



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Uso de substâncias e função sexual na artrite idiopática juvenil



Marlon van Weelden^{a,b}, Benito Lourenço^c, Gabriela R. Viola^a, Nadia E. Aikawa^a, Lígia B. Queiroz^c e Clovis A. Silva^{a,c,*}

^a Unidade de Reumatologia Pediátrica, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculty of Medicine, VU University, Amsterdã, Países Baixos

^c Unidade do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 18 de junho de 2015

Aceito em 13 de outubro de 2015

On-line em 13 de fevereiro de 2016

Palavras-chave:

Álcool

Tabaco

Drogas ilícitas

Bullying

Artrite idiopática juvenil

R E S U M O

Objetivo: Avaliar o uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas e a função sexual em adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) e controles saudáveis.

Métodos: Selecionaram-se 174 adolescentes com doenças reumatológicas pediátricas. Fez-se um estudo transversal com 54 pacientes com AIJ e 35 controles. Foram feitas avaliações de dados demográficos/antropométricos e marcadores da puberdade; a escala de triagem CRAFFT (carro/relaxar/sozinho/esquecer/amigos/problemas) foi aplicada por um médico para determinar o alto risco de uso abusivo/dependência de substâncias. Um questionário avaliou a função sexual, a ocorrência de *bullying* e o uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas. Também foram avaliados dados clínicos/laboratoriais e de tratamento da AIJ.

Resultados: A média da idade atual foi semelhante entre pacientes com AIJ e controles [15 (10 a 19) vs. 15 (12 a 18) anos, $p=0,506$]. As frequências de uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas foram elevadas e semelhantes entre pacientes com AIJ e controles (43% vs. 46%, $p=0,829$). No entanto, a idade em que começou a usar álcool foi significativamente maior naqueles com AIJ [15 (11 a 18) vs. 14 (7 a 18) anos], $p=0,032$, em particular na doença de início poliarticular ($p=0,040$). Encontrou-se um alto risco de uso abusivo/dependência de substâncias (pontuação no CRAFFT ≥ 2) em ambos os grupos (13% vs. 15%, $p=1,000$), do mesmo modo que o *bullying* ($p=0,088$). Uma análise mais aprofundada dos pacientes com AIJ em relação ao uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas mostrou que a média da idade atual [17 (14 a 19) vs. 13 (10 a 19) anos, $p<0,001$] e os anos de escolaridade [11 (6 a 13) vs. 7 (3 a 12) anos, $p<0,001$] foram significativamente maiores naqueles que usaram substâncias. A atividade sexual foi significativamente maior no primeiro grupo (48% vs. 7%, $p<0,001$). Foi evidenciada correlação positiva entre a pontuação na escala CRAFFT e a idade atual dos pacientes com AIJ ($p=0,032$, $r=+0,296$).

Conclusão: Observou-se um alto risco de uso abusivo/dependência de substâncias em pacientes com AIJ e controles. Os usuários de substâncias que têm AIJ são mais propensos

* Autor para correspondência.

E-mail: clovisaasilva@gmail.com (C.A. Silva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2015.10.004>

0482-5004/© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

a ter relações sexuais. Portanto, sugere-se a triagem de rotina em todas as consultas de adolescentes com AIJ.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Substance use and sexual function in juvenile idiopathic arthritis

A B S T R A C T

Keywords:

Alcohol
Tobacco
Illicit drug
Bullying
Juvenile idiopathic arthritis

Objective: to evaluate alcohol/tobacco/illicit drug use and sexual function in adolescent juvenile idiopathic arthritis (JIA) and healthy controls.

Methods: 174 adolescents with pediatric rheumatic diseases were selected. A cross-sectional study with 54 JIA patients and 35 controls included demographic/anthropometric data and puberty markers assessments, physician-conducted CRAFFT (car/relax/alone/forget/friends/trouble) screen tool for substance abuse/dependence high risk and a questionnaire that evaluated sexual function, bullying and alcohol/tobacco/illicit drug use. Clinical/laboratorial data and treatment were also assessed in JIA.

Results: The median current age was similar between JIA patients and controls [15(10-19) vs. 15(12-18)years, $p = 0.506$]. Frequencies of alcohol/tobacco/illicit drug use were high and similar in both JIA and controls (43% vs. 46%, $p = 0.829$). However, age at alcohol onset was significantly higher in those with JIA [15(11-18) vs. 14(7-18)years, $p = 0.032$], particularly in poliarticular onset ($p = 0.040$). High risk for substance abuse/dependence (CRAFFT score ≥ 2) was found in both groups (13% vs. 15%, $p = 1.000$), likewise bullying ($p = 0.088$). Further analysis of JIA patients regarding alcohol/tobacco/illicit drug use showed that the median current age [17(14-19) vs. 13(10-19)years, $p < 0.001$] and education years [11(6-13) vs. 7(3-12)years, $p < 0.001$] were significant higher in those that used substances. Sexual activity was significantly higher in the former group (48% vs. 7%, $p < 0.001$). A positive correlation was evidenced between CRAFFT score and current age in JIA patients ($p = 0.032$, $r = +0.296$).

Conclusion: A high risk for substance abuse/dependence was observed in both JIA and controls. JIA substance users were more likely to have sexual intercourse. Therefore, routine screening is suggested in all visits of JIA adolescents.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A adolescência é uma fase importante para se desenvolver uma imagem corporal positiva, estabelecer relações sociais e alcançar a independência e identidade sexual. Alguns dos maiores problemas de adolescentes saudáveis durante esse período são o uso abusivo de substâncias,^{1,2} a atividade sexual precoce, o pouco uso de métodos contraceptivos e o maior risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis.³

Além disso, o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas parece ser relevante em adolescentes com condições crônicas; esse uso pode levar à dependência¹ e a um comportamento sexual de alto risco.^{2,3} Fumar provoca doenças cardiovasculares e o consumo de álcool pode induzir danos hepáticos em pacientes com doenças autoimunes sob tratamento com metotrexato.³ O uso de substâncias em condições crônicas também pode induzir à baixa adesão ao tratamento clínico, resultar em maior atividade da doença e diminuição na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Os adolescentes também podem ser vítimas de *bullying*, particularmente aqueles com doenças crônicas.⁴ No entanto, essas questões não foram pesquisadas simultaneamente em uma população de adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ).

Portanto, os objetivos do presente estudo foram avaliar o uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas em pacientes adolescentes com AIJ e controles saudáveis. Também foram avaliadas possíveis associações entre o uso das substâncias mencionadas previamente em pacientes com AIJ e dados demográficos, marcadores da puberdade, função sexual, *bullying*, parâmetros clínicos e tratamentos para a AIJ.

Material e métodos

Pacientes e controles

Foram incluídos todos os 174 pacientes ambulatoriais adolescentes (de acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde, atualmente a idade para ser considerado adolescente varia de 10 a 19 anos) com doenças reumatológicas pediátricas acompanhados pela Unidade de Reumatologia Pediátrica de nosso hospital universitário. Esses pacientes foram selecionados de fevereiro a junho de 2014. Desses, 55 adolescentes com AIJ foram abordados e recrutados para este estudo. O critério de exclusão foi a recusa em participar deste estudo. Os pacientes e controles não tinham transtornos psiquiátricos aparentes, de acordo com a avaliação do médico.

Entretanto, um paciente foi excluído por ter autismo. Assim, 54 adolescentes com AIJ de acordo com critérios da International League Against Rheumatism⁵ foram considerados elegíveis para participar do estudo. O grupo controle incluiu 35 adolescentes saudáveis, sem doenças crônicas, provenientes dos serviços de cuidados de saúde primário e secundário da Unidade do Adolescente de nosso hospital universitário. Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital universitário em que foi feita a pesquisa.

Marcadores da puberdade, função sexual e uso abusivo de álcool/tabaco/drogas ilícitas e bullying

Este estudo incluiu avaliações de dados demográficos/antropométricos e marcadores da puberdade. A versão para o português da escala de triagem CRAFFT (CRAFFT/CEASER) (sigla mnemônica para carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos, problemas) foi aplicada aos dois grupos.^{2,6} Um questionário modificado avaliou a função sexual,⁷ álcool/tabaco/uso de drogas ilícitas e bullying. Esses aspectos foram avaliados de modo cego às avaliações clínicas, laboratoriais e de tratamento de pacientes com AIJ e conduzidos por um único pesquisador.

Dados sociodemográficos e antropométricos

Avaliaram-se idade atual, sexo, anos de escolaridade, peso e altura. O índice de massa corporal (IMC) foi definido pela seguinte fórmula: peso em quilogramas/altura em metros quadrados.

As classes socioeconômicas brasileiras foram classificadas de acordo com a Abep (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa).⁸

Avaliações de marcadores da puberdade

As características sexuais secundárias foram classificadas de acordo com as mudanças na puberdade de Tanner em ambos os sexos.⁷ Registrou-se a idade na primeira menstruação (menarca) e a primeira ejaculação (espermarca) com base na memória do indivíduo.

Escala de triagem CRAFFT

A versão em português da escala de triagem CRAFFT (CRAFFT/CEASER) foi aplicada por um médico. A escala é composta por nove questões desenvolvidas para rastrear adolescentes à procura do risco elevado de uso de álcool e drogas.⁶ Esse questionário é dividido em duas partes. A parte A inclui três perguntas sobre o uso de álcool, maconha, haxixe ou outras substâncias nos últimos 12 meses. Se o adolescente responder “não” às três perguntas, deve ser perguntada apenas a questão relacionada com a parte B “Carro”. Se o adolescente responder “sim” a uma das perguntas da abertura, deve-se fazer todas as perguntas da parte B. A parte B abrange seis questões, que são sinais de uso problemático de substâncias. Contabiliza-se um ponto para cada resposta “sim” da parte B do questionário. A pontuação variou de 0 a 6. Uma pontuação total ≥ 2 indica um alto risco de uso abusivo/dependência de substâncias e a necessidade de avaliação adicional.^{2,6}

Aplicação do questionário

Fez-se um estudo piloto com 30 adolescentes saudáveis e com AIJ consecutivos, que foram testados e então retestados depois de 1 a 2 meses. O pré-teste avaliou a compreensão das perguntas, a consistência dos indivíduos e a coerência das respostas e o tempo necessário para responder ao questionário. O questionário incluiu 14 perguntas com a opção de resposta dicotômica (sim/não) ou idade/quantidade de vezes ao se referir à função sexual, ao bullying e ao uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas.

A avaliação da função sexual incluiu a presença e a idade na primeira relação sexual, relações sexuais no último mês, uso de contracepção masculina (preservativo) na primeira relação sexual, uso de contraceptivo oral e de emergência, conhecimento da atividade sexual por parte dos pais e número total de parceiros sexuais. Avaliou-se o uso de álcool/tabaco e substâncias [drogas ilícitas inalantes (cheirar cola, aerossóis e solventes) e drogas ilícitas [maconha, estimulantes (cocaína, crack e anfetaminas), *poppers* (incenso líquido), LSD, opioides, heroína, metanfetamina e ecstasy]: idade em que começou a usar álcool, número de dias em que consumiu álcool nos últimos 30 dias, idade em que começou a fumar, número de dias em que fumou nos últimos 30 dias, idade em que começou a usar drogas ilícitas e número de dias em que usou drogas ilícitas nos últimos 30 dias. O bullying, que é definido como a exposição recorrente à agressão emocional e/ou física, foi registrado por um “sim/não” como resposta à pergunta “Alguma vez você já sofreu bullying?” O questionário era estritamente confidencial e foi aplicado na ausência de representantes legais, parentes e amigos.

Avaliações laboratoriais, clínicas e de tratamento de pacientes com artrite idiopática juvenil

As avaliações clínicas de pacientes com AIJ foram feitas no início do estudo e incluíram: quantidade de articulações com inflamação ativa (inchaço em uma articulação ou limitação na amplitude de movimento articular com dor ou sensibilidade nas articulações), número de articulações limitadas, avaliação global da atividade da artrite pelo paciente e pelo médico medida em uma escala visual analógica (EVA) horizontal de 10 cm, duração da rigidez matinal e versão brasileira validada do Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ).⁹ A avaliação laboratorial incluiu a velocidade de hemossedimentação (VHS > 20 mm/1^a hora) (método de Westergren) e proteína C reativa (PCR > 5 mg/L) (nefelometria). Também foram determinados dados relativos ao uso e dosagem atual de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (Aine), prednisona, DMARD (metotrexato, sulfasalazina e leflunomida), imunossuppressores (ciclosporina) e agentes biológicos (adalimumabe, etanercepte, tocilizumabe e abatacepte).

Análise estatística

A confiabilidade teste-reteste do questionário modificado foi verificada por meio do índice Kappa. Os resultados foram apresentados como a média \pm desvio padrão (DP) ou mediana (intervalo) para variáveis contínuas e número (%) para variáveis categóricas. Os dados foram comparados pelo teste

t de Student ou teste *U* de Mann-Whitney nas variáveis contínuas para avaliar diferenças entre os pacientes com AIJ e controles e entre os subgrupos de AIJ. Para as variáveis categóricas, as diferenças foram avaliadas pelo teste exato de Fisher ou teste de qui-quadrado de Pearson. Usou-se o coeficiente de Spearman para correlações entre as pontuações na escala CRAFFT e a idade. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

Resultados

O índice Kappa para o teste-reteste foi de 0,850, demonstrou uma confiabilidade excelente para as respostas dos adolescentes.

A média da idade atual foi semelhante entre pacientes com AIJ e controles [15 (10 a 19) vs. 15 (12 a 18) anos, $p = 0,506$], bem como a frequência do sexo feminino ($p = 0,688$), anos de escolaridade ($p = 0,826$), classe socioeconômica ($p = 1,000$) e Tanner 5 ($p = 0,830$). A idade mediana na menarca e na espermarca também era semelhante [12 (9 a 15) vs. 11,5 (9 a 15) anos, $p = 0,528$ e 13 (10 a 15) vs. 13 (12 a 14) anos, $p = 0,959$], respectivamente, bem como a frequência de atividade sexual ($p = 0,861$) e idade na primeira relação sexual [15 (13 a 17) vs. 15 (12 a 17) anos, $p = 0,606$] (tabela 1).

As frequências de uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas foram elevadas e semelhantes em pacientes com AIJ e controles (43% vs. 46%, $p = 0,829$). No entanto, a idade em que começou a usar álcool foi significativamente maior naqueles com AIJ em comparação com os controles saudáveis [15 (11 a 18) vs. 14 (7 a 18) anos, $p = 0,032$], especialmente na AIJ de início poliarticular ($n = 17$) [15 (13 a 17) vs. 14 (7 a 18) anos, $p = 0,04$]. As drogas ilícitas foram usadas por um paciente com AIJ (maconha e cocaína) e dois controles (maconha) ($p = 0,559$) e não foi observada diferença significativa na frequência do tabagismo. A presença de pontuação ≥ 2 no CRAFFT foi semelhante nos dois grupos (13% vs. 15%, $p = 1,000$). Dos sete pacientes com AIJ com pontuação no CRAFFT ≥ 2 , quatro tiveram início poliarticular, cinco usavam metotrexato e seis usavam agentes biológicos. A frequência de *bullying* foi menor nos pacientes com AIJ vs. controles; no entanto, essa diferença não alcançou significância estatística (26% vs. 44%, $p = 0,088$) (tabela 1).

Dos subtipos de AIJ, foi observado início sistêmico em 19 pacientes, poliarticular em 17, pauciarticular em 13, entidade relacionada com artrite em três e artrite psoriática em dois. Uma análise mais aprofundada dos pacientes com AIJ em relação ao uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas mostrou que a média da idade atual [17 (14 a 19) vs. 13 (10 a 19) anos, $p < 0,001$] e os anos de escolaridade [11 (6 a 13) vs. 7 (3 a 12) anos, $p < 0,001$] foram significativamente mais elevados naqueles que usaram as substâncias mencionadas previamente. As frequências de Tanner 5 ($p = 0,001$), a menarca ($p = 0,030$) e a espermarca ($p = 0,011$) foram também significativamente mais elevadas no primeiro grupo, do mesmo modo que a atividade sexual (48% vs. 7%, $p < 0,001$). Não foram evidenciadas diferenças entre o uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas e parâmetros de doença e tratamento atual em ambos os grupos ($p > 0,05$, tabela 2).

Evidenciou-se uma correlação positiva entre a pontuação na escala CRAFFT e a idade atual em pacientes com AIJ

($p = 0,032$, $r = +0,296$), sem correlação nos controles ($p = 0,571$). Não foram evidenciadas correlações entre a pontuação na escala CRAFFT e a idade em que se começou a usar álcool ($p = 0,751$), início das relações sexuais ($p = 0,606$) e anos de escolaridade ($p = 0,066$) em pacientes com AIJ.

Discussão

Que se tem conhecimento, este foi o primeiro estudo a avaliar simultaneamente questões de saúde em adolescentes com AIJ e controles, evidenciou uma maior idade no início do uso de álcool nos pacientes, principalmente no subtipo poliarticular. No grupo de adolescentes com AIJ, os usuários de substâncias tinham maior propensão a ter relações sexuais. Encontrou-se também um maior risco de uso abusivo/dependência de substâncias em uma idade mais tardia em adolescentes com AIJ.

A vantagem do presente estudo foi a avaliação com a escala de triagem CRAFFT (CEASER) aplicada por um médico. Essa escala é usada para determinar o alto risco de dependência de álcool e drogas em adolescentes.^{2,6} Também foi usado um questionário com excelente confiabilidade teste-reteste, que avaliou a função sexual, a ocorrência de *bullying* e o uso de drogas lícitas/ilícitas. A presença de um grupo controle saudável com idade, escolaridade, gênero e classe socioeconômica semelhante foi relevante, uma vez que esses dados foram associados ao *bullying* e ao uso de drogas.^{1,2} No entanto, as principais limitações deste estudo foram o desenho transversal, como bem como a pequena amostra estudada e a ausência de avaliação dos diferentes tipos de *bullying*.

O consumo de álcool foi relatado por 36% dos adultos jovens e adolescentes com doenças reumáticas pediátricas.¹⁰ Além disso, Nash et al. relataram uma taxa de 19% de experimentação de álcool em 52 adolescentes com AIJ,¹¹ em contraste com a taxa de 43% observada no presente estudo. Esse achado pode estar relacionado com o aumento no consumo de álcool por adolescentes durante os anos 1990¹² e com o crescimento econômico de nosso país,¹³ que possibilitou o consumo pela classe socioeconômica média. Portanto, são necessárias estratégias de restrição para diminuir o consumo de álcool. É interessante notar que a idade em que se começou a usar álcool foi maior nos pacientes com AIJ, especialmente na doença de início poliarticular sob uso de metotrexato e agentes biológicos. Nossos pacientes ignoraram a informação para evitar o uso de substâncias concomitantemente a DMARDs biológicos e não biológicos, com um elevado risco de eventos adversos, particularmente a toxicidade hepática.¹¹ Usou-se um instrumento de triagem do uso de substâncias.^{2,6} A pontuação ≥ 2 na escala CRAFFT em nossos pacientes com AIJ indicou um maior risco de uso abusivo/dependência de substâncias.² Baseado nisso, são necessárias uma avaliação e uma intervenção terapêutica adicional por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional. É importante ressaltar que usuários de substâncias com AIJ se envolveram em atividade sexual com maior frequência, com possíveis relações sexuais inseguras, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Esse achado também pode estar relacionado com o fato de que os pacientes eram mais velhos, com maturidade sexual mais elevada. Embora a AIJ

Tabela 1 – Dados demográficos, marcadores da puberdade, função sexual, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, e bullying em adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) e controles

| Variáveis | AIJ (n = 54) | Controles saudáveis (n = 35) | p |
|--|-------------------|------------------------------------|-------|
| Dados demográficos | | | |
| Idade atual, anos | 15 (10-19) | 15 (12-18) | 0,506 |
| Feminino | 38 (70) | 26 (74) | 0,688 |
| IMC, kg/m ² | 20,79 (13,2-35,6) | 19,53 (16,4-25,9) | 0,205 |
| Classes socioeconômicas B e C | 51 (94) | 34 (97) | 1,000 |
| Escolaridade, anos | 9 (3-13) | 10 (6-12) | 0,826 |
| Marcadores da puberdade | | | |
| Tanner 3 | 7 (13) | 4 (11) | 1,000 |
| Tanner 4 | 10 (19) | 12 (34) | 0,102 |
| Tanner 5 | 30 (57) | 19 (54) | 0,830 |
| Menarca | 32/38 (84) | 26/26 (100) | 0,073 |
| Idade na menarca, anos | 12 (9-15) | 11,5 (9-15) | 0,528 |
| Espermarca | 10/16 (63) | 7/9 (78) | 0,661 |
| Idade na espermarca, anos | 13 (10-15) | 13 (12-14) | 0,959 |
| Função sexual | | | |
| Atividade sexual | 13 (24) | 9 (26) | 0,861 |
| Idade na primeira relação sexual, anos | 15 (13-17) | 15 (12-17) | 0,606 |
| Relação sexual no último mês | 8/13 (62) | 4/9 (44) | 0,666 |
| Preservativo na primeira relação sexual | 13/13 (100) | 8/9 (89) | 0,409 |
| Uso de contracepção oral por mulheres | 5/11 (46) | 3/10 ^a (30) | 0,659 |
| Uso de anticoncepcionais de emergência | 4/11 (36) | 4/9 (44) | 1,000 |
| Conhecimento da atividade sexual pelos pais | 9/13 (69) | 6/8 (75) | 1,000 |
| Número total de parceiros sexuais | 2,5 (1-5) | 1 (1-2) | 0,071 |
| Uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas | | | |
| Uso de álcool | 23 (43) | 16 (46) | 0,829 |
| Idade em que começou a usar álcool | 15 (11-18) | 14 (7-18) | 0,032 |
| AIJ de início poliarticular, n = 17 | 15 (13-17) | 14 (7-18) | 0,040 |
| AIJ de início sistêmico, n = 19 | 15 (11-17) | 14 (7-18) | 0,188 |
| Uso de álcool nos últimos 30 dias, número | 0 (0-7) | 0 (0-5) | 0,505 |
| Tabagismo | 4 (7) | 5 (14) | 0,308 |
| Idade em que começou a fumar | 16 (13-18) | 15 (7-15) | 0,250 |
| Tabagismo nos últimos 30 dias, número | 0 | 0 (0-30) | 0,180 |
| Uso de drogas ilícitas | 1 (2) | 2 (6) | 0,559 |
| Idade em que começou a usar drogas ilícitas | 14 | 14 | 1,000 |
| Uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, número | 0 (0-0) | 1,5 (0-3) | 0,480 |
| Pontuação CRAFFT (0-6) | 0 (0-3) | 0 (0-5) | 0,836 |
| Pontuação CRAFFT ≥ 2 | 7 (13) | 5 (15) | 1,000 |
| Item CRAFFT | | | |
| Carro (CAR) | 14/54 (26) | 5/34 (15) | 0,213 |
| Relaxe (RELAX) | 4/16 (25) | 2/11 (18) | 1,000 |
| Sozinho (ALONE) | 1/16 (6) | 1/11 (9) | 1,000 |
| Esqueço (FORGET) | 2/16 (13) | 5/11 (46) | 0,084 |
| Amigos (FRIENDS) | 5/16 (31) | 5/11 (46) | 0,687 |
| Problema (TROUBLE) | 1/16 (6) | 0 (0) | 1,000 |
| Bullying | 11/43 (26) | 15/34 (44) | 0,088 |

CRAFFT, carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos, problemas nos últimos 12 meses; teste de triagem.

Os resultados são apresentados sob a forma de n (%) e mediana (intervalo).

^a Um controle saudável usou contracepção oral antes da atividade sexual.

seja uma doença dolorosa, crônica e que causa deficiência, que pode influenciar na função sexual,^{14,15} os pacientes estudados tiveram a sua primeira relação sexual mais precocemente.

Não foi evidenciado atraso de marcadores da puberdade em pacientes com AIJ, o que é um padrão distinto quando comparado com adolescentes com lúpus eritematoso

sistêmico juvenil¹⁵ e dermatomiosite juvenil atendidos por nosso serviço.¹⁶ Além disso, o bullying foi frequentemente relatado em pacientes com AIJ e controles; o bullying pode causar depressão, ansiedade e interferir na adesão adequada ao uso de medicação.⁴ É necessário fazer um estudo prospectivo que avalie esses aspectos e analise uma amostra maior de pacientes com AIJ.

Tabela 2 – Dados demográficos, marcadores da puberdade, bullying e parâmetros da doença em adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) de acordo com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas

| Variáveis | Uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas (n = 23) | Não uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas (n = 31) | p |
|---|---|---|---------|
| Dados demográficos | | | |
| Idade atual, anos | 17 (14-19) | 13 (10-19) | < 0,001 |
| Duração da doença, anos | 6 (1-17) | 4 (0,25-15) | 0,063 |
| Feminino | 16 (70) | 22 (71) | 0,911 |
| IMC, kg/m ² | 21,15 (18-27) | 20,09 (13-30) | 0,132 |
| Classes socioeconômicas B e C | 22 (96) | 28 (90) | 0,628 |
| Escolaridade, anos | 11 (6-13) | 7 (3-12) | < 0,001 |
| Marcadores da puberdade | | | |
| Tanner 3 | 1 (4) | 6 (20) | 0,123 |
| Tanner 4 | 3 (13) | 7 (23) | 0,484 |
| Tanner 5 | 19 (83) | 11 (37) | 0,001 |
| Menarca | 16 (100) | 16 (73) | 0,030 |
| Idade na menarca, anos | 12 (9-15) | 12 (9-14) | 0,861 |
| Espermarca | 7 (100) | 3 (33) | 0,011 |
| Idade na espermarca, anos | 13 (12-15) | 11 (10-13) | 0,082 |
| Função sexual | | | |
| Atividade sexual | 11 (48) | 2 (7) | < 0,001 |
| Idade na primeira relação sexual, anos | 16 (13-17) | 14 (14) | 0,227 |
| Relação sexual no último mês | 7/11 (64) | 1/2 (50) | 1,000 |
| Preservativo na primeira relação sexual | 11/11 (100) | 2/2 (100) | 1,000 |
| Uso de contracepção oral por mulheres | 4/9 (44) | 1/2 (50) | 1,000 |
| Uso de anticoncepcionais de emergência | 4/9 (44) | 0 | 0,491 |
| Conhecimento da atividade sexual pelos pais | 7/11 (64) | 2/2 (100) | 1,000 |
| Número total de parceiros sexuais | 3 (1-5) | 1 (1) | 0,074 |
| Bullying | 5/18 (28) | 6/25 (24) | 1,000 |
| Parâmetros da AIJ | | | |
| Rigidez matinal | 7 (30) | 2/29 (7) | 0,061 |
| Rigidez matinal, min | 30 (10-120) | 20 (10-30) | 0,492 |
| Articulações ativas | 7 (30) | 10 (32) | 0,887 |
| Número de articulações ativas | 1 (1-8) | 1 (1-9) | 0,956 |
| Articulações limitadas | 16 (70) | 20 (65) | 0,697 |
| Número de articulações limitadas | 2 (1-11) | 3,5 (1-61) | 0,165 |
| VHS, mm/1 ^a h | 14,5 (2-60) | 20 (2-47) | 0,809 |
| VHS > 20 mm/1 ^a h | 10/22 (46) | 11/27 (41) | 0,740 |
| PCR, mg/L | 2,23 (0-76) | 1,23 (0-155) | 0,847 |
| PCR, > 5 mg/L | 6/22 (27) | 7/26 (27) | 0,978 |
| EVA paciente, cm | 1 (0-9) | 1 (0-5) | 0,748 |
| EVA médico, cm | 0 (0-4) | 1 (0-4) | 0,307 |
| CHAQ | 0,56 (0-2,6) | 0,63 (0-1,5) | 0,779 |
| Tratamento atual | | | |
| AINE | 19 (83) | 29 (94) | 0,384 |
| Naproxeno | 7 (30) | 16 (52) | 0,120 |
| Glicocorticoides | 2 (9) | 6 (19) | 0,443 |
| Dose, mg/dia | 3 (13) | 8 (26) | 0,319 |
| Metotrexato | 11,3 (2,5-40) | 5 (2,5-25) | 0,214 |
| Dose, mg/dia | 4 (17) | 6 (19) | 1,000 |
| Dose, mg/semana | 25 (10-50) | 25 (10-37,5) | 0,731 |
| Leflunomida | 3 (13) | 5 (16) | 1,000 |
| Dose, mg/dia | 20 (20) | 20 (10-20) | 0,094 |
| Sulfassalazina | 0 | 1 (3) | 1,000 |
| Ciclosporina | 2 (9) | 3 (10) | 1,000 |
| Dose, mg/dia | 190 (180-200) | 150 (100-200) | 0,584 |
| Agentes biológicos | 12 (52) | 10 (32) | 0,141 |
| Abatacepte | 1 (4) | 2 (7) | 1,000 |
| Etanercepte | 5 (22) | 3 (10) | 0,217 |
| Adalimumabe | 4 (17) | 3 (10) | 0,443 |
| Tocilizumabe | 2 (9) | 2 (7) | 1,000 |

Os resultados são apresentados sob a forma de n (%) e mediana (intervalo) ou média ± DP, teste de triagem CRAFTT (carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos).

Em conclusão, observou-se um alto risco de uso abusivo/dependência de substâncias em pacientes com AIJ e controles. Os pacientes com AIJ usuários de substâncias são mais propensos a ter relações sexuais. O presente estudo reforça que os adolescentes com AIJ devem ser sistematicamente rastreados pelos pediatras à procura de padrões de comportamento de saúde sexual, uso de álcool e drogas, como parte das consultas ao serviço de Reumatologia Pediátrica. Devem-se incluir no atendimento de rotina a pacientes com AIJ orientações em relação ao uso de álcool e contracepção, especialmente para aqueles tratados com metotrexato e agentes biológicos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

A Ulysses Doria-Filho pela análise estatística. Ao Dr. JR Knight e ao Dra. P. Schram pelo fornecimento da versão em português do instrumento CRAFFT (CEASER), Hospital Infantil de Boston, Massachusetts, EUA. Este estudo foi apoiado por subsídios da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp 20 11/12471-2 para CAS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 302724/2011-7 para CAS), Fundação Federico (para CAS) e Núcleo de Apoio à Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente da USP (NAP-CriAd) para CAS.

REFERÊNCIAS

1. Atilola O, Stevanovic D, Balhara YP, Avicenna M, Kandemir H, Knez R, et al. Role of personal and family factors in alcohol and substance use among adolescents: an international study with focus on developing countries. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:609-17.
2. Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight Jr. Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2009;45:473-7.
3. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet*. 2007;369:1481-9.
4. Sentenac M, Gavin A, Gabhainn SN, Molcho M, Due P, Ravens-Sieberer U, et al. Peer victimization and subjective health among students reporting disability or chronic illness in 11 Western countries. *Eur J Public Health*. 2013;23:421-6.
5. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol*. 1998;25:1991-4.
6. Knight JR, Schram P. Portuguese version of CRAFFT screen (CEASER). Disponível em: <http://www.ceasar-boston.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT.Portuguese.pdf>. [acessado em 17 de julho de 2014].
7. Febronio MV, Pereira RM, Bonfa E, Takiuti AD, Pereyra EA, Silva CA. Inflammatory cervicovaginal cytology is associated with disease activity in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007;16:430-5.
8. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) 2008: Disponível em: www.abep.org - abep@abep.org. [acessado em 17 de julho de 2014].
9. Machado CS, Ruperto N, Silva CH, Ferriani VP, Roscoe I, Campos LM, et al. Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol*. 2001;19 Suppl. 23:S25-9.
10. Britto MT, Rosenthal SI, Taylor J, Passo MH. Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:478-83.
11. Nash AA, Britto MT, Lovell DJ, Passo MH, Rosenthal SI. Substance use among adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1998;11:391-6.
12. Poelen EA, Scholte RH, Engels RC, Boomsma DI, Willemsen G. Prevalence and trends of alcohol use and misuse among adolescents and young adults in the Netherlands from 1993 to 2000. *Drug Alcohol Depend*. 2005;79:413-21.
13. Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil-a national survey. *Addict Behav*. 2012;37:1171-5.
14. de Avila Lima Souza L, Gallinaro AL, Abdo CH, Kowalski SC, Suehiro RM, da Silva CA, et al. Effect of musculoskeletal pain on sexuality of male adolescents and adults with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*. 2009;36:1337-42.
15. Aikawa NE, Sallum AM, Pereira RM, Suzuki L, Viana VS, Bonfá E, et al. Subclinical impairment of ovarian reserve in juvenile systemic lupus erythematosus after cyclophosphamide therapy. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30:445-9.
16. Aikawa NE, Sallum AM, Leal MM, Bonfá E, Pereira RM, Silva CA. Menstrual and hormonal alterations in juvenile dermatomyositis. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28:571-5.