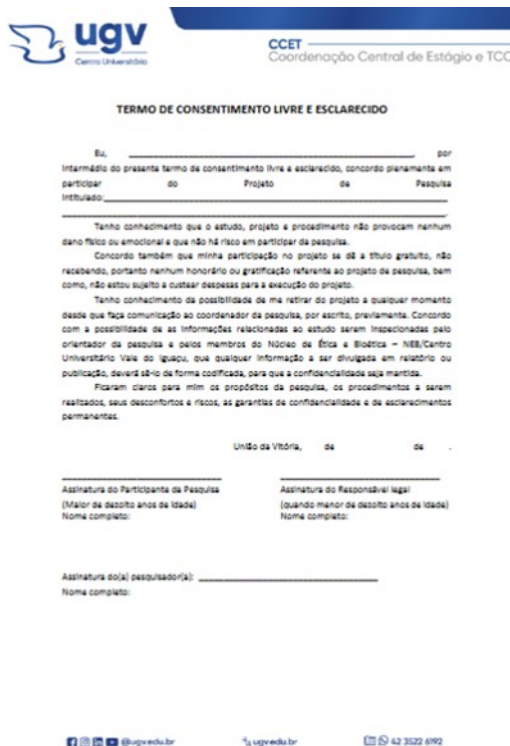


Para esta revisão, foram selecionados materiais nos idiomas inglês e português, indexados em bases de dados, como PubMed, SciELO, Elsevier, sendo artigos com abordagem clínica, epidemiológica ou experimental, do ano de 2015 até 2025.

A segunda etapa consistiu em realizar o estudo de caso com paciente do sexo feminino, 56 anos, diagnosticada previamente com Parkinson (em 2007) e posteriormente com melanoma (em 2019). A escolha da paciente se deu por meio do histórico clínico, contemplando seu prontuário médico, exames laboratoriais, de imagens e biópsias, além de informações provenientes do contato com os médicos responsáveis pelo seu acompanhamento.

Por fim, na última etapa, o estudo de caso foi correlacionado com a revisão integrativa, com o intuito de entender a relação entre as patologias. Será enfatizada a interdisciplinariedade no que tange ao contexto geral da pesquisa; busca-se a visão clínica e de criação de evidência científica acerca da correlação do tema.

Para a responsável pela paciente selecionada, foi dada uma explicação verbal sobre os objetivos da pesquisa, bem como um esclarecimento sobre todos os procedimentos, dando total liberdade e resguardando o sigilo de todos os dados fornecidos. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Figura 1), informado em duas vias, o qual foi assinado tanto pela pesquisadora quanto pela responsável, firmando, assim, o vínculo ético necessário para a realização da pesquisa. A metodologia proposta foi aprovada pelo Núcleo de Ética e Bioética (NEB) da Ugv – Centro Universitário (Protocolo: 20250614377).



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ por
intermédio do presente termo de consentimento livre e esclarecido, concordo plenamente em
participar do Projeto de Pesquisa
intitulado: _____

Tenho conhecimento que o estudo, projeto e procedimento não provocam nenhum
dano físico ou emocional e que não há risco em participar da pesquisa.
Concordo também que minha participação no projeto se dá a título gratuito, não
recebendo, portanto nenhum honorário ou gratificação referente ao projeto de pesquisa, bem
como, não estou sujeito a custos despesas para a execução do projeto.

Tenho conhecimento da possibilidade de me retirar do projeto a qualquer momento
desde que faça comunicação ao coordenador da pesquisa, por escrito, previamente. Concordo
com a possibilidade de as informações relacionadas ao estudo serem inspecionadas pelo
orientador da pesquisa e pelos membros do Núcleo de Ética e Bioética - NEB/Centro
Universitário Vale do Iguaçu, que qualquer informação a ser divulgada em relatório ou
publicação, deverá tê-lo de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Ficaram claros para mim os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem
realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos
permanentes.

União da Vitória, de de .

Assinatura do Participante de Pesquisa
(Maior de dezoito anos de idade)
Nome completo: _____

Assinatura do Responsável legal
(quando menor de dezoito anos de idade)
Nome completo: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____
Nome completo: _____

[@ugvredubz](https://www.facebook.com/ugvredubz) [ugvredubz](https://www.instagram.com/ugvredubz) [42 3322 6192](https://www.linkedin.com/company/ugvredubz)

Figura 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fonte: Modelo institucional de TCLE da UGV Centro Universitário [13]

3. Desenvolvimento e discussão

Paciente do sexo feminino, nascida no dia 11 de setembro de 1951, na cidade de Itapiranga – RS, residente da cidade de Paulo Frontin – PR. Não apresenta histórico de tabagismo ou etilismo. Diagnosticada, em 2007, com 56 anos, com doença de Parkinson (CID G20), registros médicos indicando sintomas motores típicos da doença, como rigidez muscular, bradicinesia, episódios de freezing e discinesias.

A paciente realizava acompanhamento neurológico regular durante o qual foram prescritos diversos medicamentos ao longo do tempo, conforme a evolução do quadro clínico. As dosagens e horários das medicações foram ajustados, em diferentes consultas, de acordo com a resposta terapêutica e a necessidade apresentada em cada momento. Além disso, realizou acompanhamento com fonoaudióloga, entre março e abril de 2015, assim como sessões de fisioterapia.



Em razão do uso de múltiplos fármacos no tratamento da patologia, torna-se fundamental destacar seus possíveis efeitos colaterais. Nesse contexto, o Quadro 1 apresenta os principais efeitos adversos associados aos medicamentos utilizados, conforme informações disponibilizadas no Bulário Eletrônico da ANVISA.

Quadro 1: Medicamentos para a doença de Parkinson e seus efeitos colaterais

Medicamento	Efeitos colaterais
Omeprazol	Aumento das enzimas hepáticas, trombocitopenia, agranulocitose, pancitopenia, hiponatremia.
Prolopa DB	Anemia hemolítica, leucopenia transitória, trombocitopenia, aumento das transaminases, fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase, aumento dos níveis sanguíneos de ureia.
Mandidan	Melanoma maligno da pele: Estudos epidemiológicos demonstraram que pacientes com DP apresentam um maior risco para desenvolvimento de melanoma maligno da pele que a população geral. Ainda não se sabe se este aumento do risco é devido à doença de base, ou aos fármacos utilizados para seu tratamento. Por essa razão, recomenda-se que os pacientes, utilizando amantadina, sejam submetidos a exames de pele periódicos. Pode apresentar leucopenia ou leucocitose, neutropenia, agranulocitose. Anormalidades dos níveis de enzimas séricas (CPK, FAL, DHL, GGT, TGO, TGP) e achado anormal de exame químico do sangue, não especificado (elevação nas concentrações de bilirrubinas e creatinina).
Prolopa HBS	Anemia hemolítica, leucopenia transitória, trombocitopenia, aumento das transaminases, fosfatase alcalina e gama-glutamilttransferase, aumento dos níveis sanguíneos de ureia.
Pramipexol	Não há especificação com alteração em exames laboratoriais.
Escitalopram	Sangramentos inesperados, diminuição de plaquetas, níveis diminuídos de sódio no sangue, alterações nos exames de função hepática, aumento do nível da prolactina.
Ciclobenzaprina	Não há dados disponíveis relacionados à interferência sobre o resultado de exames laboratoriais.
Razapina ODT	Elevação nas atividades na transaminase sérica, eosinofilia.
Levodopa	Dada a possibilidade da levodopa ativar o melanoma maligno, este medicamento não deve ser utilizado em pacientes com lesões cutâneas suspeitas e não diagnosticadas ou com histórico de melanoma. Anormalidades temporárias em testes laboratoriais incluem elevações na dosagem de TGO, TGP, desidrogenase láctica, bilirrubina, fosfatase alcalina, diminuição da hemoglobina e hematócrito, glicose sérica elevada, níveis de creatinina e ácido úrico são menores durante a administração.
Toragesic	Exames de função hepática normais, anemia, eosinofilia, trombocitopenia.

Fonte: Adaptado de bulário eletrônico da Anvisa [1].

Já em 2019, surgiu o primeiro registro clínico de alteração cutânea suspeita, sendo uma lesão pigmentada, ulcerada (Figura 2) e com sangramento, localizada inicialmente na região do quadril, nádegas. No mesmo ano, foi realizado uma biópsia desta lesão, tendo como resultado um melanoma nodular avançado associado a um nevo melanócito extenso, com invasão profunda (Clark V e Breslow 6 mm), mas sem sinais de invasão vascular ou nervosa. Presença de satelitose microscópica, o que aumenta a chance de metástase.



Figura 2: Dermatoscopia da lesão inicial

Fonte: A autora, 2025.

Além disso, foi realizada uma biópsia do linfonodo sentinela, revelando que houve metástase de melanoma em um dos dois linfonodos examinados, evidenciando que a neoplasia já ultrapassou o sítio cutâneo primário e atingiu a circulação linfática regional.

De 26/10/2020 até 05/11/2020, a paciente foi submetida à radioterapia como parte do tratamento paliativo do melanoma maligno, tendo registro de uma boa

tolerância ao protocolo, apresentando apenas efeitos habituais da radioterapia, como reação inflamatória cutânea local (Figura 3). Logo na sequência, foi submetida à quimioterapia.



Figura 3: Observação da pele após radioterapia, com reação inflamatória cutânea local

Fonte: A autora, 2025.

No início do ano de 2021, foi realizada uma tomografia computadorizada de pelve, a qual teve como principais alterações a presença de um inchaço na região proximal da coxa, que pode estar relacionado a processos inflamatórios, circulatórios ou tumorais, além de formações nodulares no subcutâneo da face medial da coxa esquerda (Figura 4), podendo indicar uma possível extensão local da doença.



Figura 4: Formações nodulares no subcutâneo da face medial da coxa esquerda

Fonte: A autora, 2025.

Já na metade do mesmo ano, foi realizada uma tomografia computadorizada de tórax e abdome total. Na primeira, foi identificado 3 pequenos nódulos no pulmão direito, já na segunda tomografia, não houve nenhuma alteração significativa.

As duas tomografias foram repetidas no início do ano seguinte (2022). Os exames revelaram progressão do melanoma, com metástases pulmonares, evidenciada pela presença de múltiplos nódulos bilaterais sólidos não calcificados, sendo compatível com disseminação hematogênica do melanoma. Além disso, foi observada uma imagem nodular no fígado que pode representar lesão metastática ou benigna.

3.1. Associação Parkinson x melanoma

O câncer e a DP podem ser considerados patologias opostas, visto que a primeira é decorrente da multiplicação e proliferação celular aberrantes e descontroladas, no caso do melanoma, ocorre principalmente com os melanócitos; já o segundo está associado principalmente com a perda progressiva da estrutura ou função dos neurônios [11].



Um grande número de estudos epidemiológicos relatou uma co-ocorrência de DP em pacientes com melanoma, e melanoma em pacientes com DP, e a incidência é significativamente maior que o esperado [3]. Os possíveis mecanismos para essa associação ainda não são totalmente conhecidos, porém há evidências de que pode ser associada com o próprio tratamento para a DP, por análises bioquímicas associando a alfa-sinucleína, além de diversos fatores genéticos e ambientais comuns.

A paciente selecionada para o estudo de caso possuía um histórico bem estabelecido de DP, com um diagnóstico e seguimento contínuo por mais de 10 anos, quando, na sequência, começou a desenvolver melanoma maligno, com uma rápida disseminação metastática e complicações.

Observando a cronologia dos eventos, o diagnóstico de DP foi realizado aproximadamente 12 anos antes do melanoma, reforçando a suspeita de uma correlação atemporal entre as condições. Além disso, a ausência de histórico familiar de melanoma ou exposição excessiva ao sol sugere que fatores internos e sistêmicos (neurodegeneração ou imunidade) possam ter contribuído para o desenvolvimento tumoral.

Tanto a dopamina, o neurotransmissor cuja a deficiência está no centro da fisiopatologia da DP, quanto a melanina, pigmento envolvido na carcinogênese melanocitária, são derivadas da tirosina. Modificações na tirosina podem afetar a capacidade de interação com o sistema ubiquitina-proteossoma, sendo esse uma via comum entre as duas patologias, que controla a degradação de proteínas e o ciclo celular, é uma estrutura reguladora essencial nas células, que suporta a homeostase celular, controla a transdução de sinalização e afeta os destinos celulares, muitos estudos apontaram que esse sistema pode ser um potencial mecanismo de ligação das duas doenças [11].



A paciente apresentava um estágio avançado de DP, o que sugere um ambiente de regulação anormal de dopamina e tirosina, podendo ser uma contribuição para a transformação melanocítica maligna.

A alfa-sinucleína, o principal componente proteico dos corpos de Lewy e neurônios de Lewy no cérebro de pacientes com DP, foi associada ao melanoma. O acúmulo de alfa-sinucleína no cérebro ainda é uma marca neuropatológica na DP, e sua disseminação entre diferentes tecidos pode ter implicações para certos tipos de câncer, como o melanoma. A alfa-sinucleína pode ser tóxica para neurônios dopaminérgicos na DP, mas pode ser protetora para as células do melanoma, contribuindo para a sua patogênese. Curiosamente, níveis aumentados de aSyn, nos melanócitos de pacientes com DP, reduzem a síntese de melanina e aumentam o risco de melanoma [5].

No caso da paciente, o melanoma teve uma progressão extremamente agressiva, com metástases precoces, padrão que pode ser compatível com alterações moleculares, facilitadas pelo acúmulo de alfa-sinucleína.

Outro fator importante para ser destacado é quanto ao tratamento utilizado pela paciente, principalmente no que diz respeito ao uso de L-dopa, o qual é um medicamento de grande relevância para a associação entre as patologias, além de estar evidenciado na bula a sua possibilidade de ativar o melanoma maligno. (Conforme dado do Quadro 1), estudos *in-vitro* indicaram que a L-dopa não é apenas um substrato da melanogênese, mas também um regulador positivo de vários processos que ocorrem dentro da célula. A taxa de uma reação catalisada pela tirosinase aumenta na presença de L-Dopa. Ao mesmo tempo, um aumento na atividade da tirosinase foi encontrado no melanoma. Sendo que a L-dopa tem a maior ligação direta com a via de síntese de melanina, o que pode ser associado à patogênese do melanoma [7].

No estudo de caso, a paciente fazia uso contínuo de levodopa, vários anos antes do início do melanoma, apesar de não ter dados explícitos do tempo total do uso, é possível inferir que ela estava em tratamento com a medicação de forma contínua por



mais de uma década. Além disso, segundo relatos da neurologista que fez o acompanhamento do caso, a paciente estava com altas doses da maioria dos medicamentos disponíveis para o tratamento, e, por conta da gravidade da doença de Parkinson e pela falta de opções terapêuticas, mesmo com o diagnóstico do melanoma e sabendo da possível associação com o remédio, acredita-se que ela não conseguiria tolerar a redução da L-dopa.

4. **Considerações finais**

A paciente selecionada para o estudo de caso veio a óbito no ano de 2022, devido a complicações clínicas do melanoma. A partir da análise do caso clínico, foi possível observar a coexistência de duas patologias de natureza distinta, porém potencialmente relacionadas: a Doença de Parkinson e Melanoma Maligno. A evolução clínica evidenciou o surgimento de melanoma cutâneo de comportamento agressivo anos após o diagnóstico de Parkinson, com metástases em vários órgãos, reforçando a hipótese de associação entre as duas patologias.

Muitas pesquisas apontam que pacientes com doença de Parkinson apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de melanoma, sendo evidenciado tanto por estudos epidemiológicos quanto teorias fisiopatológicas envolvendo vias metabólicas comuns, alterações genéticas, além da grande influência dos tratamentos dopaminérgicos, como a Levodopa, porém sem evidências conclusivas. A correlação entre Doença de Parkinson e melanoma apresenta um “cruzamento complexo” entre neurodegeneração e oncogênese, que representa uma demanda para diversas possíveis ações integrativas.

Ao analisar o estudo de caso, percebe-se que a atuação multiprofissional, embora presente, poderia ter transcorrido por uma via mais integrativa, especialmente no que se refere à vigilância dermatológica em pacientes com Parkinson, cuja associação com o melanoma já é reconhecida, assim como melhor manejo dos sintomas correlacionados



com a DP, podendo, assim, ser realizadas mais sessões de fisioterapia com o objetivo de melhora da mobilidade, redução de rigidez muscular e prevenção de complicações por imobilidade. Além disso, o acompanhamento com fonoaudióloga poderia ter contribuído de forma mais significativa para o manejo da disfagia e dos distúrbios da fala, comuns no curso da doença, reduzindo riscos de broncoaspiração, favorecendo a nutrição e a comunicação.

Do mesmo modo, após o diagnóstico do câncer, seria imprescindível a continuidade dessas intervenções, somada a uma atuação nutricional intensificada, diante da progressiva perda de peso, possibilitando estratégias de suporte alimentar individualizado e manutenção do estado nutricional. Nesse contexto, a inclusão de um terapeuta ocupacional teria papel fundamental, tanto no manejo dos déficits funcionais decorrentes da Doença de Parkinson quanto no enfrentamento das limitações impostas pelo melanoma, auxiliando na promoção da autonomia, adaptação às atividades de vida diária e melhora da qualidade de vida global da paciente.

Para tanto, a associação entre a DP e o melanoma merece uma maior atenção na atuação interdisciplinar em saúde, tanto no âmbito da prevenção quanto da investigação clínica, enfatizando, assim, a importância de uma abordagem multidisciplinar para a prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes. O presente estudo traz como limitação principal a escassez de pesquisas e de dados clínicos padronizados, dificultando a confirmação da real existência da associação entre a DP e o melanoma. Compreende-se, assim, que é de suma importância a ampliação do número de casos estudados com abordagem multidisciplinar, bem como a realização de investigações clínicas e genéticas mais abrangentes, que permitam compreender melhor os mecanismos biológicos compartilhados e os possíveis impactos dos tratamentos dopaminérgicos na predisposição ao melanoma.



5. Declaração de direitos

Os autores declaram ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declaram que as imagens e textos publicados são de responsabilidade dos autores, e não possuem direitos autorais reservados a terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declaram respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declaram não cometer plágio ou autoplágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.

6. Referências

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Bulário eletrônico. Brasília, DF: ANVISA, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/bulario-eletronico?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 7 mar. 2026.
2. BERTONI, J. M. *et al.* Increased melanoma risk in Parkinson disease: a prospective clinicopathological study: A prospective clinicopathological study. *Archives of neurology*, v. 67, n. 3, p. 347–352, 2010.
3. BOSE, A.; PETSKO, G. A.; ELIEZER, D. Parkinson's disease and melanoma: Co-occurrence and mechanisms. *Journal of Parkinson's disease*, v. 8, n. 3, p. 385–398, 2018.
4. DEAN, D. N.; LEE, J. C. Linking Parkinson's disease and melanoma: Interplay between α -synuclein and Pmel17 amyloid formation. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, v. 36, n. 7, p. 1489–1498, 2021.
5. FILIPPOU, P. S.; OUTEIRO, T. F. Cancer and Parkinson's disease: Common targets, emerging hopes. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, v. 36, n. 2, p. 340–346, 2021.
6. GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.



7. KRASOWSKA, D. *et al.* Melanin-the Éminence grise of melanoma and Parkinson's disease development. *Cancers*, v. 15, n. 23, 2023.
8. MENCKE, P. *et al.* Bidirectional relation between Parkinson's disease and glioblastoma multiforme. *Frontiers in neurology*, v. 11, p. 898, 2020.
9. PAJARES, M. *et al.* Inflammation in Parkinson's Disease: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Cells*, v. 9, n. 7, p. 1687, 14 jul. 2020.
10. ROJAS, N. G. *et al.* Neurodegenerative diseases and cancer: sharing common mechanisms in complex interactions. *Journal of integrative neuroscience*, v. 19, n. 1, p. 187–199, 2020.
11. SURGUCHOV, A.; SURGUCHEV, A. A. Association between Parkinson's disease and cancer: New findings and possible mediators. *International journal of molecular sciences*, v. 25, n. 7, 2024.
12. TOLOSA, E. *et al.* Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, v. 20, n. 5, p. 385–397, 1 maio 2021.
13. UGV Centro Universitário. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). União da Vitória: UGV Centro Universitário, 2025.
14. YE, Q. *et al.* Association between Parkinson's disease and melanoma: Putting the pieces together. *Frontiers in aging neuroscience*, v. 12, p. 60, 2020.
15. ZHANG, X. *et al.* Parkinson's disease and cancer: a systematic review and meta-analysis of over 17 million participants. *BMJ open*, v. 11, n. 7, p. e046329, 2021.