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

# Perfil de sintomas não motores em pacientes com doença de Parkinson

Non-motor symptom profile in patients with Parkinson's disease

Perfil de síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson

Raíssa Andrade do Nascimento[1], Gisele Vieira Hennemann Koury[1], Alna Carolina Mendes Paranhos[2], Mariângela Moreno Domingues[2], Niele Silva de Moraes[2], Fabíola Vasconcelos da Silva Rodrigues[1], Ana Carolina Damasceno Corrêa[1], Fabíola Milenne Moraes e Silva[2].

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o perfil de sintomas não motores em pacientes com Doença de Parkinson. **Métodos:** Estudo observacional quantitativo transversal com 53 pacientes de ambos os sexos e idade entre 43 e 85 anos, avaliados por meio de questionário sobre sintomas não motores da Doença de Parkinson, incluindo disfagia, disfonia, disosmia, disacusia, desequilíbrio, alterações de fala e linguagem, distúrbios do sono e déficit cognitivo, e por escalas padronizadas (Escala de Hoehn e Yahr e Escala de Sonolência de Epworth). **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino (64,2%), com 67,9% tendo idade ≥60 anos e 94,3% alfabetizados. O tempo médio de sintomas foi 5,5 anos, com prevalência de distúrbios do sono (86,8%), disfagia (75,5%), distúrbios da fala (66%), alterações linguísticas (41%) disacusia (34%) e alterações de equilíbrio (36,5%), assim como complicações nutricionais e cognitivas. A análise estatística indicou distribuição não normal dos escores de sonolência e progressão da doença, sem correlação significativa entre gravidade motora e sonolência diurna. **Conclusão:** Os sintomas não motores da Doença de Parkinson são prevalentes, aumentando morbidade da doença e reduzindo qualidade de vida. Este conhecimento é importante para manejo individualizado e reabilitação desta população.

**Palavras-chave:** Doença de Parkinson, Capacidade funcional, Qualidade de vida.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the profile of non-motor symptoms in patients with Parkinson's disease. **Methods:** Cross-sectional quantitative observational study with 53 patients of both sexes and ages between 43 and 85 years, evaluated through a questionnaire on non-motor symptoms of Parkinson's disease, including dysphagia, dysphonia, hyposmia, hypoacusis, imbalance, speech and language alterations, sleep disorders, and cognitive deficit, and through standardized scales (Hoehn and Yahr Scale and Epworth Sleepiness Scale). **Results:** There was a predominance of females (64.2%), with 67.9% aged ≥60 years and 94.3% literate. The mean duration of symptoms was 5.5 years, with prevalence of sleep disorders (86.8%), dysphagia (75.5%), speech disorders (66%), language alterations (41%), hypoacusis (34%), and balance alterations (36.5%), as well as nutritional and cognitive complications. Statistical analysis indicated a non-normal distribution of sleepiness and disease progression scores, with no significant correlation between motor severity and daytime sleepiness. **Conclusion:** Non-motor symptoms of Parkinson's disease are prevalent, increasing disease

[1] Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – PA.
[2] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

**SUBMETIDO EM: 11/2025** | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

morbidity and reducing quality of life. This knowledge is important for individualized management and rehabilitation of this population.

**Keywords:** Parkinson's disease, Functional capacity, Quality of life.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar el perfil de síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. **Métodos:** Estudio observacional cuantitativo transversal con 53 pacientes de ambos sexos y edades entre 43 y 85 años, evaluados mediante un cuestionario sobre síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson, incluyendo disfagia, disfonía, disosmia, disacusia, desequilibrio, alteraciones del habla y del lenguaje, trastornos del sueño y déficit cognitivo, y mediante escalas estandarizadas (Escala de Hoehn y Yahr y Escala de Somnolencia de Epworth). **Resultados:** Hubo predominio del sexo femenino (64,2%), con 67,9% de los pacientes con edad ≥60 años y 94,3% alfabetizados. La duración media de los síntomas fue de 5,5 años, con prevalencia de trastornos del sueño (86,8%), disfagia (75,5%), trastornos del habla (66%), alteraciones del lenguaje (41%), disacusia (34%) y alteraciones del equilibrio (36,5%), así como complicaciones nutricionales y cognitivas. El análisis estadístico indicó distribución no normal de las puntuaciones de somnolencia y progresión de la enfermedad, sin correlación significativa entre la gravedad motora y la somnolencia diurna. **Conclusión:** Los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson son prevalentes, aumentando morbilidad de la enfermedad y reduciendo calidad de vida. Este conocimiento es importante para manejo individualizado y rehabilitación de esta población.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson, Capacidad funcional, Calidad de vida.

## INTRODUÇÃO

Os distúrbios neurológicos são uma das principais fontes de deficiência no mundo, sendo a Doença de Parkinson (DP) a que mais cresce entre eles (JANKOVIC J e TAN EK, 2020; CHEN J, et al., 2025). Primeiramente descrita por James Parkinson em seu "Ensaio sobre a paralisia trêmula" de 1817, a DP se apresenta como a segunda doença neurodegenerativa mais comum, superada apenas pela doença de Alzheimer (ANANTHAVARATHAN P, et al., 2023). Tem como fator de risco mais importante a idade, surgindo geralmente entre os 50 e 80 anos, com pico na sétima década de vida, com maior prevalência em homens, numa proporção de 3:2 (CABREIRA V e MASSANO J, 2019; PARACHA P, et al., 2022; MORIMOTO R, et al., 2023). Afeta mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo e se estima que o número de casos dobrará de cerca de 7 milhões em 2015 para cerca de 13 milhões em 2040, segundo o Estudo da Carga Global de Doenças (CAMICIOLI RM, et al., 2023). A estimativa de casos brasileiros é de 220 mil pessoas portadoras de DP. A prevalência na faixa etária brasileira entre 60 e 69 anos é de 7 para 1000 indivíduos, aumentando na população entre 70 e 79 anos para 15 a cada 1000 habitantes (CABREIRA V e MASSANO J, 2019). Calcula-se que surgem cerca de 36 mil novos casos todos os anos (SILVA ABG, et al., 2021; PARACHA P, et al., 2022).

Tais dados já levam especialistas a falarem em uma potencial "Pandemia de DP", o que geraria grande fardo econômico e social para a sociedade (LEONHARDT B, et al., 2019). Para o diagnóstico da DP é preciso ter parkinsonismo, definido como bradicinesia associada a tremor de repouso ou rigidez, e pelo menos dois critérios de suporte, como resposta clara à terapia dopaminérgica e tremor de repouso documentado no exame físico. Devem estar ausentes critérios de exclusão absolutos, como ataxia cerebelar ou histórico de uso de anti-dopaminérgicos, bem como outras etiologias, como sinais piramidais inexplicáveis e parkinsonismo bilateral simétrico desde o início (CAMICIOLI RM, et al., 2023; TAN AH, et al., 2022; LEMUS J e SMIRNOVA IV, 2023).

A DP integra o grupo das sinucleinopatias, apresentando manifestações motoras e não motoras explicadas pela redução da neurotransmissão dopaminérgica resultante da morte neuronal causada pelo acúmulo anômalo de alfa-sinucleína (MICHAL L, et al., 2020; WARNECKE T, et al., 2022). Esta proteína forma agregados no tecido neuronal, originando os corpos de Lewy, característica histopatológica desse grupo de

doenças, que precedem os sinais de neuroimagem de morte neuronal, caracterizando um processo neurodegenerativo progressivo para múltiplas regiões do sistema nervoso. Inicialmente a substância negra no mesencéfalo (*pars compacta*), era destacada como o principal sítio de acometimento central.

Atualmente o estadiamento proposto por Braak tem recebido maior reconhecimento, justificando manifestações precoces como a hiposmia (CABREIRA V e MASSANO J, 2019; SILVA ABG, et al., 2021). Segundo a hipótese de Braak, as alterações se iniciam na medula oblonga e no bulbo olfatório (estágios 1 e 2), progredindo até a substância negra e mesencéfalo (estágios 3 e 4), fase em que os sinais motores geralmente se manifestam. Nas fases avançadas, as regiões corticais também podem ser comprometidas (estágios 5 e 6). Dessa forma, embora tradicionalmente classificada como um distúrbio motor, a DP é cada vez mais compreendida como uma enfermidade neurodegenerativa de natureza multissistêmica, abrangendo manifestações não motoras, como a disfunção olfatória, que frequentemente antecede os sintomas motores por vários anos (LEONHARDT B, et al., 2019).

Por acometer diversas áreas cerebrais, com sequelas que vão além do parkinsonianismo, é fundamental mapear o perfil de alterações não motoras na DP, permitindo implementar programas de rastreio sistemático e manejo individualizado, a fim de minimizar a morbidade e melhorar o prognóstico funcional.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional qualitativo transversal, realizado segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Pará (UEPA) (CAEE 45329321.6.0000.8767 e parecer 4.926.163). Participaram 53 pacientes acompanhados pelo Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da UEPA, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Teve como critérios de inclusão o diagnóstico de DP e o aceite em participar da pesquisa e, como critérios de exclusão, a presença concomitante de outras comorbidades neurológicas ou cirurgias neurológicas prévias. Os pacientes foram avaliados clinicamente através de um questionário contendo o sexo, a idade, escolaridade, o tempo de doença e sintomas não motores (disfagia, disfonia, disosmia, desequilíbrio, alteração de fala e linguagem, distúrbio do sono e déficit cognitivo). Foram aplicadas duas escalas padronizadas: a Escala de Hoehn e Yahr (H&Y) (KATAOKA H e SUGIE K, 2021), para o estagiamento da DP, com variação de 1 a 5 pontos (sendo o estágio 1 quando há comprometimento apenas unilateral , estágio 2 comprometimento bilateral sem alteração do equilíbrio, estágio 3 comprometimento bilateral com alteração do equilíbrio leve a moderado, estágio 4 comprometimento bilateral com alteração do equilíbrio grave e o estágio 5 quando ocorre incapacidade grave restrita ao leito) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) (GONÇALVES MT, et al., 2023), para avaliação do nível de sonolência excessiva diurna (SED), cujos escores variam de 0 a 24 pontos, sendo 0–10 sonolência diurna normal, 11–14 SED leve, 15–17 SED moderada e 18–24 SED grave.

Os resultados foram analisados de acordo com as características sociodemográficas e clínicas da amostra, bem como pelos instrumentos aplicados. Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis, apresentando frequências absolutas e relativas para dados categóricos e medidas de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão, mediana e IC95%) para variáveis contínuas. Em seguida, a normalidade das distribuições das variáveis contínuas foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk, determinando a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos conforme apropriado.

Para investigar a relação entre o estágio da DP, avaliado pela H&Y, e os níveis de SED, mensurados pela ESE, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$, adotando-se este valor como nível de significância estatística em todas as análises.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados refletem o perfil sociodemográfico e clínico de 53 participantes atendidos pelo NAI, evidenciando características típicas da população com DP. De acordo com a **Tabela 1**, a amostra foi predominantemente feminina (64,2%; IC95%: 50,8–76,0), com idade média de 64,55 anos (IC95%: 61,80–

67,29), mediana de 64 anos e desvio-padrão de 9,95. A faixa etária ≥ 60 anos representou 67,9% da amostra (IC95%: 54,7–79,3), caracterizando um grupo majoritariamente idoso. No aspecto educacional, a maioria sabia ler e escrever (94,3%; IC95%: 85,7–98,4), enquanto níveis mais baixos de instrução foram pouco representativos. Esses dados evidenciam um perfil social que favorece a compreensão das orientações de saúde e adesão às condutas terapêuticas. O tempo médio desde o início dos sintomas foi de 5,5 anos (IC95%: 4,55–6,45), com mediana de 5 anos e desvio-padrão de 3,45. Quanto ao histórico de tabagismo, 71,7% não apresentaram antecedentes (IC95%: 58,7–82,4), enquanto 28,3% relataram tabagismo prévio.

**Tabela 1 -** Distribuição do perfil social de pacientes com DP atendidos pelo NAI (N=53).

| Perfil social | N (%) | IC-95%[1] | Média(IC-95%) [2] | Mediana | Desvio padrão |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | | |
| Feminino | 34(64,2) | (50,8-76,0) | | | |
| Masculino | 19(35,8) | (24,0-49,2) | | | |
| **Faixa etária** | | | 64,55(61,80-67,29) | 64,00 | 9,95 |
| 40-59 aos | 17(32,1) | (20,7-45,3) | | | |
| ≥60 anos | 36(67,9) | (54,7-79,3) | | | |
| **Escolaridade** | | | | | |
| Só assina o nome | 2(3,8) | (0,8-11,6) | | | |
| Sabe ler | 1(1,9) | (0,2-8,5) | | | |
| Sabe escrever | 0(0,0) | | | | |
| Sabe ler e escrever | 50(94,3) | (85,7-98,4) | | | |
| **Tempo de início dos sintomas** | | | 5,50(4,55-6,45) | 5,00 | 3,45 |
| **Tabagismo prévio** | | | | | |
| Não | 38(71,7) | (58,7-82,4) | | | |
| Sim | 15(28,3) | (17,6-41,3) | | | |

[1]Intervalo de confiança para proporção, ao nível de 5%. [2]Intervalo de confiança para média, ao nível de 5%.
**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

O perfil sociodemográfico identificado apresenta nuances que divergem de achados prévios em estudos brasileiros, os quais descrevem maior frequência do sexo masculino e idade média mais avançada. Acácio BLS, et al. (2024) em Belém, mostrou predominância masculina e idade média mais avançada, divergindo do presente trabalho. Por outro lado, Lopes FG, et al. (2024), em estudo nas unidades da Rede SARAH de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Salvador, Brasília, São Luís e Fortaleza no período de 2015 a 2020, relataram distribuição etária semelhante ao presente estudo. Essa discrepância pode estar relacionada a múltiplos fatores, tais como diferenças metodológicas (desenho do estudo, critérios de inclusão e instrumentos utilizados), características regionais e peculiaridades do contexto assistencial em que os pacientes foram recrutados. Essas variações reforçam a necessidade de investigações multicêntricas, capazes de captar a heterogeneidade da população brasileira com DP e fornecer dados epidemiológicos mais representativos da realidade nacional.

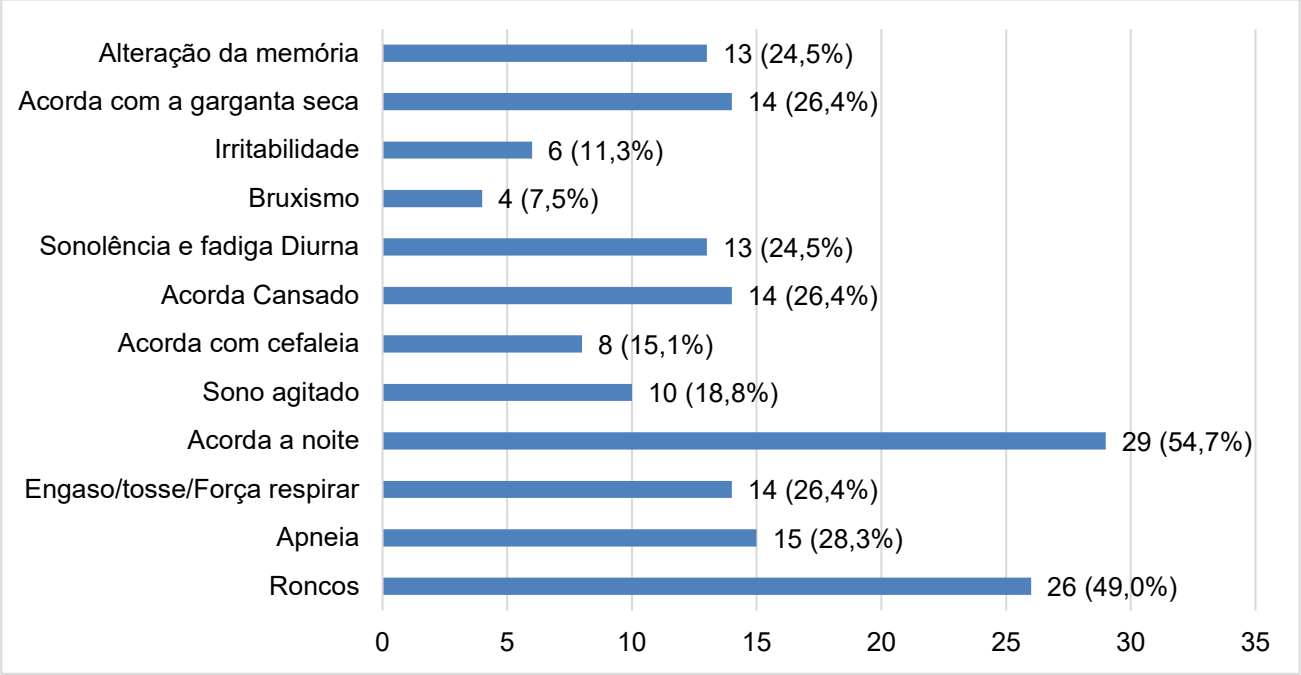
Os distúrbios do sono foram relatados por 86,8% dos participantes (IC95%: 75,8–93,9), conforme a **Tabela 2**, configurando-se como o sintoma não motor mais prevalente observado neste estudo. As queixas mais comuns estão especificadas no **Gráfico 1**, sendo o acordar a noite (54,7%), presença de roncos (49,0%), apneia durante o sono (28,3%), engasgo, tosse e força para respirar (26,4%), acordar cansado (26,4%), acordar com garganta seca (26,4%) e SED (26,4%) as mais prevalentes. Cansaço, alterações de memória, fadiga e irritabilidade também foram observados, sugerindo que os distúrbios do sono se associam a repercussões cognitivas, emocionais e motoras. Estudos atuais demonstram que mais de um terço dos pacientes apresenta SED, sintoma relacionado não apenas à degeneração dopaminérgica progressiva, mas também a alterações autonômicas, comprometimento cognitivo e maior gravidade clínica da doença (DI LAUDO F, et al., 2023; LIU Y, et al., 2023). Esses achados reforçam a necessidade de investigar sistematicamente a qualidade do sono em pacientes com DP, visto que o sono fragmentado e a apneia podem exacerbar sintomas motores e comprometer o desempenho cognitivo e a qualidade de vida. Quando questionados isoladamente sobre problemas de cognição (como memória, atenção, planejamento e organização de atividades da vida diária), 62,3% dos pacientes com DP relataram dificuldade nestas atividades.

**Tabela 2 -** Perfil clínico de pacientes com DP atendidos pelo NAI (N=53).

| Perfil clínico | N (%) | IC-95%[1] |
|---|---|---|
| **Distúrbios do sono** | | |
| Não | 7(13,2) | (6,1-24,2) |
| Sim | 46(86,8) | (75,8-93,9) |
| **Disfagia** | | |
| Não | 13(24,5) | (14,5-37,2) |
| Sim | 40(75,5) | (62,8-85,5) |
| **Postura alimentar** | | |
| Sentado | 53(100,0) | |
| **Consistências** | | |
| Sem disfagia | 6(11,3) | (4,9-21,9) |
| Sólida | 11(20,8) | (11,6-33,0) |
| Pastosa grossa | 3(5,7) | (1,6-14,3) |
| Pastosa fina | 2(3,8) | (0,8-11,6) |
| Líquida | 3(5,7) | (1,6-14,3) |
| Todas as consistências | 28(52,8) | (39,5-65,8) |
| **Tempo de alimentação** | | |
| Até 30 minutos | 45(84,9) | (73,5-92,6) |
| 31 a 40 minutos | 1(1,9) | (0,2-8,5) |
| Acima de 40 minutos | 7(13,2) | (6,1-24,2) |
| **Dependência** | | |
| Assistida | 11(20,8) | (11,6-33,0) |
| Supervisionada | 5(9,4) | (3,7-19,4) |
| Independente | 37(69,8) | (56,7-80,9) |
| **Engasgo** | | |
| Não | 35(66,0) | (52,7-77,7) |
| Sim | 18(34,0) | (22,3-47,3) |
| **Tosse** | | |
| Não | 35(66,0) | (52,7-77,7) |
| Sim | 18(34,0) | (22,3-47,3) |
| **Escape Oral** | | |
| Não | 34(64,2) | (50,8-76,0) |
| Sim | 19(35,8) | (24,0-49,2) |
| **Refluxo nasal** | | |
| Não | 48(90,6) | (80,6-96,3) |
| Sim | 5(9,4) | (3,7-19,4) |
| **Recusa alimentar** | | |
| Não | 41(77,4) | (64,8-87,0) |
| Sim | 12(22,6) | (13,0-35,2) |
| **Complicações** | | |
| Não | 35(66,0) | (52,7-77,7) |
| Emagrecimento | 16(30,2) | (19,1-43,3) |
| Desidratação | 2(3,8) | (0,8-11,6) |
| **Distúrbios da fala** | | |
| Não | 18(34,0) | (22,3-47,3) |
| Sim | 35(66,0) | (52,7-77,7) |
| **Problemas cognição** | | |
| Não | 20(37,7) | (25,6-51,2) |
| Sim | 33(62,3) | (48,8-74,4) |
| **Equilíbrio** | | |
| Sem alterações | 15(28,8) | (17,9-42,1) |
| Alteração no equilíbrio estático | 8(15,4) | (7,6-26,9) |
| Alteração no equilíbrio dinâmico | 10(19,2) | (10,3-31,4) |
| Alteração do equilíbrio estático e dinâmico | 19(36,5) | (24,5-50,1) |
| **Disfonia frequência** | | |
| Sem disfonia | 30(56,6) | (43,2-69,3) |
| Ocasional | 9(17,0) | (8,7-28,7) |
| Constante | 12(22,6) | (13,0-35,2) |
| Recorrente | 2(3,8) | (0,8-11,6) |
| **RFL** | | |
| Não | 37(69,8) | (56,7-80,9) |
| Sim | 16(30,2) | (19,1-43,3) |
| **Dispneia** | | |
| Não | 45(84,9) | (73,5-92,6) |
| Sim | 8(15,1) | (7,4-26,5) |
| **Disacusia** | | |
| Não | 35(66,0) | (52,7-77,7) |
| Sim | 18(34,0) | (22,3-47,3) |
| **Disosmia** | | |
| Não | 43(81,3) | (68,6-89,4) |
| Sim | 10(18,7) | (10,6-31,4) |

[1]Intervalo de confiança para proporção, ao nível de 5%.
**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

**Gráfico 1 -** Distribuição das alterações de sono em pacientes com DP atendidos pelo NAI (N = 53).




**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

A elevada prevalência de distúrbios do sono converge com estudos nacionais (LOPES FG, et al., 2024) e internacionais (STORCH A, et al., 2024), embora a intensidade relatada tenha sido maior na população de Belo Horizonte. Entretanto, a correlação entre escores de sonolência diurna (ESE) e gravidade da doença (H&Y) não apresentou relação significativa (p = 0,773), sugerindo que, nesta amostra, sintomas não motores podem se manifestar de forma independente do comprometimento motor. Esse achado diverge do observado por Rahman SS, et al. (2023), que identificaram associação positiva entre a progressão motora e fadiga em pacientes de Bangladesh.

A **Tabela 3** apresenta a análise de normalidade e medidas descritivas dos escores obtidos pelos pacientes com DP atendidos pelo NAI. Em relação à ESE, observou-se média de 6,51 (IC95%: 4,64–8,38), mediana de 4,00 e desvio-padrão de 6,78. O valor de p associado ao teste de normalidade foi <0,001, indicando rejeição da hipótese nula de distribuição normal. Esse resultado sugere assimetria e dispersão elevada dos escores, o que justificou a utilização de métodos estatísticos não paramétricos nas análises inferenciais subsequentes, apresentadas a seguir.

Para a escala H&Y, que avalia a gravidade da DP, a média foi de 2,37 (IC95%: 2,14–2,59), com mediana de 2,00 e desvio-padrão de 0,81. Assim como no caso anterior, o teste de normalidade apresentou p < 0,001, confirmando que a distribuição dos escores não segue uma curva normal. A proximidade entre média e mediana, entretanto, sugere relativa simetria central, mas a rejeição estatística da normalidade indica que os dados devem ser analisados com cautela, especialmente em testes comparativos.

**Tabela 3 -** Normalidade e medidas descritivas dos escores clínicos de pacientes com DP atendidos pelo NAI (N=53).

| | Média(IC-95%) | Mediana | Desvio padrão | P-valor |
|---|---|---|---|---|
| **Epworth** | 6,51(4,64-8,38) | 4,00 | 6,78 | <0,001 |
| **Estágio Hoehn e Yahr** | 2,37(2,14-2,59) | 2,00 | 0,81 | <0,001 |

**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

De forma geral, tanto os escores de sonolência diurna quanto os de progressão da doença não apresentaram distribuição normal, evidenciando que a análise descritiva deve ser complementada por procedimentos não paramétricos. Além disso, os valores médios encontrados indicam níveis de baixa a

moderada sonolência, e estágio leve a moderado da doença, o que fornece um panorama clínico relevante sobre a condição da amostra estudada.

Clinicamente, os valores médios apontam que a maioria dos participantes apresenta estágio leve a moderado da doença, em consonância com estudos nacionais e internacionais que descrevem predominância de estágios iniciais em amostras ambulatoriais (BUGALHO P, et al., 2021; VAN HOOREN MRA, et al., 2023).

Para análise da correlação entre os escores da H&Y e da ESE, utilizou-se o coeficiente de Spearman, apropriado para distribuições não normais, conforme identificado nas análises anteriores. Observou-se correlação de 1,000 para o estágio H&Y, o que representa, como esperado, a autocomparação da variável. Já a correlação entre H&Y e os escores da ESE foi de 0,041, indicando relação extremamente fraca e próxima de zero. O valor de p foi de 0,773, evidenciando ausência de significância estatística, ou seja, não há evidências de associação entre a gravidade da DP, avaliada pelo estágio H&Y, e os níveis de sonolência diurna, mensurados pela ESE. Em termos clínicos, isso sugere que o avanço dos estágios motores da doença não está diretamente relacionado ao aumento ou diminuição da sonolência autorreferida pelos pacientes.

Tal achado é consistente com estudos prévios, que apontam que distúrbios do sono na DP podem ser independentes da progressão motora, estando mais relacionados a fatores neuroquímicos, uso de medicação dopaminérgica e alterações nos ritmos circadianos (SARDAR Z, et al., 2023).

Além disso, a ausência de correlação estatística entre a gravidade da doença (H&Y) e a sonolência (ESE) reforça a hipótese de que tais manifestações seguem curso relativamente independente da progressão motora, em consonância com evidências que descrevem trajetórias heterogêneas de evolução dos sintomas não motores (BARRETO KS, et al., 2022; CARPI M, et al., 2023).

Após os distúrbios do sono, a disfagia foi o segundo sintoma mais frequente (75,5%; IC95%: 62,8–85,5) (**Tabela 2**), destacando-se como fator de risco para broncoaspiração, desnutrição e redução da qualidade de vida (BARBOSA ALG, et al., 2020; LAPA JDDS, et al., 2023; NING F, et al., 2024). Esse achado reforça a importância clínica das manifestações disfágicas no manejo global da DP (CARPI M, et al., 2023; STORCH A, et al., 2024). Houve em 52,8% dos pacientes dificuldade deglutir todas as consistências alimentares e 84,9% se alimentavam dentro do tempo normal (em até 30 minutos). Cerca de 69,8% eram independentes para a alimentação, 20,8% necessitavam de assistência e 9,4% de supervisão. As complicações mais relatadas foram engasgos (34,0%), tosse durante a alimentação (34,0%) e escape oral (35,8%), com menor ocorrência de refluxo nasal (9,4%) e recusa alimentar (22,6%). Complicações nutricionais incluíram emagrecimento (30,2%) e desidratação (3,8%).

A manutenção da independência alimentar em cerca de 70% da amostra sugere compensação funcional nos estágios iniciais, embora a disfagia já se manifeste de forma relevante, corroborando Lopes FG, et al. (2024). Esses achados reforçam a necessidade de acompanhamento fonoaudiológico contínuo e manejo interdisciplinar.

As alterações de fala e cognição foram também altamente prevalentes (66% e 62,3%, respectivamente) (IC95%: 52,7–77,7 e 48,8–74,4), conforme a **Tabela 2**. Esses resultados confirmam o impacto das alterações comunicativas e cognitivas, apontando que os prejuízos linguísticos e de memória podem ocorrer mesmo em estágios leves da doença (BUGALHO P, et al., 2021; SARDAR Z, et al., 2023).

Na fala, 22,7% relataram comprometimento na articulação, 20,6% na respiração e 19,6% na fluência, seguidos de alteração na fonação (17,5%), ressonância (14,4%) e prosódia (5%). O perfil é compatível com a disartria hipocinética típica da DP.

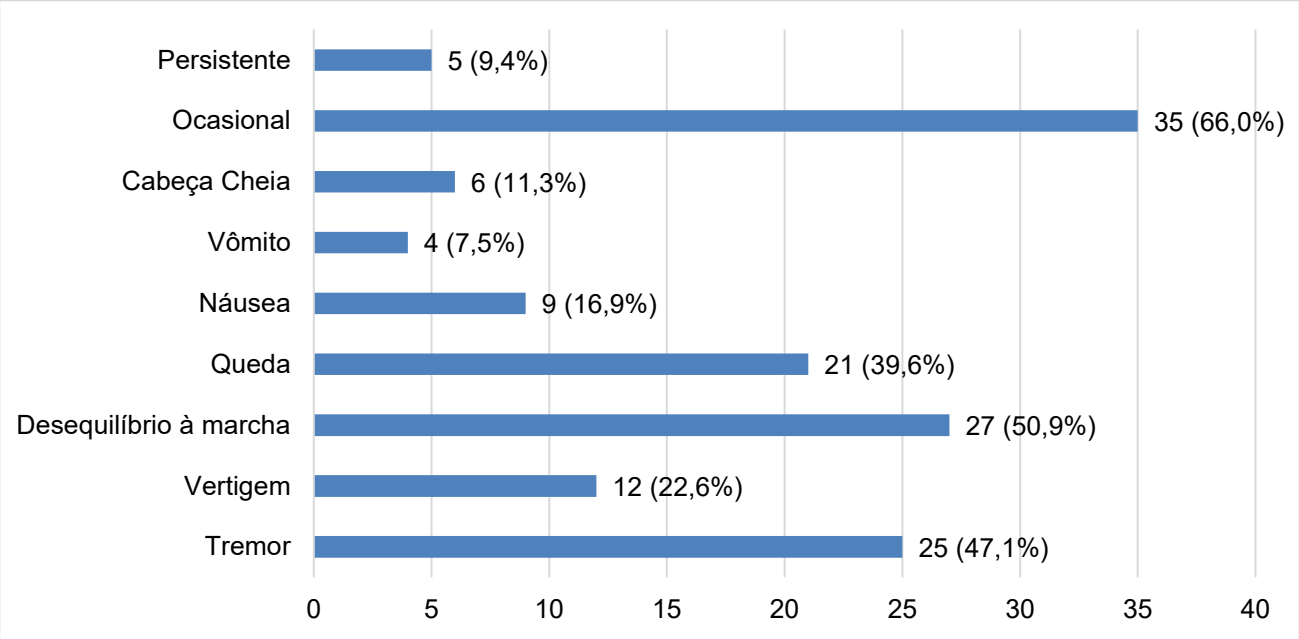
Estima-se que até 90% dos pacientes desenvolvam disfonia ao longo da progressão da doença, frequentemente relacionada à voz enfraquecida, tremor vocal, rouquidão, hipocinesia, monotonia da fala, articulação imprecisa, rigidez laríngea e ao controle respiratório deficitário (VAN HOOREN MRA, et al., 2023; XU H, et al., 2020). Alterações na produção do discurso e na estrutura sintática revelam déficits cognitivo-linguísticos nem sempre revertidos plenamente pela terapia dopaminérgica (SUBERT M, et al., 2025). Disfluências adquiridas estereotipadas (gagueira neurogênica) afetam significativamente a participação

comunicativa e podem intensificar as limitações sociais, tornando essencial a adoção de intervenções fonoaudiológicas individualizadas e baseadas em evidências (GOOCH E, et al., 2024).

Quanto à linguagem, 58,8% mantiveram fluência da fala, ocorrendo 16,3% de alterações na escrita, 7,5% na leitura e 5% de déficits de nomeação, repetição e compreensão. Esses dados indicam que os prejuízos linguísticos derivam também de disfunções cognitivas subjacentes, que melhoram após terapias dopaminérgicas e fonoaudiológicas (SUBERT M, et al. (2025); XU H, et al. (2020). Van Hooren MRA, et al. (2023) confirmaram ganhos funcionais vocais com estimulação elétrica associada à voz.

Conforme a **Tabela 2** e o **Gráfico 2**, as alterações de equilíbrio foram frequentes: 15,4% apresentaram desequilíbrio estático, 19,2% dinâmico e 36,5% ambos, com predomínio de desequilíbrio à marcha (50,9%), seguido de tremor (47,1%) e quedas recorrentes (39,6%). Essas disfunções contribuem para sintomas como tontura inespecífica, instabilidade postural e distúrbios oculomotores, fatores que elevam substancialmente o risco de quedas recorrentes e declínio funcional progressivo (GUI M, et al., 2024). A prevalência de alterações vestibulares em pessoas com DP é notoriamente superior à observada na população idosa sem a doença, evidenciando uma associação direta com os processos neuropatológicos típicos da DP. Há deterioração motora e não motora simultânea que agrava o declínio funcional, reforçando a importância da fisioterapia preventiva (BUGALHO P, et al., 2021; BARRETO KS, et al., 2022).

**Gráfico 2 -** Distribuição de alterações no equilíbrio de pacientes com DP atendidos pelo NAI (N=53).



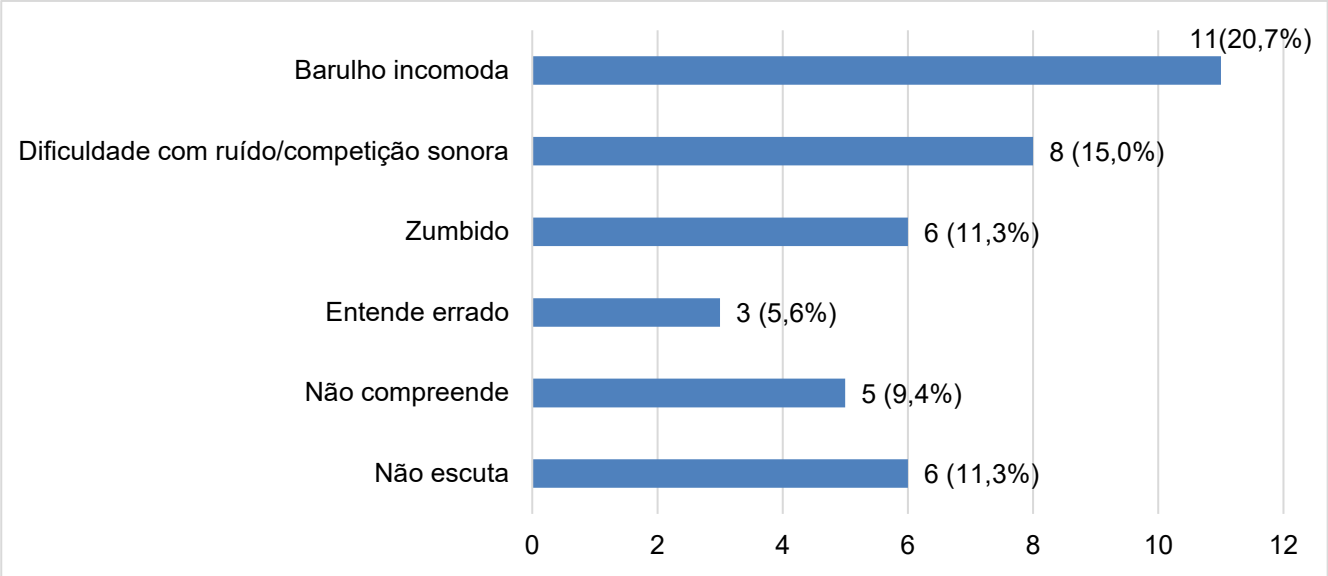

**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

Observou-se disfonia em 39,6% dos participantes (sendo ocasional em 17,0%, constante em 22,6% e recorrente em 3,8%) (**Tabela 2**). O refluxo faringolaríngeo (RFL) foi identificado em 30,2% e dispneia em 15,1%. A disfonia reflete rigidez laríngea e disartria hipocinética, comprometendo intensidade e controle vocal (BUGALHO P, et al., 2021; SUBERT M, et al., 2025) havendo melhora vocal com terapia fonoaudiológica (XU H, et al.,2020) e estimulação elétrica de superfície (VAN HOOREN MRA, et al.,2023). A presença concomitante de RFL e dispneia sugere disfunção autonômica e hipocinesia respiratória, reforçando a necessidade de abordagem integrada da equipe de saúde.

A disacusia foi relatada por 34% dos participantes (IC95%: 22,3–47,3) (**Tabela 2**). As principais queixas auditivas incluíram incômodo com barulho (20,7%), dificuldade em ambientes ruidosos (15,0%) e zumbido (11,3%) (**Gráfico 3**). Esses dados reforçam o papel das alterações auditivas e do processamento central na DP com impacto relevante na comunicação e qualidade de vida (ACÁCIO BLS, et al., 2024). A disfunção auditiva se destaca por ter relação direta com a menor disponibilidade do transportador de dopamina nos

gânglios da base, além de exibirem lateralidade compatível com a assimetria dos sintomas motores (GARASTO E, et al., 2023; JOSE M, et al., 2024). Evidências apontam que a perda auditiva se correlaciona com piora cognitiva e queda significativa na qualidade de vida, ressaltando um impacto clínico frequentemente subestimado (GARASTO E, et al., 2024).

**Gráfico 3 -** Distribuição de disacusia em pacientes com DP atendidos pelo NAI (N = 53).




**Fonte:** Nascimento RA, et al., 2025.

Por fim, a disosmia foi relatada com menor frequência, em 18,7% dos pacientes (IC95%: 10,6-31,4). Embora o déficit olfatório seja uma das primeiras manifestações fisiopatológicas da DP, sua autopercepção é limitada e frequentemente subestimada, como salientam Leonhardt B, et al. (2019). Esse achado reforça a necessidade de incluir medidas objetivas de avaliação olfatória na rotina clínica, sobretudo nas fases iniciais.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu delinear de forma abrangente o perfil de sintomas não motores em pacientes com DP. Esses achados confirmam que os sintomas não motores constituem componente central do espectro clínico da DP, exercendo impacto significativo sobre funcionalidade, estado nutricional, comunicação e qualidade de vida dos indivíduos afetados. Assim, a análise do perfil de sintomas não motores aqui apresentada contribui para uma abordagem integral e humanizada do cuidado, favorecendo intervenções precoces que potencializem a capacidade funcional dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. ACÁCIO BLS, et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com Doença de Parkinson atendidos em um ambulatório de neurogeriatria. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, 2024; 1: 5915–5925.
2. ANANTHAVARATHAN P, et al. Neurological update: non-motor symptoms in atypical parkinsonian syndromes. Journal of Neurology, 2023; 270: 4558–4578.
3. BARBOSA ALG, et al. Avaliação da deglutição e o impacto na qualidade de vida em pacientes com doença de Parkinson. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; 12(4): e2929.
4. BARRETO KS, et al. Non-motor symptoms fluctuations in patients with Parkinson's disease at the Clinical Hospital of Salvador, Bahia. Dementia Neuropsychologia, 2022; 16(2): 213–219.
5. BUGALHO P, et al. Progression in Parkinson's disease: variation in motor and non-motor symptoms severity and predictors of decline in cognition, motor function, disability, and health-related quality of life as assessed by two different methods. Movement Disorders Clinical Practice, 2021; 8(6): 885–895.
6. CABREIRA V, MASSANO J. Doença de Parkinson: Revisão clínica e atualização. Acta Médica Portuguesa, 2019; 32(10): 661–670.

7. CAMICIOLI RM, et al. Neuropsychiatric symptoms and Parkinson disease. Neurology, 2023; 101(12): e207722.
8. CARPI M, et al. Both motor and non-motor fluctuations matter in the clinical management of patients with Parkinson's disease: an exploratory study. Journal of Personalized Medicine, 2023; 13(2): 242.
9. CHEN J, et al. Managing non-motor symptoms of Parkinson disease in China: a nationwide survey of neurologists and psychiatrists. BMC Neurology, 2025; 25: 168.
10. DI LAUDO F, et al. Daytime sleepiness in Parkinson's disease: a multifaceted symptom. Frontiers in Sleep, 2023; 2: e1302021.
11. GARASTO E, et al. Association between hearing sensitivity and dopamine transporter availability in Parkinson's disease. Brain Communications, 2023; 5(2): 1–10.
12. GARASTO E, et al. Hearing dysfunction heralds an increase in non-motor burden and a worse quality of life in Parkinson's disease: new insights from non-motor spectrum. Neurological Sciences, 2024; 45: 4299–4307.
13. GONÇALVES MT, et al. Epworth sleepiness scale: a meta-analytic study on the internal consistency. Sleep Medicine, 2023; 109: 261–269.
14. GOOCH E, et al. Higher frequency of stuttered disfluencies negatively affects communicative participation in Parkinson's disease. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 2024; 67(3): 3631–3642.
15. GUI M, et al. Vestibular dysfunction in Parkinson's disease: a neglected topic. Frontiers in Neurology, 2024; 15: 1398764.
16. JANKOVIC J, TAN EK. Parkinson's disease: Etiopathogenesis and treatment. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2020; 91(8): 795–808.
17. JOSE M, et al. Functional hearing impairment common in Parkinson's disease: Insights from a pilot study. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2024; 246: 108524.
18. KATAOKA H, SUGIE K. Association between fatigue and Hoehn-Yahr staging in Parkinson's disease: eight-year follow-up study. Neurology International, 2021; 13(2): 224–231.
19. LAPA JDDS, et al. Burst transspinal magnetic stimulation alleviates nociceptive pain in Parkinson disease—a pilot phase II double-blind, randomized study. Neuromodulation: Technology at the Neural Interface, 2023; 26(4): 840–849.
20. LEONHARDT B, et al. Awareness of olfactory dysfunction in Parkinson's disease. Neuropsychology, 2019; 33(5): 633.
21. LEMUS J, SMIRNOVA IV. Rehabilitation for non-motor symptoms for patients with Parkinson's disease from an α-synuclein perspective: a narrative review. Exploration of Neuroprotective Therapy, 2023; 3(4): 235–257.
22. LIU Y, et al. Clinical characteristics in early Parkinson's disease with excessive daytime sleepiness: a cross-sectional and longitudinal study. Clinical and Translational Science, 2023; 16(11): 2033–2045.
23. LOPES FG, et al. Prevalência de sintomas não motores em pessoas com doença de Parkinson no Brasil. Revista Neurociências, 2024; 32: 1–20.
24. MICHAL L, et al. Parkinson's disease and the gastrointestinal microbiome. Journal of Neurology, 2020; 267(9): 3123–3134.
25. NING F, et al. The effects of non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's disease: a systematic review. Journal of Integrative Neuroscience, 2024; 23(11): 204.
26. RAHMAN SS, et al. Assessment of the relationship between non-motor features and severity of Parkinson's disease patients in Bangladesh. Mymensingh Medical Journal, 2023; 32(2): 463–475.
27. SARDAR Z, et al. Non-motor symptoms burden in early stages of Parkinson's disease. Annals of Indian Academy of Neurology, 2023; 26(1): 39–43.
28. SILVA ABG, et al. Doença de Parkinson: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, 2021; 7(5): 47677–47698.
29. STORCH A, et al. Flutuações da dor na Doença de Parkinson e sua associação com flutuações motoras e não motoras. Journal of Parkinson's Disease, 2024; 14(7): 1451–1468.
30. SUBERT M, et al. Long-term dopaminergic therapy improves spoken language in de-novo Parkinson's disease. Journal of Neurology, 2025; 272(5): 1-11.
31. TAN AH, et al. The microbiome-gut-brain axis in Parkinson disease—from basic research to the clinic. Nature Reviews Neurology, 2022; 18(8): 509–525.
32. VAN HOOREN MRA, et al. The effects of surface electrical stimulation plus voice therapy in Parkinson's disease. Journal of Laryngology and Otology, 2023; 137: 775–781.
33. WARNECKE T, et al. Gastrointestinal involvement in Parkinson's disease: pathophysiology, diagnosis, and management. npj Parkinson's Disease, 2022; 8(1): 31.
34. XU H, et al. Speech and Language Therapy for Voice Problems in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2020; 32: 344–351.