

Neurologia

DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS E CIRURGIAS

Edição XI

CAPÍTULO 11

PARKINSON: INTERVENÇÕES MULTIDISCIPLINARES E QUALIDADE DE VIDA

ANDRÉ DONEDA¹
CAROLINE VARGAS DE MELLO³
FERNANDO BIGOLIN BIER³
GUSTAVO DUDA HALL²
LUCAS MORAES DOS SANTOS¹
LORENZO RIBAS LEITE¹
LUIZ OTÁVIO FELIN SANTI¹
LUÍSA BENCK DE MORAES¹

MAICON COSSUL GARAFFA¹
MAÍNE TAÍS DIAS DE QUADROS¹
MAURÍCIO RAMOS BOFF¹
MICHELE PORTELLA WILHELM¹
PEDRO HENRIQUE TAMS DIEHL¹
TALES BENCK DE MORAES¹
THIAGO KNEBEL BACKES¹

¹Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo.

²Discente - Medicina na Atitus Educação.

³Discente - Medicina na Universidade de Santa Cruz do Sul.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Qualidade de Vida; Intervenções Multidisciplinares.

DOI: 10.59290/0189224030

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson é uma condição neurodegenerativa que afeta neurônios dopaminérgicos, causando sintomas motores e não motores.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2022 mostraram que foi o distúrbio neurológico que mais aumentou a taxa de incapacitação e morte entre os pacientes dessa especialização nos últimos anos (FOLHA VITÓRIA, 2022).

Logo, torna o aprimoramento no tratamento essencial para garantir a qualidade de vida e sobrevivência dos pacientes que convivem com essa patologia.

Sintomas comuns da doença envolvem, inicialmente, regiões periféricas. Devido a sua fisiopatologia, tremores de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural são exemplos de sintomas clássicos.

Além disso, manifestações não motoras são comuns, o que inclui distúrbios do sono, depressão e disfunção autonômica (CARVALHO *et al.*, 2025).

Por isso, a doença de Parkinson deve ser vista com a devida multidisciplinaridade que merece, visto que o impacto na qualidade de vida, tanto do doente com a patologia, quanto na vida dos familiares que o apoiam é real e necessita de atenção.

Um olhar integrativo que inclua tratamento medicamentoso, fisioterapias, acompanhamento psicológico e fundamentado na visão do paciente como um todo deve ser a chave para o tratamento atual da doença de Parkinson.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa bibliográfica realizada no período de julho a agosto de 2025 por meio de pesquisas nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO),

PubMed, UpToDate e Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores: doença de Parkinson, qualidade de vida, intervenção multidisciplinar, bem como seus respectivos sinônimos nos idiomas inglês e português. Desta busca foram encontrados 50 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 2014 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra gratuitamente.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção restaram 22 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: epidemiologia, qualidade de vida, tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico, sendo descritas discussões e informações relevantes sobre as temáticas abordadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma patologia neurodegenerativa progressiva extremamente abrangente no mundo todo, que afeta tanto sistemas motores quanto não motores.

É caracterizada por uma tríade clássica: tremores, rigidez e bradicinesia. Além da tríade, apresentam-se alterações de marcha e postura, e que quando afeta sistemas não motores, pode causar distúrbios neurológicos, como alterações do sono, depressão, ansiedade, entre outros sintomas (DAVID *et al.*, 2014).

Para David (2014), essa condição patológica ocorre sem causas evidentes, sendo essa forma idiopática, quando não se tem característi-

cas atípicas ou quando a doença não é secundária de uma causa conhecida, chamada de Doença de Parkinson ou Paralisia Agitante.

Além disso, pode ser uma doença que vem de componentes secundários, como a DP induzida por químicos tóxicos ou ferimentos na cabeça. Pode ser até mesmo de maneira hereditária, sendo possível a mutação de vários genes causadores da doença (SIMON *et al.*, 2020).

Dessa forma, a patologia foi declarada pela primeira vez como uma doença neurológica em 1817 pelo Doutor James Parkinson, porém as análises patológicas mais completas foram declaradas em 1953 por Greenfield e Bonsanquet, com o aprofundamento sobre as degenerações ocasionadas no tronco cerebral.

FISIOPATOLOGIA

O comportamento da Doença de Parkinson é definido como a destruição de neurônios dopaminérgicos na região da substância negra compacta do Sistema Nervoso Central, mais especificamente, no mesencéfalo.

Segundo o Estadiamento de Braak (DAVID *et al.*, 2014), a degeneração inicia afetando o núcleo motor dorsal do vago na medula oblongata e no núcleo olfatório anterior no bulbo olfatório.

Logo em seguida, quando iniciam-se os problemas motores, atinge os neurônios do locus ceruleus presentes na ponte do tronco encefálico, posteriormente indo para a substância negra, além de afetar também os núcleos da base Globo Pálido e o Putâmen.

Tendo em vista essa degeneração, afetam-se as manifestações motoras do paciente, resultando em alterações de padrão da inibição e excitação dos núcleos da base e suas conexões com as vias diretas e indiretas.

Esses sistemas são regulados por neurotransmissores como a dopamina e a acetilcolina, pois o equilíbrio entre esses atuantes antago-

nistas é necessário para se ter a estabilização dos movimentos motores.

Porém, com a depleção da produção de dopamina no sistema nigroestriatal dopaminérgico, as manifestações motoras do paciente se tornam inevitáveis.

Além da dopamina, a DP também esgota outros neurotransmissores, como os noradrenérgicos, serotoninérgicos, que desregulam também outras funções não motoras do corpo, como a ansiedade e depressão (DAVID *et al.*, 2014).

Essa degradação ocorre por meio do acúmulo de Corpos de Lewy (agregados insolúveis citoplasmáticos de alfa-sinucleína) em todo o encéfalo, acumulando-se principalmente na região nigroestriatal, diminuindo a produção de dopamina, afeta-se, então, os núcleos da base controladores do tônus muscular e do movimento (SIMON *et al.*, 2020).

A presença dessa patologia dos Corpos de Lewy, quando corpos de Lewy aderem-se a processos celulares neurais (neuritos de Lewy) é patognomônica para DP esporádica.

Em um ponto de vista mais molecular, ao avaliar um cérebro de DP “*post-mortem*”, analisa-se a ativação da micróglia, células imunes, inatas, residentes do SNC, que tem uma grande função na homeostase cerebral e na resposta imunológica em torno de doenças e lesões no SNC, causadas pelos corpos de Lewy.

Por conta disso, constam como um indicador de DP, em que sua ativação inicia o processo da neuroinflamação.

Além desse processo, analisa-se o estresse oxidativo, afetado principalmente pelas mitocôndrias, as quais são acometidas em pessoas com DP, pois seus neurônios demonstram déficits específicos do complexo I, que são afetados por conta de duas toxinas (MPTP e Rotenona), sendo os seus alvos o complexo I, que danificam neurônios dopaminérgicos do mesencéfalo

e neurônios motores na medula espinhal (ZAMAN *et al.*, 2021).

Pensando mais em achados clínicos, tem-se o tremor, sendo o mais comum o tremor em repouso, porém, além dele, apresentam-se os tremores reemergentes, distônicos, essencial, etc.

Segundo Magrinelli, com foco no mais relevante, o tremor em repouso é mais prevalente em relaxamento, sendo seu fator atenuante a realização de uma atividade voluntária, geralmente com o tremor iniciando na mão ou no pé, de frequência média (4 – 6 Hz).

Assim, a fisiopatologia do tremor em repouso é afetada pela falta da dopamina, a qual apresenta contradições sobre o seu campo de atuação na regulação dos tremores.

Um estudo recente relata que o alvo primário da dopamina em relação ao tremor da DP não são os gânglios da base, como dito em outros estudos, mas sim o tálamo cerebelar (VIM ou VLpv dependendo da nomenclatura).

Com isso, pode-se indicar que existem tremores mais ou menos responsivos à dopamina (DIRKX & BOLOGNA, 2022), conforme visto em um de seus estudos que demonstrou que pacientes com tremores relativamente resistentes à dopamina apresentam atividades aumentadas em regiões não dopaminérgicas (ou seja, cerebelo), o que pode, por sua vez, transformar a VLpv menos suscetível a uma intervenção dopaminérgica. Isso levanta a hipótese de que a resistência à dopamina do tremor seja um fenômeno dependente da dose.

Outro sintoma clássico, a bradicinesia, referida como a lentidão e redução da amplitude do movimento é também um sinal clínico muito pertinente na doença de Parkinson, ela pode prejudicar movimentos motores finos em pacientes com DP, que é geralmente demonstrado em alternância de movimentos rápidos dos dedos.

Cranialmente é demonstrada pela hipomimia, diminuição da frequência de piscar, fala

monótona e hipotônica, entre outros. Ainda não é totalmente compreendida a fisiopatologia da bradicinesia, porém os estudos referem que a melhor hipótese seja a da prevalência da via indireta sobre a direta nos gânglios da base, em que a falha das sinapses dos gânglios da base em reforçar os mecanismos corticais podem estar envolvidos nos defeitos da preparação/execução do movimento.

Movimentos ocorrem mais lentos, pois tais falhas acometem a velocidade de excitação cortical pré-movimento. Estudos em EEG (eletroencefalograma) mostram anormalidades pré-movimento, em que atividade é marcada predominantemente pelas faixas alfa (10 Hz) e Beta (20 – 30 Hz) durante a inatividade motora e manutenção de posição tônica, essas frequências alfa e beta diminuem cerca de 1 segundo antes do movimento, em caso de Bradicinesia em pacientes com DP ocorre a dessincronização das frequências beta, o que causa a diminuição da velocidade e amplitude dos movimentos. É uma condição parcialmente normalizada após tratamentos com dopaminérgicos (MAGRINELLI *et al.*, 2016).

Tornou-se cada vez mais claro que a DP é uma doença muito relativa em relação a sintomas, sinais e história clínica, com isso, observou-se dois subtipos de DP, a com predominância em tremor e a com predominância de instabilidade postural e dificuldade de marcha (PIGD – “*Postural Instability and Gait Difficulty*”).

A DP com predominância em tremores geralmente ocorre mais cedo, entre 20 a 40 anos, tem mais relação com a hereditariedade e o prognóstico é bom com progressão lenta, tendo em vista sua neuropatologia, ocorre uma depleção maior de neurônios no campo A8 retrorubral, região rica em neurônios dopaminérgicos, posteriormente ao núcleo rubro no mesencéfalo.

Entretanto, a PIGD ocorre mais esporadicamente após os 60 anos, sendo os sintomas predominantes a bradicinesia e a rigidez, além de acelerar a ocorrência de depressão e demência, sintomas que decorrem de uma perda neuronal mais evoluída em relação a parte lateral do SNC, ao locus ceruleus, e também da perda dopaminérgica com a aparição de mais corpos de Lewy corticais (MAGRINELLI *et al.*, 2016).

EPIDEMIOLOGIA

Mesmo que a fisiopatologia da Doença de Parkinson (DP) não esteja completamente definida, essa tem uma distribuição considerada universal e atinge grupos étnicos e classes econômicas como um todo na sociedade.

Sendo assim, a última Diretriz do Ministério da Saúde, juntamente a Secretária de Atenção Especializada à Saúde, atualizada em janeiro de 2025, evidencia uma prevalência de 100 a 200 casos da patologia a cada 100.000 habitantes, tendo uma incidência e prevalência crescente conforme a idade do paciente avança (BRASIL, 2025).

Além disso, dados norte-americanos mostram em sua população uma incidência anual variável da Doença de Parkinson entre 5 a 35 novos casos a cada 100.000 habitantes por ano, sendo o maior período de impacto da patologia da sexta a nona década de vida dos acometidos.

Assim, espera-se uma prevalência cada vez maior da doença a cada década que passa se nenhuma medida for tomada para frear a história natural da Doença de Parkinson (PRAJAPATI *et al.*, 2019).

QUALIDADE DE VIDA

Um dos grandes objetivos do tratamento da Doença de Parkinson é o controle da sintomatologia e a melhora da qualidade de vida dos pa-

cientes, visto que essa doença neurodegenerativa tem como característica afetar diversas áreas da vida do enfermo ao longo da história natural da doença.

Porém, mesmo assim, com o avançar da doença, os impactos são sentidos e a qualidade de vida regride quase inevitavelmente, tanto por parte do paciente como por parte da família e cuidadores que estão envolvidos em seus cuidados.

Isso ocorre por diversos fatores e alguns deles são: por limitações funcionais e da autonomia, carga dos sintomas não motores, impacto psicossocial. Por esses motivos, estratégias multidisciplinares e que incluam familiares e cuidadores são de suma importância na intervenção da DP (VAN MUSTER *et al.*, 2024).

A perda da autonomia na DP é um dos pilares definidores para definição e ajuste do tratamento da doença, já que limitações funcionais e a perda da capacidade de realizar tarefas cotidianas simples como vestir-se, alimentar-se, banhar-se prejudicam substancialmente a qualidade de vida e a resiliência emocional frente à enfermidade. Sendo assim, esse pilar é um marco central no impacto global da doença e todos os tratamentos e medidas, sejam elas farmacológicas ou não, tem o intuito de frear a doença para que não avance para essa fase (VAN MUSTER *et al.*, 2024).

Em relação à carga dos sintomas não motores que a doença carrega, sendo os principais deles, distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão. Ainda a apatia, distúrbios do sono e distúrbios da cognição fazem parte dessa linha de sintomas não motores.

O impacto deles na qualidade de vida dos pacientes pode ser ainda mais relevante quando comparado aos sintomas motores que a doença proporciona, visto que distúrbios do sono, por exemplo, agravam consideravelmente outros sintomas da DP, podendo até levar a progressão

precoce da doença a parâmetros mais avançados (VAN MUSTER *et al.*, 2024).

Assim, o impacto psicossocial no paciente com DP é visível, a sintomatologia da doença, tanto sintomas motores (como os tremores), como os sintomas não motores (ansiedade e depressão) pode afetar de forma direta a autoestima do enfermo.

Além disso, as limitações funcionais que aparecem ao longo do tempo e a carga emocional pesada que a doença carrega com a sua evolução também são fatores que afetam drasticamente a qualidade de vida dos pacientes a longo prazo, cursando com isolamento social, sofrimento e tendo cada vez piora na qualidade de vida física e emocional (VAN MUSTER *et al.*, 2024).

Ademais, sobrecarga familiar e do cuidador vem principalmente da dependência funcional que os pacientes com DP depositam sobre essa rede de apoio ao longo da evolução da doença, uma vez que vão perdendo a autonomia e dependem cada vez mais de cuidadores para exercer tarefas cada vez mais simples.

O que muitas vezes não se discute é o impacto que a DP tem sobre as pessoas que estão do outro lado da moeda, aquelas que são a base para que o tratamento ocorra da melhor maneira possível e para que aquele enfermo tenha o mínimo de qualidade possível ainda.

Porém, sabe-se que não se trata de uma tarefa simples estar cuidando e assistindo uma doença degenerativa em progressão, principalmente acompanhando o dia após dia.

Por isso, estudos revelaram que os familiares e cuidadores de pacientes com DP também sofrem redução na qualidade de vida e principalmente sobrecarga emocional, evidenciando a necessidade de cuidados dos dois lados dessa moeda quando o assunto é qualidade de vida na DP (VAN MUSTER *et al.*, 2024).

Por fim, uma das estratégias usadas hoje em dia no ramo da Medicina para mensurar a qualidade de vida dos pacientes com DP é o PDQ-39 (*Parkinson's Disease Questionnaire*), uma vez que diversos estudos na área enfatizando a importância do cuidado com a qualidade de vida e impactos que a DP pode causar na vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

Esse questionário avalia de forma sistemática o impacto da doença em dimensões físicas, emocionais e sociais e busca aprimorar o tratamento conforme a necessidade de cada paciente dentro do contexto da progressão da doença (GRUPO DE ESTUDOS EM TRANSTORNOS DO MOVIMENTO, 2025).

Em suma, a qualidade de vida é um grande debate quando se trata da Doença de Parkinson, em virtude de ser uma doença que afeta diversos âmbitos da vida do paciente e familiares, portanto, preservar a saúde emocional, social e física, preservando a qualidade de vida torna-se um dos pilares mais importantes dentro do tratamento dessa doença e isso precisa ser feito de forma multidisciplinar e agregada a familiares e cuidadores para que todos possam tirar o melhor proveito desse tratamento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DP baseia-se em suas características clínicas a partir da anamnese e do exame neurológico. Pelo menos a bradicinesia e o tremor ou rigidez devem estar presentes para considerar o diagnóstico da patologia.

Além disso, uma resposta clara à terapia dopaminérgica reforça o diagnóstico, enquanto a ausência de melhora mesmo com levodopa em doses elevadas torna a doença improvável (UP-TODATE, 2025b).

O padrão ouro segundo a Sociedade de Distúrbios do Movimento (SDM), requer a presença de parkinsonismo motor (bradicinesia mais

tremor ou rigidez) como a característica central e essencial da doença (UPTODATE, 2025b).

Sinais de alerta indicam a possibilidade de outra doença e, embora menos específicos, sugerem que o diagnóstico de DP é menos provável.

Como exemplo de sinais de alerta temos: progressão rápida do comprometimento da marcha, ausência completa de progressão dos sinais ou sintomas ao longo de cinco anos ou mais, disfunção bulbar precoce, disfunção respiratória inspiratória, entre outros (UPTODATE, 2025b).

Alguns critérios de exclusão absoluta da doença que descartam o diagnóstico de DP estão inclusos: anormalidades cerebelares (marcha cerebelar, ataxia de membros), paralisia do olhar supranuclear vertical para baixo, diagnóstico provável demência frontotemporal comportamental ou afasia progressiva primária, entre outros (UPTODATE, 2025b).

Portanto, o diagnóstico clínico segue os critérios da SDM, com avaliação preferencial por especialistas quando houver dúvidas. Os critérios SDM distinguem a DP clinicamente estabelecida, que maximiza a especificidade sobre a sensibilidade, e a DP clinicamente provável, que tenta equilibrar a sensibilidade e a especificidade (UPTODATE, 2025b).

Exames complementares como ressonância magnética são quase sempre desnecessários na avaliação, geralmente são utilizados para descartar transtornos alternativos.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Na década de 1960, surgiu o primeiro tratamento que abriu caminho para as novas terapias na DP - a introdução da levodopa (BRASIL, 2025).

A base do tratamento farmacológico é a terapia dopaminérgica. Alguns exemplos de fármacos, listados em ordem decrescente de potência dopaminérgica: levodopa, agonistas da dopamina não ergotamínicos (DA), inibidores da monoamina oxidase tipo B (MAO-B), amantadina (UPTODATE, 2025a).

A escolha do tratamento mais adequado leva em conta as características do paciente (como idade, comorbidades), a gravidade da doença, sintomatologia e também a eficácia e possíveis efeitos adversos.

A decisão de iniciar a terapia farmacológica é determinada pela interferência dos sintomas no funcionamento ou na qualidade de vida. Antigamente temia-se que a levodopa acelerasse complicações motoras, levando ao atraso no início do uso.

Hoje, evidências mostram que o momento da terapia inicial (levodopa, DA ou MAO-B) pouco influencia no longo prazo, e adiar o tratamento apenas priva o paciente de benefícios precoces (UPTODATE, 2025a).

De acordo com a diretriz do Ministério da Saúde (MS) sobre a DP, pacientes em fase inicial que não tem prejuízo funcional a escolha de usar algum medicamento depende do próprio paciente já pacientes que apresentam sintomas com prejuízo funcional é indicado o tratamento dopaminérgico, sendo mais eficaz a levodopa.

A levodopa é o medicamento mais efetivo no controle sintomático, especialmente a rigidez e a bradicinesia. Em contrapartida, o maior problema com o uso de levodopa é o aparecimento de flutuações motoras e discinesias associadas ao tratamento prolongado (BRASIL, 2025).

Em pacientes mais jovens, recomenda-se iniciar com agonistas dopaminérgicos pelo maior risco de complicações motoras com levodopa. Se o controle for insuficiente, a levodopa deve ser adicionada precocemente.

Em pacientes em fase avançada a levodopa ainda é o medicamento de escolha e muitas vezes é necessário a utilização de vários antiparkinsonianos para controle da doença.

Em casos em que a resposta ao tratamento farmacológico for insuficiente, pode-se indicar a estimulação cerebral profunda no núcleo subtalâmico ou no globo pálido interno (BRASIL, 2025).

Os pacientes devem preencher critérios rígidos para a seleção, que estão disponíveis na diretriz da Doença de Parkinson do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025).

Sendo assim, o manejo da doença de Parkinson deve ser individualizado, considerando fatores particulares de cada paciente, sendo importante o acompanhamento clínico para a monitorização dos efeitos adversos, sempre buscando a melhor dose terapêutica ou em alguns casos a interrupção do tratamento, troca de medicamento e em casos selecionados a indicação a terapia cirúrgica.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento medicamentoso, especialmente a reposição de dopamina, é fundamental para o controle dos sintomas, mas sua eficácia tende a diminuir conforme a doença evolui. Nesse contexto, abordagens não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicoterapia, desempenham papel complementar, auxiliando na manutenção da funcionalidade e na melhoria da qualidade de vida. A atuação multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais de saúde, é considerada essencial para o manejo integral da DP e para otimizar os resultados terapêuticos (FERREIRA *et al.*, 2019).

A fisioterapia destaca-se por seu foco na melhora da mobilidade, força e equilíbrio, reduzindo bradicinesia, rigidez e instabilidade postural (MAK & WONG-YU, 2023). Estratégias como o treino de marcha e os exercícios de dupla tarefa têm demonstrado efeito significativo na velocidade da marcha, comprimento do passo, estabilidade e desempenho funcional, refletindo em maior autonomia nas atividades de vida diária (FRAZZITTA *et al.*, 2022). A dança terapêutica e a hidroterapia surgem como abordagens complementares, promovendo ganhos no controle postural, equilíbrio, marcha e participação social, além de contribuírem para retardar o declínio motor (VOLPE *et al.*, 2014). Programas estruturados que combinam essas estratégias consolidam a fisioterapia como intervenção essencial no manejo multidisciplinar da DP.

Paralelamente, a terapia ocupacional (TO) desempenha papel fundamental na manutenção da autonomia e segurança nas atividades de vida diária (AVDs). Intervenções como treino orientado à tarefa, estratégias compensatórias e uso de pistas externas ajudam a superar limitações motoras, como bradicinesia e congelamento da marcha (STURKENBOOM *et al.*, 2014).

A adaptação do ambiente domiciliar — incluindo iluminação adequada, remoção de obstáculos e instalação de apoios — contribui para reduzir quedas e aumentar a independência (DOUCET & FRANC, 2023).

Programas individualizados, centrados em metas e na organização da rotina conforme os períodos “on/off” da medicação promovem melhora no desempenho ocupacional e na satisfação dos pacientes, reforçando a importância da atuação precoce e da integração com a equipe multiprofissional (FERREIRA *et al.*, 2019).

A fonoaudiologia também assume papel central no manejo não farmacológico, atuando sobre voz, comunicação e deglutição. O treino

vocal intensivo, como o programa *Lee Silverman Voice Treatment*, apresenta evidência consistente de melhora na intensidade vocal, inteligibilidade da fala e qualidade da comunicação (RAMIG *et al.*, 2018), enquanto estratégias de respiração, articulação e pistas auditivas ajudam a reduzir a hipofonia e a monotonia características da doença.

No manejo da disfagia, técnicas compensatórias, modificações dietéticas e exercícios de motricidade orofaríngea contribuem para reduzir o risco de aspiração e complicações nutricionais, sendo o encaminhamento precoce recomendado como parte da abordagem multidisciplinar, promovendo preservação da funcionalidade e da qualidade de vida (HERD *et al.*, 2019).

Além disso, a psicoterapia se mostra importante para lidar com a elevada prevalência de depressão e ansiedade na DP. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) possui evidência sólida na eficácia na redução de sintomas depressivos e ansiosos, favorecendo também a adaptação à doença, o enfrentamento de limitações e a adesão ao tratamento. Intervenções de apoio emocional e psicoeducação, aplicadas individualmente ou em grupo, também contribuem ainda para a melhora da qualidade de vida, reforçando a necessidade de encaminhamento precoce e integração à equipe multidisciplinar (TROEUNG *et al.*, 2014).

De modo geral, essas terapias não farmacológicas complementam o tratamento medicamentoso, oferecendo suporte abrangente em dimensões motoras, funcionais e emocionais.

A integração de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicoterapia promove maior autonomia, segurança e bem-estar, reduz complicações, favorece a adaptação à doença e amplifica a qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Ademais, é de suma importância ressaltar que a Doença de Parkinson, por seu caráter multifatorial e progressivo, exerce impacto expressivo nos aspectos motores, emocionais, cognitivos e sociais dos pacientes que, por sua vez, comprometem diretamente na sua qualidade de vida.

Evidenciou-se que a abordagem multidisciplinar, integrando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, representa o principal pilar para a manutenção da autonomia, funcionalidade e bem-estar.

Além disso, estratégias terapêuticas multidisciplinares que sejam pautadas em um cuidado contínuo, integral, precoce e centrado no paciente são fundamentais para um melhor desenvolvimento cognitivo.

Entretanto, novas pesquisas são necessárias para aprofundar a avaliação da efetividade de cada tipo de intervenção e para o desenvolvimento de protocolos personalizados individualizados, para que seja possível otimizar ainda mais os resultados clínicos e funcionais na Doença de Parkinson.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, J. V. P. *et al.* Impacto da estimulação cerebral profunda e dos antiparkinsonianos na qualidade de vida e progressão da Doença de Parkinson: uma análise crítica da literatura. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 5, e2214548766, 2025. doi:10.33448/rsd-v14i5.48766.
- DIRKX, M. F.; BOLOGNA, M. The pathophysiology of Parkinson's disease tremor. *Journal of the Neurological Sciences*, v. 435, 2022. doi:10.1016/j.jns.2022.120196.
- DOUCET, B. M.; FRANC, I. A. Occupational therapy to improve activities of daily living of people with Parkinson's disease. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 77, n. 1, 2023. doi:10.5014/ajot.2023.050233.
- FERREIRA, J. J. *et al.* Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*, v. 26, n. 2, p. 349–355, 2019. doi:10.1111/j.1468-1331.2012.03866.x.
- FOLHA VITÓRIA. Relatório da OMS aponta aumento no número de mortes por Parkinson. 12 ago. 2022. Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/geral/relatorio-da-oms-aponta-aumento-no-numero-de-mortes-por-parkinson/>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- FRAZZITTA, G. *et al.* Treadmill training and physiotherapy similarly improve dual task gait performance: a randomized-controlled trial. *Journal of Neural Transmission (Vienna)*, v. 129, n. 7, p. 861–869, 2022. doi:10.1007/s00702-022-02514-4.
- GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. *Neurologia clínica*. 8. ed. New York: McGraw-Hill, 2014.
- GRUPO DE ESTUDOS EM TRANSTORNOS DO MOVIMENTO. Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39). 4 jul. 2025. Disponível em: <https://getmov.org.br/pdq-39/>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- HERD, C. P. *et al.* Systematic review and meta-analysis of speech and language therapy for Parkinson's disease. *BMJ Open*, v. 9, n. 3, e029400, 2019.
- MAK, M. K. Y.; WONG-YU, I. S. K. Effects of dual task training on dual task gait performance and cognitive function in individuals with Parkinson disease: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 104, n. 4, p. 794–805, 2023. doi:10.1016/j.apmr.2022.12.018.
- MAGRINELLI, F. *et al.* Pathophysiology of motor dysfunction in Parkinson's disease as the rationale for drug treatment and rehabilitation. *Parkinson's Disease*, v. 2016, 2016. doi:10.1155/2016/9832839.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doença de Parkinson. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/doenca-de-parkinson/view>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- SIMON, D. K.; TANNER, C. M.; BRUNDIN, P. Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics, and pathophysiology. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 36, n. 1, p. 1–12, 2020. doi:10.1016/j.cger.2019.08.002.
- RAMIG, L. O. *et al.* Speech treatment in Parkinson's disease: randomized controlled trials of LSVT LOUD. *Movement Disorders*, v. 33, n. 11, p. 1777–1791, 2018. doi:10.1002/mds.27460.
- STURKENBOOM, I. H. W. M. *et al.* Occupational therapy for people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *The Lancet Neurology*, v. 13, n. 6, p. 557–566, 2014. doi:10.1016/S1474-4422(14)70055-9.
- TROEUNG, L.; EGAN, S. J.; GASSON, N. Um ensaio clínico controlado por lista de espera de terapia cognitivo-comportamental em grupo para depressão e ansiedade na doença de Parkinson. *BMC Psychiatry*, v. 14, p. 19, 2014. doi:10.1186/1471-244X-14-19.
- UPTODATE. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. Waltham: Wolters Kluwer, 2025b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-parkinson-disease>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- UPTODATE. Initial pharmacologic treatment of Parkinson disease. Waltham: Wolters Kluwer, 2025a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initial-pharmacologic-treatment-of-parkinson-disease>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- VAN MUNSTER, M. *et al.* The quality in quality of life in Parkinson's disease: a qualitative meta-synthesis. *Movement Disorders Clinical Practice*, 2024. doi:10.1002/mdc3.14063.
- VOLPE, D. *et al.* A randomized controlled trial of aquatic versus land-based therapy for balance dysfunction in Parkinson's disease. *Clinical Rehabilitation*, v. 28, n. 7, p. 1210–1217, 2014. doi:10.1177/0269215514536060.
- ZAMAN, V. *et al.* Cellular and molecular pathophysiology in the progression of Parkinson's disease. *Metabolic Brain Disease*, v. 36, p. 815–827, 2021. doi:10.1007/s11011-021-00689-5