

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

AFETO PSEUDOBULBAR E IDEAÇÃO SUICIDA: HÁ RELAÇÃO?

PSEUDOBULBAR AFFECT AND SUICIDAL IDEATION: IS THERE A RELATIONSHIP?

Resumo

Objetivo: Afeto pseudobulbar é uma forma de expressão emocional patológica, na qual o paciente com transtorno neurológico apresenta explosões de riso e choro incongruentes ao humor. Está relacionado ao isolamento social. A esclerose múltipla é uma doença relacionada a risco aumentado de suicídio. O objetivo desse estudo é verificar se há alguma relação entre afeto pseudobulbar e ideação suicida em pacientes com esclerose múltipla.

Métodos: Foram selecionados 107 pacientes com diagnóstico de esclerose múltipla, estáveis clinicamente, do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Eles foram submetidos a coleta de dados padronizada, incluindo coleta de informações clínicas e sociodemográficas. Também foram preenchidas as escalas: Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Desesperança de Beck.

Resultados: Foram encontrados 41,17% dos pacientes com esclerose múltipla e afeto pseudobulbar, os quais mostraram ideação suicida, enquanto 24,65% dos pacientes com esclerose múltipla e sem afeto pseudobulbar apresentaram tal ideação. Quando o quadro depressivo foi isolado como fator de confusão, não foram encontrados pacientes com afeto pseudobulbar e ideação suicida.

Conclusão: Apesar de o afeto pseudobulbar estar relacionado ao isolamento social e aos transtornos de humor, não houve relação entre afeto pseudobulbar e ideação suicida na amostra de pacientes com esclerose múltipla.

Palavras-chave: Isolamento social, fatores de risco, ideação suicida.

Abstract

Objective: Pseudobulbar affect is a pathological form of emotional expression in which patients with neurological disorders have outbursts of laughing or crying that are incongruent with mood. Pseudobulbar affect is related to social isolation. Multiple sclerosis, in turn, is related to increased suicidality. The aim of this paper was to investigate the existence of any relationship between pseudobulbar affect and suicidal ideation in patients with multiple sclerosis.

Methods: A total of 107 eligible, clinically stable patients with multiple sclerosis from the outpatient neurology clinic of Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Brazil, underwent a standard sequence of data collection, covering clinical and demographic information. They also completed the following instruments: Center for Neurologic Study-Lability Scale (CNS-LS), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Hopelessness Scale (BHS).

Results: Among the patients with both multiple sclerosis and pseudobulbar affect, 41.17% showed suicidal ideation, compared to 24.65% among those with multiple sclerosis without pseudobulbar affect. When depression was isolated as a confounding factor, no patients were found with pseudobulbar affect and suicidal ideation at the same time.

Conclusion: Even though pseudobulbar affect is related to social isolation and mood disorders, this study did not find a relationship between pseudobulbar affect and suicidal ideation in the sample of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Social isolation, risk factors, suicidal ideation.

INTRODUÇÃO

O afeto pseudobulbar (APB) é considerado uma questão clínica relevante em pacientes com esclerose múltipla (EM), em virtude de poder causar inadequação social¹⁻⁴. O APB pode ser definido como uma alteração patológica da expressão emocional, caracterizada por explosões de risos e choro patológicas, incongruentes ao afeto basal e sempre relacionadas a um quadro neurológico¹⁻⁴. O APB pode ocorrer em uma vasta gama de transtornos neurológicos, tais como esclerose lateral amiotrófica, traumatismo cranioencefálico, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral e esclerose múltipla^{1,2,4-6}. Em pacientes com EM, o APB ocorre em 6 a 46% dos casos, usualmente associado a dano neurológico severo^{1,2,4,7}. As explosões de risos e choro imotivados do APB estão relacionadas a um aumento das taxas de divórcio, desemprego, incapacidade, isolamento social, maiores custos com assistência e piora da qualidade de vida^{2,5,6,8}. Estima-se que existam cerca de 500.000 a 2 milhões de pessoas com APB nos Estados Unidos^{4,5,8}.

A fisiopatologia do APB não é completamente compreendida^{1,2,4,6}. Por razão de o APB ocorrer em um vasto espectro de transtornos neurológicos, similaridades na localização das lesões cerebrais parecem ser mais importantes para a sua fisiopatologia do que os mecanismos fisiopatológicos dos quadros neurológicos subjacentes^{1,4-6,8}. Acredita-se que as lesões cerebrais causadoras do APB levam a uma perda do controle inibitório voluntário da expressão emocional. Entre as estruturas provavelmente envolvidas na gênese do APB, encontram-se os tratos corticopontinos, corticobulbares e corticoespinhais originados no opérculo frontal e no ponto mais baixo do giro pré-central^{1,2,4,5}. Outras estruturas provavelmente envolvidas na gênese do APB são os circuitos que passam por ponte, tálamo, cápsula interna, núcleo caudado e os circuitos corticopontocerebelares^{1,2,4,5}.

A EM é a doença desmielinizante crônica mais comum e é duas vezes mais frequente no gênero feminino⁹⁻¹². Acredita-se que exista cerca de 2,5 milhões de pessoas com a doença no mundo¹³. Costuma surgir na segunda e terceira décadas de vida⁹⁻¹³. Está comumente associada a doenças mentais^{7,11,12,14-16}. A literatura mostra prevalência

de quadros depressivos em 50% dos pacientes com EM ao longo da vida^{7,15-18}. O risco de transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtornos ansiosos é maior em pessoas com EM em relação à população em geral^{11,12,14-17}. Ademais, o risco de suicídio em pacientes com EM é até 7,5 vezes maior do que na população em geral¹⁹⁻²¹. Entre as doenças neurológicas, a EM parece ser a mais relacionada com o comportamento suicida (CS)^{16,19}. Há uma clara relação entre transtornos depressivos, isolamento social (ISO) e suicídio em pacientes com EM, e o APB pode ser um importante fator subjacente para esses fenômenos, devido à sua conhecida relação com o ISO^{16-19,21,22}. O APB também está relacionado a transtornos depressivos e ISO em pacientes com EM^{2,3,8,19}. Devido a essas associações, pode-se cogitar a existência de uma relação positiva entre APB e ideação suicida (IS). O objetivo do presente trabalho foi investigar entre APB e IS em pacientes com EM, estáveis clinicamente, atendidos no Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCMBH), Brasil, entre 2012 e 2013.

MATERIAL E MÉTODOS

As características clínicas e demográficas da amostra de pacientes com EM são mostradas na Tabela 1.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de EM de acordo com os critérios de McDonald²³;
- EM clinicamente estável;
- Idade mínima de 18 anos;
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização da pesquisa (paciente e/ou familiares);
- Ser intelectual e emocionalmente capaz;
- Ser capaz de expressar a sua vontade (paciente e/ou familiares).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- Ter diagnóstico de outro distúrbio neurológico que possa cursar com APB;
- Não apresentar sintomas psicóticos ou diagnóstico prévio de demência ou atraso intelectual, firmados por avaliação neuropsicológica.

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

Tabela 1 - Características dos participantes (n = 107)

Características	n (%)
Gênero	
Masculino	25 (23,4)
Feminino	82 (76,6)
Estado civil	
Casado/morando junto	60 (56,1)
Divorciado/viúvo	8 (7,5)
Solteiro	39 (36,4)
Religião	
Católica	60 (56,1)
Evangélica	29 (27,1)
Espírita	7 (6,5)
Cristã não especificada	2 (1,9)
Sem religião	5 (4,9)
Outras	4 (3,5)
Anos de estudo	
Desconhecido	17 (13,9)
0 a 3 anos de estudo	2 (1,0)
4 a 8 anos de estudo	15 (13,9)
> 8 anos de estudo	73 (71,3)
Procedência	
Cidades > 200.000 habitantes	67 (65,3)
Cidades > 100.000 e < 200.000 habitantes	7 (5,9)
Cidades > 50.000 e < 100.000 habitantes	13 (11,9)
Cidades > 20.000 e < 50.000 habitantes	9 (7,9)
Cidades > 10.000 e < 20.000 habitantes	7 (5,9)
Cidades < 10.000 habitantes	4 (3,0)
Idade (anos), mediana (intervalo)	34 (18-66)
APB	34 (31,8)
Outras morbidades	35 (32,7)
Presença de sintomas motores	49 (45,8)
EDSS, mediana (intervalo)	1,5 (0,0-8,0)
História psiquiátrica prévia	24 (22,4)
Tentativa de suicídio	8 (7,5)
Em uso de medicação psicotrópica	94 (87,9)
Em uso de interferon beta	81 (75,7)

APB = afeto pseudobulbar; EDSS = Escala do Estado de Incapacidade Expandida.

Instrumentos de avaliação neuropsiquiátrica

Escala do Estado de Incapacidade Expandida (Expanded Disability Status Scale – EDSS)

O EDSS é uma forma de quantificar a incapacidade que ocorre na EM ao longo do tempo. Essa escala qualifica os indivíduos em 10 níveis funcionais, desde totalmente assintomático até indivíduo falecido por causa da EM. São avaliadas, por meio da escala EDSS, funções piramidais, funções cerebelares, funções do tronco cerebral, funções sensitivas, funções vesicais, funções intestinais, funções visuais, funções mentais, em um total de oito sistemas funcionais. Escores de até 1,5 denotam ausência de incapacidade, enquanto escores de 2,0 a 2,5 denotam incapacidade leve. Escores de 3,0 até 4,0 equivalem a incapacidade moderada. A incapacidade se torna mais visível e importante com escores maiores do que 4,0, sendo que um escore de 7,0 demonstra incapacidade para realizar o mínimo de deambulação. O escore máximo é 10,0, o qual significa morte por EM. É uma escala que valoriza sobretudo os aspectos motores da EM, com ênfase menor em outros aspectos sintomatológicos da doença²⁴.

Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade (Center for Neurologic Study-Lability Scale – CNS-LS)

Trata-se de uma escala autoaplicável com sete itens, a qual pode ser preenchida para mensurar a intensidade e frequência do APB²⁵. Está validada para estudos em pacientes com EM e esclerose lateral amiotrófica. Escores maiores do que 13 pontos sugerem a existência de APB^{25,26}.

Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI)

O BDI é uma escala de autoavaliação bastante utilizada para avaliação de sintomas depressivos na EM^{27,28}. Possui 21 itens, e a pontuação varia de 0 a 63 pontos. Sua aplicação costuma ser rápida, levando cerca de 10 minutos. De acordo com o critério de pontos do Center for Cognitive Therapy, os escores são classificados como: menor que 10 pontos – depressão mínima ou ausente; 10 a 18 pontos – depressão leve a moderada; 19 a 29 pontos – depressão moderada a grave; 30 a 63 pontos – depressão grave^{27,29}.

Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS)

A BHS é a escala de autoavaliação usada para detectar o sentimento de desesperança, considerado o sentimento mais prevalente em indivíduos com CS^{30,31}. Sua aplicação como medida indireta da IS costuma ser aceita mundialmente³¹. Possui 20 itens, e a pontuação varia de 0 a 20 pontos. Seu tempo de aplicação é de cerca de 10 minutos, e os escores são classificados como: 0 a 4 pontos – desesperança mínima; 5 a 8 pontos – desesperança leve; 9 a 13 pontos – desesperança moderada; 14 a 20 pontos – desesperança grave^{30,32}.

Após avaliações clínica e neurológica, 107 pacientes do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte foram considerados aptos para participar da pesquisa. Os pacientes e/ou seus representantes legais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, foi feita a coleta padronizada de dados clínicos e epidemiológicos. Logo após, esses pacientes foram submetidos a uma avaliação padronizada, incluindo as escalas CNS-LS, BDI e BHS, aplicadas nessa ordem^{25-27,29,30,32}. Assume-se que essa ordem de aplicação das escalas evita respostas sugestionadas. Quatro pesquisadores (A.G.N., R.B.S., A.R.B., P.P.C.) realizaram as avaliações neurológica e clínica dos pacientes. Foi seguido o protocolo padrão do serviço e, por essa razão, não foram realizados testes de confiabilidade estatística interavaliadores. Um pesquisador (F.C.F.) realizou a coleta de dados clínicos e epidemiológicos e aplicou as escalas na ordem padronizada. Quando necessário, os pacientes com EM foram enviados a serviços de saúde mental. A coleta de dados ocorreu entre março de 2012 e outubro de 2013. O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil (CAAE nº 02393812.0.0000.5138). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SCMBH.

Medidas descritivas foram usadas para realizar variáveis quantitativas, e distribuições de frequência, para realizar a análise dos dados. As variáveis foram classificadas em absolutas e relativas. Para todos os testes estatísticos, foram considerados intervalos de confiança de 95% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados de acordo com a sua distribuição na amostra. O teste *t* de Student foi aplicado

para analisar a idade em pareamento com as variáveis-desfecho mensuradas por CNS-LS, BDI e BHS. A EDSS avalia numericamente sinais da EM²⁴, e sua relação estatística com as variáveis-desfecho dicotômicas mensuradas por CNS-LS, BDI e BHS foi feita usando o teste de Mann-Whitney. Os testes estatísticos não paramétricos foram utilizados para avaliar variáveis cuja distribuição não seguiu um modelo normal.

A correlação entre as variáveis-desfecho mensurada pelas escalas CNS-LS, BDI e BHS e outras variáveis clínicas e demográficas foram efetuadas pelo teste do qui-quadrado e, quando necessário, pelo teste exato de Fisher. A presença de sintomas depressivos, mensurada pelo BDI, foi considerada um fator de confusão para o desfecho, e o estudo estatístico foi conduzido considerando esse efeito de confusão na comparação entre BDI e CNS-LS.

Foram criados dois modelos de regressão logística para avaliar as variáveis expressivas juntas. As medidas de CNS-LS e BHS foram consideradas variáveis-desfecho, e as variáveis com $p < 0,20$ foram consideradas covariáveis. A análise estatística foi executada usando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA, 2012).

Havia 250 pacientes com EM registrados no Ambulatório de Neurologia da SCMBH por ocasião da realização desse estudo.

RESULTADOS

Os aspectos clínicos e demográficos da amostra de 107 pacientes com EM são mostrados na Tabela 1. Dos 107 pacientes com EM, 34 (31,8%) apresentaram APB; desses, 31 (91,2%) eram do gênero feminino. A maioria dos pacientes com EM do estudo tinha a forma surto-remissão (95,3%; 89 indivíduos). Seis pacientes (5,6%) não estavam em uso de quaisquer medicamentos. Pouco menos de 90% dos pacientes estava tomando ao menos uma medicação que pode interferir em funções emocionais. O Quadro 1 mostra as medicações potencialmente causadoras de alterações no psiquismo prescritas aos pacientes da amostra. Ser do gênero feminino ($p = 0,015$) e jovem ($p = 0,021$) foi associado à presença de APB. Em ambos os gêneros, houve relevância entre APB e idade mais jovem ($p = 0,048$). Nenhuma outra característica demográfica foi associada

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

ao APB. A mediana do tempo de doença foi de 60 meses. A mediana do número de medicamentos consumidos por ocasião das entrevistas é de 2.

Não houve associação relevante entre APB, características clínicas e a escala EDSS. A presença de um quadro depressivo foi considerada fator de confusão devido à sua relevante associação com IS ($p = 0,000$) e com APB ($p = 0,026$) e foi isolada na análise multivariada da escala CNS-LS. Portanto, todos os pacientes com escore > 10 na escala BDI foram desconsiderados nessa parte da análise estatística. Apenas as características técnicas com $p < 0,20$ na análise univariada foram consideradas na análise multivariada da escala CNS-LS. Os resultados são mostrados na Tabela 2. Apenas o gênero feminino está relacionado ao APB.

Na presente amostra de 107 pacientes com EM, 49 (45,8%) apresentaram transtorno depressivo de acordo com a escala BDI. A mediana da escala BDI foi de 9 pontos, com escore médio de 12,5 pontos. Desses 49 pacientes com EM e transtorno depressivo, 22 (44,89%) apresentaram IS, de acordo com a escala BHS. A mediana da escala BHS foi de 3 pontos, e o escore médio foi de 4,1 pontos.

Quadro 1 - Medicamentos modificadoras do psiquismo usadas pela amostra de pacientes com EM

Medicações para EM	Ansiolíticos
Interferon beta	Alprazolam
Prednisona	Bromazepam
	Clonazepam
Antidepressivos	Clordiazepóxido
Amitriptilina	Diazepam
Nortriptilina	Flurazepam
Fluoxetina	
Paroxetina	Antipsicóticos e EH
Setralina	Carbamazepina
Citalopram	Quetiapina
Trazodona	Risperidona
Duloxetina	
Bupropiona	Outros
Venlafaxina	Amantadina
Mirtazapina	Naltrexone
	Fenitoína
	Propranolol

EM = esclerose múltipla; EH = estabilizadores de humor.

Tabela 2 - Modelo de regressão para a escala CNS-LS

CNS-LS	B (IC95%)	Erro padrão	Estatística Wald	Graus de liberdade	p	Razão de chances	IC95% (B)
Gênero	-1,639	0,706	5,389	1	0,020	0,194	0,049 0,775
BHS	0,852	0,503	2,865	1	0,091	2,345	0,874 6,289
Estado civil (geral)			0,008	2	0,996		
Casados/coabitantes	0,046	0,526	0,008	1	0,931	1,047	0,373 2,936
Divorciados/viúvos/solteiros	-19,890	13,961,554	0,000	1	0,999	0,000	0,000
Histórico psiquiátrico prévio	1,107	0,606	3,343	1	0,067	3,026	0,923 9,917
Presença de sintomas motores	-0,698	0,593	1,389	1	0,239	0,497	0,156 1,589
Idade	-0,043	0,027	2,544	1	0,111	0,958	0,909 1,010
EDSS	0,026	0,186	0,020	1	0,889	1,026	0,713 1,477
Constante	-0,135	1,839	0,005	1	0,941	0,873	

CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; B = beta; IC95% = intervalo de confiança de 95%; BHS = Escala de Desesperança de Beck; EDSS = Escala do Estado de Incapacidade Expandida.

**FILIPPE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS^{1,2}, ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO³,
REMCO FRANK PETER DE WINTER⁴, RENATA BRANT DE SOUZA MELO³,
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO³, PAULO PEREIRA CRISTO^{3,5}**

¹ Pesquisador voluntário, Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ² Preceptor, Programa de Residência Médica, Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG. ³ Docente e pesquisador(a), Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ⁴ Pesquisador e psiquiatra assistente, Parnassia Psychiatric Institute, The Hague/Amsterdam VU University, Haia, Holanda. ⁵ Professor, Departamento de Neurologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

Neste estudo, não foram encontradas associações relevantes entre os fatores demográficos da amostra e IS. A mesma análise foi realizada nos pareamentos entre IS e características clínicas, exceto pela escala EDSS, para a qual foram usados o teste *t* de Student e o teste de Mann-Whitney. A mediana da escala EDSS foi de 1,5 pontos. Não foram encontradas associações relevantes entre as características clínicas da amostra e IS no presente estudo. Todavia, quando a análise foi realizada por gênero, percebeu-se associação positiva entre sintomas motores e IS em pacientes do gênero masculino ($p = 0,031$) e entre uso de interferon beta e IS em pacientes do gênero feminino ($p = 0,038$). A análise multivariada da escala BHS, efetuada com características clínicas e sociodemográficas cujo $p < 0,20$, na análise univariada não mostrou resultados relevantes.

Não houve relação entre APB e IS, com ($p = 0,054$) ou sem ($p = 0,082$) o isolamento do quadro depressivo como fator de confusão na análise (ver, respectivamente, Tabela 3 e Figura 1).

Tabela 3 - APB versus IS após isolamento de quadros depressivos como fator de confusão

CNS-LS/BHS	Sem IS	Com IS
Sem APB: 31 (100%)	28 (90,3)	3 (9,7)
Com APB: 11 (100%)	11 (100,0)	0 (0)
Total: 42 (100%)	39 (92,9)	3 (7,1)

Dados apresentados como n (%).
CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; BHS = Escala de Desesperança de Beck; IS = ideação suicida; APB = afeto pseudobulbar.
 $p = 0,554$.

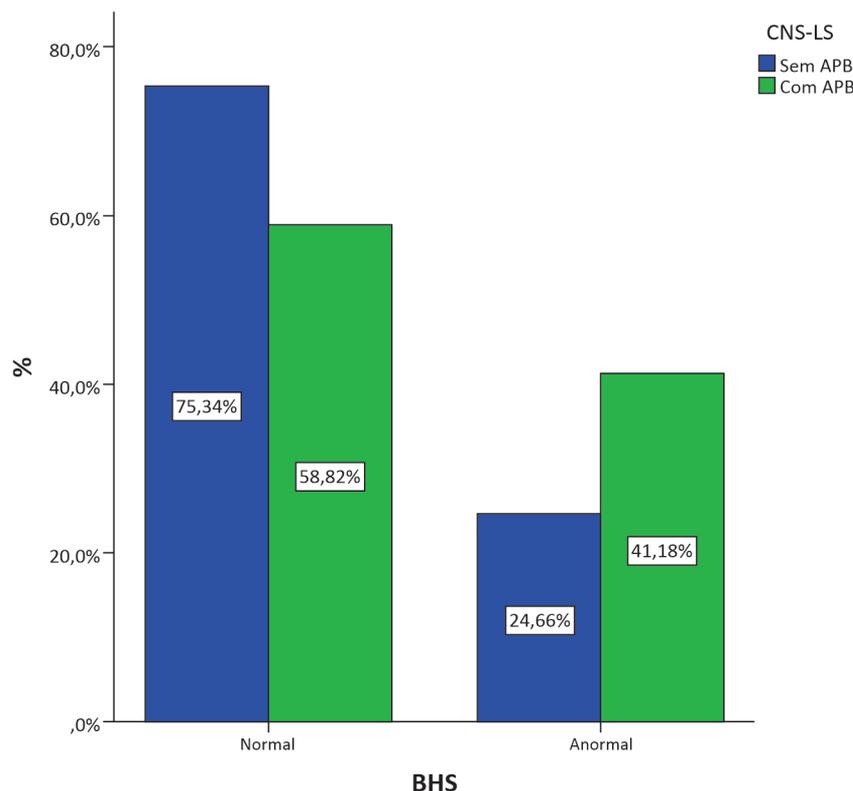


Figura 1 - Afeto pseudobulbar versus ideação suicida. CNS-LS = Centro de Estudos Neurológicos - Escala de Labilidade; BHS = Escala de Desesperança de Beck; APB = afeto pseudobulbar.

**FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO**

Discussão

No presente estudo, o APB esteve relacionado com apenas duas características demográficas: gênero feminino e idade mais jovem. Houve apenas um trabalho correlacionando o APB com gênero feminino⁵. Em contraste com a literatura científica disponível, no presente trabalho, o APB se apresentou em pacientes mais jovens, e não houve relação entre a duração da doença e o APB^{4,5,8,16,17}. Embora o APB esteja relacionado a estágios avançados da EM, há relatos de sua presença em fases precoces da doença^{4,5,8,16,17,33}. Adicionalmente, as mulheres parecem mais inclinadas ao choro do que os homens³⁴.

Esse trabalho não encontrou diferenças de gênero no tocante à IS. Estudos prévios não mostraram um consenso sobre qual dos gêneros morre mais por suicídio em pacientes com EM^{16,17,20}. Os pacientes com EM deste estudo efetuaram um total de 22 tentativas de suicídio, sendo apenas uma no gênero masculino. A IS se mostrou significativa em pacientes masculinos com comprometimento motor. Em oposição a estudos prévios, não ocorreu associação de IS com duração de doença, estado civil ou religião^{16,17,19,21,35,36}.

A presença de um quadro depressivo é considerado o fator de risco mais importante para o suicídio em pacientes com EM. Pacientes com EM são considerados uma população especial no concernente ao comportamento suicida^{11,18-21,36,37}. No nosso estudo, foram considerados os dois principais fatores de risco ao suicídio em pacientes com EM: presença de transtorno depressivo e histórico de tentativas de suicídio^{11,16,19,20,38}. Apesar da associação positiva entre APB e quadros depressivos em pacientes com EM, não foi possível correlacionar APB e IS neste estudo^{2,8,36,38}. Mesmo quando os transtornos depressivos foram isolados como fator de confusão, não ocorreu associação entre APB e IS. Depreende-se que, mesmo com a inadequação social do APB e sua associação a quadros depressivos e isolamento social, isso não é o suficiente para correlacionar sua presença com IS. Vale lembrar, todavia, o fato de a expressão emocional do APB ser diferente do riso e choro comuns e que a superposição de fenômenos não pode ser negada^{1,4,8,19,34}.

Até onde sabemos, não há outros estudos que tentem correlacionar o APB e o ISo relacionado a ele com a IS.

O ISo é um fenômeno heterogêneo com implicações no CS. Todas as doenças incapacitantes podem levar ao ISo devido ao inerente impedimento no estilo de vida do paciente e à diminuição das habilidades dos pacientes para lidar com o meio^{13,18,21,37,38}. Assim como ocorre com a EM, os transtornos depressivos acometem com maior frequência mulheres em idade jovem. Os transtornos depressivos podem acometer mulheres jovens com ou sem distúrbios neurológicos, e a relação destes com o CS é algo esperado^{16,19-21,38}. Apesar de o APB ser incapacitante exclusivamente por meio social, o ISo relacionado a ele deve ser considerado^{1-4,8}. Nosso estudo analisou pacientes clinicamente estáveis, com o objetivo de tentar afastar o ISo causado pela EM. De forma complementar, mais de 95% dos pacientes com EM deste estudo foram acometidos pela forma mais branda da doença – surto-remissão⁹⁻¹¹. A população deste estudo também apresentou um baixo nível de incapacidade, de acordo com a escala EDSS.

As limitações do nosso estudo são: a escala CNS-LS nunca foi validada em português. O Ambulatório de Neurologia da SCMBH usa uma tradução literal da versão original. A amostragem pequena também é um problema do trabalho. Por questões éticas, a IS foi o aspecto escolhido do CS para realizar o presente estudo transversal. Pelas mesmas razões, pacientes que apresentaram alto risco de suicídio foram encaminhados a atendimento específico pelos seus médicos assistentes. Muitos pacientes desta pesquisa solicitaram ao examinador que ele lesse as perguntas das escalas, por diversos motivos. Tal procedimento reduz a precisão dos resultados das escalas BDI e BHS^{27,29,30}. A escala EDSS é usada de forma corrente em serviços de neurologia em todo o país, mas há muitas críticas concernentes ao predomínio de sintomas medulares^{15,24}. A maioria das informações fornecidas a respeito de comorbidades e uso simultâneo de medicamentos foi fornecida pelos pacientes e/ou responsáveis ou constava nos prontuários da SCMBH. Não tivemos permissão de acesso a prontuários de outros serviços. Por conseguinte, há uma chance considerável de imprecisão das informações não referentes a distúrbios neurológicos.

Houve apenas 11 pacientes com APB e sem depressão. Isso reduziu a precisão das análises estatísticas realizadas. Entretanto, esses números estão de acordo

com a frequência das condições na população. Estudos transversais não são os mais adequados para examinar relações de causa e consequência, como este estudo tentou fazer com APB e IS.

Todas as medicações potencialmente modificadoras das funções psíquicas foram prescritas em doses usuais. Muitos fatores podem estar relacionados à forma como os medicamentos reagem nos indivíduos, e essa parte do estudo não foi realizada. Ocorreu vício de seleção dos pacientes de acordo com o tamanho da população na cidade em que residiam por ocasião das entrevistas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos pacientes procedia de cidades consideradas muito grandes³⁹. Cidades com menos de 50.000 habitantes foram sub-representadas nesta pesquisa (16,8% dos pacientes com EM do estudo). No Brasil, cidades com menor número de habitantes são importantes para as estatísticas nacionais devido à sua maior proporção de suicídios³⁹. Devido à complexidade do CS, não foi possível analisar todos os fatores de risco envolvidos na sua gênese. Entretanto, este trabalho abordou os dois fatores de risco mais importantes, como a presença de um transtorno mental e histórico de tentativas de suicídio. Entre os transtornos mentais envolvidos com o CS em pacientes com EM, a depressão parece ser o que tem maior relevância^{14,16,17,19,20,38,40}. Portanto, nesta pesquisa, foram abordados apenas pacientes com quadros depressivos.

Estudos futuros serão necessários para elucidar se o ISo associado ao APB possui características diferentes de outras formas de ISo, já que não se comprovou associação do APB com IS. A tradução e validação da escala CNS-LS em nosso meio seria útil para ratificar a predominância do APB em pacientes do gênero feminino e com idade mais jovem (menor tempo de doença). Em relação à estratificação por gênero, estudos futuros poderiam averiguar os motivos de a IS estar relacionada a sintomas motores apenas no gênero masculino e o uso de interferon beta estar associado a IS apenas no gênero feminino. Sugere-se cautela na interpretação dos resultados aqui apresentados.

CONCLUSÕES

É interessante observar que, neste estudo, não se conseguiu chegar a uma conclusão sobre a correlação

entre a presença do ISo relacionado ao APB e a presença de IS na amostra de pacientes com EM. Todavia, as relações entre a presença simultânea de APB/depressão e depressão/IS foram ratificadas neste estudo. O CS é bastante complexo, e todas as abordagens reducionistas podem resultar em conclusões equivocadas. Hoje, existem pouco mais de 100 fatores de risco conhecidos para o suicídio. O ISo, por outro lado, também é considerado um fenômeno heterogêneo e, por si só, não é definidor de um desfecho. Mais estudos serão necessários para se chegar a conclusões definitivas sobre uma relação entre APB e IS.

Agradecimentos

Agradecemos a 107 pacientes portadores de uma doença crônica e incapacitante, assim como a seus familiares e amigos, pelo auxílio indispensável na realização deste trabalho.

Artigo submetido em 29/06/2019, aceito em 07/07/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Filipe Augusto Cursino de Freitas, Setor de Urgência, Centro Psíquico da Adolescência e Infância, FHEMIG, Rua Padre Marinho, 150, Santa Efigênia, CEP 30140-040, Belo Horizonte, MG. E-mail: freitasfac@yahoo.com.br

Referências

1. Parvizi J, Coburn KL, Shillcutt SD, Coffey CE, Lauterbach EC, Mendez MF. Neuroanatomy of pathological laughing and crying: a report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21:75-87.
2. Miller A, Pratt H, Schiffer RB. Pseudobulbar affect: the spectrum of clinical presentations, etiologies and treatments. *Expert Rev Neurother*. 2011;11:1077-88.
3. Robinson-Smith G, Grill JD. Recognizing involuntary emotional expression disorder. *J Neurosci Nurs*. 2007;39:202-7.
4. Wortzel HS, Oster TJ, Anderson CA, Arciniegas DB. Pathological laughing and crying: epidemiology,

FILIFE AUGUSTO CURSINO DE FREITAS
ANTÔNIO PEREIRA GOMES NETO
REMCO FRANK PETER DE WINTER
RENATA BRANT DE SOUZA MELO
ALBERT LOUIS DA ROCHA BICALHO
PAULO PEREIRA CHRISTO

- pathophysiology and treatment. *CNS Drugs*. 2008;22:531-45.
- Brooks BR, Crumacker D, Fellus J, Kantor D, Kaye RE. PRISM: a novel research tool to assess the prevalence of pseudobulbar affect symptoms across neurological conditions. *PLoS One*. 2013;8:e72232.
 - Hammond FM, Sauve W, Ledon F, Davis C, Formella AE. Safety, tolerability, and effectiveness of dextromethorphan/quinidine for pseudobulbar affect among study participants with traumatic brain injury: results from the PRISM-II open label study. *PM R*. 2018;10:993-1003.
 - Minden SL, Feinstein A, Kalb RC, Miller D, Mohr DC, Patten SB, et al. Evidence-based guideline: assessment and management of psychiatric disorders in individuals with MS: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2014;82:174-81.
 - Colamonico J, Formella A, Bradley W. Pseudobulbar affect: burden of illness in the USA. *Adv Ther*. 2012;29:775-98.
 - Milo R, Kahana E. Multiple sclerosis: geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmun Rev*. 2010;9:A387-94.
 - DeLuca J, Nocentini U. Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*. 2011;29:197-219.
 - Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RP, Carneiro NM, Aguilar AC, et al. Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;76:296-301.
 - Alamri Y, Al-Busaidi IS. Multiple sclerosis in Saudi Arabia: anxiety, depression and suicidality. *Psychiatry Res*. 2016;238:24.
 - Cadden MH, Arnett PA, Tyry TM, Cook JE. Judgment hurts: the psychological consequences of experiencing stigma in multiple sclerosis. *Soc Sci Med*. 2018;208:158-64.
 - Dahl OP, Stordal E, Lydersen S, Midgard R. Anxiety and depression in multiple sclerosis. A comparative population-based study in Nord-Trøndelag County, Norway. *Mult Scler*. 2009;15:1495-501.
 - Patten SB, Berzins S, Metz LM. Challenges in screening for depression in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2010;16:1406-11.
 - Hausleiter IS, Brune M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther Adv Neurol Disord*. 2009;2:13-29.
 - Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:803-17.
 - Feinstein A, Pavisian B. Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*. 2017;23:923-7.
 - Vattakatuchery JJ, Rickards H, Cavanna AE. Pathogenic mechanisms of depression in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011;23:261-76.
 - Torkildsen NG, Lie SA, Aarseth JH, Nyland H, Myhr KM. Survival and cause of death in multiple sclerosis: results from a 50-year follow-up in Western Norway. *Mult Scler*. 2008;14:1191-8.
 - Strupp J, Ehmann C, Galushko M, Bücken R, Perrar KM, Hamacher S, et al. Risk factors for suicidal ideation in patients feeling severely affected by multiple sclerosis. *J Palliat Med*. 2016;19:523-8.
 - Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Patten SB, Singer A, et al. Psychiatric comorbidity increases mortality in immune-mediated inflammatory diseases. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;53:65-72.
 - Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*. 2011;69:292-302.
 - Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983;33:1444-52.
 - Moore SR, Gresham LS, Bromberg MB, Kasarkis EJ and Smith RA. A self report measure of affective lability. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63:89-93.
 - Smith RA, Berg JE, Pope LE, Callahan JD, Wynn D, Thisted RA. Validation of the CNS emotional lability scale for pseudobulbar affect (pathological laughing and crying) in multiple sclerosis patients. *Mult Scler*. 2004;10:679-85.

¹ Pesquisador voluntário, Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ² Preceptor, Programa de Residência Médica, Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI), Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG. ³ Docente e pesquisador(a), Serviço de Neurologia, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG. ⁴ Pesquisador e psiquiatra assistente, Parnassia Psychiatric Institute, The Hague/Amsterdam VU University, Haia, Holanda. ⁵ Professor, Departamento de Neurologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
28. Moran PJ, Mohr DC. The validity of Beck depression inventory and Hamilton rating scale for depression items in the assessment of depression among patients with multiple sclerosis. *J Behav Med*. 2005;28:35-41.
29. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29:453-7.
30. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
31. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147:190-5.
32. Cunha JA, Werlang BC. Um estudo com a Escala de Desesperança de Beck em grupos clínicos e não-clínicos. *Psico*. 1996;27:189-97.
33. de Seze J, Zephir H, Hautecoeur P, Mackowiak A, Cabaret M, Vermersch P. Pathologic laughing and intractable hiccups can occur early in multiple sclerosis. *Neurology*. 2006;67:1684-6.
34. Grinblat N, Grinblat E, Grinblat J. Uncontrolled crying: characteristics and differences from normative crying. *Gerontology*. 2004;50:322-9.
35. Bussing A, Ostermann T, Koenig HG. Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37:39-57.
36. Brenner P, Burkill S, Jokinen J, Hillert J, Bahmanyar S, Montgomery S. Multiple sclerosis and risk of attempted and completed suicide - a cohort study. *Eur J Neurol*. 2016;23:1329-36.
37. Eliassen A, Dalhoff KP, Horwitz H. Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case-control study. *J Neurol*. 2018;265:1303-9.
38. Lewis VM, Williams K, KoKo C, Woolmore J, Jones C, Powell T. Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *J Affect Disord*. 2017;208:662-9.
39. Marin-Leon L, de Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
40. Goldman Consensus Group. The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005;11:328-37.