



ARTIGO ORIGINAL

Uso indevido de drogas e função sexual em adolescentes com doenças crônicas



Priscila Araújo^a, Márcio Guilherme Nunes Carvalho^b, Marlon van Weelden^c, Benito Lourenço^b, Lígia Bruni Queiroz^b e Clovis Artur Silva^{b,*}

^a Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^c Medical Faculty, Amsterdã, Países Baixos

Recebido em 29 de julho de 2015; aceito em 8 de outubro de 2015

Disponível na Internet em 2 de junho de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Alcoologismo;
Tabaco;
Drogas ilícitas;
Assédio moral;
Adolescente;
Doença crônica

Resumo

Objetivo: Avaliar o uso indevido de álcool/tabaco e/ou de drogas ilícitas em doenças crônicas (DCs).

Métodos: Estudo transversal com 220 adolescentes com DCs e 110 controles saudáveis, incluindo: dados demográficos/antropométricos; marcadores de puberdade; questionário modificado de avaliação da função sexual, abuso de álcool/tabagismo/drogas ilícitas e assédio moral; e o uso do instrumento CRAFFT (car/relax/alone/forget/friends/trouble) pelo médico para o abuso/dependência de substâncias de alto risco.

Resultados: As frequências de uso de álcool/tabaco e/ou drogas ilícitas foram semelhantes em ambos os grupos (30% vs. 34%, $p=0,529$), assim como as frequências de assédio moral (42% vs. 41%, $p=0,905$). Uma análise mais aprofundada apenas em pacientes com DCs que usaram álcool/tabaco/droga ilícita versus aqueles que não usaram mostrou que a idade mediana atual [15 (11-18) vs. 14 (10-18) anos, $p<0,0001$] e os anos de escolaridade [9 (5-14) vs. 8 (3-12) anos, $p<0,0001$] foram significativamente maiores no grupo que fazia uso das substâncias. As frequências de Tanner 5 ($p<0,0001$), menarca ($p<0,0001$) e espermarca ($p=0,001$) também foram significativamente maiores em pacientes com DCs que usaram álcool/tabaco/drogas ilícitas, assim como a atividade sexual (23% vs. 3%, $p<0,0001$). A tendência de baixa frequência de terapia com medicamentos foi observada em pacientes que usaram substâncias (70% vs. 82%, $p=0,051$). Observou-se uma correlação positiva entre o score no CRAFFT e a idade atual em pacientes com DCs ($p=0,005$, $r=+0,189$) e controles ($p=0,018$, $r=+0,226$).

Conclusões: A idade mais avançada foi demonstrada em pacientes com DCs que relataram uso indevido de drogas lícitas/ilícitas. Em adolescente com DCs, o uso das substâncias resultou em maior propensão à prática de relações sexuais. Nosso estudo reforça que esses pacientes

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.10.008>

* Autor para correspondência.

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

KEYWORDS

Alcoholism;
Tobacco;
Illicit drugs;
Bullying;
Adolescent;
Chronic disease

devem ser sistematicamente avaliados pelos pediatras em relação a padrões de comportamento de saúde relacionados com drogas.

© 2015 Sociedade de Pediatria de São Paulo. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Substance misuse and sexual function in adolescents with chronic diseases**Abstract**

Objective: To evaluate alcohol/tobacco and/or illicit drug misuse in Chronic Diseases (CDs).

Methods: A cross-sectional study with 220 CDs adolescents and 110 healthy controls including: demographic/anthropometric data; puberty markers; modified questionnaire evaluating sexual function, alcohol/smoking/illicit drug misuse and bullying; and the physician-conducted CRAFFT (car/relax/alone/forget/friends/trouble) screen tool for substance abuse/dependence high risk.

Results: The frequencies of alcohol/tobacco and/or illicit drug use were similar in both groups (30% vs. 34%, $p=0.529$), likewise the frequencies of bullying (42% vs. 41%, $p=0.905$). Further analysis solely in CDs patients that used alcohol/tobacco/illicit drug versus those that did not use showed that the median current age [15 (11–18) vs. 14 (10–18) years, $p<0.0001$] and education years [9 (5–14) vs. 8 (3–12) years, $p<0.0001$] were significant higher in substance use group. The frequencies of Tanner 5 ($p<0.0001$), menarche ($p<0.0001$) and spermarche ($p=0.001$) were also significantly higher in patients with CDs that used alcohol/tobacco/illicit, likewise sexual activity (23% vs. 3%, $p<0.0001$). A trend of a low frequency of drug therapy was observed in patients that used substances (70% vs. 82%, $p=0.051$). A positive correlation was observed between CRAFFT score and current age in CD patients ($p=0.005$, $r=+0.189$) and controls ($p=0.018$, $r=+0.226$).

Conclusions: A later age was evidenced in CDs patients that reported licit/illicit drug misuse. In CDs adolescent, substance use was more likely to have sexual intercourse. Our study reinforces that these patients should be systematically screened by pediatricians for drug related health behavioral patterns.

© 2015 Sociedade de Pediatria de São Paulo. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A adolescência é uma fase de desenvolvimento caracterizada por alterações biológicas e sociais.^{1,2} Padrões de risco podem iniciar-se nesse período da vida e incluem abuso de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas)¹ e comportamentos sexuais de alto risco.³ Fenômenos danosos da vitimização entre pares, como o assédio moral, também são um problema relevante em adolescentes saudáveis⁴ e naqueles com doenças crônicas (DC).⁵

É interessante notar que a prevalência de condições crônicas tem aumentado na população pediátrica⁶ e 10% dos adolescentes sofrem de DC.⁷ No entanto, que seja de nosso conhecimento, o uso indevido de substâncias avaliado por uma ferramenta de triagem⁸ e a avaliação de assédio moral e função sexual não foram simultaneamente estudados em uma população de adolescentes com DC.

Portanto, os objetivos do presente estudo foram avaliar a uso indevido de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas em pacientes adolescentes com DC e controles saudáveis. As possíveis associações entre o uso indevido de substâncias em pacientes com DC de acordo com a função sexual, assédio moral, dados demográficos, marcadores de puberdade, grupos de DC e uso de terapia medicamentosa também foram avaliadas.

Método

Um estudo transversal foi feito de fevereiro a dezembro de 2014 e envolveu 220 adolescentes consecutivos ambulatoriais (idade atual de 10 a 19 anos, de acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde) com DC pediátricas. Todos eles foram acompanhados na Unidade de Adolescentes do Hospital Universitário e nenhum deles recusou-se a participar. O grupo controle incluiu 110 adolescentes saudáveis (taxa de 2:1), sem DC, consecutivamente admitidos no ambulatório e encaminhados de centros de cuidados primários e secundários para a Unidade de Adolescentes do Hospital das Clínicas. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local do Hospital. Todos os adolescentes e seus pais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Este estudo incluiu um questionário modificado, aplicado para avaliar a função sexual,⁹ uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas e assédio moral. A versão em português do teste de triagem CRAFFT (sigla mnemônica de carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos e problemas – car/relax/alone/forget/friends/trouble/Center for Adolescent Substance Abuse Research [CRAFFT/CEASAR]) foi aplicada em ambos os grupos.^{3,8} Também foram avaliados dados demográficos/antropométricos e marcadores de puberdade.

Um estudo piloto foi feito em 30 adolescentes consecutivos saudáveis e com DC, que foram testados e retestados em 1 a 2 meses. O pré-teste avaliou a compreensão do indivíduo em relação às questões, à consistência e coerência das respostas e ao tempo necessário para responder ao questionário. O questionário modificado incluiu 14 perguntas com a opção de resposta "sim/não" ou idade/número de vezes sobre a função sexual,⁹ assédio moral e uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas. A avaliação da função sexual incluiu:⁹ idade da primeira relação sexual, relações sexuais no último mês, uso de contraceptivo masculino (camisinha) na primeira atividade sexual, uso atual de contraceptivo oral e de emergência, conhecimento da atividade sexual por parte dos pais e número total de parceiros sexuais. O uso de álcool/tabaco e substâncias ilícitas (drogas inalantes [cheirar cola, aerossol e solventes] e drogas ilícitas [maconha, estimulantes, cocaína, *crack* e metanfetamina], nitratos, LSD, opiáceos, heroína, metanfetamina e *ecstasy*) também foi avaliado: idade de início do consumo de álcool, número de dias de consumo de álcool nos últimos 30 dias, idade de início do tabagismo, número de dias em que fumou cigarros nos últimos 30 dias, idade de início de drogas ilícitas e número de dias em que usou drogas ilícitas nos últimos 30 dias. A avaliação do assédio moral, que é definido como uma exposição recorrente à agressão emocional e/ou física, foi obtida por uma resposta "sim/não" à pergunta ("Você já sofreu assédio moral?"). O questionário era estritamente confidencial e foi aplicado na ausência de representantes legais, parentes e amigos.

A versão em português do teste CRAFFT conduzido por médico (CRAFFT/CEASAR) foi usada e consistiu em nove questões desenvolvidas para avaliar adolescentes com alto risco de uso indevido de álcool e drogas.⁸ Esse questionário é dividido em duas partes. A parte A inclui três perguntas sobre o uso de álcool, maconha/haxixe ou outra substância nos últimos 12 meses. Se o adolescente respondeu "Não" a todas as três perguntas, apenas a questão relacionada com "carro" da parte B deve ser feita. Se o adolescente respondeu "Sim" a uma das perguntas de abertura, todas as perguntas da parte B devem ser feitas. A parte B continha seis questões, que são sinais de uso de substâncias problemáticas. Um ponto foi dado a cada resposta "Sim" na parte B do questionário. O escore variou de 0 a 6. Uma pontuação total ≥ 2 indicou alto risco de abuso de substâncias/dependência e necessidade de avaliação adicional.^{3,8}

Com relação aos dados sociodemográficos e antropométricos, idade atual, sexo, anos de escolaridade, peso e altura foram avaliados. Índice de massa corporal (IMC) foi definido pela seguinte fórmula: peso em quilogramas/altura em metros ao quadrado. A classe socioeconômica brasileira foi classificada de acordo com a ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa).¹⁰

Características sexuais secundárias foram classificadas de acordo com os estágios puberais de Tanner.¹¹ A idade da primeira menstruação (menarca) e idade da primeira ejaculação (espermarca) foram registrados com base na recordação.

As doenças crônicas, com duração de doença superior a três meses, foram classificadas em: alérgicas/imunológicas, cardiopulmonares, dermatológicas, endocrinológicas, gastroenterológicas, hematológicas, neuropsiquiátricas, renais

e doenças reumáticas. O uso de terapia medicamentosa também foi avaliado.

A confiabilidade teste-reteste do questionário modificado foi verificada para a população com DC e controles saudáveis com o índice Kappa. Os resultados foram apresentados como média \pm desvio padrão (DP) ou mediana (intervalo) para as variáveis contínuas e número (%) para variáveis categóricas. Os dados foram comparados por teste *t* ou Mann-Whitney em variáveis contínuas para avaliar diferenças entre adolescentes com DC e controles e entre os subgrupos. Para as variáveis categóricas, as diferenças foram avaliadas por testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. O coeficiente de correlação de Spearman foi usado para as correlações entre o escore CRAFFT e idade. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

Resultados

O índice kappa para o teste-reteste foi 0,850, o que demonstra confiabilidade excelente para as respostas dos adolescentes.

As frequências de uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas foram semelhantes em ambos os adolescentes com DC e controles saudáveis (30% vs. 34%, $p=0,529$). A frequência de consumo de álcool nos últimos 30 dias foi significativamente menor em adolescentes com DC em comparação com os controles (6% vs. 27%, $p=0,005$). As drogas ilícitas foram usadas por três pacientes com DC (maconha, cocaína e/ou nitratos) e três controles (maconha) ($p=0,404$). Não foi observada diferença na frequência do tabagismo ($p=0,114$). O escore CRAFFT ≥ 2 foi semelhante nos dois grupos (4% vs. 5%, $p=0,575$). A frequência de assédio moral foi semelhante em ambos os grupos (36% vs. 39%, $p=0,905$) (tabela 1). A mediana da idade no início do hábito de fumar foi de 14 anos (11-15) em adolescentes com DC e 14 anos (7-15) nos controles saudáveis. A mediana da idade no início do uso de drogas ilícitas foi de 14,5 anos (14-15) em adolescentes com DC e 14 anos em controles saudáveis.

Uma correlação positiva foi evidenciada entre o escore CRAFFT e a idade atual em pacientes com DC ($p=0,005$, $r=+0,189$) e controles saudáveis ($p=0,018$, $r=+0,226$), da mesma forma que entre o escore CRAFFT e os anos de escolaridade em pacientes com DC ($p=0,015$, $r=+0,164$), e controles ($p=0,039$, $r=+0,197$). Observou-se uma correlação positiva entre o escore CRAFFT e idade de início de uso de álcool em pacientes com DC ($p=0,021$, $r=+0,286$) (tabela 1).

A média da idade atual foi semelhante entre adolescente com DC e controles saudáveis [14 (10-18) vs. 14 (10-18) anos, $p=0,778$], bem como a frequência do sexo feminino (65% vs. 67%, $p=0,742$), anos de escolaridade [9 (3-14) vs. 8 (4-12) anos, $p=0,857$], classes socioeconômicas brasileiras B ou C (95% vs. 94%, $p=0,365$) e entre estágios de Tanner 3, 4 e 5 ($p=0,582$). A mediana da idade da menarca foi significativamente maior no grupo anterior [12 (8-16) vs. 11 (9-15) anos, $p=0,009$]. Nenhuma diferença foi evidenciada na idade da espermarca em ambos os grupos ($p=0,642$) (tabela 2).

Uma análise mais aprofundada apenas de pacientes com DC em relação ao uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas mostrou que a mediana da idade atual [15 (11-18) vs. 14 (10-18) anos, $p < 0,0001$] e anos de escolaridade [9 (5-14) vs. 8 (3-12) anos, $p < 0,0001$] foram significativamente

Tabela 1 Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, e assédio moral em adolescentes com doenças crônicas e controles saudáveis

Variáveis	Doenças crônicas (n=220)	Controles saudáveis (n=110)	p-valor
Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas	66 (30)	37 (34)	0,529
Uso de Álcool	66 (30)	37 (34)	0,529
Idade do início do uso de álcool, anos	14 (6-17)	14 (7-18)	0,935
Consumiu álcool nos últimos 30 dias	4/66 (6)	10/37 (27)	0,005
Uso de tabaco	5 (2)	7 (6)	0,114
Uso de drogas ilícitas	3 (1)	3 (3)	0,404
Escore CRAFFT nos últimos 12 meses (0-6)	0 (0-5)	0 (0-5)	0,712
Escore CRAFFT ≥ 2	9 (4)	6 (5)	0,575
<i>Item CRAFFT</i>			
Carro	41 (19)	17 (15)	0,474
Relaxar	6/36 (17)	5/27 (19)	1,000
Sozinho(a)	1/36 (3)	2/27 (7)	0,572
Esquecer	1/36 (3)	4/27 (15)	0,155
Família/amigos	8/36 (22)	7/27 (26)	0,733
Problemas	6/36 (17)	0/27 (0)	0,033
Assédio moral	80 (36)	43 (39)	0,905
<i>Função sexual</i>			
Atividade sexual	20 (9)	16/109 (15)	0,126
Idade de início da atividade sexual, anos	15 (8-16)	14 (10-17)	0,859
Relação sexual no último mês	3/20 (15)	6/16 (38)	0,146
Preservativo na primeira atividade sexual	19/20 (95)	13/16 (81)	0,303
Uso de contraceptivos orais em meninas	2/13 (15)	3/13 (23)	1,000
Uso de contraceptivos de emergência ^a	1/13 (8)	6/13 (46)	0,073
Pais sabem sobre a atividade sexual	9/20 (45)	11/16 (69)	0,154
Número total de parceiros sexuais, número	1 (1-16)	1 (1-5)	0,586

Os resultados são apresentados em n (%) e mediana (intervalo), teste de triagem CRAFFT (carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos, problemas).

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

Tabela 2 Dados demográficos e marcadores de puberdade em adolescentes com doenças crônicas e em controles saudáveis

Variáveis	Doenças crônicas (n=220)	Controles saudáveis (n=110)	p-valor
<i>Dados demográficos</i>			
Idade atual, anos	14 (10-18)	14 (10-18)	0,778
Sexo feminino	144 (65)	74 (67)	0,742
IMC, kg/m ²	21 (12-39)	21 (13-29)	0,091
Classe socioeconômica B e C	211 (95)	103 (94)	0,365
Escolaridade, anos	9 (3-14)	8 (4-12)	0,857
<i>Marcadores de puberdade</i>			
Tanner 3	53 (24)	23 (21)	-
Tanner 4	52 (24)	29 (26)	-
Tanner 5	77 (35)	46 (42)	0,582
Menarca	113/144 (78)	65/74 (88)	0,091
Idade da menarca, anos	12 (8-16)	11 (9-15)	0,009
Espermarca	38/76 (50)	23/36 (64)	0,168
Idade da espermarca, anos	12 (10-15)	13 (8-14)	0,642

Os resultados são apresentados em n (%) e mediana (intervalo); IMC, índice de massa corporal.

maiores naqueles que usaram as substâncias acima referidas. As frequências de Tanner 5 ($p < 0,0001$), a menarca ($p < 0,0001$) e a espermarca ($p = 0,001$) também foram significativamente mais elevadas no grupo anterior, da mesma

forma que a atividade sexual (23% contra 3%, $p < 0,0001$) (tabela 3).

Dos nossos 9 pacientes com DC com escore CRAFFT ≥ 2 , doenças reumáticas foram encontradas em 8 (três pacientes

Tabela 3 Dados demográficos, marcadores de puberdade e assédio moral em adolescentes com doenças crônicas, de acordo com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas

Variáveis	Uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (n=66)	Não uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (n=154)	p-valor
<i>Dados demográficos</i>			
Idade atual, anos	15 (11-18)	14 (10-18)	<0,0001
Sexo feminino	43 (65)	101 (66)	0,951
IMC, kg/m ²	21 (17-38)	21 (12-39)	0,275
Classe socioeconômica B e C	62 (94)	149 (97)	0,457
Escolaridade, anos	9 (5-14)	8 (3-12)	<0,0001
<i>Marcadores de puberdade</i>			
Tanner 3	13 (20)	40 (26)	-
Tanner 4	15 (23)	37 (24)	-
Tanner 5	36 (55)	41 (27)	<0,0001
Menarca	42/43 (98)	71/101 (70)	<0,0001
Idade da menarca, anos	12 (9-16)	12 (8-15)	0,348
Espermarca	18/23 (78)	20/53 (38)	0,001
Idade da espermarca, anos	12 (10-14)	12,50 (10-15)	0,668
<i>Função sexual</i>			
Atividade Sexual	15 (23)	5 (3)	<0,0001
Idade na primeira atividade sexual,	14,50 (8-16)	15 (14-15)	0,702
Relação sexual no último mês	3/15 (20)	0/5 (0)	0,539
Preservativo na primeira atividade sexual	14/15 (93)	5/5 (100)	1,000
Uso de contraceptivos orais em meninas	2/11 (18)	0/2(0)	1,000
Uso de contraceptivos de emergência	1/11 (9)	0/2 (0)	1,000
Pais sabem sobre a atividade sexual	6/15 (40)	3/5 (60)	0,617
Número total de parceiros sexuais, número	1 (1-6)	1 (1-16)	1,000
Assédio moral	24 (36)	55 (36)	0,685

Os resultados são apresentados em n (%) e mediana (intervalo), teste de triagem CRAFFT (carro, relaxar, sozinho, esquecer, amigos, problemas); IMC, índice de massa corporal.

com artrite idiopática juvenil e um de cada um dos seguintes, dermatomiosite juvenil, lúpus eritematoso sistêmico de início na infância, síndrome de Sjögren, arterite de Takayasu e púrpura de Henoch-Schönlein) e um paciente com doença alérgica (asma).

As frequências das condições crônicas em pacientes que faziam uso de álcool/tabaco/drogas ilícitas em relação àqueles que não usavam foram semelhantes ($p>0,05$). Uma tendência de baixa frequência de terapia medicamentosa

foi evidenciada em pacientes que usavam substâncias em comparação com aqueles que não usavam (70% vs. 82%, $p=0,051$) (tabela 4).

Discussão

Nosso estudo avaliou simultaneamente problemas de saúde em adolescentes com DC e controles saudáveis. Em

Tabela 4 Doenças crônicas em adolescentes e terapia medicamentosa de acordo com uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, os resultados são apresentados em n (%)

Variáveis	Uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas (n=66)	Não uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas (n=154)	p-valor
<i>Doenças crônicas em adolescentes</i>			
Imunológicas	3 (5)	2 (1)	0,160
Dermatológicas	3 (5)	3 (2)	0,367
Endocrinológicas	12 (18)	33 (21)	0,715
Gastroenterológicas	2 (3)	11 (7)	0,352
Neuropsiquiátricas	7 (11)	20 (13)	0,822
Alérgicas/cardiopulmonares	9 (14)	23 (15)	1,000
Renais	5 (8)	5 (3)	0,170
Reumáticas	46 (70)	112 (73)	0,743
Hematológicas	0 (0)	1 (1)	1,000
<i>Terapia medicamentosa para doenças crônicas</i>	46 (70)	126 (82)	0,051

adolescentes com DC, o uso de substâncias foi observado em idade mais avançada e esses apresentavam maior probabilidade de atividade sexual em comparação com aqueles que não usavam drogas lícitas/ilícitas.

A vantagem deste estudo foi a avaliação da validação da ferramenta de triagem CRAFFT feita por médicos (CEASAR) para abuso de substâncias em adolescentes.^{3,8} O uso do questionário com excelente confiabilidade teste-reteste quanto à função sexual, assédio moral e uso de substâncias também foi relevante. Além disso, um grupo de controle saudável, com idade, sexo, escolaridade e classe socioeconômica comparáveis, também foi observado em nosso estudo, uma vez que esses dados foram previamente relacionados com o assédio moral e abuso de substâncias.^{1,3,12,13}

O consumo de álcool foi relatado por cerca de um terço dos nossos pacientes com DC, apesar de uma frequência baixa de consumo no último mês. A prevalência do uso de álcool em adolescentes varia de 7,8% a 78,9%^{12,14,15} no mundo todo e de 26% a 71% no Brasil.¹⁶⁻²¹ Há estudos em adolescentes com DC específicas, geralmente com amostras pequenas e frequências variáveis de uso de álcool (4,8%-70%), tais como artrite juvenil idiopática,²² obesidade e sobrepeso,²³ asma,²⁴ fibrose cística e doença falciforme.²⁵ Esse achado nos pacientes com DC pode estar relacionado com a disponibilidade de álcool em festas, bares, lojas e residências no Brasil.¹⁶

É importante notar que na avaliação de apenas adolescentes com DC, observou-se que o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas ocorreu em pacientes com DC que tinham maior idade, mais anos de escolaridade e marcadores pós-púberes. A prevenção do uso de substâncias no início da adolescência pode estar relacionada com a superproteção dos pais e cuidadores primários. Em contraste, uma atitude parental mais liberal pode contribuir para um aumento no abuso de substâncias mais tarde na vida. Além disso, pacientes com DC graves que necessitavam de frequências mais altas de medicação podem ter contribuído para o baixo uso de drogas lícitas e ilícitas.

Os adolescentes podem desenvolver um padrão de consumo que é socialmente aceitável e um pequeno grupo de pacientes com DC abusava do consumo de álcool com mais frequência. Foi aplicado um procedimento de triagem validado para abuso de substâncias e 4% de nossos pacientes com DC tinham um risco maior de abuso de substâncias/dependência. Uma correlação positiva também foi evidenciada entre o escore CRAFFT e idade atual, o que indica um maior risco de abuso de substâncias nocivas nos adolescentes mais velhos com DC.

Tabagismo foi relatado por apenas 2% dos nossos pacientes com DC. Esse aspecto também foi observado em adolescentes do nosso país continental, devido à proibição de publicidade do tabagismo,²⁶ uso de advertências em embalagens de cigarros²⁷ e proibição do fumo em locais públicos.²⁸ O uso de qualquer droga ilícita (maconha, solventes, cocaína ou crack) foi relatado por 2,8% dos adolescentes em um estudo brasileiro²¹ e esse resultado foi maior do que em nossos pacientes com DC.

É interessante notar que pacientes com DC, usuários de substâncias, estavam mais envolvidos em atividade sexual e podem apresentar um risco maior de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e de baixo uso de contraceptivos.^{29,30} Esse achado também pode estar relacionado

ao fato de que os pacientes eram mais velhos e provavelmente tinham maior maturidade sexual. No entanto, este estudo não avaliou se o consumo de álcool influenciou o comportamento sexual de alto risco em pacientes com DC.

Além disso, o assédio moral foi frequentemente relatado em pacientes com DC e parece não estar ligado ao uso de substâncias. Adolescentes com DC podem sofrer esse tipo de vitimização,^{4,5} que podendo induzir ao transtorno de ansiedade-depressiva e interferir com a aderência adequada quanto ao uso de medicação. É necessário conduzir um estudo prospectivo para avaliar a prevalência e intensidade do assédio moral em uma grande amostra de pacientes com DC.

A principal limitação do presente estudo foi o uso de uma amostra de conveniência para os pacientes com DC em um hospital universitário terciário, predominantemente de doenças reumáticas, endocrinológicas, alérgicas e doenças cardiopulmonares. Uma pequena amostra também pode ter reduzido o nosso poder para detectar diferenças entre os dois grupos e o desenho transversal do nosso estudo não permitiu a avaliação da temporalidade entre exposição e desfecho. Não avaliamos os critérios de atividade da doença para todos os pacientes com DC e na verdade esse achado pode modificar o comportamento. Além disso, os controles saudáveis e pacientes com DC foram encaminhados para a clínica de adolescentes do nosso hospital universitário para receber orientação sobre a função sexual e controle de natalidade, problemas emocionais e problemas com drogas.

Há necessidade de uma avaliação adicional e intervenção terapêutica com uma equipe multidisciplinar e multiprofissional em adolescentes com DC e famílias em risco de abuso de substâncias. A discussão confidencial de drogas lícitas e ilícitas e outros comportamentos potencialmente de risco devem ser incluídos nos cuidados de rotina de clínicas que fazem o acompanhamento de pacientes com DC.

Em conclusão, uma idade mais velha foi demonstrada em pacientes com DC que relataram o uso de drogas lícitas/ilícitas. Pacientes com DC usuários de substâncias eram mais propensos a ter relações sexuais. Nosso estudo reforça a informação de que esses pacientes devem ser sistematicamente testados por pediatras para padrões de comportamento de saúde relacionados ao uso de drogas, atividade sexual e álcool.

Fonte de financiamento

Esse estudo recebeu subsídios da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP 2011/12471-2 para CAS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq 302724/2011-7 para CAS), Federico Foundation (para CAS) e Núcleo de Apoio à Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente da USP (NAP-CriAd) para CAS.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Agradecemos ao Dr. JR Knight e ao Dr. P Schram por fornecer a versão em português do instrumento CRAFFT *screen*

(CEASAR), Hospital Infantil de Boston, Massachusetts, EUA. Nossa gratidão a Ulysses Doria-Filho pela análise estatística.

Referências

1. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630–40.
2. Jannini SN, Dória-Filho U, Damiani D, Silva CA. Musculoskeletal pain in obese adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:329–35.
3. Levy S, Sherritt L, Gabrielli J, Shrier LA, Knight JR Jr. Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2009;45:473–7.
4. Sentenac M, Gavin A, Arnaud C, Molcho M, Godeau E, Nic Gabhainn S. Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers: a cross-national study between Ireland and France. *J Adolesc Health*. 2011;48:461–6.
5. Pittet I, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Are adolescents with chronic conditions particularly at risk for bullying? *Arch Dis Child*. 2010;95:711–6.
6. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384:766–81.
7. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Arch Dis Child*. 2004;89:938–42.
8. Knight JR, Schram P. Portuguese version of CRAFFT screen (CEASER). Available from: http://www.ceasar-boston.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT_Portuguese.pdf [cited 19.01.15].
9. 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.
10. ABEP [homepage on the Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas [cited 19.01.15]. Available from: www.abep.org.br.
11. Marshall JC, Tanner JM. Variations in patterns of pubertal changes in boys and girls. *Arch Dis Child*. 1970;45:13–23.
12. 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.
13. Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HM. Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:244–50.
14. Seil KS, Desai MM, Smith MV. Sexual orientation, adult connectedness, substance use, and mental health outcomes among adolescents: findings from the 2009 New York City Youth Risk Behavior Survey. *Am J Public Health*. 2014;104:1950–6.
15. 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.
16. Malta DC, Machado IE, Porto DL, da Silva MM, de Freitas PC, da Costa AW, et al. Alcohol consumption among Brazilian adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:203–14.
17. Malta DC, Bernal RT. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:241–55.
18. Barbosa Filho VC, Campos W, Lopes Ada S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2012;46:901–17.
19. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24:s545–57.
20. Malta DC, Mascarenhas MD, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14 Suppl. 1:136–46.
21. 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.
22. Nash AA, Britto MT, Lovell DJ, Passo MH, Rosenthal SL. Substance use among adolescents with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1998;11:391–6.
23. Terres NG, Pinheiro RT, Horta BL, Pinheiro KA, Horta LL. Prevalence and factors associated to overweight and obesity in adolescents. *Rev Saude Publica*. 2006;40:627–33.
24. Kim O, Kim BH. Association of asthma symptoms with cigarette smoking and alcohol consumption in Korean adolescents. *Nurs Health Sci*. 2013;15:65–72.
25. Britto MT, Garrett JM, Dugliss MA, Daeschner CW Jr, Johnson CA, Leigh MW, et al. Risky behavior in teens with cystic fibrosis or sickle cell disease: a multicenter study. *Pediatrics*. 1998;101:250–6.
26. Galduróz JC, Fonseca AM, Noto AR, Carlini EA. Decrease in tobacco use among Brazilian students: a possible consequence of the ban on cigarette advertising? *Addict Behav*. 2007;32:1309–13.
27. Nascimento BE, Oliveira L, Vieira AS, Joffily M, Gleiser S, Pereira MG, et al. Avoidance of smoking: the impact of warning labels in Brazil. *Tob Control*. 2008;17:405–9.
28. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RM. Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions. *Cien Saude Colet*. 2014;19:539–52.
29. Araujo DB, Borba EF, Abdo CH, Souza Lde A, Goldenstein-Schainberg C, Chahade WH, et al. Sexual function in rheumatic diseases. *Acta Reumatol Port*. 2010;35:16–23.
30. Silva CA, Hilario MO, Febronio MV, Oliveira SK, Almeida RG, Fonseca AR, et al. Pregnancy outcome in juvenile systemic lupus erythematosus: a Brazilian multicenter cohort study. *J Rheumatol*. 2008;35:1414–8.