

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Depressão e trauma na infância em pessoas que vivem com HIV: um
estudo de coorte transversal**

PATRICIAH DAL MORO

**Dourados - MS
2020**

PATRICIAH DAL MORO

Depressão e trauma na infância em pessoas que vivem com HIV: um estudo de coorte transversal

Área do CNPq: 4.00.00.00-1

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Doenças Crônicas e Infecto-Parasitárias

Orientador: Prof.^a Dr.^a Elisabete Castelon
Konkiewitz

Dourados - MS
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

M867d Moro, Patriciah Dal

Depressão e trauma na infância em pessoas que vivem com HIV: um estudo de coorte transversal [recurso eletrônico] / Patriciah Dal Moro. -- 2020.

Arquivo em formato pdf.

Orientadora: Elisabete Castelon Konkiewitz.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2020.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Trauma na infância. 2. HIV. 3. Dor neuropática. 4. Depressão. I. Konkiewitz, Elisabete Castelon. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR PATRICIAH DAL MORO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "DOENÇAS CRÔNICAS E INFECTO-PARASITÁRIAS".

Ao vigésimo dia do mês de abril de 2020, às 16 horas, em sessão pública, realizou-se a Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "Depressão e trauma na infância em pessoas que vivem com HIV: um estudo de coorte transversal" apresentada pelo(a) mestrando(a) PATRICIAH DAL MORO, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Dr.ª Elisabete Castelon Konkiewitz/UFPGD, Dr.ª Ana Claudia Piccinelli/UEMS e Dr.ª Joyce Alencar Santos Radai sob a presidência do primeiro. Iniciados os trabalhos, a presidência deu a conhecer ao(a) candidato(a) e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Dissertação. Após o(a) candidato(a) ter apresentado a sua Dissertação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a Defesa, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento, tendo sido o(a) candidato(a) considerado(a) aprovada, fazendo jus ao título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. O membro da banca abaixo assinado atesta que Dr.ª Ana Claudia Piccinelli e Dr.ª Joyce Alencar Santos Radai participaram de forma remota desta defesa de dissertação, considerando o(a) candidato(a) aprovada, conforme declarações anexas. Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelo membro da Comissão Examinadora.

Dourados, 20 de abril de 2020.

Dr.ª Elisabete Castelon Konkiewitz

Dr.ª Ana Claudia Piccinelli

Dr.ª Joyce Alencar Santos Radai

Participação Remota

Participação Remota

Houve a participação remota de mais de um membro justificando-se conforme o previsto na Portaria RTR n. 200, em seu § 3o do Art. 1o da, de 16/03/2020.

(PARA USO EXCLUSIVO DA PROPP)

ATA HOMOLOGADA EM: __/__/__, PELA PROPP/ UFPGD.

Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
Assinatura e Carimbo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Média dos escores do Trauma na Infância (Quesi) segundo os domínios e os graus de depressão 46
- Figura 2 – Mediana dos escores do Trauma na Infância (Quesi) segundo os domínios e os graus de depressão 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes de acordo com variáveis do estudo (n = 70)	43
Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis do estudo de acordo com o grau de depressão (n = 70)	44
Tabela 3 - Associação entre o grau de depressão e as variáveis do estudo (n = 70)	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

HIV	Vírus da imunodeficiência humana
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
DN	Dor neuropática
IASP	Associação Internacional para o Estudo da Dor
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SNC	Sistema Nervoso Central
T CD4+	Linfócitos T auxiliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV+	Infecção positiva pelo HIV
TARV	Terapia antirretroviral
EUA	Estados Unidos da América
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
BDI	Inventário de Depressão de Beck
MPQ	Questionário de McGill
SIV	Vírus da Imunodeficiência Símia
IB	Imunoblot
IBR	Imunoblot rápido
IgG	Imunoglobulina G
HPA	Hipotálamo pituitária adrenal
ELISA	Ensaio de Imunoabsorção Enzimática
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
NA	Noradrenalina
5-HT	Serotonina
WB	Western Blot
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
UBS	Unidade Básica de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
SAE	Serviço de Atendimento Especializado

Depressão e trauma na infância em pessoas que vivem com HIV: um estudo de coorte transversal

RESUMO

As PVHIV apresentam frequência maior que a população geral de antecedente de trauma na infância e é possível que este fato contribua para as altas taxas de comorbidade neuropsiquiátrica neste grupo, uma vez que vivências traumáticas na infância são importantes fatores de risco para adoecimento na vida adulta. A depressão e a dor crônica, em especial, a dor neuropática, são comorbidades frequentes entre pessoas vivendo com HIV (PVHIV), apresentando taxas de prevalência entre 25% e 36%. Este estudo de coorte transversal investigou a correlação entre trauma na infância e sintomas atuais de depressão e dor neuropática em uma amostra de PVHIV do Serviço de Atendimento Especialização (SAE) no município de Dourados, MS. A amostra procedeu de um estudo transversal anterior, entre os anos de 2010 e 2012, no qual 150 pacientes, na época recém-diagnosticados com a infecção pelo HIV, haviam sido avaliados através do Inventário de Depressão de Beck (BDI). No estudo atual, 70 pacientes deste grupo foram encontrados e avaliados em relação à história de trauma na infância por meio do Questionário de Trauma na Infância e à presença de dor neuropática através do Questionário de McGill. Os resultados mostraram que 50% das PVHIV avaliadas apresentaram trauma na infância em grau moderado a grave. Sintomas de depressão moderada a grave também estiveram presentes em 50% da amostra. A Dor neuropática foi relatada por 41,4%. Ao contrário do previsto, não houve correlação entre antecedente traumático e queixa atual de dor, ou depressão. Entretanto, na comparação entre as medianas dos escores de trauma na infância, observaram-se maiores valores no domínio abuso sexual nos pacientes com sintomas de depressão grave. Houve associação entre o valor da carga viral e o grau de depressão ($p = 0,023$). Primeiramente, os resultados impressionam pela alta prevalência de histórico de trauma na infância e de sintomas de dor e de depressão em PVHIV. É possível que a ausência do resultado esperado de associação entre história de trauma e sintomas atuais de depressão e dor se explique pelo tamanho pequeno da amostra. Apesar disso, a relação entre depressão grave e antecedente de abuso sexual sinaliza uma possível tendência, que estudos com amostras maiores e com desenho longitudinal poderiam investigar.

Palavras-chave: Trauma na infância. HIV. Dor neuropática. Depressão.

Childhood depression and trauma in people living with HIV: a cross-sectional cohort study

ABSTRACT

PLHIV have a higher frequency than the general population with a history of childhood trauma and it is possible that this fact contributes to the high rates of neuropsychiatric comorbidity in this group, since traumatic experiences in childhood are important risk factors for illness in adulthood. Depression and chronic pain, especially neuropathic pain, are frequent comorbidities among people living with HIV (PLHIV), with prevalence rates between 25% and 36%. This cross-sectional cohort study investigated the correlation between childhood trauma and current symptoms of depression and neuropathic pain in a sample of PLHIV from the Specialized Care Service (SAE) in Dourados, MS. The sample came from a previous cross-sectional study, between the years 2010 and 2012, in which 150 patients, at the time newly diagnosed with HIV infection, had been evaluated using the Beck Depression Inventory (BDI). In the current study, 70 patients in this group were found and evaluated in relation to the history of trauma in childhood using the Childhood Trauma Questionnaire and the presence of neuropathic pain through the McGill Questionnaire. The results showed that 50% of the assessed PLHIV had moderate to severe childhood trauma. Symptoms of moderate to severe depression were also present in 50% of the sample. Neuropathic pain was reported by 41.4%. Contrary to expectations, there was no correlation between a traumatic history and a current complaint of pain or depression. However, when comparing the median trauma scores in childhood, higher values were observed in the sexual abuse domain in patients with symptoms of severe depression. There was an association between the viral load value and the degree of depression ($p = 0.023$). First, the results are impressive due to the high prevalence of a history of childhood trauma and symptoms of pain and depression in PLHIV. It is possible that the absence of the expected result of an association between a history of trauma and current symptoms of depression and pain is explained by the small sample size. Despite this, the relationship between severe depression and a history of sexual abuse signals a possible trend, which studies with larger samples and with a longitudinal design could investigate.

Keywords: Childhood trauma. HIV. Neuropathic pain. Depression.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	12
2.1.1 Formas de transmissão	13
2.1.2 Diagnóstico	13
2.2 Depressão	15
2.2.1 Surgimento	15
2.2.2 Sinais e diagnóstico	15
2.2.3 HIV e Depressão	16
2.3 Trauma na infância	18
2.3.1 HIV e Trauma na infância	20
2.4 Dor neuropática	21
2.4.1 Sinais, sintomas e diagnóstico	23
2.4.2 HIV e dor neuropática	23
2.5 HIV, Depressão, Trauma na infância e Dor neuropática	24
3 OBJETIVOS	25
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
5 APÊNDICES	34
5.1 Termo de Consentimento Livre Esclarecido	34
5.2 Questionário Sobre Traumas na Infância	35
5.3 Questionário para Dor de McGill- Melzack	36
5.4 Inventário de Depressão de Beck	37
5.5 Artigo 1: Revisa Aids Care	39

1 INTRODUÇÃO

Até o início do século XXI, o HIV matou cerca de 21,8 milhões de pessoas em todo o mundo e aproximadamente 36,1 milhões de pessoas apresentavam o vírus (BRASIL, 2017a). Em nível nacional os números também impressionam, de 1980 até junho de 2019 foram registrados 966.058 mil casos de AIDS (BRASIL, 2019).

No período de 2007 até junho de 2019, 300.496 mil novos casos de infecção pelo HIV foram registrados no Brasil. No ano de 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção pelo HIV. A região Centro-Oeste ao qual pertence o Estado de Mato Grosso do Sul apresenta a 8,2% dos casos, o que corresponde a 3.625 mil casos (BRASIL, 2019).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um lentivírus que leva à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma doença caracterizada pela falência do sistema imune, levando a infecções oportunistas e a neoplasias. O HIV infecta linfócitos T auxiliares CD4, macrófagos e células dendríticas. A infecção pelo HIV no indivíduo, se deixada sem tratamento, mais comumente progride para a AIDS e pode ser fatal em 6-18 meses (BRASIL, 2017a).

A AIDS é marcada por infecções oportunistas e neoplasias. As infecções oportunistas mais comuns são a tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, a retinite por citomegalovírus, a meningite criptocócica, a pneumocistose e a neurotoxoplasmose. Em relação às neoplasias destacam-se os linfomas não Hodgkin e o sarcoma de Kaposi. Além das manifestações citadas podem ocorrer doenças por dano direto a diversos órgãos ou através de processos inflamatórios, como neuropatias, miocardiopatias e nefropatias (BRASIL, 2017b).

Nas primeiras semanas de infecção pelo HIV ocorre a chamada infecção aguda, que dura de 2 a 6 semanas. Esta primeira fase é caracterizada pela sua elevada contagiosidade, seguida da viremia elevada. Alguns doentes podem ser assintomáticos, outros podem ter quadros clínicos bem característicos (BRAUN et al., 2015). Os sintomas mais manifestados são mialgias, cefaleias, adenopatias, febre, faringite e a depressão. Estes sintomas caracterizam por sua vez a chamada Síndrome Retroviral Aguda (SRA) (OLIVEIRA et al., 2016).

A depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais comum nas PVHIV. Esta população tem o dobro de risco de desenvolver depressão do que os não infectados. A depressão é considerada como um tipo de transtorno afetivo que pode culminar em

alterações corporais e mentais (JARDIM, 2011). Para avaliar a depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), um questionário de autorrelato que propõe mensurar a intensidade dos episódios depressivos (LEAHY et al., 2010).

Os maus-tratos infantis também podem estar relacionados com pessoas que vivem com HIV. Ademais, os transtornos mentais indicam situações prevalentes em indivíduos infectados pelo HIV, os quais também teriam sido vítimas de maus-tratos infantis (FERGUSON et al., 2013). Para avaliar as experiências traumáticas na infância utilizou-se Childhood Trauma Questionnaire (Questionário sobre Trauma na Infância) (MONTEIRO; ABELHA, 2015), que propõem mensurar o abuso em cinco formas, sendo elas: o abuso físico, sexual e emocional; além das negligências emocionais e físicas (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2006).

Outra situação bastante comum em pessoas que vivem com o HIV/AIDS é a dor. A infecção pelo HIV associa-se ao desenvolvimento de diferentes tipos de dor, sendo que a dor neuropática é uma delas (SOUZA et al., 2016). A dor neuropática tem origem da lesão direta do nervo ou do sistema somatossensorial, englobando mudanças anatômicas, moleculares e fisiológicas (TREEDE et al., 2008).

A dor neuropática apresenta inúmeros mecanismos fisiopatológicos, tornando-se um desafio para o tratamento de pacientes com HIV (SOUZA et al., 2016). Para avaliação da dor neuropática utilizou-se o Questionário de McGill (MPQ) através dele é possível avaliar as qualidades temporais, afetivas, sensoriais e, também, a miscelânea da dor (MENDES et al., 2016).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Entre os anos de 1977 e 1978 ocorreram os primeiros casos da AIDS nos Estados Unidos da América, África Central e Haiti (BRASIL, 2005). Todavia somente no ano de 1981, ocorreu o primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) identificado, tornando-se um marco na história da humanidade (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2006). No ano 1983 Robert Gallo, nos EUA e Luc Montaigner, na França, conseguiram isolar o HIV-1 dos pacientes com AIDS. Após três anos da descoberta do HIV-1, em 1986, os pesquisadores descobriram também o HIV-2 (BRASIL, 2003).

O lentivírus que ocasiona à AIDS é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que são retrovírus pertencentes à família dos lentivírus (BRASIL, 2018). A origem do vírus ainda é um mistério, acredita-se que tenha relação com os primatas não humanos. O vírus da imunodeficiência símia (SIV), presente nos chimpanzés africanos é 98% parecido com o HIV-1, tal constatação corrobora para sugerir que ambos os vírus tiveram origem comum e que o HIV seja de origem africana. Inúmeras pesquisas sorológicas realizadas na África, entre os anos de 1950 e 1960 comprovam a hipótese (BRASIL, 2003).

O HIV é capaz de ocasionar infecções persistentes, com quadro clínico de evolução lenta, produzindo uma degeneração contínua do sistema imunológico (BRASIL, 2018). Para o controle da replicação viral é necessário fazer uso da Terapia Antirretroviral (TARV), uma terapia medicamentosa altamente potente (SILVA et al., 2015).

Entretanto com a ausência da TARV a taxa de progressão do vírus apresenta variações para cada indivíduo. Fatores como o estado imunológico, presença de outras infecções, idade, perfil genético e resistência a determinadas cepas do HIV provocam interferências significativas na atuação do vírus (BRASIL, 2003). Segundo MANZARDO et al. (2015) geralmente a infecção pelo HIV provoca doenças oportunistas, a desordem depressiva maior é uma complicação comum no vírus no Sistema Nervoso Central (ZAYYAD; SPUDICH, 2015), com prevalência de 45% nas PVHIV (ALMEIDA, 2013).

2.1.1 Formas de transmissão

A transmissão pode ocorrer através da via sexual, via sanguínea, vertical e ocupacional. A forma mais comum de exposição ao vírus é através da via sexual, que ocorre principalmente entre heterossexuais que não utilizam preservativo, situação mais frequente na África sub-Sahariana. No entanto, nos países desenvolvidos ocorre principalmente entre homossexuais (BRASIL, 2003).

Outra forma bem menos frequente de contaminação é através da transmissão sanguínea, que ocorre por exposição ao sangue, como por exemplo, através das transfusões sanguíneas, compartilhamento de agulhas e hemoderivados. A transmissão também pode acontecer de modo vertical através da gestação, aleitamento materno ou parto (BRASIL, 2018).

Dados apontam que a cada ano aproximadamente 17 mil gestantes são infectadas pelo HIV, fato que aumenta a transmissão vertical. Ademais, grande parte das crianças com menos de 13 anos com HIV, são infectadas por transmissão vertical (BARCELLOS et al., 2006).

A forma de transmissão que mais afeta os profissionais da saúde, é a transmissão ocupacional, a exposição percutânea que envolve lesões originadas por instrumentos cortantes e perfurantes é a que demonstra maior risco para transmissão do HIV nestes profissionais (RAPPARINI et al., 2010). Não há evidências científicas que comprovem a transmissão do HIV pelo ar, tosse, espirro; pelo uso de pratos, copos e talheres; pelo uso de móveis ou mesmo por picada de insetos ou outros animais (BRASIL, 2010).

2.1.2 Diagnóstico

A detecção do HIV é feita através de exame laboratorial, no Brasil somente podem ser realizados testes laboratoriais certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Para os testes serem certificados pela ANVISA é necessário que possuam ao menos 99,5% de especificidade em avaliação laboratorial realizada pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz e também 100% de sensibilidade (BRASIL, 2008).

Os métodos utilizados atualmente no mercado para identificação do HIV são os testes complementares convencionais, como Western Blot (WB), o Imunoblot (IB) e o

Imunoblot Rápido (IBR), os mesmos são menos sensíveis que os imunoenaios de 3ª e 4ª gerações, podendo produzir resultados falso-não reagentes. Deste modo são contra indicados para o diagnóstico de infecções recentes (CDC, 2014). Os testes moleculares são os mais indicados para o diagnóstico de infecções agudas ou recentes (CDC, 2014; ROSENBERG et al., 2015).

Os imunoenaios foram desenvolvidos logo após o surgimento do vírus, contando com a sequência de quatro gerações (OWEN, 2012). A primeira geração tem como característica pouca especificidade e detecção apenas das Imunoglobulinas G (IgG), esses ensaios não são mais utilizados na rotina diagnóstica dos laboratórios (BUTTÒ et al., 2010; OWEN, 2012; GUARNER, 2017; BOTTONE; BARTLETT, 2017).

Os ensaios de segunda geração apresentam maior sensibilidade e especificidade que os ensaios de primeira geração, além de sua janela de soroconversão ser menor, de 25 a 35 dias. Os ensaios de terceira geração apresentam um aumento da especificidade e uma diminuição na janela de soroconversão numa média de 20 a 30 dias, seguido pelos ensaios de quarta geração com a janela de soroconversão entre 15 dias, além da detecção simultânea do antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV (BUTTÒ et al., 2010; OWEN, 2012; BOTTONE; BARTLETT, 2017)

Existem também os testes rápidos que são os imunoenaios simples, apresentam a vantagem de resultado em até 30 minutos, geralmente são realizados na presença dos indivíduos em ambiente que não é laboratorial com a simples amostra de sangue através da punção digital ou por amostra de fluido oral (PEELING; MABEY, 2010; MOHD HANAFIAH; GARCIA; ANDERSON, 2013).

Os testes rápidos são indicados para locais como serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizados em regiões de difícil acesso, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também nos Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (BRASIL, 2018).

No Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Dourados, Mato Grosso do Sul (Brasil) os testes rápidos, os imunoenaios simples, são os mais utilizados para diagnóstico de infecção pelo HIV. São realizados dois testes rápidos, com duas coletas diferentes, com amostra de sangue. Caso o resultado for positivo (reagente), é realizado o agendamento para exame da carga viral seguida da consulta médica, com avaliação clínica, se houver dúvidas pelo profissional da saúde sobre o diagnóstico pode ser solicitado o Western Blot. Em caso negativo (não reagente) nos dois primeiros testes

rápidos e persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra é coletada 30 dias após a data da primeira coleta.

2.2 Depressão

2.2.1 Surgimento

Até 1851 a palavra “melancolia” era utilizada de maneira corriqueira pelos médicos, sendo diagnosticada como um quadro de agitação, alucinações e tristeza, no entanto o psiquiatra francês, Louis Jean Fracois Delasiauve, abordou outra nomenclatura para tal caso, que ficou conhecida como “depressão” (ZIVANOVIC; NEDIC, 2012). A etiologia da depressão é multifatorial, podendo ser extrínseca ou intrínseca, além de bipolar ou unipolar, sendo que existem subtipos de depressão e cada subtipo tem suas particularidades (MENEZES; JURUENA, 2017).

2.2.2 Sintomas e diagnóstico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017) mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão no mundo, ocorreu um aumento de 18% entre os anos de 2005 a 2015. No Brasil 5,8% da população sofre de depressão, o que representa 11,5 milhões de pessoas, sendo o maior índice na América Latina e ocupando a segunda posição em relação às Américas.

Por isso, a depressão é uma condição bastante comum no século XXI, apresentando-se de forma crônica e recorrente, comprometendo a saúde física e emocional do paciente (POSTERNAK et al., 2006). A desordem não só produz diminuições na qualidade de vida e também nas funções laborais que são semelhantes a doenças crônicas, como a diabetes, a asma e a artrite; mas também piora significativamente a qualidade de vida do indivíduo quanto à depressão é aliada a estas doenças (KUPFER; FRANK; PHILLIPS, 2012).

A depressão é multifacetada e envolve diversas áreas das ciências, entre elas a psiquiatria, biologia, filosofia e sociologia (ROCHA, 2017). Neste estudo a depressão será abordada dentro da área da psiquiatria. No ramo da psiquiatria, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5 (2014) categoriza as formas dos transtornos mentais, além de descrever e relatar quadros através da sintomatologia

dos pacientes. Através do manual é possível caracterizar o transtorno depressivo maior, que apresenta sintomas como: diminuição do prazer, humor deprimido, diminuição ou aumento do sono e apetite, entre outros (DSM-5, 2014).

Todavia, o diagnóstico engloba uma análise completa e complexa do paciente o que apresenta grau considerável de subjetividade. Questionários podem ser aplicados como instrumentos de apoio, mas não substituem a avaliação clínica. Não há exames laboratoriais para o diagnóstico de depressão (DSM-5, 2014).

2.2.3 HIV e Depressão

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes e diagnosticadas nos pacientes que apresentam o HIV (MORAES, OLIVEIRA & TOSTES, 2006). Foi realizado um estudo nos Estados Unidos da América relacionado às doenças psiquiátricas nos portadores de HIV/AIDS, dos 2864 entrevistados, 36% apresentavam quadros de depressão (BING et al., 2001).

Os medicamentos utilizados para o tratamento da infecção são predisponentes para os sintomas depressivos, entre os fármacos mais comuns, estão o aciclovir, o metronidazol e a zidovudina (MORAES, OLIVEIRA & TOSTES, 2006). Alguns estudos acreditam que a depressão pode levar a alterações significativas no sistema imunológico que proporcionam o avanço da infecção (EVANS et al., 2002).

A depressão pode também gerar um aumento do processo inflamatório, provocando um aumento da dor, sendo está uma resposta considerada comum e adaptativa para a inflamação aguda. Entretanto quando a inflamação é crônica ocorre à indução de uma transição desses comportamentos rotineiros da doença para dor crônica e depressão. Diversos mecanismos explicam a elevada comorbidade da depressão e da dor provenientes da inflamação em indivíduos doentes (WALKER et al., 2014).

Dentre os mecanismos estão: os efeitos diretos das citocinas em ambiente neuronal ou os efeitos indiretos via regulação negativa da quinase 2 ligada a proteína G, com a ativação de diversas enzimas, como a indoleamina, a dioxigenase indoleamina degradadora de triptofano que gera metabólitos neurotrópicos de quinurenina, dioxigenase, a elevação do glutamato extracelular cerebral e também a troca da neurotransmissão GABAérgica da inibição para a excitação (WALKER et al., 2014).

Uma das hipóteses mais aceitas para explicar os mecanismos envolvidos na depressão é a clássica monoaminérgica que sustenta a ocorrência de uma deficiência de

neurotransmissores monoaminérgicos, especialmente a serotonina (5-HT) e noradrenalina (NA) que são importantes para a atenção, humor e cognição. Esta hipótese foi aceita como a mais provável para o transtorno depressivo maior por um longo tempo (HIRSCHFIELD, 2000). Na realidade, o efeito positivo dos antidepressivos foi um dos achados que levou à hipótese dopaminérgica.

Entretanto, esta hipótese não elucidou a latência da resposta aos antidepressivos. Visto que diversos indivíduos deprimidos permanecem refratários aos antidepressivos utilizados. Desta forma, hipóteses diversas são fundamentais para tentar elucidar a latência da resposta aos antidepressivos. Pesquisas anteriores demonstram que o volume do hipocampo tende a diminuir em pacientes deprimidos e isso possivelmente é ocasionado pela falha do eixo (HPA) após a elevação dos glicocorticoides (BOKU et al., 2017).

Por isso, duas maneiras foram propostas para elucidar o volume do hipocampo, uma delas é a hipótese da neuroplasticidade e a outra neurogênese. A primeira hipótese, da neuroplasticidade, expõe que o volume do hipocampo diminui com as alterações morfológicas dos neurônios do hipocampo, como por exemplo, o encurtamento e também redução das densidades das espinhas dendríticas. A segunda hipótese, da neurogênese, demonstra que o volume do hipocampo diminui aliado também a diminuição da neurogênese no giro dentado do hipocampo (BOKU et al., 2017).

Além da hipótese da neuroplasticidade e da neurogênese, existem outras hipóteses para explicar os mecanismos de neurofisiológicos envolvidos na depressão, deste modo ainda existe a hipótese das citocinas, pautadas em disfunção do sistema imune e inflamatório e também a hipótese neurotrófica, pautada na plasticidade neuronal. A hipótese da citocina propõe que diversos estressores, além das condições inflamatórias orgânicas tem a função de originar a depressão, pelo fato dos processos inflamatórios (MAES et al., 2012).

Comprovadamente às infecções sistêmicas, processos carcinogênicos, além dos fatores estressantes do dia-a-dia, tem a capacidade de ativar o sistema imunológico periférico, que é parte essencial da resposta corporal para lidar com as condições adversas. Todavia, quando essa resposta ocorre de modo prolongado, as citocinas e outros moduladores imunológicos conseguem acessar o cérebro e ocasionar danos em diversos sistemas cerebrais importantes que deixam o indivíduo vulnerável a depressão (CATTANEO et al., 2015). A hipótese neurotrófica é baseada em diversas evidências, tanto clínicas, como pré-clínica e sugere que além das mudanças do neurotransmissor a

depressão está ligada também com anormalidades na estrutura de diferentes áreas do cérebro, como por exemplo, os defeitos entre a comunicação célula-célula (MALETIC et al., 2007).

Em relação ao HIV, é importante salientar que as PVHIV deprimidas podem ser divididas em dois grupos, da depressão primária ou idiopática e de transtorno de humor secundário ou orgânico. Sendo que os pacientes com depressão idiopática apresentam históricos de situações adversas na infância, entretanto aqueles como transtorno de humor ocorre a ligação com modificações neurotróficas que o HIV promove nas regiões subcorticais (JUDD et al., 2005).

De acordo com Nomoto et al. (2015) que estudou os sintomas depressivos em brasileiros recém diagnosticados com HIV, foi constatado que 61% dos pacientes apresentavam algum grau de depressão e aproximadamente 30% apresentavam depressão de moderada a severa.

Segundo MAES et al. (2012) o diagnóstico de depressão é negligenciado visto a semelhança entre os indicadores de depressão, como fadiga, anorexia, perda de peso e fraqueza, com os sintomas físicos da AIDS. Deste modo, a avaliação da depressão em PVHIV deve ser pareada com a análise da fase da doença. A avaliação de episódios depressivos em PVHIV, verificar se o episódio é secundário à doença clínica que pode ocasionar doença orgânica ou a terapia medicamentosa que pode ter consequência direta no SNC; se é uma reação à situação de estresse intenso provocado pela doença ou se é desencadeado pelo próprio adoecimento.

Além disso, o paciente deprimido que inicia o tratamento com os antirretrovirais tem menor adesão se comparado com o paciente não deprimido, ademais apresenta pior qualidade de vida e maior chance de apresentar comportamentos de risco, como utilizar drogas ilícitas e manter diversos parceiros sexuais ao decorrer da vida (HUTTON et al., 2004). Para avaliar a depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), um questionário de autorrelato que propõe mensurar a intensidade dos episódios depressivos (LEAHY et al., 2010).

2.3 Trauma na infância

Sigmund Schlomo Freud, famoso médico neurologista criador da psicanálise, foi o primeiro profissional da saúde a fazer analogia entre as patologias vividas por seus pacientes e os eventos regressos relacionados à infância desses pacientes. Freud

percebeu que a maioria de seus pacientes com sintomas histéricos apresentava alguma situação traumática vivenciada na infância, por isso determinou que a causa da histeria dos pacientes fosse o trauma na infância (FULGENCIO, 2004).

De acordo com Spies et al. (2012) o trauma é um evento que ameaça a vida ou integridade do indivíduo ou até mesmo de um ente querido, questões como o abandono, o abuso físico, guerras, negligências emocionais ou até mesmo o testemunho de violência doméstica. Para Schulz et al. (2014) o trauma é também motivo de preocupação para a saúde pública, visto que o mesmo tem sido constantemente associado a problemas de saúde crônicos como doenças hepáticas, cardíacas, distúrbios mentais, comportamentais e também emocionais.

Devido ao estresse o corpo tem como resposta natural o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, além do aumento dos hormônios responsáveis pelo estresse. Entretanto quando o estresse ocorre de modo contínuo e persistente, a resposta ao estresse também irá ocorrer de modo indiscriminado, originando um desenvolvimento anormal da arquitetura cerebral e também uma interferência prejudicial no funcionamento dos demais órgãos o que podem ocasionar até mesmo em doença de comprometimento cognitivo (JBS INTERNATIONAL AND GEORGETOW UNIVERSITY, 2015; SPIES et al., 2017).

O indivíduo que passou por situações de estresse repetidas vezes na infância pode a vir interpretar qualquer situação como um ameaça, esta situação distorce sua visão do mundo e por fim atrapalha na construção de relacionamentos baseados na confiança, por exemplo, além de impedir significativamente o desenvolvimento social e cognitivo. O trauma contínuo gera uma adaptação no cérebro do indivíduo, devido à maleabilidade do cérebro, e esta neuroplasticidade pode refletir em distúrbios de personalidade, transtornos comportamentais de saúde, alcoolismo e principalmente na depressão (LEE; HOAKEN, 2007).

De acordo com Wegman & Stetler (2009) a exposição a eventos traumáticos, está associada à maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta, sendo que estes eventos tem a capacidade de aumentar o risco de desenvolvimento de problemas respiratórios, metabólicos, doenças cardiovasculares e distúrbios gastrointestinais.

As relações sociais de bem estar promovem a homeostase, o bem estar ao longo da vida; enquanto o isolamento social é prejudicial à saúde, provocando o aumento do estresse e em situações extremas podendo levar até mesmo a morte. Devido à

neuroplasticidade do cérebro, a formação de vínculos benéficos ao decorrer da vida pode ter um potencial de reparação em relação aquelas relações nocivas precoces, o que pode ao menos em parte promover uma reparação das redes neurais (FELDMAN, 2017). No entanto, o abuso e negligência quando não tratados ainda são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas e psiquiátricas (KESSLER et al., 2010).

2.3.1 HIV e Trauma na infância

Experiências traumáticas na infância como abuso sexual e físico trazem impactos permanentes num espectro temporal de longo alcance a saúde e a comportamentos relacionados à saúde. Demonstram-se altas taxas de distúrbios psicológicos em indivíduos que sofrem abuso físico e sexual na infância, sendo que estas experiências traumáticas na infância estão associadas frequentemente a comportamentos nocivos na vida adulta, como por exemplo, comportamento sexual de alto risco ou mesma má adesão aos tratamentos médicos propostos, isto é somatizado aos baixos níveis de saúde e também a elevação nas taxas de mortalidade. Sendo que estas associações são observadas frequentemente em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PENCKE et al., 2012).

Segundo Pence et al. (2012) ao analisarem os índices de saúde em indivíduos infectados com HIV que tinham histórico de trauma na infância, os autores identificaram uma maior exposição a histórico de trauma infantil que estava associado a questões como o aumento nas chances de sexo desprotegido (18%), 12% maior risco de progressão do HIV e maior probabilidade de não adesão a TARV (13%).

Os tipos de violência sexual trazem impactos permanentes na vida adulta da criança e/ou adolescente envolvida, segundo Romaro e Capitão (2007) os especialistas concordam e reconhecem que a criança vítima de violência sexual tem maior chance de apresentar uma psicopatologia de ordem grave, que pode acometer significativamente a evolução afetiva, sexual e psicológica. Geralmente, as crianças sexualmente abusadas apresentam comportamento sexual inadequado, como comportamento sedutor, masturbação excessiva, introduzir objetos no ânus ou vagina e conhecimento sexual inapropriado por idade (FLORENTINO, 2015).

Em estudo realizado por Fernandes et al., (2017) os entrevistados, jovens homossexuais e bissexuais, relataram fatos de violência nos períodos da infância e

adolescência, que culminaram na fase adulta no isolamento social e na entrega intensa aos relacionamentos afetivo-sexuais. A ocorrência do apaixonamento intenso afetam as condições sociais, cognitivas e comportamentais que ocasionam em vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS.

Para avaliar as experiências traumáticas na infância utilizou-se Childhood Trauma Questionnaire (Questionário sobre Trauma na Infância) (MONTEIRO; ABELHA, 2015), que propõem mensurar o abuso em cinco formas, sendo elas: o abuso físico, sexual e emocional; além das negligências emocionais e físicas (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2006).

2.4 Dor neuropática

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência de ordem emocional ou sensorial com sensações desagradáveis, aliada à lesão de tecidos reais ou potenciais (MERSKEY et al., 1979). As lesões que acontecem no sistema nervoso central ou periférico são denominadas Dores Neuropáticas (DN) (DICKENSON & SUZUKI, 2005).

A dor neuropática tem origem em doença ou lesão que afeta as vias somatossensoriais aferentes (TRUINI & CRUCCU, 2016). Todavia, a fisiopatologia da dor neuropática ainda não está perfeitamente elucidada, acredita-se que a sensibilização de células de projeção central e receptores periféricos (POGATZKI et al., 2002), além do funcionamento anormal das unidades de processamento central da aferência sensitiva possam estar relacionadas com a formação do mecanismo desse tipo de dor (BIRKLEIN & ROWBOTHAM, 2005).

A caracterização dos mecanismos da dor neuropáticas nas PVHIV mostra que esta situação pode estar relacionada com a lesão axonal proveniente da ligação do envelope glicoproteico viral aos receptores de quimiocinas e também da desregulação dos macrófagos, que são responsáveis por liberar as citocinas pró inflamatórias neurotóxicas (VERMA et al., 2005; MELLI et al., 2006).

Pode também haver um ligação entre a utilização da TARV e a dor neuropática fisiologicamente e isso se deve a inibição da síntese de DNA, que interfere na função das mitocôndrias. Devido à toxicidade da TARV, o início dos sintomas da dor neuropática geralmente é de modo súbito e acontece no início da TARV, sendo que os sintomas tendem a piorar nos três primeiros meses (MCARTHUR et al., 2005).

A proteína gp120, uma glicoproteína viral que recobre o envelope, quando em contato com a superfície celular tem o potencial de produzir danos celulares. Promovendo efeitos neurotóxicos de modo direto e indireto e interferindo no sistema nervoso através de fatores pró-inflamatórios, deste modo sugere-se uma participação direta da gp120 na gênese da dor neuropática (KRAMER-HÄMMERLE et al., 2005).

Outro estudo realizado por Nath et al. (2002) citam o envolvimento da micróglia, sendo que os produtos liberados pela micróglia, como as virotoxinas, ativam os astrócitos e liberam as quimiocinas que causam a neurotoxicidade. Sendo que isso promove uma sensibilização central, provocando um estado de hiperexcitabilidade, que aumenta as respostas nociceptivas dolorosas.

Deste modo atualmente, a dor neuropática também é considerada um problema de saúde pública acarretando incapacidade e sofrimento para inúmeros pacientes (BARROS, COLHADO & GIUBLIN, 2016). Sendo mais frequentemente associada a situações clínicas como a diabetes, o câncer, a hanseníase, a neuralgia do trigêmeo e principalmente ao vírus da imunodeficiência humana (POSSO, PALMEIRA & VIEIRA, 2016).

O vírus da imunodeficiência humana apresenta frequentemente manifestações neurológicas nos pacientes infectados, estima-se que 10% dos novos casos apresentem as manifestações logo após a infecção pelo vírus. Todavia, 30 a 50% dos pacientes apresentam sintomas neurológicos em alguma fase da doença (SCHIFITTO et al., 2002; KESWANI et al., 2002)

Atualmente a epidemiologia, não apresenta dados precisos relativos à incidência e ou prevalência da dor neuropática, visto a enorme heterogeneidade dos estudos. Todavia, estima-se que entre 1% e 10% das dores crônicas sejam neuropáticas, outros estudos apresentam dados que aproximadamente 35% de todas as síndromes dolorosas sejam neuropáticas (CAVENAGH, GOOD & RAVENSCROFT, 2006).

Outra revisão sistemática apontou que as taxas de prevalência e incidência da dor crônica com características neuropáticas variam entre 3% e 17%, o estudo se baseou em dados eletrônicos de janeiro de 1966 a dezembro de 2012 (VAN HECKE et al., 2014). Em pesquisa realizada por Ohayon & Stingl (2012) na Alemanha, 6,5% dos entrevistados via telefone relataram apresentar dor com características da dor neuropática.

2.4.1 Sinais, sintomas e diagnóstico

Dentre os sintomas mais comuns relacionados à dor neuropática estão à dor contínua aliada ao choque e a queimação. O aumento da resposta a um evento doloroso, fenômeno denominado de hiperalgia, e sintomas disestésicos e parestésicos, como agulhadas, fisgadas e formigamento, também são frequentes nos pacientes acometidos por DN (TRUINI & CRUCCU, 2016).

Estudos neurofisiológicos sugerem que a queimação possa ser reflexo da atividade involuntária em fibras nociceptivas aferentes, todavia o choque tem origem de estímulos ectópicos com alta frequência, através das fibras A β desmielinizadas. Durante a anamnese é essencial que o paciente relate sua experiência com a dor da forma como ele compreende. Os dados obtidos através da anamnese devem contemplar a intensidade, localização, condições que amenizem ou exaltem a dor. Questionamentos referentes à história médica do paciente, concomitantemente as doenças relacionadas ao passado e ao momento atual, aliadas a terapêutica aplicada também contribuem para o diagnóstico (BARROS, COLHADO & GIUBLIN, 2016).

Ademais, pode ser realizado também o exame físico, sendo comum ocorrer diferenças entre os dados obtidos na anamnese e os achados do exame físico, nesse contexto o uso de protocolos clínicos se faz contínuo nos consultórios para diagnóstico da dor neuropática (BARROS, COLHADO & GIUBLIN, 2016).

De acordo com Truini & Cruccu (2016) a dor neuropática é classificada como provocada, com sensações de fisgadas e choques, relacionadas aos estímulos térmicos como o frio e a atividades simples como a escovação da pele; e como espontânea, com sensações relativas à pressão, queimação e aperto.

2.4.2 HIV e Dor neuropática

A terapia antirretroviral é associada ao desenvolvimento de diversas dores, sendo que a dor neuropática uma delas. A dor neuropática pode ter diversos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, por isso se torna um desafio para o tratamento dos pacientes infectados pelo HIV, além de gerar custos elevados para o sistema de saúde (SOUZA et al., 2016).

Em 1997 no Brasil, os inibidores da protease foram inseridos na TARV, provocando mudanças favoráveis na expectativa de vida das PVHIV. Todavia, o uso

contínuo da medicação tem efeitos adversos no corpo humano, efeitos de ordem metabólica como a diabetes do tipo II (GRUNFELD, 2008) e também neurológicos como a neuropatia periférica (NICHOLAS, CORLESS & EVANS, 2014).

Merlin et al. (2012) em pesquisa constataram que 61,9% das PVHIV têm queixas de dor, sendo que as dores estavam relacionadas a doenças psiquiátricas e também ao exagero na utilização de fármacos. O estágio da doença também pode estar correlacionado com a intensidade da dor, quanto maior o estágio da doença, mais dores os pacientes apresentavam.

Outra pesquisa, realizada na Índia com PVHIV mostraram que 24,5% dos pacientes ambulatoriais e 66,7% dos pacientes internados queixavam-se de dores (MIASKOWSKI et al., 2011). Os locais mais frequentes de dores eram as costas, pernas e cabeça (NAIR et al., 2009). Para avaliação da dor neuropática utilizou-se o Questionário de McGill (MPQ) através dele é possível avaliar as qualidades temporais, afetivas, sensoriais e, também, a miscelânea da dor (MENDES et al., 2016).

2.5 HIV, Depressão, Trauma na infância e Dor neuropática

A dor é uma experiência subjetiva muito prevalente em indivíduos HIV/AIDS. Nota-se que apesar da introdução de TARV, a dor continua a ser um problema comum entre as PVHIV (LAWSON et al., 2016). Alguns autores relatam taxas de prevalência muito semelhantes às observadas antes da introdução da TARV. Miaskowski et al. (2011) relataram não só que a dor era comum, mas também que era frequentemente "grave", além de se associar a um risco significativamente aumentado de comprometimento da função física.

Os tipos de dor experimentados por pessoas com HIV/AIDS e a etiologia de tais dores parecem variar. As PVHIV podem sofrer dor como resultado direto do vírus nos sistemas nervoso periférico ou central; a dor pode ser devido à supressão imune e infecções oportunistas resultantes; ou a dor pode surgir como resultado dos efeitos colaterais da TARV. A dor também pode ser de origem idiopática sem etiologia clara ou devido a outras doenças não associadas ao HIV (PARKER; STEIN; JELSMA 2014).

Alguns fatores de risco para a dor em PVHIV incluíram: sexo feminino, menor status socioeconômico e escolaridade, depressão e altas taxas de uso prévio ou recente de drogas ilícitas. Há também inconsistência na literatura sobre a hipótese de dor ser

ocasionada por um efeito colateral de algumas das terapias antirretrovirais (LAWSON et al., 2016.)

Está claro que etiologias distintas podem se relacionar a presença de dor no HIV, e isto torna a prevalência muito variável, numa amplitude que se encontra entre 35% a 91% dos casos. Esta prevalência independente da terapia antirretroviral, porém se associa negativamente com a contagem de células CD4 e piora do quadro álgico. A dor pouco se relacionou com dependência química, porém se mostrou mais comum em tabagistas, em indivíduos com distúrbios de humor e que sofreram algum tipo de abuso (NEWSHAN; STAATS, 2012).

A alta prevalência de dor na população infectada pelo HIV é preocupante pelo grau de interferência que exerce sobre a qualidade de vida, qualidade do sono, capacidade de trabalho e humor (PARKER; STEIN; JELSMA, 2014).

Segundo metanálise realizada por Wegman & Stetler (2009), na qual compilaram resultados de 24 estudos, totalizando análise de 48.801 indivíduos, o abuso infantil está associado a um risco aumentado de piores índices de saúde física na idade adulta. Os problemas neurológicos e musculoesqueléticos produziram os maiores tamanhos de efeitos, seguidos de problemas respiratórios, doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais e metabólicos.

Os tamanhos de efeitos foram maiores quando a amostra era exclusivamente feminina e quando o abuso foi avaliado através de auto relato. Abuso sexual e abuso emocional são categorias de maus-tratos que podem predizer relatos de dor mais severos na população geral (SANSONE et al., 2013).

3 OBJETIVOS

GERAL

Determinar a correlação entre o trauma na infância e a dor neuropática em pacientes com HIV e depressão.

ESPECÍFICOS

Conhecer o percentual de PVHIV sem depressão e com depressão segundo os graus (leve, moderado e grave);

Identificar o nível de trauma na infância em pacientes deprimidos e não-deprimidos;

Estimar a ocorrência e descrever as características da dor neuropática em pacientes deprimidos e não-deprimidos;

Verificar se a ocorrência de depressão (desfecho) na população estudada está associada ao trauma na infância e a dor neuropática (fatores de exposição).

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. M. Cognitive impairment and major depressive disorder. HIV infection and cerebrospinal fluid biomarkers. **Arq Neuropsiquiatr**, v.71(9-B), p. 689-692, 2013.

BARCELLOS, C., ACOSTA, L.M.W., LISBOA, E.P., BRITO, M. R. V., FLORES, R. Estimate of HIV prevalence in pregnant women by means of spatial analysis in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.40(5), 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/en_cb-5349.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018.

BARROS, G. A. M., COLHADO, O. C. G., GIUBLIN, M. L. Quadro clínico e diagnóstico da dor neuropática. **Rev. Dor**, v.17 (1), 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160040>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BING, E. G. et al. Psychiatric disorders and drug use among HIV-infected adults in United States. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.58(8), p. 721-728, 2001.

BIRKLEIN, F., ROWBOTHAM, M. C. Does pain change the brain? **Neurology**, v.65(5), p. 666-7. 2005. Disponível em: <[doi:10.1212/01.wnl.0000179148.80687.f3](https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000179148.80687.f3)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

BOKU, S., NAKAGAWA, S., TODA, H., HISHIMOTO, A. Neural basis of major depressive disorder: Beyond monoamine hypothesis. **Psychiatry Clin Neurosci**, v.19. Epub ahead of print, 2017.

BOTTONE, P. D.; BARTLETT, A. H. Diagnosing Acute HIV Infection. **Pediatr Ann**, [S.l.], v.46(2), p. e47-e50, fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids**. Brasília: Editora MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008**. Brasília: Editora MS, 2008. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/123737/DLFE-1641.pdf/diaglab_consenso_2008.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Editora MS, 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Editora MS, 2017b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_ManejoInfeccaoHIVadultos_CP.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Editora MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília: Editora MS, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>>. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. **Guia para o Cuidador Domiciliar de Pessoas que Vivem com HIV/Aids**. Brasília: Editora MS, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidador_domiciliar_hiv.pdf> Acesso em: 04 abr. 2020.

BRAUN, D. L. et al. Frequency and Spectrum of Unexpected Clinical Manifestations of Primary HIV-1 Infection. **Clin Infect Dis**, v.61(1013), 2015.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.34(2), p.207-217, mar/abr. 2006.

BUTTÒ, S. et al. Laboratory diagnostics for HIV infection. **Ann Ist Super Sanita**, v.6(1), p. 24-33, 2010.

CATTANEO, A., MACCHI, F., PLAZZOTTA, G., VERONICA, B., BOCCHIO-CHIAVETTO, L., RIVA, M.A., PARIANTE, C.M. Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. **Frontiers in Cellular Neuroscience**, v.9, p.40, 2015.

CAVENAGH, J., GOOD, P., RAVENSCROFT, P. Neuropathic pain: are we out of the woods yet? **Intern Med J**, v.36(4), p. 251-5, 2006.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). **Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations [On-line]**. Centers for Disease Control and Prevention, 27 jun. 2014.

DICKENSON, A., SUZUKI, R. Targets in pain and analgesia. In: HUNT, S. K. **The neurobiology of pain: molecular and cellular neurobiology**. Cambridge: Oxford University Press; 2005. Chapter 6.

DSM-5 - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. American Psychiatric Association. 2014.

EVANS, D. L. et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am. J. Psychiatry*, v.159(10), p. 1752-1759, 2002.

FELDMAN, R. The Neurobiology of Human Attachments. **Trends in Cognitive Science**, v.21(2), p. 80-99, 2017.

FERGUSON, D. M.; MCLEOD, G. F. H.; HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. **Child Abuse & Neglect**, v.37(9), p. 664-674, 2013.

FERNANDES, H. et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta Paul Enferm**, v.30(4), p. 390-6, 2017.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Revista de Psicologia**, v. 27(2), p. 139-144, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805> > Acesso em: 22 nov. 2018.

FULGENCIO, L. A noção de trauma em Freud e Winnicott. **Nat. Hum**, v.6(2), São Paulo, dez. 2004.

GRASSI-OLIVEIRA, R., STEIN, L. M., AND PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v.40(2), p. 249-255, 2006.

GRUNFELD, C. Understanding the complications of antiretroviral drugs. **Clin Infect Dis**. v.47(4), p. 575-6, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1086/590155>>. Acesso em: 20 maio 2018.

GUARNER, J. Human immunodeficiency virus: Diagnostic approach. **Semin Diagn Pathol**, v.34(4), p. 318-324, jul. 2017.

HIRSCHFIELD, R.M. History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. **J. Clin. Psychiatry**, v.61 (Suppl. 6), p. 4-6, 2000.

HUTTON, H. E. et al. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *Am. J. Psychiatry*, v.161, p. 912-914, 2004.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.36, p. 84-92, 2011.

JBS INTERNATIONAL AND GEORGETOWN UNIVERSITY NATIONAL TECHNICAL ASSISTANCE CENTER FOR CHILDREN'S MENTAL HEALTH. **Module 5 Resources: Public Health Approach and Cost-Benefits of Trauma-Informed Care.** Disponível em: <<http://trauma.jbsinternational.com/traumatool/Module5Resources.html>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

JUDD, F. et al. Nature of depression in patients with HIV/AIDS. **Aust N Z J Psychiatry**, v.39(9), p. 826-32, sep. 2005

KESSLER, R.C. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. **Br. J. Psychiatry**, v.197, p. 378-385, 2010.

KESWANI, S. C. et al. **HIV-associated sensory neuropathies.** *AIDS*. v.16(16), p. 2105-17, 2002.

KRAMER-HÄMMERLE S, et al. Cells of the central nervous system as targets and reservoirs of the human immunodeficiency virus. **Virus Res**, 2005;111(2):194-213. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

KUPFER, D.J., FRANK, E., PHILLIPS, M.L. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. **Lancet**, v.17, p. 1045-55, 2012.

LAWSON, E. et al. Is HIV Painful? An Epidemiologic Study of the Prevalence and Risk Factors for Pain in HIV-Infected Patients. **Clin J Pain**, v.6, 2016.

LEAHY, R. L. et al. **Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEE, V., HOAKEN, P.N.S. Cognition, Emotion and Neurobiological Development: Mediating the Relation Between Maltreatment and Agression. **Child Maltreat**, v.12(3), p. 281-298, 2007.

MAES, M. et al. Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways. **BMC Medicine**, v.10, p. 66, 2012.

MALETIC, V. et al. Neurobiology of depression: na integrated view of key findings. **Int J Clin Pract**, v.61 (12), p. 2030-2040, 2007.

MANZARDO, C. et al. Opportunistic infections and immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-1-infected adults in the combined antiretroviral therapy era: a comprehensive review. **Expert Rev Anti Infect Ther**, v.13(6), p.751-67, 2015.

MCARTHUR J.C., BREW, B.J., NATH, A. Neurological complications of HIV infection. **Lancet Neurol**, v.4(9) p. 543-55, 2005. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70165-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70165-4)>. Acesso em: 06 abr. 2020.

- MELLI, G. et al. Spatially distinct and functionally independent mechanisms of axonal degeneration in a model of HIV-associated sensory neuropathy. **Brain**, 129, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/brain/awl058>>. Acesso em: 06 abr. 2020.
- MENDES, P.M. et al. Aplicação da escala McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Enferm UFPE online**, v.10(11), p.4051-7, 2016.
- MENEZES, I.C., JURUENA, M.F.; Diagnóstico de depressões unipolares e bipolares e seus especificadores. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, v.50(Supl.1), p. 64-71, jan-fev, 2017.
- MERLIN, J. S. et al. Pain and physical and psychological symptoms in ambulatory HIV patients in the current treatment era. **J Pain Symptom Manage**, v.43(3), p. 638-45, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- MERSKEY, H. et al. Pain terms: a list with definition and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**, v.6(3), p. 249-252, 1979.
- MIASKOWSKI, C. et al. Occurrence and characteristics of chronic pain in a community-based cohort of indigent adults living with HIV infection. **J Pain**, v.12(9), p. 1004-16, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.04.002>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- MOHD HANAFIAH, K.; GARCIA, M.; ANDERSON, D. Point-of-care testing and the control of infectious diseases. **Biomark Med**, v.7(3), p. 333-47, jun. 2013.
- MONTEIRO, E. M. S; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais e fatores de risco em adolescentes do sexo masculino privados de liberdade. **Adolesc. Saude**, v.12(4), p. 7-18, 2015.
- MORAES, M. J., OLIVEIRA, A. C. P., TOSTES, M. A. AIDS e psiquiatria. In: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**, 2. ed. São Paulo: ARTMED, p. 373-394, 2006.
- NAIR, S.N., MARY, T. R., PRARTHANA, S., HARRISON, P. Prevalence of pain in patients with HIV/AIDS: a crosssectional survey in a South Indian State. **Indian J Palliat Care**, v.15(1), p. 67-70, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.53550>>. Acesso em: 19 set. 2018.
- NATH A. et al. Molecular basis for interactions of HIV and drugs of abuse. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.31, p. 62- 9, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/00126334-200210012-00006>>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- NEWSHAN, G., STAATS, J.A. Evidence-Based Pain Guidelines in HIV Care. **Journal of the Association of Nurses in Aids Care**, v.24(1), p. S112-S126, 2012.
- NICHOLAS, P. K., CORLESS, I. B., EVANS, L. A. Peripheral neuropathy in HIV: an analysis of evidence-based approaches. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v.25(4), p. 318-29,

2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2014.01.002>>. Acesso em 25 jan. 2019.

NOMOTO, S.H. et al. Socioeconomic disadvantage increasing risk for depression among recently diagnosed HIV patients in an urban area in Brazil: cross-sectional study. **AIDS Care**, v.27(8), p. 979-85, 2015.

OHAYON, M. M., STINGL, J. C. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. **J Psychiatr Res**, v.46(4), p. 444-50, 2012.

OLIVEIRA, E., SANTOS, S. M., SOARES, M. M., SILVA, F. Infecção Aguda pelo Vírus da Imunodeficiência Humana 1: uma janela de oportunidade. **Galicia Clin**, v. 77(1), p. 36-38, 2016.

OWEN, S. M. Testing for acute HIV infection: implications for treatment as prevention. **Curr Opin HIV AIDS**, v.7(2), p. 125-30, mar. 2012.

PARKER, R., STEIN D.J., JELSMA, J. Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. **Journal of the International AIDS Society**, v.17, 2014.

PEELING, R. W.; MABEY, D. Point-of-care tests for diagnosing infections in the developing world. **Clin Microbiol Infect**, v.16(8), p. 1062-9, ago. 2010.

PENCE, B.W. et al. Childhood trauma and health outcomes in HIV-infected patients: An exploration of causal pathways **Acquir Immune Defic Syndr**, v.59(4), p. 409-16, 2012.

POGATZKI, E.M., GEBHART, G. F., BRENNAN, T. J. Characterization of A- δ and C-fibers innervating the plantar rat hindpaw one day after an incision. **J Neurophysiol**, v.87, p. 721-31, 2002.

POSTERNAK, M. A. et al. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. **J Nerv Ment Dis**, v.194(5), p. 324-9, 2006.

POSSO, I. P., PALMEIRA, C. C. A., VIEIRA, E. B. M. Epidemiologia da dor neuropática. **Rev. Dor**, v.17, supl.1, 2016.

RAPPARRINI, C.L., VITÓRIA, L.T.R., ÁVILA, M.A. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2010.

ROCHA, L. P. O. **Fatores de risco para a depressão em mulheres no climatério**. Dissertação: Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

ROMARO, R. A; CAPITÃO, C. G. **As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões**. São Paulo: Vetor, 2007.

ROSENBERG, N. E. et al. How can we better identify early HIV infections? **Curr Opin HIV AIDS**, v.10(1), p. 61-8, jan. 2015.

SANSONE, R.A., WATTS, D.A., WIEDERMAN, M.W. Childhood Trauma and Pain and Pain Catastrophizing in Adulthood: A Cross-Sectional Survey Study. **Prim Care Companion CNS Disord**, v.15(4), 2013.

SCHIFITTO, G. et al. Incidence of and risk factors for HIV-associated distal sensory polyneuropathy. **Neurology**, v.58(12), p. 1764-8, 2002.

SCHULTZ, A. et al. Psychometric functioning, socio-demographic variability of childhood maltreatment in the general population and its effects of depression. **Int J Methods Psychiatr**, v.23, p. 387-400, 2014.

SILVA, J.A.G., DOURADO, I., BRITO, A.M., SILVA, C.A.L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31(6), jun. 2015.

SPIES, G. et al. Mental health outcomes in HIV and childhood maltreatment: a systematic review. **Systematic Reviews**, v.28, p. 1-30, 2012.

SPIES, G. et al. Changes in cognitive function in women with HIV infection and early life stress. **AIDS Care**, v.29(1), p. 14-23, 2017.

SOUZA, A. et al. Dor neuropática em pacientes com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral. **Clin Biomed Res**, v.36(3), 2016.

TREEDE, R.D. et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. **Neurology**, v.70(18), 1630-5, 2008.

TRUINI, A., CRUCCU, G. How diagnostic tests help to disentangle the mechanisms underlying neuropathic pain symptoms in painful neuropathies. **Pain**, v.157(2 Suppl1):S, p. 53-8, 2016.

VAN HECKE, O., AUSTIN, S. K., KHAN, R.A., SMITH, B.H., TORRANCE, N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. **Pain**, v.155(4), p. 654-62, 2014.

VERMA, S., ESTANISLAO, L., SIMPSON, D. HIV-associated neuropathic pain: epidemiology, pathophysiology and management. **CNS Drugs**, v.19(4), p. 325-34, 2005. PMID:15813646. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200519040-00005>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

WALKER, A.K., KAVELAARS, A., HEIJNEN, C.J., DANTZER, R. Neuroinflammation and Comorbidity of Pain and Depression. **Pharmacol Rev**, v.66(1), p. 80-101, 2014.

WEGMAN, H.L., STETLER, C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. **Psychosom. Med**, v.71(8), p. 805-812, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2017

ZAYYAD, Z., SPUDICH, S. Neuropathogenesis of HIV: From Initial Neuroinvasion to HIV-Associated Neurocognitive Disorder (HAND). **Curr HIV/AIDS Rep**, v.12(1), p. 16-24, 2015.

ZIVANOVIC, O., NEDIC, A. Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: one hundred years later. **J Affect Disord**, v.137, p. 15-24, 2012.

5 APÊNDICES

5.1 Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: PATRICIAH DAL MORO

Rod. Dourados-Itahum, s/n - Cidade Universitária, Dourados - MS, 79804-970

E-MAIL: patriciahdalmoro@gmail.com TELEFONE: (67) 3410-2327

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada — Trauma na infância e dor neuropática em pessoas vivendo com HIV e depressão. Estão sendo selecionados todos os indivíduos que estão em tratamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o serviço de saúde. O objetivo deste estudo é determinar a correlação entre o trauma na infância, a dor neuropática e a depressão em pacientes com HIV. A sua participação na pesquisa consistirá em uma entrevista estruturada com duração aproximada de 20 minutos. Os benefícios relacionados com a sua participação são para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico. Essa participação também não consta qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza — aos voluntários que participarem desta pesquisa. Os riscos relacionados à sua participação na pesquisa são considerados mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que os questionários são sigilosos, e não são identificados, estando à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e artigos científicos da área. Se desejar você receberá uma cópia deste Termo, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo — Trauma na infância e dor neuropática em pessoas vivendo com HIV e depressão, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Dourados, _____ de _____ de 2017.

Nome Assinatura participante

Data

Patriciah Dal Moro

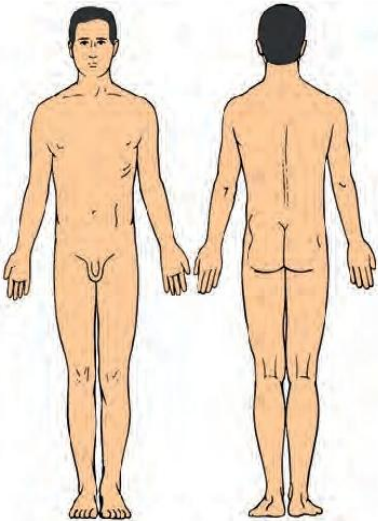
Data

5.2 Questionário Sobre Traumas na Infância

Tabela 2 - Tradução para o português do Childhood Trauma Questionnaire: Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI).

Enquanto eu crescia.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

5.3 Questionário para Dor de McGill- Melzack

Questionário para Dor de McGill-Melzack		Parte 2. Como é a sua dor?																																																																																																											
Nome do Paciente _____ Idade _____ Registro N° _____ Data _____ Especialidade Clínica (p. ex., cardíaco, neurológico) Diagnóstico _____ _____ Analgésico (caso esteja usando): 1. Nome _____ 2. Dosagem _____ 3. Há quanto tempo foi administrado em relação a esse teste _____ Nível intelectual do paciente: circule o número que melhor represente a estimativa. 1 (baixo) 2 3 4 5 (alto) Esse questionário foi formulado para nos informar mais sobre a sua dor. As quatro questões principais que faremos são: 1. Onde está sua dor? 2. Como ela é? 3. Ela mudou com o passar do tempo? 4. Qual é a sua intensidade? É importante que você nos informe como a sua dor está no momento. Por favor, siga as instruções no início de cada parte.		Algumas das palavras abaixo descrevem a sua dor atual. Circule SOMENTE aquelas palavras que melhor a descrevem. Ignore qualquer categoria na qual não seja aplicável. Utilize somente uma única palavra em cada uma das categorias — a que se aplica melhor. <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>11</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Vibração</td> <td>Fisgada</td> <td>Cansativa</td> <td>Chata</td> </tr> <tr> <td>Tremor</td> <td>Puxão</td> <td>Exaustiva</td> <td>Que incomoda</td> </tr> <tr> <td>Pulsante</td> <td>Em torção</td> <td>12</td> <td>Desgastante</td> </tr> <tr> <td>Latejante</td> <td>7</td> <td>Enjoada</td> <td>Intensa</td> </tr> <tr> <td>Como batida</td> <td>Calor</td> <td>Sufocante</td> <td>Insuportável</td> </tr> <tr> <td>Como pancada</td> <td>Queimação</td> <td>13</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Fervente</td> <td>Amedrontadora</td> <td>Espalha</td> </tr> <tr> <td>Pontada</td> <td>Em brasa</td> <td>Apavorante</td> <td>Irradia</td> </tr> <tr> <td>Choque</td> <td>8</td> <td>Aterrorizante</td> <td>Penetra</td> </tr> <tr> <td>Tiro</td> <td>Formigamento</td> <td>14</td> <td>Atravessa</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Coceira</td> <td>Castigante</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Agulhada</td> <td>Ardor</td> <td>Atormenta</td> <td>Aperta</td> </tr> <tr> <td>Perfurante</td> <td>Ferroada</td> <td>Cruel</td> <td>Adormece</td> </tr> <tr> <td>Facada</td> <td>9</td> <td>Maldita</td> <td>Repuxa</td> </tr> <tr> <td>Punhalada</td> <td>Mal localizada</td> <td>Mortal</td> <td>Espreme</td> </tr> <tr> <td>Em lança</td> <td>Dolorida</td> <td>15</td> <td>Rasga</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Machucada</td> <td>Miserável</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Fina</td> <td>Doída</td> <td>Enlouquecedora</td> <td>Fria</td> </tr> <tr> <td>Cortante</td> <td>Pesada</td> <td>10</td> <td>Gelada</td> </tr> <tr> <td>Estraçalhada</td> <td>5</td> <td>Sensível</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Beliscão</td> <td>Esticada</td> <td>Aborrecida</td> </tr> <tr> <td>Aperto</td> <td>Esfolante</td> <td>Rachando</td> <td>Dá náusea</td> </tr> <tr> <td>Mordida</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>Agonizante</td> </tr> <tr> <td>Cólica</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>Pavorosa</td> </tr> <tr> <td>Esmagamento</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>Torturante</td> </tr> </table>				1	6	11	16	Vibração	Fisgada	Cansativa	Chata	Tremor	Puxão	Exaustiva	Que incomoda	Pulsante	Em torção	12	Desgastante	Latejante	7	Enjoada	Intensa	Como batida	Calor	Sufocante	Insuportável	Como pancada	Queimação	13	17	2	Fervente	Amedrontadora	Espalha	Pontada	Em brasa	Apavorante	Irradia	Choque	8	Aterrorizante	Penetra	Tiro	Formigamento	14	Atravessa	3	Coceira	Castigante	18	Agulhada	Ardor	Atormenta	Aperta	Perfurante	Ferroada	Cruel	Adormece	Facada	9	Maldita	Repuxa	Punhalada	Mal localizada	Mortal	Espreme	Em lança	Dolorida	15	Rasga	4	Machucada	Miserável	19	Fina	Doída	Enlouquecedora	Fria	Cortante	Pesada	10	Gelada	Estraçalhada	5	Sensível	20	5	Beliscão	Esticada	Aborrecida	Aperto	Esfolante	Rachando	Dá náusea	Mordida	6	7	Agonizante	Cólica	8	9	Pavorosa	Esmagamento	10	11	Torturante
1	6	11	16																																																																																																										
Vibração	Fisgada	Cansativa	Chata																																																																																																										
Tremor	Puxão	Exaustiva	Que incomoda																																																																																																										
Pulsante	Em torção	12	Desgastante																																																																																																										
Latejante	7	Enjoada	Intensa																																																																																																										
Como batida	Calor	Sufocante	Insuportável																																																																																																										
Como pancada	Queimação	13	17																																																																																																										
2	Fervente	Amedrontadora	Espalha																																																																																																										
Pontada	Em brasa	Apavorante	Irradia																																																																																																										
Choque	8	Aterrorizante	Penetra																																																																																																										
Tiro	Formigamento	14	Atravessa																																																																																																										
3	Coceira	Castigante	18																																																																																																										
Agulhada	Ardor	Atormenta	Aperta																																																																																																										
Perfurante	Ferroada	Cruel	Adormece																																																																																																										
Facada	9	Maldita	Repuxa																																																																																																										
Punhalada	Mal localizada	Mortal	Espreme																																																																																																										
Em lança	Dolorida	15	Rasga																																																																																																										
4	Machucada	Miserável	19																																																																																																										
Fina	Doída	Enlouquecedora	Fria																																																																																																										
Cortante	Pesada	10	Gelada																																																																																																										
Estraçalhada	5	Sensível	20																																																																																																										
5	Beliscão	Esticada	Aborrecida																																																																																																										
Aperto	Esfolante	Rachando	Dá náusea																																																																																																										
Mordida	6	7	Agonizante																																																																																																										
Cólica	8	9	Pavorosa																																																																																																										
Esmagamento	10	11	Torturante																																																																																																										
Parte 1. Onde é a sua dor? Por favor, marque na figura abaixo a área onde você sente a dor. Coloque E, caso seja uma dor externa ou I, caso seja uma dor interna. Coloque E I caso a dor seja tanto externa quanto interna.		Parte 3. A dor com o passar do tempo? 1. Qual(is) palavra(s) você utilizaria para descrever o <i>padrão</i> da sua dor? <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Contínua</td> <td>Ritmica</td> <td>Breve</td> </tr> <tr> <td>Estável</td> <td>Periódica</td> <td>Momentânea</td> </tr> <tr> <td>Constante</td> <td>Intermitente</td> <td>Transitória</td> </tr> </table> 2. Que tipo de coisas promove o <i>alívio</i> da sua dor? 3. Que tipo de coisas <i>umenta</i> a sua dor?				1	2	3	Contínua	Ritmica	Breve	Estável	Periódica	Momentânea	Constante	Intermitente	Transitória																																																																																												
1	2	3																																																																																																											
Contínua	Ritmica	Breve																																																																																																											
Estável	Periódica	Momentânea																																																																																																											
Constante	Intermitente	Transitória																																																																																																											
		Parte 4. Qual é a intensidade da sua dor? Sugerimos que as cinco palavras seguintes representam a intensidade crescente da sua dor. Elas são: <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>Desconfortável</td> <td>Agonizante</td> <td>Horrível</td> <td>Lacerante</td> </tr> </table> Para responder cada questão abaixo, escreva o número da palavra mais apropriada no espaço ao lado da pergunta. 1. Qual palavra descreve sua dor no momento? _____ 2. Qual palavra descreve sua dor mais intensa? _____ 3. Qual palavra descreve o seu último episódio de dor? _____ 4. Qual palavra descreve a pior dor de dente que você já teve? _____ 5. Qual palavra descreve a pior dor de cabeça que você já teve? _____ 6. Qual palavra descreve a pior dor de estômago que você já teve? _____				1	2	3	4	5	Leve	Desconfortável	Agonizante	Horrível	Lacerante																																																																																														
1	2	3	4	5																																																																																																									
Leve	Desconfortável	Agonizante	Horrível	Lacerante																																																																																																									

5.4 Inventário de Depressão de Beck

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

5.5 Artigo 1: Revista Revista AIDS Care

<http://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=caic20>

Childhood depression and trauma in people living with HIV: a cross-sectional cohort study

Patriciah Dal Moro^a, Welber Sanches Ferreira^b, Rosana Alves Vieira Carneiro^c, Edward Benjamin Ziff^d, Elenir Rose Jardim Cury Pontes^e, Elisabete Castelon Konkiewitz^a

^a*Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Brazil;*

^b*Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Brazil;* ^c*Serviço de Atendimento Especializado; SAE/Dourados, Brasil;* ^d*Universidade de Nova Iorque;*

^e*Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.*

*Corresponding author; patriciahdalmoro@gmail.com

Abstract

Depression and chronic pain, especially neuropathic pain, are frequent comorbidities among people living with HIV (PLHIV). PLHIV have a higher proportion than the general population with a history of childhood trauma and this fact may contribute to the high rates of neuropsychiatric comorbidity in this group, since traumatic childhood experiences are important factors associated with depression and chronic pain in adulthood. . Therefore, this cross-sectional cohort study aims, through the presentation of data from the Specialized Attendance Service (SAE) in Dourados – Mato Grosso do Sul (Brazil), to determine in the PLHIV the correlation between a history of childhood trauma, and the presence of neuropathic pain and depression. Patients were selected from data from a previous cross-sectional study between the years 2010 and 2012, in which they had been newly diagnosed with HIV infection and underwent evaluation

using the Beck Depression Inventory (BDI). In the current study, these same patients were assessed for the presence of a history of childhood trauma using the Childhood Trauma Questionnaire and neuropathic pain represented by the McGill Questionnaire. The results showed that 50% of the assessed PLHIV have moderate to severe childhood trauma. Moderate to severe depression was also present in 50% of the sample and was associated with the viral load value. Neuropathic pain occurred in 41.4% of patients. Although statistically there was no association between childhood trauma and depression, higher values were observed in the sexual abuse domain in people with severe depression. In summary, this study highlights the high prevalence of early adverse experiences and psychiatric comorbidity in PLHIV.

Keywords: Trauma in childhood. HIV Neuropathic pain. Depression

Introduction

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) is a lentivirus that leads to Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), a disease characterized by the failure of the immune system, leading to opportunistic infections and neoplasms. HIV infection, if left untreated, most commonly progresses to AIDS and can be fatal in 6-18 months (Brazil, 2017).

In the first weeks of HIV infection, there is the so-called acute infection, which lasts from 2 to 6 weeks (Braun et al., 2015). The most manifested symptoms are myalgia, headache, adenopathy, fever, pharyngitis and depression (Oliveira et al., 2016). Depression is the most common psychiatric diagnosis in PLHIV (Jardim, 2011). The Beck Depression Inventory (BDI) was used to assess depression, a self-report questionnaire that proposes to measure the intensity of depressive episodes (Leahy et al., 2010).

Child abuse can also be related to people living with HIV. Furthermore, mental disorders indicate prevalent situations in HIV-infected individuals, who would also have been victims of child abuse (Fergusson et al., 2013). The Childhood Trauma Questionnaire (Monteiro; Abelha, 2015) was used to assess traumatic experiences in childhood (Monteiro; Abelha, 2015), which propose to measure abuse in five ways, namely: physical, sexual and emotional abuse; in addition to emotional and physical negligence (Grassi-Oliveira et al., 2006).

Another very common situation in people living with HIV / AIDS is pain. HIV infection is associated with the development of different types of pain, with neuropathic pain being one of them (Souza et al., 2016). Neuropathic pain originates from direct injury to the nerve or somatosensory system, encompassing anatomical, molecular and physiological changes (Treede et al., 2008). For the assessment of neuropathic pain, the McGill Questionnaire (MPQ) was used, through which it is possible to assess the temporal, affective, sensory qualities and, also, the miscellany of pain (Mendes et al., 2016).

Due to the possible association between PLHIV, depression, childhood trauma and neuropathic pain, this study aimed to determine the correlation between childhood trauma and neuropathic pain in patients with HIV and depression.

Methods

Design and study population

This cross-sectional cohort study evaluated 70 patients from the HIV outpatient referral service, SAE / Dourados - MS / Brazil, who were diagnosed with HIV infection and were undergoing medical treatment for treatment at the time of assessment. The evaluations took place between November 2017 and November 2018. The inclusion criteria were: Willingness and ability to provide written informed consent, diagnosis of HIV infection (ELISA + Western Blot); and age between 18 and 70 years. The exclusion criteria were: being under 18 years old, member of an indigenous population (since they are under special ethical laws and due to linguistic difficulties); diagnosis of dementia, schizophrenia, bipolar disorder, alcohol and psychotropic drug abuse and dependence, positive serology for hepatitis B or C, opportunistic disease of the central nervous system during the last 6 months or inability to answer questionnaires or provide free and informed consent by written.

Variables

The following variables were studied: a) dependent - depression (scores) and b) independent - sex, age, age group, education level (scores), T Aux lymphocytes. (CD4 / mm³), viral load (log), childhood trauma (scores) and neuropathic pain (scores). The Beck Depression Inventory was used to assess depression, which was applied in a previous cross-sectional study between the years 2010 to 2012. The degrees of

depression corresponded to the following ranges of scores: from 0 to 13 (without depression); from 14 to 19 (mild depression); 20 to 29 (moderate depression) and greater than or equal to 30 (severe depression). Childhood trauma was assessed using the Childhood Trauma questionnaire, which consists of 28 questions with a Likert score. The degrees of trauma in childhood were defined by the following ranges of scores: no trauma (28 to 35); mild trauma (36 to 70); moderate trauma (71 to 105) and severe trauma (106 to 140). Quesi domains were also evaluated by adding the scores of specific questions, as follows: physical neglect (questions 1, 4, 6 and 26); emotional neglect (2, 5, 7, 10, 13, 16, 19, 22 and 28).

Statistical analysis

The evaluated variables were inserted into a database in Excel, version 1904 and analyzed, using the statistical processing software Bioestat version 5.3. Initially, a characterization of the sample was carried out, consisting of absolute and relative frequency, with the respective 95% confidence interval. Subsequently, a multiple linear regression was performed, in which the dependent variable was the degree of depression (scores) and the independent variables, the following: male (code 1) and female (code 0), age (in years), level of schooling (scores), T lymphocytes. (CD4 / mm³), viral load (log), childhood trauma (scores) and neuropathic pain (scores).

Results

Of the 150 patients evaluated in a previous cross-sectional study in relation to depression, only 70 patients were reevaluated in relation to childhood trauma and neuropathic pain in this study. Of the 80 patients missing for the reassessment, it is worth mentioning that some died, others changed city and / or state and with the others it was no longer possible to contact due to the outdated phone number.

In this way, 70 HIV patients were evaluated for childhood trauma, neuropathic pain and depression. The characterization of these patients is described in Table 1.

Table 1 - Number and percentage of patients according to study variables (n = 70)

Variables	N°.	%	IC (95%)
Sex			
Male	43	61,4	49,0 a 72,8
Female	27	38,6	27,2 a 51,0
Age range			
From 19 to 30 years old	14	20,0	11,4 a 31,3
From 31 to 40	16	22,9	13,7 a 34,5
From 41 to 50	15	21,4	12,5 a 32,9
From 51 to 60	14	20,0	11,4 a 31,3
Over 60	11	15,7	8,1 a 26,4
Education level			
1	1	1,4	0,0 a 7,7
2	13	18,6	10,3 a 29,7
3	42	60,0	47,6 a 71,5
4	12	17,1	9,2 a 28,0
5	2	2,9	0,4 a 9,9
Auxiliary T lymphocytes(CD4/mm3)			
Less than 508	52	74,3	62,4 a 84,0
From 508 to 1311	18	25,7	16,0 a 37,6
CD4 (%)			
Not detectable	64	91,4	82,3 a 96,8
Below 35%	6	8,6	3,2 a 17,7
Viral Load (log)			
Not detectable	6	8,6	3,2 a 17,7
<2,6	4	5,7	1,6 a 14,0
2,6 a 5,9	55	78,6	67,1 a 87,5
>5,9	5	7,1	2,4 a 15,9
Childhood trauma			
No trauma	5	7,1	2,4 a 15,9
Light	30	42,9	31,1 a 55,3
Moderate	31	44,3	32,4 a 56,7
Serious	4	5,7	1,6 a 14,0
Neuropathic pain			
Absent	41	58,6	46,2 a 70,2
Gift	29	41,4	29,8 a 53,8
Degree of depression			
None	21	30,0	19,6 a 42,1
Light	14	20,0	11,4 a 31,3
Moderate	16	22,9	13,7 a 34,5
Serious	19	27,1	17,2 a 39,1

Of the total number of patients (n = 70), 61.4% were male. The age ranged from 19 years old and people over 60 years old, with uniform distribution between the age groups. The majority (60%) had an education level of 3, 74.3% values of Auxiliary T Lymphocytes below 508 (CD4 / mm3), 91.4% of CD4 (%) undetectable and 78.6% of viral load (log) in the range of 2.6 to 5.9 (Table 1).

Of the total number of patients (n = 70), 7.1% had no trauma in childhood; 42.9% mild; 44.3% moderate and 5.7% severe, which corresponds to 50% of patients

evaluated with trauma in childhood from moderate to severe. Regarding neuropathic pain, it was present in 41.4% of the patients evaluated. Regarding the degree of depression, the following results were obtained: 30% none, 20.0% mild, 22.9% moderate and 27.1% severe (Table 1).

Table 2 shows the descriptive statistics of the study variables according to the degree of depression.

Table 2 - Descriptive statistics of the study variables according to the degree of depression (n = 70)

Degree of depression	No (n=21)	Light (n=13)	Moderate (n=17)	Serious (n=19)
	N°. (%)			
Sex				
Male (n=43)	10 (23,2)	9 (21,0)	10(23,2)	14 (32,6)
Female (n=27)	11 (40,8)	5 (18,5)	6 (22,2)	5 (18,5)
Age range				
From 19 to 30 years old (n=14)	1 (7,1)	4 (28,6)	2 (14,3)	7 (50,0)
From 31 to 40 years old (n=16)	5 (31,2)	3 (18,8)	4 (25,0)	4 (25,0)
From 41 to 50 years old (n=15)	5 (33,4)	2 (13,3)	6 (40,0)	2 (13,3)
From 51 to 60 years old (n=14)	4 (28,6)	4 (28,6)	3 (21,4)	3 (21,4)
Over 60 years (n=11)	6 (54,5)	1 (9,1)	1 (9,1)	3 (27,3)
	Mean (standard deviation)			
Education level (scores)	2,9 (0,7)	3,2 (0,9)	3,1 (0,9)	3,0 (0,6)
T lymphocytes Aux. (CD4 / mm3)	416 (328)	278 (191)	402 (295)	393 (373)
Viral Load (log)	4,0 (1,9)	4,7 (1,0)	4,0 (1,3)	3,4 (1,5)
Childhood trauma (scores)	79,3 (12,2)	70,1 (26,8)	69,1 (26,1)	79,4 (14,1)
Physical negligence (scores)	9,0 (4,6)	10,1 (4,3)	9,5 (4,0)	8,7 (3,0)
Emotional neglect (scores)	22,5 (8,4)	24,0 (10,5)	24,1 (9,1)	21,2 (8,6)
Physical abuse (scores)	12,2 (5,1)	11,6 (5,1)	11,8 (5,7)	10,7 (4,1)
Emotional abuse (scores)	13,3 (5,5)	12,6 (6,3)	13,2 (6,6)	13,4 (5,5)
Sexual abuse (scores)	11,8 (7,3)	11,8 (7,3)	10,5 (7,3)	12,6 (7,7)
Neuropathic pain (scores)	12,7 (19,1)	19,8 (18,2)	13,4 (18,9)	14,9 (18,5)

The age group from 19 to 30 years old presents a higher percentage of severe depression, in contrast, the age group above 60 years old presents a higher percentage of patients without depression (Table 2). Such data do not corroborate the findings of John et al. (2016) the authors carried out geriatric investigations in PLHIV and found that 54.7% of the elderly evaluated had depressive symptoms, 12.1% of whom were in a severe stage. In another comparative study between elderly and younger people living with HIV / AIDS. The level of depression in the elderly was higher and the quality of life was lower, a result that can be explained by physiological changes and also by prejudice by society (Monteiro, Canavarro and Pereira, 2016).

However, the data obtained in this study are favorable to that of Bromet et al. (2011) when they concluded that individuals between 18 and 34 years old when compared to individuals over 65 years old present a magnitude of risk 4.3 times in the United States of America, 3.5 times in France and 2.5 in the Netherlands to experience depression. Thus, in Table 3, it can be seen that there was an association between the degree of depression (scores) and age (in years) in multiple linear regression.

There was no association between the degrees of depression and the following variables: sex; education level; Aux T lymphocytes. (CD4 / mm³); childhood trauma and domains (physical and emotional neglect, physical, emotional and sexual abuse) and neuropathic pain. There was an association between the viral load value and the degree of depression (Table 3).

Table 3 - Association between the degree of depression and study variables (n = 70)

Degree of depression (scores)	* <i>p</i>
Regression 1 - with total childhood trauma score	
Sex **	0,267
Age (in years)	0,045
Education level (scores)	0,885
T lymphocytes Aux. (CD4/mm ³)	0,051
Viral charge (log)	0,014
Childhood trauma (scores)	0,459
Neuropathic pain (scores)	0,695
Regression 2 - with score of domains related to childhood trauma	
Sex **	0,512
Age (in years)	0,034
Education level (scores)	0,775
T lymphocytes Aux. (CD4/mm ³)	0,067
Viral charge (log)	0,023
Physical negligence (scores)	0,849
Emotional neglect (scores)	0,302
Physical abuse (scores)	0,481
Emotional abuse (scores)	0,347
Sexual abuse (scores)	0,814
Neuropathic pain (scores)	0,626

* Multiple Linear Regression. ** male (code 1) and female (code 0).

Figure 1 shows that there were no major differences between the average Quesi scores according to domains and degrees of depression.

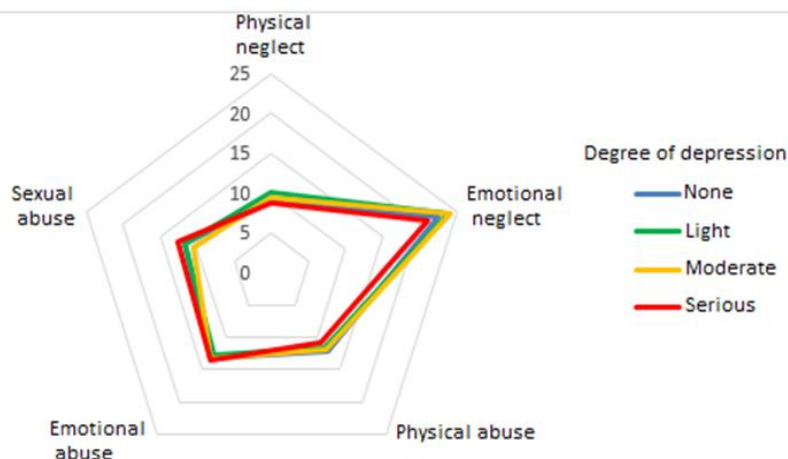


Figure 1 - Mean Childhood Trauma (Quesi) scores according to domains and degrees of depression.

However, when comparing the median Quesi scores (Figure 2), there are higher values in the sexual abuse domain in severe depression. Despite the lack of association between Quesi domains and degrees of depression in Multiple Linear Regression, these findings indicate a trend.

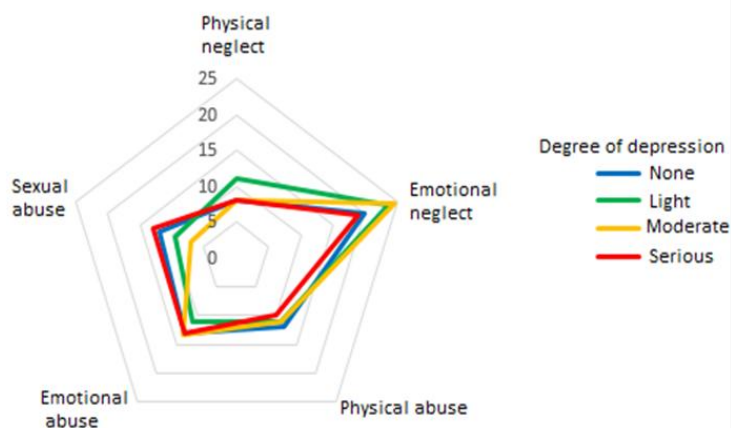


Figure 2 - Median Childhood Trauma (Quesi) scores according to domains and degrees of depression.

Discussion

The effects of childhood adversity on people living with HIV are still unclear and understood. Investigations on this subject in Brazil include studies on the prevalence of trauma in high-risk children and adolescents with psychiatric disorders.

Scomparini et al. (2013) evaluated 351 patients, 68.7% were male and 82.1% lived in shelters, they underwent psychiatric evaluations and the assessment of childhood trauma. The results obtained showed that all patients suffered neglect and 58.4% suffered physical or sexual abuse. The presence of a history of multiple traumas was associated only with the diagnosis of substance use disorder. Mental retardation showed a strong positive association with reported physical abuse and emotional neglect.

The same is true for transgender women, according to Fontanari et al. (2018) who found that a history of childhood trauma has often been associated with harmful psychiatric outcomes. The study aimed to further characterize the relationship between childhood trauma and the development of mental illness in adulthood. The results showed that there is a greater risk of psychiatric problems among participants who had trauma in childhood, including depression.

Our study reports a very high rate of mistreatment in PLHIV (92.9%), of which 50% are moderate to severe, a situation also verified by Batistetti and collaborators (2018) through the evaluation of 80 HIV patients from SAE / Dourados, among the items evaluated were childhood trauma, a prevalence of 72.6% was found. This result suggests a high prevalence of childhood trauma in PLHIV.

Our investigation found significant differences for sex between PLHIV, 61.4% of the PLHIV evaluated were male, and of these 55.8% had moderate to severe depression, In women the situation differs, as 59.3% presented no degree of depression or mild depression. Such results are contrary to the research carried out by Reis and collaborators (2011), as they concluded that women had symptoms of more severe depression than men.

However, in another study by Filho et al. (2013) sex was one of the determining qualitative variables in the survey of depression in elderly people with HIV / AIDS, the authors found that women had a higher degree of depression. Such information agrees with the research carried out by Cunha, Bastos and Duca (2012) that treats the female gender as the most vulnerable gender to stressful events, possibly also due to hormonal events.

Traumatic childhood experiences such as sexual and physical abuse have permanent impacts on a long-term spectrum of health and health-related behaviors. High rates of psychological disorders are shown in individuals who suffer physical and sexual abuse in childhood, and these traumatic experiences in childhood are often

associated with harmful behaviors in adulthood, for example, high-risk sexual behavior or even poor adherence to proposed medical treatments, this is added to the low levels of health and also the increase in mortality rates. These associations are frequently observed in people living with HIV / AIDS (Pence et al., 2012).

According to Pence et al. (2012) when analyzing health rates in HIV-infected individuals who had a history of childhood trauma, the authors identified a greater exposure to a history of childhood trauma that was associated with issues such as an increase in the chances of unprotected sex (18%) , 12% higher risk of HIV progression and higher probability of non-adherence to ART (13%).

The types of sexual violence have permanent impacts on the adult life of the child and / or adolescent involved, according to Romaro and Capitão (2007), the experts agree and recognize that the child victim of sexual violence is more likely to present a serious psychopathology, which it can significantly affect affective, sexual and psychological evolution. Generally, sexually abused children exhibit inappropriate sexual behavior, such as seductive behavior, excessive masturbation, introducing objects into the anus or vagina and inappropriate sexual knowledge by age (Florentino, 2015).

In a study carried out by Fernandes et al., (2017) the interviewees, young homosexuals and bisexuals, reported facts of violence in the periods of childhood and adolescence, which culminated in adulthood in social isolation and intense commitment to affective-sexual relationships. The occurrence of intense falling in love affects the social, cognitive and behavioral conditions that cause vulnerability in relation to HIV / AIDS.

According to Fergusson et al., (2013) in a longitudinal study carried out in New Zealand for 30 years that followed 1,265 people born in 1977. The researchers examined the group at four months of age, with one year of age, annually until at 16, and then at 21, 25 and 30.

In the interview with the patients aged 21, it was found that 141 participants suffered sexual abuse before the age of 16. These participants had risky sexual behavior more frequently compared to those who were not abused. Sexual risk behaviors include: number of partners, unplanned pregnancy and initiation of sexual activities (Fergusson et al., 2013).

Thus, the association between childhood adversity and depression is robust in PLHIV (Spies et al., 2012, Spies, Seedat, 2014, LeGrand et al., 2015, Spies,

Konkiewitz, Seedat, 2018). We confirmed the trend in our study of the association pattern and observed higher values in the sexual abuse domain in severe depression.

According to Paolucci et al. (2001) individuals who suffered sexual abuse in childhood have a 21% increased risk of developing depression. However, we do not exclude the impact that personality has on the individual's ability to react with resilience and after adversity.

Conclusions

Finally, the present study demonstrates that there were no significant differences in relation to the association of trauma in childhood and the degrees of depression, but there were higher values of sexual abuse in severe depression. Despite the lack of association between the Quesi domains and the degrees of depression in Multiple Linear Regression, these findings signal a trend, which is why more research is needed in this regard.

References

- Batistetti, C.L., Barros, B.P., Carneiro, R.A.V., Custódio, P.M., Croda, J.H.R., Ziff, E.B., Konkiewitz, E.C. Depression and Social Disadvantage in Adulthood Related to a History of Childhood Trauma in People Living with HIV: A Cross-Sectional Study. Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2018. Dissertação de pós-graduação em Ciências da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (2017) *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Editora MS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>> Acesso em: nov. 2017.
- Braun, D.L. et al. (2015). Frequency and Spectrum of Unexpected Clinical Manifestations of Primary HIV-1 Infection. *Clin Infect Dis*, 61(1013).
- Bromet E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., de Girolamo G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90.
- Cunha, R.V., Bastos, G.A.N., Duca, G.F.D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 15(2).
- Fergusson, D.M., McLeod, G.F.H., Horwood, L.J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37 (9), 664-674.
- Fernandes, H., Oliveira, E.M., Ventura, R.N., Horta, A.L.M., Daspett, C. (2017). Violence and vulnerability to HIV/Aids in young homosexuals and bisexuals. *Acta Paul Enferm*, 30(4), 390-6.

- Filho, A.C. et al. (2013). Factors associated with a diagnosis of major depression among HIV-infected elderly patients. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Minas Gerais, 46(3), 352-54.
- Florentino, B.R.B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/805> > Acesso em: 22 nov. 2018.
- Fontanari, A.M.V., Rovaris, D.L., Costa, A.B., Pasley, A., Cupertino, R.B., Soll, B.M.B., Schwarz, K., da Silva, D.C., Borba, A.O., Mueller, A., Bau, C.H.D, Lobato, M.I.R. (2018). Childhood Maltreatment Linked with a Deterioration of Psychosocial Outcomes in Adult Life for Southern Brazilian Transgender Women. *J Immigr Minor Health*, Feb; 20(1), 33-43.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., and Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255.
- Jardim, S. (2011). Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 36, 84-92.
- John, M. D. et al. (2016). Geriatric Assessments and Association With VACS Index Among HIV-Infected Older Adults in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72(5), 534-541.
- Leahy, R.L. et al. (2010). *Terapia cognitiva contemporânea: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- LeGrand, S., Reif, S., Sullivan, K., Murray, K., Barlow, M.L., Whetten, K. (2015). A Review of Recent Literature on Trauma Among Individuals Living with HIV. *Curr HIV/AIDS Rep*, Dec; 12(4), 397-405.
- Mendes, P.M. et al. (2013). Aplicação da escala McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev Enferm UFPE online*, 10(11), 4051-7.
- Monteiro, F., Canavarro, M.C., Pereira, M. (2016). Factors associated with quality of life in middle-aged and older patients living with HIV. *AIDS Care*, 28(S1), 92-98.
- Oliveira, E., Santos, S. M., Soares, M. M., Silva, F. (2016). Infecção Aguda pelo Vírus da Imunodeficiência Humana 1: uma janela de oportunidade. *Galicla Clin*, 77(1), 36-38.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001). A metaanalysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Pence, B.W. et al. (2012). Childhood trauma and health outcomes in HIV-infected patients: An exploration of causal pathways. *Acquir Immune Defic Syndr*, 59(4), 409-16.
- Reis, R.K., Hass, V.J., Santos, C. B., Teles, S. A., Galvão, M.T.G, Gir, E. (2011). Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(4).
- Romaro, R.A., Capitão, C.G. (2007). *As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões*. São Paulo: Vetor.
- Scomparini, L.B., Santos, B.d., Rosenheck, R.A., Scivoletto, S. (2013). Association of child maltreatment and psychiatric diagnosis in Brazilian children and adolescents. *Clinics (Sao Paulo)*, 68(8), 1096-102.
- Souza, A., Silva, R. B., Dussán-Sarria, J. A. and Lazzarotto, A. R. (2016). Dor Neuropática em pacientes com HIV/AIDS em uso de Terapia Antirretroviral. *Clin Biomed Res.*, 36(3), 156-164.
- Spies, G., Afifi, T.O., Archibald, S.L., Fennema-Notestine, C., Sareen, J., Seedat, S. (2012). Mental health outcomes in HIV and childhood maltreatment: a systematic review. *Systematic Reviews*, 28, 1–30.

Spies, G., & Seedat, S. (2014). Depression and resilience in women with HIV and early life stress: does trauma play a mediating role? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4, e004200.

Spies, G., Konkiewitz, E.C & Seedat, S. (2018). Incidence and Persistence of Depression Among Women Living with and Without HIV in South Africa: A Longitudinal Study. *AIDS Behav*, Feb 23.

Treede, R.D., Jensen, T.S., Campbell, J.N., Cruccu, G., Dostrovsky, J.O., Griffin, J.W., et al. (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70(18), 1630-5.