



Perfil sociodemográfico e clínico de crianças com duplo diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Sociodemographic and clinical profile of children with dual diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD)

Perfil sociodemográfico y clínico de los niños con doble diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno del espectro autista (TEA)

Ana Clara Lima Serra¹, Emanuelle Mayane do Nascimento Oliveira¹, Livia Moreira Paes¹, Allan Mateus da Silva Lima¹, Diego Mansur Alfaia¹, Matheus Sodré de Araújo², Larissa Salgado de Oliveira Rocha³.

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças com duplo diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA). **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo com uma abordagem quantitativa, baseada nas informações presentes nos prontuários do público infantil entre 3 e 14 anos de ambos os sexos com diagnóstico de TDAH e TEA atendidos no SABER. **Resultados:** Maior parte da amostra composta por participantes entre 7-10 anos (63,4%) do sexo masculino (78%), idade materna (43,9%) dentro da margem de risco para o diagnóstico (> 35 anos). Observou-se resultados significativos para Idade paterna ($p=0,035$), tipo de parto ($p=0,034$) e tempo de acompanhamento ($p=0,029$) quando relacionados ao sexo dos pacientes. Não se encontrou relevância entre características clínicas e renda familiar ($p>0,05$). **Conclusão:** O estudo mostrou a relação do perfil sociodemográfico e clínico que foi maior em crianças do sexo masculino a termo que obtiveram diagnóstico tardio para as patologias e com fatores de risco relacionados a idade dos pais acima de 35 anos.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Transtorno do Espectro do Autista, Transtornos do Neurodesenvolvimento, Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To trace the sociodemographic and clinical profile of children with dual diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD). **Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach, based on the information present in the medical records of children between 3 and 14 years old of both genders diagnosed with ADHD and ASD attended at the SABER. **Results:** Most of the sample was composed of participants between 7-10 years (63.4%), male (78%), maternal age (43.9%) within the risk margin for diagnosis (> 35 years). Significant results were observed for Paternal age ($p=0.035$), type of delivery ($p=0.034$) and follow-up time ($p=0.029$). when related to patient gender. No relevance was found between clinical characteristics and family income ($p>0.05$). **Conclusion:** The study showed the association between the sociodemographic and clinical profile, which was

¹ Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém - PA.

² Universidade do Estado do Pará (UEPA), Marabá - PA.

³ Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), Piracicaba - SP.

higher in full-term male children who had a late diagnosis for the pathologies and with risk factors related to the age of the parents over 35 years.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Neurodevelopmental Disorders, Physical Therapy.

RESUMEN

Objetivo: Trazar el perfil sociodemográfico y clínico de niños con doble diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno del Espectro Autista (TEA). **Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo con enfoque cuantitativo, basado en la información presente en las historias clínicas de niños entre 3 y 14 años de ambos sexos diagnosticados con TDAH y TEA atendidos en el SABER. **Resultados:** La mayor parte de la muestra estaba compuesta por participantes de entre 7 y 10 años (63,4%), varones (78%), edad materna (43,9%) dentro del margen de riesgo para el diagnóstico (> 35 años). Se observaron resultados significativos para la edad paterna ($p=0,035$), el tipo de parto ($p=0,034$) y el tiempo de seguimiento ($p=0,029$) cuando se relacionan con el sexo del paciente. No se encontró relevancia entre las características clínicas y los ingresos familiares ($p>0,05$). **Conclusión:** El estudio mostró la relación entre el perfil sociodemográfico y clínico, siendo mayor en los niños nacidos a término del sexo masculino, con diagnóstico tardío de las patologías y con factores de riesgo relacionados con la edad de los padres mayores de 35 años.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos del Neurodesarrollo, Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é uma condição com diagnóstico comum na infância e é um dos distúrbios mais frequentes que afetam o desempenho escolar, possuindo uma taxa de prevalência de 5% a 7% na população de escolares (POLANCZYK GV, et al., 2014).

O TDAH é um transtorno de desenvolvimento prevalente caracterizado por níveis inadequados de atenção, hiperatividade e impulsividade e frequentemente há comorbidades com outros transtornos psiquiátricos. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, há diferentes áreas da vida da criança que podem ser comprometidas em decorrência do TDAH, como o relacionamento interpessoal e o bem-estar, levantando a necessidade de tratamentos eficazes (POSNER J, et al., 2020).

As características clínicas variam de acordo com o quadro do transtorno. No caso do desatento e combinado há dificuldade de prestar atenção em detalhes; manter atenção em tarefas lúdicas; finalizar atividades; organizar tarefas; se envolver em atividades demoradas e facilmente se distrai com estímulos externos e perder objetos com facilidade. Em relação ao quadro de hiperatividade/ impulsividade o indivíduo irá apresentar dificuldade em permanecer quieto em um só lugar; incapacidade de se envolver em alguma atividade de lazer calmamente; não esperar uma pergunta terminar para poder responder; corre e sobe em objetos em um contexto inadequado e incapacidade em esperar (CASTRO CXL, 2018).

Tendo em vista essas características, os sintomas do TDAH apontam risco para as dificuldades acadêmicas e sociais, assim como associação de problemas emocionais e de comportamento na infância e adolescência, além disso, alguns riscos podem contribuir para o surgimento de mais de um sintoma decorrente de características parentais, desvantagens socioeconômicas e até disfunções neuropsicológicas (BREAUX RP, 2014).

Além dos déficits cognitivos, há também um comprometimento na motricidade grossa e fina e na coordenação. As funções executivas são fundamentais para modular processos cognitivos e são compostas por elementos fundamentais, que estão alterados no quadro do transtorno, como controle da atenção e inibição de respostas; realização de tarefas simultâneas e captação e processamento de informações, sendo essenciais para o aprendizado e conseqüentemente para o desempenho acadêmico (GREFF J, 2018). Os déficits relacionados às funções executivas citados acima, podem ser reduzidos com o uso de medicações. Esse acompanhamento medicamentoso do TDAH depende de escalas de sintomas avaliadas por pessoas envolvidas com a criança ou temática. Logo, estes sintomas do TDAH sugerem uma associação negativa em

relação ao surgimento de prejuízos acadêmicos, principalmente relacionados ao quadro de desatenção. Nesse contexto, há um comprometimento que ocorre no desenvolvimento da linguagem associada a um pobre desempenho da leitura, assim como também dificuldade em situações que exijam mais da criança em termos de raciocínio (LANGBERG J, 2016).

A medicação reduz significativamente os riscos de vários resultados negativos, incluindo as dificuldades acadêmicas, transtornos de humor, desvio de conduta, Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) e acidentes (BOLAND H, et al., 2020). Ademais, no TDAH, é comum a deficiência de vitaminas e minerais no corpo humano. As evidências trazem que a vitamina D desempenha um papel importante no bom funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), tendo reflexos na função cognitiva e motora (HAIRI HA, et al., 2019).

Embora tenha evidências claras de que os níveis de vitamina D são mais baixos em crianças e adolescentes com TDAH, os benefícios da suplementação dessa vitamina nestes indivíduos ainda não são claros. Além disso, o magnésio é outro nutriente essencial que está associado ao comprometimento cognitivo deste indivíduo e pode levar a sintomas como a fadiga, falta de concentração, nervosismo e alterações de humor (HUSS M, 2010).

Em relação aos indicadores socioeconômicos, existem fatores de risco relacionados à renda da família e ao contexto de interação familiar podendo estar relacionado a um agravamento das características clínicas do TDAH influenciando no curso dos sintomas. Assim, fatores psicossociais derivados de uma relação parental instável, em conjunto com um contexto ambiental desfavorável contribuem para o declínio no nível de foco atencional e de concentração (MANSUR R, 2016).

Como o TDAH tem ocasionado repercussão em tempos atuais, devido a sinais clínicos alterados de concentração, agitação e na compreensão de comandos, impactando no âmbito dos estudos acadêmicos, devido a isso, há uma grande procura pela assistência psicológica, clínica e educacional referente às identificações do TDAH (EFFGEM V, et al., 2017).

Sendo assim, uma alternativa de tratamento para essa população pode ser a prática de exercícios físicos, pois impactam na performance cognitiva, nos sintomas do TDAH e nas habilidades motoras, principalmente quando associado a treinos de performance cognitiva, mostrando a atividade física como uma alternativa promissora e tratamento complementar para os diagnosticados (DEN, 2017).

Ademais, déficits de atenção são comumente associados às manifestações do Transtorno do Espectro Autista (TEA), cerca de 52% a 78% dos pacientes que são diagnosticados com TEA, também recebem o diagnóstico para o TDAH. Indivíduos que recebem o diagnóstico de TEA não só manifestam sintomas relacionados ao TDAH, mas também demonstram uma pior performance em testes que exijam mais do foco atencional, podendo persistir até a fase da adolescência (LAMANNA A, 2017).

Hoje entende-se que o TEA faz parte de uma das características em um espectro com causas biológicas e congênitas. O autismo é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por uma tríade de sintomas: déficits persistentes na comunicação social e interação social, e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, sendo o autismo considerado como uma entidade clínica (ARAÚJO CA, 2022).

As causas genéticas do TEA identificadas podem ser classificadas como: anormalidades cromossômicas e distúrbios de um único gene, como ocorre no gene FMR1 na síndrome do X-frágil. Em relação aos fatores ambientais, ainda existem controvérsias sobre sua função na determinação do transtorno. Entretanto, diversos pesquisadores concordam sobre a influência de alguns fatores, como: idade avançada dos pais, o uso de medicação pela mãe durante a gestação, sangramento na gravidez, diabetes gestacional, hipóxia neonatal, pré-eclâmpsia, infecções virais no período neonatal e algumas doenças maternas (FIGUEIREDO FG, 2014).

Dessa forma, o TEA é um transtorno caracterizado por prejuízos do desenvolvimento como na interação social, comunicação e repertório de interesses. Dessa forma, os indivíduos que apresentam TEA demonstram

déficits no domínio de cognição e linguagem, porém apresentam boa habilidade em relação a memória, principalmente voltada para a lembrança de detalhes. Em contrapartida, a mesma pode estar alterada se o indivíduo também apresentar comprometimento intelectual devido má organização das informações como consequência da falha de raciocínio e compreensão (CRAIG F, 2016).

Sendo assim, considerando os fatores de risco que podem estar associados ao diagnóstico do TDAH e suas repercussões no âmbito biológico, psicológico e social, bem como sua relação com o TEA, este estudo propôs traçar o perfil clínico e sociodemográfico de crianças com duplo diagnóstico de TDAH e TEA por meio da análise de prontuários, procurando contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre os aspectos biopsicossociais associados ao quadro.

MÉTODOS

O delineamento do estudo foi do tipo observacional, transversal e descritivo com uma abordagem quantitativa, baseada nas informações presentes nos prontuários dos pacientes infantis entre 3 e 14 anos de ambos os sexos com TDAH e TEA atendidos no Serviço de Atendimento em Reabilitação (SABER) a partir da autorização da instituição e responsáveis da criança.

A coleta foi realizada no período de setembro a outubro de 2022 após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o Parecer de número 5.698.936 e CAEE de número 61516222.1.0000.5169.

A análise iniciou após autorização da diretoria para acesso livre aos prontuários que eram no total de 55, possibilitando a análise das informações. Foram incluídos prontuários de crianças que possuíam sinais e sintomas correspondentes ao quadro do TDAH acompanhado pelo diagnóstico duplo de TEA e que faziam acompanhamento regular na clínica. Foram excluídos os prontuários que não continham sintomas voltados para o quadro clínico desatento, hiperativo/impulsivo ou combinado e de pacientes faltosos.

Os dados clínicos coletados foram: Data do diagnóstico, medicação, tempo de acompanhamento, características clínicas, sinais e sintomas para o diagnóstico, como ocorreu o desenvolvimento da criança até a atualidade e se houve atraso no desenvolvimento. Em relação aos aspectos sociodemográficos, foram coletados: Idade das crianças e dos pais, informações sobre a gestação e parto, e qual a renda mensal dos pais ou responsáveis. Após a aplicação da pesquisa foi realizado uma comparação dos dados encontrados nos prontuários e logo em seguida foram tabulados em uma planilha do Excel, sendo usado para análise de dados o software SPSS versão 26 e para verificar a relação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado com significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

De acordo com a (**Tabela 1**), pode-se observar que foram analisados 41 prontuários dos 55, devido muitos diagnósticos não estarem completamente fechados, destas 10 crianças possuíam de 03 a 06 anos (24, 4%), 26 crianças de 7 a 10 anos (63,4%) e 5 crianças de 11 a 14 anos (12,2%). Nessa população, a sua maioria foi composta pelo sexo masculino em 78% e o restante era do sexo feminino (22%). No que diz respeito à idade materna, observou-se mães que apresentavam idade de 26 a 35 anos (29,3%), entre 36 a 45 anos (43,9%); entre 46 a 54 anos (17,1%) e os que não foram informados (17,1%).

Já em relação a idade paterna, não havia relato da idade em 73,2% dos prontuários, sendo observado em 4,9% idade entre 29 a 36 anos; de 9,8% correspondendo a idade de 37 a 40 anos e de 45 a 48 anos um percentual de 12,2% de idade paterna.

Conforme (**Tabela 1**), de acordo com as variáveis relacionadas ao nascimento, no que se refere ao tempo de gestação foi observado nos prontuários crianças nascidas a termo em 78,05%, 7,32% pré-termo e pós-termo 0%. Contudo, não foi obtida a informação sobre tempo de gestação em 14,63% dos prontuários. Por outro lado, considerando a variável tipo de parto, foi obtido que 17,07% nasceram de parto normal, 63,41% nasceram de parto cesáreo e 19,51% não relataram informação sobre o tipo parto. Ao analisar as medicações (**Tabela 1**), foi observado nos prontuários que a maioria destes apresentava 53,7% realizando tratamento com Risperidona, 2,4% com Carbamazepina e 2,4% com Artejo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e medicamentosa dos pacientes estudados (n=41).

Variáveis	n (%)
Sociodemográficas	
Idade (anos)	
03 a 06	10 (24,4)
07 a 10	26 (63,4)
11 a 14	5 (12,2)
Sexo	
Feminino	9 (22)
Masculino	32 (78)
Idade materna	
26 a 35	12 (29,3)
36 a 45	18 (43,9)
46 a 54	4 (9,8)
Não informado	7 (17,1)
Idade paterna	
29 a 36	2 (4,9)
37 a 40	4 (9,8)
45 a 48	5 (12,2)
Não informado	30 (73,2)
Relacionadas ao nascimento	
Tempo de gestação	
Pré-termo	3 (7,32)
A termo	32 (78,05)
Pós-termo	0 (0)
Não informado	6 (14,63)
Tipo de parto	
Normal	7 (17,07)
Cesáreo	26 (63,41)
Não informado	8 (19,51)
Medicamentosas	
Risperidona	
Sim	22 (53,7)
Não	19 (46,3)
Carbamazepina	
Sim	1 (2,4)
Não	40 (97,6)
Artejo	
Sim	1 (2,4)
Não	40 (97,6)

Fonte: Serra ACL, et al., 2023

A **Tabela 2**, expressa os valores da relação entre variáveis clínicas, demográficas e gestacional com o sexo dos pacientes com TDAH e TEA. Ao comparar o sexo dos pacientes que possuem diagnóstico de TDAH e TEA com a idade paterna foi observado diferença significativa demonstrando que há associação na relação entre as variáveis analisadas ($p= 0,035$). Logo, ao verificar a renda familiar, observou-se recebimento de zero a 2 salários mínimos pela família de 7 pacientes do sexo feminino e de 27 pacientes do sexo masculino; recebendo renda de 2 a 4 salários encontrou-se somente a família de 1 paciente do sexo feminino e de 3 do

sexo masculino e com renda equivalente de 4 a 6 salários mínimos no sexo feminino verificou-se a família de 1 paciente do sexo de 2 pacientes do sexo masculino. Tais variáveis em relação a renda familiar comparada ao sexo das crianças com TDAH demonstraram valores não significativos ($p=0,867$).

Tabela 2 - Análise da relação entre variáveis clínicas, demográficas e gestacional com o sexo dos pacientes com TDAH (n=41).

Variáveis	Sexo		p-valor	GL
	Feminino	Masculino		
Idade paterna				
29 a 36	2	0	0,035*	3
37 a 40	1	3		
45 a 48	0	5		
Não informado	6	24		
Renda familiar (salários)				
0 a 2	7	27	0,867	2
2 a 4	1	3		
4 a 6	1	2		
Tipo de parto				
Normal	4	3	0,034*	2
Cesáreo	3	23		
Não informado	2	6		
Tempo de acompanhamento (anos)				
Até 2 anos	8	13	0,029*	2
De 2 a 4 anos	0	13		
Mais de 4 anos	1	6		
Clínicas				
Hiperatividade	7	25	0,982	1
Desatenção	8	21	0,175	1
Estereotípias	3	10	0,906	1
Déficit cognitivo	8	21	0,175	1
Irritabilidade	2	6	0,816	1
Alterações na coordenação	3	19	0,166	1
Alterações no andar	2	8	0,864	1
Alterações na fala	6	16	0,376	1

Legenda: GL= Grau de liberdade. * $p \leq 0,05$. Teste qui-quadrado.

Fonte: Serra ACL, et al., 2023.

Com relação as variáveis gestacionais comparadas ao sexo das crianças com TDAH e TEA (**Tabela 2**), observou-se valores significativos ($p= 0,034$), assim como quando se associou a variável tempo de acompanhamento e o sexo de pacientes com TDAH e TEA, notou-se que houve diferença estatística no acompanhamento destes ($p= 0,029$).

Ao considerar as variáveis clínicas (**Tabela 2**), observou-se características de hiperatividade no sexo em 7 meninas e em 25 meninos; desatenção em 8 meninas e em 21 meninos; características de estereotípias em 3 pacientes do sexo feminino e 10 do sexo masculino; o déficit cognitivo se manifestou em 8 indivíduos do sexo feminino e em 21 do sexo masculino; assim como 2 meninas e 6 meninos apresentaram irritabilidade. Nota-se que o sexo masculino se destaca em comprometimento em relação as características clínicas comportamentais e cognitivas, entretanto ao analisar esta em relação ao sexo dos pacientes verifica-se que não houve diferença significativa ($p > 0,05$).

Com relação as características clínicas de perfil motor e linguagem (**Tabela 2**), as alterações de coordenação foram encontradas em 3 pacientes do sexo feminino e em 19 do sexo masculino; bem como na verificação das alterações do andar foram encontradas em 2 meninas e em 8 meninos; e em relação a alteração da fala, se manifestou em 6 meninas e em 16 meninos. Entretanto, apesar de serem encontradas todas estas alterações clínicas, as mesmas não apresentaram diferenças significativas quando comparadas com o sexo dos pacientes ($p>0,5$).

DISCUSSÃO

O presente estudo obteve uma maior parte da amostra de crianças com diagnóstico duplo de TDAH e TEA com idade entre 07 e 10 anos, dados estes discordantes da pesquisa de Reis DDL, et al. (2019) que houve uma predominância entre 5 a 8 anos. Supõe-se que no presente estudo parte das crianças que possuíam essa idade ou menos representaram um menor percentual, sendo talvez um indicativo para a prevalência de diagnósticos e encaminhamentos mais tardios.

Tal afirmação contrasta com o que foi identificado por este estudo se comparado com o estudo de O'Neill S, et al. (2019) que afirmaram que tais diagnósticos são condições neurológicas que surgem cedo na infância e por isso é necessário o seu monitoramento precoce, contudo explica-se que anteriormente havia falta de conhecimento e discussão clínica sobre o assunto que ainda é novo em algumas regiões e diversos profissionais desconhecem para fazer o diagnóstico preciso e no contexto atual observa-se maior expressividade ao tema.

Neste estudo também foi possível identificar uma prevalência maior de crianças do sexo masculino com esse diagnóstico, o que corrobora com o estudo de Fabre BD e Lúcio OS (2021) que observaram em sua amostra de 48 participantes somente 18,8% eram pacientes do sexo feminino e no de Rodrigues WMA e Reisdörfer G (2021) que abordaram sobre o TDAH e TEA e sua ocorrência em ambos os sexos, atribuindo destaque para o masculino, possuindo um índice de quatro a cinco vezes mais que no sexo feminino.

De acordo com exames de ressonância magnética analisados no estudo de Mahone M (2011) em meninas há uma diminuição da camada cinzenta em uma região motora, enquanto meninos apresentaram um menor volume da camada branca, podendo estar associada à uma alteração das funções executivas, indicando que há características estruturais associadas ao TDAH e TEA em ambos os sexos, confrontando a maior incidência do diagnóstico no sexo masculino visto no presente estudo.

Em contrapartida, a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2021) afirma que no momento da avaliação para traçar diagnóstico, há uma disparidade do que é encontrado em homens e mulheres, isso porque os sintomas são manifestados de formas diferentes, ocorrendo uma alteração mais elevada em relação a atenção, identificado mais claramente em meninos. Além disso, segundo Mantin J (2018), há um fator protetor no sexo feminino, que necessitará de uma maior carga genética para desenvolver o transtorno, relacionado a hormônios gonadais, os quais atuam manifestando sintomas de forma diferente entre os sexos. Assim, por um lado, pode-se afirmar que em estudos e testes clínicos, as alterações são menos detectáveis em mulheres dificultando o seu rastreamento, diagnóstico e conseqüentemente, o seu registro, por outro pode-se destacar a importância de mais estudos sobre a relação desse diagnóstico com o sexo dos pacientes.

Em relação a idade dos genitores, segundo o estudo de Min X (2021) um dos fatores de risco no período gestacional para identificação do duplo diagnóstico TDAH+TEA, é a idade materna e paterna quando acima de 35 anos, período em que os gametas de pais e mães mais velhos mostram maior chance de sofrer mutações genéticas. Além disso, a pesquisa de Wu S, et al. (2017) mostrou que a idade materna alta foi associada a um risco aumentado de 41% para surgimento de TEA e TDAH, e a idade paterna a um risco elevado de 55%. Assim, tais constatações consolidam o achado da presente pesquisa, tendo encontrado como mais prevalentes mães com idade entre 46 e 54 anos e pais entre 45 a 48 anos.

No que diz respeito ao tempo de gestação, neste estudo foi constatado que a maior parte da amostra nasceu a termo. Em contrapartida, discordando dos achados do presente estudo, o de Sonsini TCB (2018), relatou que a prematuridade está associada a uma maior chance de transtornos do neurodesenvolvimento,

inclusive nas análises dos quadros TEA+TDAH, contrastando com o achado deste estudo, com uma taxa de nascidos pré-termo de apenas 7,32%. Sonsini TCB (2018) também destacou em seu estudo que a maior parte da amostra de prontuários trouxe como informação um maior número de partos cesáreos no caso das crianças com o diagnóstico duplo, confirmando os dados obtidos no presente estudo com 63,41% dos partos tendo sido realizados por meio da cirurgia cesárea.

Segundo Villacorta PC (2017) 50% dos partos que ocorrem na América Latina são cesáreos e tendo em vista essa prevalência, o parto cesáreo está se tornando um problema de saúde pública em comparação com o parto vaginal por causar efeitos psicológicos em mulheres e sua capacidade de adaptar-se a maternidade, podendo aumentar o risco de depressão e estresse pós-traumático e conseqüentemente pode influenciar na relação entre mãe e filho(a) resultando, não só na expressão de sintomas do quadro de TDAH e TEA, como também no seu agravamento.

No que se refere a medicação, neste estudo constatou-se uma maior adesão ao tratamento farmacológico com a Risperidona (RPD), sendo 53,07% da amostra total. A pesquisa de Leite R (2015) traz aspectos positivos que reforçam esse achado, decorrente do tratamento que o fármaco propicia, auxiliando no controle de desordens comportamentais e psiquiátricas.

No estudo de Nikolov R, et al. (2006), também consolidaram sobre o prevalente uso da medicação RPD, por ser um bloqueador seletivo de monoaminas, pois possui alta afinidade por receptores serotoninérgicos e dopaminérgicos, levando à melhoria dos principais sintomas do TEA e TDAH, como dificuldade de interação social, prejuízo na comunicação, comportamentos repetitivos, hiperatividade, redução da atenção, agressividade e ataques de raiva. Em contrapartida em sua pesquisa relata sobre seus efeitos colaterais, que são mais vistos em pacientes que a utilizam, como sonolência e aumento de apetite, conseqüentemente levando a obesidade em crianças, fadiga, tontura e alterações metabólicas, o que pode ser um fator contribuinte para uma baixa adesão, discordando com os achados deste estudo que traz a Risperidona com uma alta taxa de consumo pelos pacientes.

No presente estudo foi constatado uma maior incidência na utilização do medicamento Risperidona em relação ao Aripiprazol. Entretanto, no estudo de Stepanova E, et al. (2022) foi possível concluir que o Aripiprazol apresentou melhor eficiência na redução nos sintomas de irritabilidade quando comparado com o Risperidona. Além disso, a literatura traz que os efeitos do aripiprazol são semelhantes aos da risperidona, porém, ele apresenta efeitos colaterais mais leves, embora esses medicamentos possam diminuir moderadamente a irritabilidade e a agressividade desses pacientes com TEA.

Por outro lado, discordando dos achados no estudo de Lynch R, et al. (2017) que trazem em seus estudos os efeitos adversos graves que esses medicamentos podem causar, como o aumento do risco de diabetes e obesidade, o cansaço extremo, ginecomastia, que no homem ocorre aumento descontrolado das mamas e também sintomas extrapiramidais (discinesia). Diante de todos os dados analisados nos artigos científicos, nota-se que é relevante no atual estudo verificar a importância de tais medicamentos e também para mostrar que há controvérsias na literatura quando se fala de seus efeitos colaterais. Outro medicamento visto no atual estudo além do risperidona, é a Carbamazepina, que segundo as autoras Freitas MAL e Catelan-Mainarde SC (2013) confirmam que a carbamazepina auxilia na redução da agressividade.

Em relação à renda familiar, foi observado que a grande quantidade dos familiares dos pacientes com TDAH e TEA recebem de 0 a 2 salários mínimos por mês. Pantoja APP, et al. (2022) trazem que a maior parte dos cuidadores principais de crianças com TDAH e TEA do estudo realizado por eles eram mães biológicas, sendo que 70% não tinha emprego fixo e a sua ocupação era, exclusivamente, como cuidadora do menor e do lar. Além disso, metade das mães apresentaram escolaridade de ensino médio completo/incompleto e as famílias conviviam com a pobreza, cuja renda econômica predominante era de menos de um salário mínimo (53,54%). Tais achados deste estudo de Pantoja APP, et al. (2022) estão em concordância com os dados sociodemográficos encontrados no presente estudo, destacando familiares que recebem até dois salários mínimos no mês vivendo socioeconomicamente na pobreza, fator impactante também em relação ao monitoramento e diagnóstico dessa criança.

Dessa forma, o estudo de Muszkat M (2017) menciona que meninos são mais propensos ao desenvolvimento de distúrbios do neurodesenvolvimento que meninas, visto que os meninos são geneticamente mais favoráveis à ocorrência de transtornos do sistema nervoso. Assim, as causas do TDAH e TEA ainda permanecem em constantes estudos, entretanto, acredita-se que seja multifatorial, associada a fatores genéticos e neurobiológicos, isto é, anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central, problemas constitucionais inatos e interação entre múltiplos genes. Ademais, Lavor MDLSS et al, (2021) identificou em seu estudo que nos pacientes com TEA e TDAH existe uma vasta diferença de expressão de RNA entre o córtex frontal e temporal no cérebro autista e tDAH em comparação com o cérebro controle.

No presente estudo, notou-se que a maior prevalência de características clínicas de sinais/sintomas é do hiperativo, com o total de 32% no sexo masculino e feminino, com o predomínio no sexo masculino em 25%. De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2021), meninos são mais diagnosticados com o sintoma de desatenção, corroborando com os dados obtidos nesse estudo, o que identificou 21 meninos com esse sintoma, enquanto somente 8 meninas apresentaram. Sendo assim, houve concordância diante aos dados que relacionam essa variável clínica com o sexo, dado obtido também no presente estudo

O estudo apresenta algumas limitações o que dificultou a discussão de algumas variáveis, como poucas informações nos prontuários sobre os pais, gestação e tipo de parto, além do tempo de escolaridade dos pais e um menor número de prontuários analisados devido dificuldade de encontrar pacientes com o diagnóstico fechado. No entanto, os dados são relevantes para melhor compreensão acerca desses transtornos e, conseqüentemente, um melhor rastreio e diagnóstico, assim, se faz necessário a realização de mais pesquisas sobre o assunto e sua relação com essas variáveis.

CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível traçar de forma parcial o perfil sociodemográfico e clínico de crianças com diagnóstico TDAH+TEA. Assim, o presente estudo mostrou em relação ao perfil sociodemográfico e clínico que o maior acometimento são crianças do sexo masculino a termo em sua maioria que obtiveram diagnóstico tardio para as patologias e com fatores de risco relacionados a idade dos pais acima de 35 anos. Assim, percebe-se a relevância do estudo para a criação de políticas regionais e formação de especialistas para um melhor procedimento de diagnósticos e acompanhamento dessas crianças com diagnóstico duplo.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao SABER que possibilitaram a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO CA. Autism: an 'epidemic' of contemporary times. *The Journal of analytical psychology*, 2022; 67,1: 5-20.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO (ABDA). 2021. Disponível em: <https://tdah.org.br/tdah-em-mulheres/>. Acessado em: 15 de novembro de 2022.
3. BOLAND H. Uma revisão da literatura e meta-análise sobre os efeitos dos medicamentos para TDAH nos resultados funcionais. *J. Psiquiatria. Res*, 2020; 123: 21 - 30.
4. BREAUX RP, et al. The role of parent psychopathology in the development of preschool children with behavior problems. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 2014; 43(5): 777-90.
5. CASTRO CXL e DE LIMA RF. Conseqüências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, 2018; 35(106): 61-72.
6. CRAIG F, et al. A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016.
7. DEN H, et al. Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *J Neural Transm.*, 2017; 124(Suppl 1): 3-26.
8. EFFGEM V, et al. A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH-Processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 2017; 25(26): 34-45.
9. STEPANOVA E, et al. Farmacoterapia de sintomas emocionais e comportamentais associados ao transtorno do espectro do autismo em crianças e adolescentes. *Diálogos em neurociência clínica*, 2022; 2.

10. FABRE BD e LÚCIO PS. Desempenho em planejamento, flexibilidade e controle inibitório em crianças com e sem TEA: Efeitos dos sintomas comórbidos de atenção e hiperatividade. *Interação em Psicologia*, 2021; 25: 3.
11. FIGUEIREDO FG. Musicoterapia Improvisacional aplicada a comunicação pré-verbal de crianças com transtornos do espectro autista: Ensaio controlado randomizado. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014, 20p.
12. FREITAS MAL e CATELAN-MAINARDES SC. Estudo dos transtornos de comportamento disruptivo na infância e adolescência pela perspectiva da neurobiologia e ações medicamentosas. *Produção Científica Cesumar*, 2013.
13. GREEFF J, et al. Effects of physical activity on executive functions, attention and academic performance in preadolescent children: a meta-analysis, *Sci Med Sport*, 2018.
14. HAIRI HA, et al. Os efeitos e mecanismos de ação dos fitoestrógenos nos sintomas vasomotores durante a transição da menopausa: mecanismo termorregulador. *Metas de drogas atuais*, 2019; 20(2): 192–200.
15. HUSS M, et al. Suplementação de ácidos graxos poliinsaturados, magnésio e zinco em crianças que procuram aconselhamento médico para problemas de déficit de atenção/hiperatividade-um estudo de coorte observacional. *Lipídios Saúde Dis*. 2010; 9(1): 105.
16. LAMBERG J, et al. Longitudinal evaluation of the importance of homework assignment completion for the academic performance of middle school students with ADHD. *J Sch Psychol*, 2016.
17. LAMANNA A, et al. Risk factors for the existence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2017.
18. LAVOR MDLSS, et al. O autismo: aspectos genéticos e seus biomarcadores: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(1): 3274-3289.
19. LEITE R, et al. Medicamentos usados no tratamento psicoterapêutico de crianças autistas em Teresina – PI. *Boletim Informativo Geum*, 2015; 6(3): 1-7.
20. LYNCH R, et al. O sulforafano dos brócolis reduz os sintomas do autismo: uma série de casos de acompanhamento de um estudo duplo-cego randomizado. *Saúde Med.*, 2017; 6: 216495717735826.
21. MAHONE M, et al. Comprehensive examination of frontal regions in boys and girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2011; 17(6): 1047-1057.
22. MARTIN J, et al. A genetic investigation of sex bias in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 2018; 83(12): 1.
23. 044-1053.MANSUR R, et al. Socioeconomic Disadvantage Moderates the Association between Peripheral Biomarkers and Childhood Psychopathology. *PLoS One*, 2016.
24. MIN X, et al. Parental Age and the Risk of ADHD in Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2021; 18(9): 4939.
25. MUSZKAT M, et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Cortez Editora, 2017.
26. NIKOLOV R, et al. Autismo: tratamento psicofarmacológico e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006; 28.
27. O'NEILL S, et al. Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 2019; 19(12): 95.
28. PANTOJA APP, et al. Perfil cognitivo e percepção de competência das crianças com e sem TDAH. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 2022; 30(1): 11-20.
29. POLANCZYK GV, et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 2014; 43(2): 434-442.
30. POSNER J, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 2020; 395(10222): 450-462.
31. REIS DDL, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista do Centro Especializado em Reabilitação, Para Res Med J, 2019; 3(1): e15.
32. RODRIGUES WMA, REISDÖRFER G. Genética Dos Transtornos De Neurodesenvolvimento: Autismo, TDAH e Epilepsia, *CPAH Science Journal of Health*, 2021; 4: 2.
33. SONSINI TCB. Associação Entre Prematuridade E Diagnóstico De Transtorno Do Neurodesenvolvimento: Um Estudo Caso-Controlle. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, 2018.
34. VILLACORTA PC. Nacimiento por cesárea como factor asociado a trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. *Escuela profesional de medicina humana*, 2017.
35. WU S, et al. Advanced parental age and autism risk in children: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2017; 135(1): 29-41.