

https://doi.org/10.24245/mim.v42iSupl_2.11390

TDAH na mulher: Evidência, diagnóstica e abordagem terapêutica

Fabricia Signorelli

Resumo

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em mulheres é frequentemente subdiagnosticado devido a apresentações internalizantes e vieses de gênero. Este trabalho analisa o impacto das flutuações hormonais nos sintomas do TDAH e a eficácia da lisdexanfetamina como intervenção de primeira linha.

Evidências indicam que quedas nos níveis de estrogênio, especialmente na fase lútea, exacerbam a desatenção, a desregulação emocional e a sobrecarga cognitiva. Por meio de relato de caso de uma paciente de 25 anos, observa-se que o diagnóstico correto de TDAH, frequentemente confundido com transtorno de ansiedade, permitiu o controle da hiperatividade mental e melhora das funções executivas após a introdução de lisdexanfetamina (30-50 mg/dia).

O tratamento demonstrou reduzir a variabilidade sintomática ao longo do ciclo menstrual e ajudou a promover maior clareza cognitiva. Conclui-se que o manejo eficaz do TDAH feminino exige uma abordagem integrada que considere a cronobiologia hormonal e o uso de psicoestimulantes de longa ação para otimizar a funcionalidade ocupacional e a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); ciclo menstrual; lisdexanfetamina; funções executivas.

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in women is frequently underdiagnosed due to internalizing presentations and gender biases. This work analyzes the impact of hormonal fluctuations on ADHD symptoms and the efficacy of lisdexamfetamine as a first-line intervention.

Evidence indicates that drops in estrogen levels, especially during the luteal phase, exacerbate inattention, emotional dysregulation, and cognitive overload. Through a case report of a 25-year-old patient, it is observed that the correct diagnosis of ADHD, often mistaken for anxiety disorder, enabled the control of mental hyperactivity and improved executive functions following the introduction of lisdexamfetamine (30-50 mg/day).

The treatment demonstrated a reduction in symptomatic variability throughout the menstrual cycle and helped promote greater cognitive clarity. It is concluded that the effective management of female ADHD requires an integrated approach that considers hormonal chronobiology and the use of long-acting psychostimulants to optimize occupational functionality and quality of life.

KEYWORDS: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD); menstrual cycle; lisdexanfetamine; executive functions.

- Mestre em Transtornos do Neurodesenvolvimento.
- Psiquiatra do Ambulatório de TDAH em Adultos do Departamento de Neurologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
- *Membership* of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).
- *International Membership* of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP).

Recebido: 09 de fevereiro de 2026

Aceito: 10 de agosto de 2026

Correspondência

projetos@grupposbn.com.br

Este artigo deve ser citado como: Signorelli F. TDAH na mulher: Evidência, diagnóstica e abordagem terapêutica. Med Int Méx. 2026; 42 (Supl 2): e11390.

Título: *Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women* (**tradução** - Mulheres com TDAH: um consenso de especialistas com abordagem ao longo da vida, oferecendo orientações para a identificação e o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em meninas e mulheres).

Autor(es) e fonte: Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, *et al.* Fonte: BMC Psychiatry. 2020;20:404.¹

***Introdução:** há evidências que sugerem que a ampla discrepância na proporção entre homens e mulheres diagnosticados com TDAH se deve, ao menos em parte, à falta de reconhecimento e/ou ao viés de encaminhamento em relação às mulheres. Estudos indicam que mulheres com TDAH apresentam diferenças em seu perfil de sintomas, comorbidades e funcionamento associado quando comparadas aos homens. Este consenso tem como objetivo promover uma melhor compreensão do TDAH em mulheres, a fim de aprimorar o reconhecimento e o encaminhamento. Espera-se que uma avaliação abrangente e um tratamento adequado melhorem os desfechos clínicos em longo prazo e o bem-estar das pacientes com TDAH. **Métodos:** a United Kingdom ADHD Partnership organizou uma reunião de especialistas para discutir a apresentação dos sintomas, os fatores que levam ao encaminhamento, a avaliação, o tratamento e a articulação entre diferentes serviços para mulheres com TDAH ao longo da vida. **Resultados:** chegou-se a um consenso que oferece orientações práticas para apoiar profissionais médicos e de saúde mental que atendem mulheres com TDAH. Foram identificados os possíveis desafios no manejo desse grupo de pacientes, bem como barreiras específicas que podem dificultar o reconhecimento do transtorno. Entre elas, destacam-se as diferenças sintomáticas, os vieses de gênero, as comorbidades e as estratégias compensatórias que podem mascarar ou ofuscar os sintomas subjacentes do TDAH. Além disso, foram discutidas as necessidades mais amplas dessas pacientes e como a articulação entre diferentes serviços pode contribuir para atendê-las de forma mais eficaz. **Conclusão:** essa abordagem prática, baseada em um consenso de especialistas, contribuirá para a identificação, o tratamento e o apoio eficazes de meninas e mulheres com TDAH. É importante superar a visão predominante de que o TDAH é um transtorno essencialmente comportamental e considerar as manifestações mais sutis e/ou internalizadas, que são comuns no sexo feminino. É fundamental adotar um modelo de cuidado ao longo da vida, capaz de oferecer suporte às complexas transições vivenciadas pelas mulheres, que ocorrem em paralelo às mudanças na apresentação clínica e nas circunstâncias sociais. Espera-se que o tratamento com intervenções farmacológicas e psicológicas tenha um impacto positivo, levando a maior produtividade, menor utilização de recursos e, principalmente, a melhores desfechos em longo prazo para meninas e mulheres com TDAH.¹

**Resumo traduzido a partir do estudo original e, em caso de quaisquer divergências, deve-se considerar as informações da referência original.*

O papel da lisdexanfetamina no tratamento do TDAH em mulheres: caso clínico e considerações sobre o impacto dos hormônios ao longo do ciclo hormonal

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvi-

mento que persiste ao longo da vida e afeta diferentes domínios do funcionamento. Cursa com sintomas de hiperatividade/impulsividade e/ou desatenção, associado a prejuízos da autorregulação e disfunções executivas, como falhas no controle inibitório, planejamento e organização.^{1,2} Nas mulheres, o reconhecimento clínico do TDAH tem sido historicamente menor em comparação ao dos homens, em parte pela

apresentação menos disruptiva e mais internalizante, pelos vieses de gênero na triagem e pela sobreposição com sintomas afetivos e ansiosos¹. Essa combinação favorece diagnósticos tardios e equivocadamente centrados em transtornos de humor e ansiedade, com atraso no acesso a intervenções efetivas e maior carga de sofrimento e prejuízo ocupacional e social.^{1,3}

Na infância, meninas com TDAH tendem a exibir um perfil de desatenção,^{3,4} sobrecarga cognitiva³ e desorganização de forma predominante.^{3,4} Esses fatores se somam à percepção de professores, familiares e profissionais de saúde, aliados a critérios diagnósticos derivados majoritariamente de amostras masculinas.^{1,3} Todos esses pontos contribuem para o sub-reconhecimento em meninas, especialmente quando há estratégias compensatórias eficazes durante a infância, com perda dessas compensações na vida adulta, quando as demandas acadêmicas e laborativas aumentam¹. Em meninas adolescentes, o TDAH aparece principalmente no subtipo desatento, com devaneios, desorganização e dificuldades escolares e sociais. A hiperatividade costuma diminuir, mas a impulsividade pode persistir.^{3,5} Há maior vulnerabilidade à baixa autoestima, comportamentos de risco, uso de substâncias e maior chance de ansiedade e depressão.³ Por serem sintomas menos evidentes, muitas seguem sem diagnóstico.^{3,5}

A trajetória do TDAH na mulher inclui maior probabilidade de comorbidades internalizantes, piora na autoestima, maior autocrítica e esforço compensatório crônico, frequentemente culminando em esgotamento emocional e redução de produtividade.^{1,3} Em muitas mulheres, o diagnóstico só ocorre na vida adulta, quando há discrepância entre exigências e recursos de autorregulação. Tal atraso tem implicações diretas na saúde mental, nas oportunidades educacionais e na progressão de carreira e vida pessoal,^{1,4} além de se associar a maior risco de desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas,

como transtornos de humor, de ansiedade e por uso de substâncias.^{1,4,6}

A compreensão do TDAH em mulheres exige o reconhecimento de vários prejuízos que vão além dos critérios diagnósticos do TDAH, como a desregulação emocional, caracterizada por labilidade afetiva, irritabilidade, baixa tolerância à frustração e mudanças rápidas de humor.¹ Essa dimensão é salientada como clinicamente relevante e associada a prejuízos amplos na vida adulta. Em paralelo, déficits executivos (planejamento, organização temporal, memória de trabalho e flexibilidade) geram prejuízos funcionais em diferentes domínios.¹

O papel dos hormônios sexuais, particularmente estrogênio e progesterona, tem sido destacado como modulador de processos cognitivos e emocionais relevantes para o TDAH.⁵ As oscilações fisiológicas ao longo do ciclo menstrual e em transições como gravidez, puerpério e menopausa se associam a variações na atenção, no humor e na energia.^{5,6} Evidências sintetizadas em revisões sistemáticas e estudos clínicos sugerem que períodos de queda do estrogênio podem exacerbar sintomas de desatenção e desregulação emocional, enquanto fases de maior estabilidade hormonal tendem a modular positivamente o funcionamento executivo.⁵ Tais flutuações também podem interferir na percepção de eficácia de medicamentos para TDAH, reforçando a necessidade de monitorar sintomas ao longo do ciclo e integrar esse dado à tomada de decisão terapêutica.⁵

Evidências recentes apontam que mulheres com TDAH podem apresentar maior vulnerabilidade emocional em fases de flutuação hormonal. Um consenso internacional de especialistas destaca a sobreposição entre sintomas de TDAH e alterações de humor moduladas por variações hormonais ao longo da vida reprodutiva.¹ Essa observação é reforçada por uma revisão sistemática que descreve piora de sintomas e de

regulação emocional em períodos de menor estabilidade hormonal.⁵ De forma convergente, um estudo clínico com 209 mulheres com TDAH identificou prevalências elevadas de sintomas disfóricos pré-menstruais, episódios depressivos no pós-parto e queixas climatéricas mais intensas do que na população geral, além de diferenças no uso de antidepressivos e contraceptivos, sugerindo interações entre variáveis reprodutivas e manejo psicofarmacológico.⁶

Evidências científicas sobre diferenças de gênero no TDAH enfatizam que a avaliação clínica deve contemplar a linha do tempo sintomática, incluindo momentos de transição e marcos de maior exigência cognitiva e emocional.^{2,5} Reconhecer que a expressão do TDAH pode oscilar ao longo do ciclo menstrual ajuda a evitar conclusões precipitadas de “recaída ansiosa” ou “piora depressiva”, quando, na verdade, trata-se de uma amplificação temporária de sintomas do TDAH.^{5,6} Além disso, esse reconhecimento orienta ajustes clínicos, como educação psicossocial específica, organização de rotinas em períodos de maior vulnerabilidade e vigilância clínica para comorbidades.⁵

Mulheres com TDAH podem relatar piora de concentração, irritabilidade e fadiga na fase lútea, particularmente quando há sintomas compatíveis com transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM).^{5,6}

No manejo farmacológico do TDAH em mulheres adultas, os psicoestimulantes são opções de primeira linha de tratamento e apresentam evidência de eficácia sobre os sintomas centrais do transtorno.^{1,7} **A lisdexanfetamina, opção de primeira linha para o tratamento medicamentoso do TDAH em adultos,⁷ destaca-se por um perfil de liberação gradual e duração que favorece o controle ao longo do dia, com impacto clinicamente observável.^{7,8}** Em paralelo, a abordagem deve considerar comorbidades frequentes e fatores hormonais que modulam

sintomatologia e percepção de resposta,^{1,3-6} favorecendo planos terapêuticos que integrem tratamento farmacológico, psicoeducação e estratégias comportamentais de organização e priorização.¹

Conclui-se que o TDAH em mulheres requer uma avaliação clínica que integre a persistência de sintomas centrais do transtorno e alterações emocionais e funcionais moduladas por variações hormonais ao longo da vida.^{3,5,6} O reconhecimento dessa interface permite delinear intervenções mais precisas,¹ nas quais **a lisdexanfetamina se destaca como uma opção segura e eficaz no tratamento farmacológico do TDAH em adultos, conforme diretrizes internacionais de primeira linha.^{7,8}** Em um estudo realizado com mulheres na menopausa com dificuldades executivas, os resultados sugerem que a lisdexanfetamina pode aliviar as dificuldades subjetivas, incluindo aquelas relacionadas à sobrecarga cognitiva, regulação emocional e aspectos relevantes para o desempenho ocupacional.⁹ O monitoramento sistemático de sintomas a partir do ciclo menstrual e o manejo de comorbidades, como o TDPM, compõem uma estratégia que amplia a efetividade do tratamento, protege a trajetória acadêmica e laboral e reduz o sofrimento subjetivo.^{1,5,6}

CASO CLÍNICO

Identificação: J. S. G., gênero feminino, 25 anos, solteira, formada em Administração, cursando mestrado e trabalhando em multinacional, na área de Recursos Humanos. Mora sozinha, sem filhos.

Queixa atual e duração: queixava-se de “mente acelerada”, cansaço mental permanente, esquecimentos, dificuldade de iniciar tarefas e mantê-las até o fim, perda de prazos e sensação de estar continuamente sobrecarregada, com impacto no desempenho acadêmico e laboral. Referia diagnóstico prévio de transtorno de

ansiedade generalizada; há 2 anos, outro profissional lhe prescrevera vortioxetina 20 mg/dia, com melhora de irritabilidade e disforia na semana que antecede a menstruação, mantendo o tratamento por conta da melhora parcial desse período sintomático.

História atual: sintomas de desatenção desde a adolescência, com piora na transição para a universidade e após assumir novas responsabilidades no trabalho. Relatava hiperatividade mental (“pensamentos em fila”), impulsividade cognitiva (decisões precipitadas em tarefas), procrastinação e dificuldade em priorizar.

Citava irritabilidade acentuada, fadiga, labilidade emocional e sensação de esgotamento marcantes, período que a paciente reconhece como sua “TPM” (tensão pré-menstrual). Os sintomas são de tal intensidade que, por vários meses consecutivos, cumpriram critérios diagnósticos para transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), com prejuízo significativo no funcionamento emocional e interpessoal, sobretudo nos dias que antecedem o ciclo menstrual. Referia que, com o uso de vortioxetina, observou melhora parcial desses sintomas, especialmente da irritabilidade e da fadiga, embora ainda notasse variações de humor na TPM. Negava crises de pânico, ideação suicida persistente ou uso de substâncias. Sono irregular por acúmulo de tarefas, com despertar não reparador em semanas de maior demanda.

Antecedentes pessoais e familiares: sem história de transtornos do neurodesenvolvimento diagnosticados em familiares de primeiro grau, embora descrevesse o pai com traços de desorganização e desatenção. Desenvolvimento neuropsicomotor sem intercorrências. Histórico escolar com notas flutuantes, excelente desempenho em apresentações orais e em tarefas de alta exigência com prazos curtos, porém com esquecimentos frequentes e trabalhos entregues no limite. Atividade física diária. Etilismo social ocasional. Ciclo menstrual regular, sem uso de

anticoncepcionais por referir piora de melasma. Negava comorbidades clínicas relevantes, sem histórico de doenças cardiovasculares e sem uso de outras medicações.

Avaliação clínica geral: pressão arterial inicial em repouso dentro da normalidade para a faixa etária. Frequência cardíaca em repouso dentro de parâmetros de normalidade. Índice de massa corpórea (IMC) dentro de faixa saudável. Foi reforçada a orientação de monitorização pressórica periódica após introdução de psicoestimulante.

Reformulação e novas hipóteses diagnósticas: a hipótese inicial de transtorno de ansiedade generalizada foi reavaliada à luz da evolução clínica. Observou-se que a desregulação emocional, a hiperatividade mental e as dificuldades persistentes de organização e foco estavam presentes desde a adolescência, com impacto funcional consistente, configurando um padrão não explicado apenas por ansiedade. Esses elementos, somados ao relato de piora cíclica no período pré-menstrual, compatível com vulnerabilidade disfórica, direcionaram a investigação para TDAH. A análise dos sintomas nucleares, da trajetória longitudinal e da repercussão ocupacional confirmou o diagnóstico de TDAH em paciente adulta, associado ao transtorno disfórico pré-menstrual. Optou-se por manter vortioxetina 20 mg/dia pelos benefícios observados no período luteal.

Conduta terapêutica: iniciou-se lisdexanfetamina 30 mg/dia pela manhã, com orientação de rotina alimentar regular, higiene do sono e registro diário de sintomas cognitivos e afetivos ao longo do ciclo. Foram combinadas estratégias de organização.

Acompanhamento: em quatro semanas, relatou melhora dos sintomas e referiu apresentar “clareza cognitiva”. Níveis pressóricos mantiveram-se dentro da normalidade, sem sintomas

autônômicos significativos. Seguindo o esquema de titulação recomendado em bula,¹⁰ com incrementos de 20 mg quando clinicamente indicados, ajustou-se a dose para 50 mg/dia no segundo mês, mantendo-se bom perfil de tolerabilidade. O registro de sintomas mostrou redução da variabilidade ao longo do dia e atenuação da piora pré-menstrual, embora a paciente ainda percebesse leve queda de produtividade em dois a três dias que antecediam a menstruação. Após três meses de seguimento, a paciente relatou melhora sustentada do desempenho acadêmico e ocupacional, regularidade de rotinas, menor procrastinação e maior autoconfiança.

Discussão: o caso ilustra o padrão de subdiagnóstico em mulheres com apresentação internalizada e história de diagnóstico prévio de ansiedade. A piora cíclica durante a fase lútea, frequentemente lida como “recaída ansiosa”, representa, na verdade, um aumento previsível da carga sintomática associado às flutuações hormonais.³

VISÃO DO ESPECIALISTA

De acordo com a literatura científica, o diagnóstico de TDAH em mulheres pode ser particularmente desafiador, sobretudo pela predominância de apresentações menos disruptivas e pela sobreposição com queixas emocionais moduladas por flutuações hormonais ao longo do ciclo reprodutivo.^{1,3,5} Evidências de consenso, revisões e estudos clínicos mostram que sintomas compatíveis com TDPM são mais frequentes em mulheres com TDAH do que na população geral, e podem intensificar a desatenção, a reatividade emocional e a sobrecarga cognitiva.^{3,5,6} Nesse contexto, o monitoramento prospectivo dos sintomas e a integração de medidas comportamentais e farmacológicas tornam-se essenciais para diferenciar padrões hormonais de manifestações persistentes do TDAH e orientar intervenções mais precisas.^{1,5,6} O TDPM caracteriza-se por sintomas afetivos,

irritabilidade, labilidade emocional e fadiga que se intensificam na semana anterior à menstruação, com remissão logo após o início do fluxo.² Exige a presença de sintomas em múltiplos domínios e impacto clinicamente significativo no funcionamento, com padrão cíclico documentado prospectivamente. Essa definição orienta a diferenciação clínica entre TDPM e exacerbação inespecífica de estresse, bem como o planejamento terapêutico.²

No caso debatido, a **escolha pela lisdexanfetamina** fundamentou-se na necessidade de reduzir a hiperatividade mental persistente, melhorar o foco sustentado e otimizar funções executivas, dimensões nas quais o psicoestimulante **apresenta eficácia consolidada em adultos com TDAH.**⁷⁻⁹ A titulação de 30 mg para 50 mg, realizada conforme recomendação da bula,¹⁰ possibilitou melhora progressiva e bem tolerada, refletida na redução da variabilidade atencional ao longo do dia, maior organização das rotinas e percepção subjetiva de “clareza cognitiva”. Esses efeitos tiveram impacto direto no desempenho acadêmico e ocupacional da paciente, com diminuição da procrastinação e ampliação da autoconfiança. No caso clínico apresentado, a manutenção da vortioxetina contribuiu para estabilizar o humor na fase lútea, atenuando irritabilidade e fadiga, estratégia coerente com a maior prevalência de sintomas disfóricos em mulheres com TDAH, especialmente diante da vulnerabilidade cíclica pré-menstrual.^{5,7-9} Assim, a combinação terapêutica mostrou-se adequada para atender simultaneamente às dimensões cognitivas e afetivas envolvidas no quadro.

CONCLUSÃO

Em resumo, a lisdexanfetamina oferece um efeito central ao tratar os déficits de função executiva (organização, atenção, planejamento), que são manifestações fortemente presentes do TDAH em mulheres.^{1,8} Além disso, como a lisdexanfetamina é uma medicação de longa ação,⁷ seu

uso em um plano terapêutico integrado permite ajustes estratégicos para lidar com a modulação hormonal dos sintomas, mitigando os períodos de maior vulnerabilidade.⁵ A psicoeducação, o registro de sintomas por ciclo, medidas de organização proativa e acompanhamento clínico regular constituem componentes essenciais para a condução do caso.^{1,3,5}

Nota: trechos não referenciados correspondem à opinião do(s) autor(es), com base em seus estudos e prática clínica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*. 2020;20:404.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Antoniou E, Rigas N, Orovou E, Papatrechas A, Sarella A. ADHD Symptoms in Females of Childhood, Adolescent, Reproductive and Menopause Period. *Mater Sociomed*. 2021;33(2):114-8.
4. Attoe DE, Climie EA. Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *J Atten Disord*. 2023 May;27(7):645-57.
5. Osianlis E, Thomas EHX, Jenkins LM, Gurvich C. ADHD and Sex Hormones in Females: A Systematic Review. *J Atten Disord*. 2025 Jul;29(9):706-23.
6. Dorani F, Bijlenga D, Beekman ATF, van Someren EJW, Kooij JJS. Prevalence of hormone-related mood disorder symptoms in women with ADHD. *J Psychiatr Res*. 2021 Jan;133:10-5.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87 [Internet]. London: NICE; 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>. Acesso em: novembro de 2025.
8. Rutledge-Jukes H, Jonnalagadda P, McIntosh AP, Krstovski S, Andriani N, Smith IR, et al. Lisdexamfetamine's Efficacy in Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Meta-Analysis and Review. *Cureus*. 2024 Aug 31;16(8):e68324.
9. Shanmugan S, Loughhead J, Nanga RPR, Elliott M, Hariharan H, Appleby D, et al. Lisdexamfetamine Effects on Executive Activation and Neurochemistry in Menopausal Women with Executive Function Difficulties. *Neuropsychopharmacology*. 2017 Jan;42(2):437-45.
10. Lysdextra* (dimesilado de lisdexanfetamina). [Bula]. São Paulo, SP: Libbs Farmacêutica Ltda.; 2025.