REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

TDAH EM MULHERES ADULTAS: APRESENTAÇÃO CLÍNICA, DIAGNÓSTICO TARDIO, MASCARAMENTO, FUNÇÕES EXECUTIVAS E INFLUÊNCIAS HORMONAIS

ADHD IN ADULT WOMEN: CLINICAL PRESENTATION, LATE DIAGNOSIS, MASKING, EXECUTIVE FUNCTIONS, AND HORMONAL INFLUENCES

Ciências da Saúde • 20/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794925166

Grasiele Ribeiro de Sousa Carneiro[1]

Viviane Borges Noronha[2]

Roner Sebastião Mangia[3]

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma condição do neurodesenvolvimento que pode persistir na vida adulta e repercutir em diferentes áreas do funcionamento. Em mulheres, seu reconhecimento pode ser dificultado por manifestações menos externalizantes, estratégias compensatórias, expectativas socioculturais de gênero e coexistência de sintomas ansiosos ou depressivos. Este artigo discute a apresentação clínica do TDAH em mulheres adultas, com ênfase no diagnóstico tardio, nas funções executivas, nos aspectos emocionais, nas influências hormonais e no tratamento, incluindo o mascaramento. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em revisões científicas, estudos sobre redes neurais, consensos internacionais, obras de referência em psiquiatria e diretrizes clínicas. A literatura indica que o TDAH pode permanecer não reconhecido quando predominam dificuldades de atenção, desorganização e sofrimento internalizado, embora essas características não sejam exclusivas das mulheres. Estratégias compensatórias podem reduzir a visibilidade das dificuldades e, em alguns casos, gerar custos subjetivos e funcionais. Estudos sugerem associação entre variações hormonais e mudanças na intensidade dos sintomas; contudo, as evidências são limitadas e heterogêneas. Conclui-se que a avaliação e o manejo devem considerar a história do desenvolvimento, os prejuízos funcionais, as comorbidades e as particularidades individuais, evitando explicações biologicamente deterministas e recomendações terapêuticas sem sustentação científica.

Palavras-chave: TDAH; Mulheres adultas; Diagnóstico tardio; Funções executivas; Hormônios sexuais.

ABSTRACT

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a

neurodevelopmental condition that may persist into adulthood and affect different areas of functioning. In women, recognition may be hindered by less externalizing manifestations, compensatory strategies, gender-related sociocultural expectations, and co-occurring anxiety or depressive symptoms. This article discusses the clinical presentation of ADHD in adult women, emphasizing late diagnosis, executive functions, emotional aspects, hormonal influences, and treatment, including masking. This is a narrative literature review based on scientific reviews, studies on neural networks, international consensus statements, psychiatric reference works, and clinical guidelines. The literature indicates that ADHD may remain unrecognized when difficulties with attention, disorganization, and internalized distress predominate, although these features are not exclusive to women. Compensatory strategies may reduce the visibility of difficulties and, in some cases, lead to subjective and functional costs. Studies suggest an association between hormonal variations and changes in symptom intensity; however, the evidence is limited and heterogeneous. It is concluded that assessment and management should consider developmental history, functional impairment, comorbidities, and individual characteristics, while avoiding biologically deterministic explanations and treatment recommendations unsupported by scientific evidence.
Keywords: ADHD; Adult women; Late diagnosis; Executive functions; Sex hormones.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é uma condição do neurodesenvolvimento cuja identificação e manejo podem se estender da infância à vida adulta. A compreensão de

suas manifestações exige considerar a trajetória de desenvolvimento, o contexto e os prejuízos funcionais, conforme critérios e diretrizes clínicas (American Psychiatric Association [APA], 2022; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018). A definição clínica e os aspectos da avaliação diagnóstica são aprofundados nas seções seguintes.

A literatura aponta diferenças na identificação do TDAH entre meninos e meninas durante a infância. Meninas podem apresentar com maior frequência dificuldades predominantemente desatentas e manifestações menos disruptivas, o que pode reduzir o reconhecimento por familiares, educadores e profissionais. Quinn e Madhoo (2014) destacam que sintomas internalizados, ansiedade e depressão podem contribuir para o não reconhecimento do transtorno. Uma revisão sistemática mais recente sobre mulheres adultas também descreve impactos associados à trajetória sem diagnóstico e à experiência de receber o diagnóstico na idade adulta (Attoe & Climie, 2023).

É importante, contudo, evitar a ideia de que exista um único perfil feminino de TDAH. A apresentação clínica é heterogênea e varia entre indivíduos, fases da vida e contextos. O objetivo deste artigo é discutir aspectos clínicos e neuropsicológicos relevantes para a compreensão do TDAH em mulheres adultas, considerando limites e níveis de evidência da literatura disponível.

1.1. Objetivo

Analisar aspectos da manifestação clínica do TDAH em mulheres adultas, com foco no diagnóstico tardio, nas estratégias de mascaramento e compensação, nas funções executivas, na

regulação emocional, nas possíveis relações entre sintomas e flutuações hormonais e nas possibilidades de tratamento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O Que é TDAH

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. Para o diagnóstico, os sintomas devem apresentar início no período do desenvolvimento, manifestar-se em mais de um contexto e produzir prejuízo funcional significativo. A avaliação deve ser clínica e abrangente, considerando a história do desenvolvimento, o contexto de vida e outras condições que possam explicar os sintomas; escalas e instrumentos podem auxiliar, mas não devem ser utilizados isoladamente (American Psychiatric Association, 2022; Dalgalarrondo, 2019; NICE, 2018; Sadock et al., 2017).

2.2. TDAH em Mulheres: Reconhecimento e Diagnóstico Tardio

A literatura aponta diferenças na identificação do TDAH entre meninos e meninas durante a infância. O transtorno é diagnosticado com maior frequência em meninos nesse período, com uma proporção aproximada de dois meninos para cada menina em amostras clínicas; essa diferença pode estar relacionada, em parte, à maior visibilidade de manifestações hiperativas e impulsivas e a vieses no reconhecimento e encaminhamento. Meninas podem apresentar com maior frequência dificuldades predominantemente desatentas e manifestações menos disruptivas, o que pode reduzir o reconhecimento por familiares, educadores e profissionais. Essa

diferença de identificação não significa que a desatenção seja exclusiva das mulheres, nem que todas apresentem sintomas internalizados. A compreensão das diferenças de prevalência e apresentação deve considerar fatores clínicos e sociais (Quinn & Madhoo, 2014; Sadock et al., 2017).

A revisão de Attoe e Climie (2023) identificou relatos de impactos na saúde socioemocional, nos relacionamentos, na percepção de controle e na autoaceitação após o diagnóstico em mulheres adultas. O diagnóstico tardio pode ocorrer quando demandas acadêmicas, profissionais, domésticas ou familiares excedem os recursos de compensação disponíveis. Entretanto, não se deve afirmar que o diagnóstico tardio seja sempre provocado por esgotamento, ansiedade ou maternidade: esses fatores podem estar presentes, mas a trajetória é individual.

A avaliação neuropsicológica pode caracterizar habilidades e dificuldades cognitivas, mas não funciona como exame confirmatório isolado. Desempenho dentro da média em testes de atenção ou funções executivas não exclui o transtorno; resultados abaixo da média tampouco são específicos do TDAH. O diagnóstico resulta da integração entre entrevista, história longitudinal, prejuízo funcional, observações pertinentes e análise de hipóteses alternativas (NICE, 2018).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. O levantamento bibliográfico contemplou publicações relacionadas à apresentação do TDAH em meninas e mulheres, ao diagnóstico na idade adulta, às

funções executivas, à conectividade cerebral, à regulação emocional e às possíveis relações entre sintomas e hormônios sexuais. Também foram considerados documentos de referência para diagnóstico e manejo clínico. Entre as fontes utilizadas estão artigos localizados em PubMed e PubMed Central, diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e o consenso internacional da World Federation of ADHD. A seleção privilegiou a pertinência temática, a identificação bibliográfica verificável e a possibilidade de consulta ao texto por DOI, repositório científico ou página institucional.

Por se tratar de revisão narrativa, não foram adotados protocolo de revisão sistemática, etapas de seleção em duplicata ou metanálise. Dessa forma, o artigo não pretende esgotar a produção científica sobre o tema nem apresentar estimativas quantitativas da literatura. A síntese foi organizada por eixos temáticos, considerando o tipo de publicação e o alcance de suas conclusões. Essa opção metodológica permite discutir conceitos e achados relevantes, mas implica possibilidade de viés na seleção das fontes e limita a reprodutibilidade do levantamento.

A leitura do material foi orientada por categorias previamente definidas a partir do objetivo do estudo: definição e apresentação clínica do TDAH; reconhecimento em meninas e mulheres e diagnóstico tardio; mascaramento e estratégias compensatórias; funções executivas e aspectos neurobiológicos; regulação emocional; influências hormonais; e possibilidades de cuidado. As informações foram sintetizadas de forma descritiva e comparativa, procurando distinguir resultados empíricos, hipóteses teóricas, recomendações de diretrizes e consensos. Como não houve protocolo sistemático nem registro de todas as etapas de busca, os

procedimentos aqui descritos caracterizam uma revisão narrativa e não devem ser interpretados como uma revisão sistemática.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Aspectos Emocionais e Regulação Emocional

A desregulação emocional é descrita como uma dificuldade associada ao TDAH em parte da literatura, podendo envolver intensidade emocional, demora para retornar ao estado basal e dificuldades de modulação das respostas. Entretanto, não integra o conjunto central de sintomas diagnósticos do DSM-5-TR e não está presente da mesma forma em todas as pessoas. Estudos recentes investigam sua relação com prejuízo funcional e sintomas internalizantes em adultos jovens com TDAH (Goh et al., 2024).

A expressão “disforia sensível à rejeição” (rejection sensitive dysphoria – RSD) é utilizada em materiais clínicos e de divulgação para descrever sofrimento intenso diante de rejeição ou crítica percebida. Contudo, RSD não é um diagnóstico formal do DSM-5-TR ou da CID-11, e sua delimitação e mensuração ainda não são consensuais. Assim, recomenda-se apresentar o termo como uma descrição possível de experiência subjetiva, e não como característica universal, critério diagnóstico ou entidade clínica estabelecida.

A avaliação psicológica pode investigar sensibilidade à crítica, medo de rejeição, vergonha, autocrítica e padrões de evitação, considerando também experiências relacionais e outros transtornos que possam contribuir para o sofrimento. A formulação clínica deve evitar atribuir automaticamente toda reação emocional ao TDAH.

4.2. Funções Executivas, Motivação e Redes Neurais

4.2.1. Funções Executivas e Funcionamento Cotidiano

As funções executivas incluem processos envolvidos no planejamento, na memória de trabalho, na inibição de respostas, na organização e no monitoramento de objetivos. No TDAH, dificuldades nesses domínios podem repercutir na gestão do tempo, na priorização, no início e na conclusão de tarefas. A intensidade e o perfil dessas dificuldades variam entre indivíduos, não sendo adequado descrevê-las como presentes de modo uniforme em todas as mulheres com TDAH.

Estudos sobre circuitos de recompensa e motivação sugerem diferenças médias em processos relacionados à antecipação e ao processamento de recompensas no TDAH. Isso não autoriza reduzir a experiência subjetiva de procrastinação ou dificuldade de iniciar tarefas a uma simples “falta de dopamina”. A motivação depende da interação entre fatores cognitivos, emocionais, ambientais e neurobiológicos (Faraone et al., 2021; Volkow et al., 2011).

4.2.2. Rede de Modo Padrão E Neuroimagem

A rede de modo padrão (default mode network – DMN) participa de processos como pensamento autorreferencial, memória autobiográfica e cognição interna. Estudos de neuroimagem investigam diferenças de conectividade dentro e entre redes cerebrais no TDAH. Uma metanálise de estudos de conectividade em repouso identificou alterações envolvendo a DMN e redes de controle cognitivo, mas também destacou a heterogeneidade dos achados (Sutcubasi et al., 2020).

Esses resultados devem ser interpretados com cautela: estudos de grupo não permitem afirmar que toda pessoa com TDAH apresente uma falha específica de desativação da DMN, nem que exista um padrão neurofuncional exclusivo de mulheres adultas. A neuroimagem não é, isoladamente, um exame diagnóstico de TDAH. Portanto, expressões como “déficit grave”, “desativação total” ou “intromissão constante” devem ser evitadas quando não correspondem diretamente ao método e aos resultados dos estudos citados.

A interpretação mais adequada é probabilística e grupal. Conectividade funcional descreve padrões de correlação temporal entre sinais de regiões cerebrais e não demonstra, por si só, relação causal entre uma rede e uma experiência psicológica. Estudos de neuroimagem incluem amostras com diferentes idades, perfis clínicos e exposições a medicamentos, reforçando a necessidade de evitar afirmações como “a DMN permanece sempre ativa” ou “o cérebro feminino com TDAH funciona de determinada maneira”.

Quadro 1. Síntese prudente dos achados sobre redes neurais

Tema	**O que a literatura permite afirmar**	**Limitação**
Rede de modo padrão (DMN)	Há estudos que identificam diferenças médias de conectividade em pessoas com TDAH.	Os achados variam entre estudos e não constituem marcador individual diagnóstico.
Redes de controle cognitivo	Foram descritas alterações de conectividade dentro e entre redes relacionadas ao controle cognitivo.	Não há um padrão único aplicável a todas as pessoas.

Diferenças por sexo/gênero	A apresentação clínica e a identificação diagnóstica podem variar conforme sexo, gênero e contexto.	Não se deve extrapolar achados gerais de TDAH para uma neurobiologia exclusiva feminina.

Fonte: Elaboração da autora, com base em Sutcubasi et al. (2020) e Faraone et al. (2021).

4.3. Hormônios Sexuais e Sintomas de TDAH

4.3.1. Ciclo Menstrual

O estrogênio interage com sistemas de neurotransmissão, incluindo vias dopaminérgicas, e há plausibilidade biológica para que flutuações hormonais influenciem atenção, humor e funções executivas. Entretanto, a tradução desses mecanismos para a experiência de mulheres com TDAH ainda está em investigação. Eng et al. (2024) discutem hipóteses sobre a relação entre mudanças do estrogênio ao longo do ciclo e variações dos sintomas, enquanto a revisão sistemática de Osianlis et al. (2025) conclui que os resultados disponíveis sugerem associação, mas são limitados pelo pequeno número de estudos, amostras reduzidas e diversidade metodológica.

Por isso, não é adequado afirmar que a fase folicular necessariamente melhora o funcionamento executivo ou que a fase lútea provoca redução drástica e universal da dopamina pré-frontal. As concentrações hormonais variam ao longo do ciclo e entre pessoas, e os estudos ainda não permitem estabelecer um padrão clínico uniforme. O registro prospectivo de sintomas ao longo de vários ciclos pode ajudar a paciente e a equipe assistencial a identificar padrões individuais, sem presumir causalidade.

A revisão sistemática de Osianlis et al. (2025) é especialmente relevante porque identificou apenas 11 estudos elegíveis e apontou limitações relacionadas ao tamanho das amostras, à diversidade das populações e à heterogeneidade das medidas. A conclusão apropriada não é que o ciclo menstrual determine o desempenho de mulheres com TDAH, mas que há sinais preliminares de associação que justificam estudos longitudinais mais robustos. O modelo proposto por Eng et al. (2024) deve ser apresentado como hipótese teórica que organiza mecanismos possíveis, não como consenso clínico.

4.3.2. Gestação, Puerpério e Transição Menopausal

Gestação, puerpério e transição menopausal envolvem mudanças hormonais e contextuais que podem repercutir no sono, no humor, na atenção e na organização cotidiana. Apesar da plausibilidade e do interesse clínico, a evidência específica sobre a evolução do TDAH nessas etapas ainda é insuficiente para conclusões categóricas ou recomendações padronizadas. A revisão sistemática de Osianlis et al. (2025) destaca lacunas de conhecimento, inclusive quanto à menopausa.

A avaliação deve considerar sintomas, funcionamento, sono, saúde mental, condições clínicas e tratamentos em uso. Decisões farmacológicas durante gestação, amamentação ou transição menopausal exigem avaliação individualizada por profissionais habilitados, ponderando riscos e benefícios. Este artigo não propõe ajustes de dose com base isolada na fase do ciclo menstrual.

4.4. Tratamento e Manejo Multimodal

4.4.1. Mascaramento e Estratégias Compensatórias no Contexto do Tratamento

O termo mascaramento é utilizado para descrever esforços conscientes ou automáticos para ocultar dificuldades, reduzir a exposição de sintomas ou corresponder às expectativas sociais. Em pessoas com TDAH, estratégias compensatórias podem incluir o uso intensivo de alarmes, agendas, listas, lembretes, revisão repetida de tarefas e preparação antecipada. Tais recursos não são, por si só, sinais de transtorno; tornam-se clinicamente relevantes quando seu uso é excessivamente custoso, pouco flexível ou insuficiente para evitar prejuízos.

Quinn e Madhoo (2014) discutem a possibilidade de meninas e mulheres desenvolverem estratégias de enfrentamento que tornem os sintomas menos visíveis. A revisão de Attoe e Climie (2023) também descreve experiências de mulheres que viveram anos sem diagnóstico. Ainda assim, é necessário distinguir o uso de estratégias compensatórias que pode ocorrer em qualquer pessoa de um fenômeno de mascaramento definido por critérios operacionais e medido de forma consistente. A literatura específica sobre mascaramento no TDAH feminino ainda é menos consolidada do que a literatura sobre apresentação clínica e subdiagnóstico.

Uma consequência metodológica dessa limitação é a necessidade de definir o conceito de forma operacional. Pesquisas futuras devem esclarecer se mascaramento significa ocultação deliberada de sintomas, esforço compensatório, adaptação social ou combinação desses processos. Sem essa distinção, estudos diferentes podem utilizar o mesmo termo para fenômenos distintos, dificultando comparações e estimativas de frequência. Na clínica, é preferível

investigar situações concretas, esforço necessário e consequências subjetivas, em vez de presumir que a paciente esteja mascarando.

Quadro 2. Exemplos de estratégias compensatórias e possíveis custos

Estratégia	Exemplo	Ponto de atenção clínica
Organização externa	Agendas, alarmes, listas e lembretes múltiplos.	Verificar se os recursos são suficientes e sustentáveis ou se exigem esforço desproporcional.
Preparação excessiva	Revisar repetidamente mensagens, compromissos ou materiais.	Investigar ansiedade, perfeccionismo e medo de cometer erros, sem presumir causalidade.
Compensação social	Observar e imitar comportamentos de outras pessoas para evitar críticas.	Explorar esforço subjetivo, autenticidade percebida e impacto nas relações.
Dependência de urgência	Iniciar tarefas apenas diante de prazos iminentes.	Avaliar dificuldades de iniciação, planejamento, motivação e consequências funcionais.

Fonte: Elaboração da autora, com base em Quinn e Madhoo (2014) e Attoe e Climie (2023).

No planejamento terapêutico, a identificação dessas estratégias não deve ser tratada como um sintoma isolado nem como algo a ser eliminado. O foco clínico consiste em compreender se a compensação é funcional, quais custos produz e se a pessoa necessita de apoio para desenvolver recursos mais sustentáveis, em conjunto com psicoeducação e intervenções individualizadas.

4.4.2. Tratamento Farmacológico

O tratamento do TDAH em adultos pode incluir medicamentos estimulantes e não estimulantes, conforme avaliação clínica, disponibilidade, contraindicações, preferências e resposta individual. Diretrizes recomendam avaliação diagnóstica abrangente, discussão dos benefícios e riscos, acompanhamento de efeitos adversos e revisão periódica da resposta terapêutica (NICE, 2018).

Embora estudos recentes investiguem a possível variação dos sintomas e da resposta medicamentosa ao longo do ciclo menstrual, a evidência ainda não sustenta um protocolo universal de ajuste de dose por fase hormonal. Qualquer alteração deve ser discutida com o profissional prescritor, nunca realizada por conta própria (Eng et al., 2024; Osianlis et al., 2025).

4.4.3. Intervenções Psicológicas e Estratégias Ambientais

O manejo pode combinar farmacoterapia, psicoeducação, intervenções psicológicas e adaptações ambientais. A terapia cognitivo-comportamental adaptada ao TDAH pode trabalhar planejamento, organização, manejo do tempo, resolução de problemas e estratégias para lidar com pensamentos autocríticos. A escolha das intervenções deve considerar as necessidades e metas da pessoa, bem como comorbidades e barreiras contextuais. Diretrizes clínicas recomendam considerar intervenções não farmacológicas isoladas ou combinadas à medicação, conforme a situação clínica (NICE, 2018).

Quadro 3. Possíveis componentes do plano de cuidado multimodal

Componente	Objetivo	Exemplos de estratégias
Psicoeducação	Compreender o transtorno e reduzir interpretações moralizantes ou autocríticas das dificuldades.	Informação baseada em evidências, identificação de padrões e metas funcionais.
Intervenção psicológica (TCC)	Desenvolver habilidades de regulação emocional e estratégias para lidar com dificuldades executivas.	Planejamento por etapas, resolução de problemas, manejo do tempo e autocompaixão.
Tratamento farmacológico	Reduzir a intensidade dos sintomas centrais de desatenção e impulsividade.	Acompanhamento médico contínuo com estimulantes ou não estimulantes, conforme indicação clínica.
Adaptações ambientais e estruturais	Reduzir a carga sobre a memória de trabalho e mitigar distrações ambientais.	Uso de calendários, lembretes visuais, rotinas estruturadas e adaptações no ambiente de trabalho/estudo.
Acompanhamento interdisciplinar	Monitorar evolução clínica, comorbidades, efeitos adversos e ajustar condutas ao longo da vida.	Articulação periódica entre equipe médica, psicologia e outros profissionais de saúde.

Fonte: Elaboração da autora, com base em diretrizes NICE (2018) e Faraone et al. (2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do TDAH em mulheres adultas exige uma perspectiva integrada que considere a trajetória de desenvolvimento, os impactos do diagnóstico tardio e as estratégias

compensatórias construídas ao longo da vida. A literatura revisada demonstra que a apresentação clínica é amplamente heterogênea, variando conforme as demandas contextuais e os recursos individuais, o que invalida a ideia de um perfil feminino homogêneo ou a atribuição de causas a determinantes biológicos isolados.

O presente estudo reforça a relevância de diferenciar construtos formais de diagnósticos de descrições da prática clínica (como a disforia sensível à rejeição - RSD), bem como a necessidade de prudência ao interpretar achados de neuroimagem e conexões hormonais. Embora a interação entre estrogênio e sistemas de neurotransmissão seja biologicamente plausível, a evidência atual sobre o impacto do ciclo menstrual, da gestação e da menopausa ainda é escassa e heterogênea, não justificando condutas terapêuticas automáticas ou sem supervisão médica.

Como recomendações para pesquisas futuras, destacam-se: (a) o desenvolvimento de delineamentos longitudinais e prospectivos com amostras mais amplas para investigar a real influência das flutuações hormonais nos sintomas executivos e emocionais; (b) a definição operacional e mensuração padronizada do mascaramento, delimitando suas diferenças em relação ao uso funcional de estratégias compensatórias; e (c) a realização de estudos sobre a eficácia de intervenções psicológicas adaptadas às demandas específicas de mulheres diagnosticadas na vida adulta.

Conclui-se que a avaliação e o manejo do TDAH em mulheres adultas devem pautar-se em um plano de cuidado multimodal, ético e centrado na pessoa, integrando a fundamentação científica à redução dos prejuízos funcionais e à promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Attoe, D. E., & Climie, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *Journal of Attention Disorders, 27*(7), 645–657. https://doi.org/10.1177/10870547231161533

Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3. ed.). Artmed.

Eng, A. G., Nirjar, U., Elkins, A. R., Sizemore, Y. J., Monticello, K. N., Petersen, M. K., Miller, S. A., Barone, J., Eisenlohr-Moul, T. A., & Martel, M. M. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the menstrual cycle: Theory and evidence. *Hormones and Behavior, 158*, Article 105466. https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2023.105466

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., … Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Goh, P. K., Wong, A. W. W. A., Suh, D. E., Bodalski, E. A., Rother, Y., Hartung, C. M., & Lefler, E. K. (2024). Emotional dysregulation in emerging adult ADHD: A key consideration in explaining and classifying impairment and co-occurring internalizing problems.

Journal of Attention Disorders, 28(13), 1627–1641. https://doi.org/10.1177/10870547241284829

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management* (NICE guideline NG87). https://www.nice.org.uk/guidance/ng87

Osianlis, E., Thomas, E. H. X., Jenkins, L. M., & Gurvich, C. (2025). ADHD and sex hormones in females: A systematic review. *Journal of Attention Disorders, 29*(9), 706–723. https://doi.org/10.1177/10870547251332319

Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 16*(3), Article PCC.13r01596. https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11. ed.). Artmed.

Sutcubasi, B., Metin, B., Kurban, M. K., Metin, Z. E., Beser, B., & Sonuga-Barke, E. (2020). Resting-state network dysconnectivity in ADHD: A system-neuroscience-based meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry, 21*(9), 662–672. https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1775889

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Newcorn, J. H., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Telang, F., Fowler, J. S., Goldstein, R. Z., Klein, N., Logan, J., Wong, C., & Swanson, J. M. (2011). Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Molecular Psychiatry, 16*(11), 1147–1154. https://doi.org/10.1038/mp.2010.97

[1] Acadêmica do curso de Psicologia. UNIS – Centro Universitário do Sul de Minas. São Lourenço, Minas Gerais. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-6968-0242. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Acadêmica do curso de Psicologia. UNIS – Centro Universitário do Sul de Minas. São Lourenço, Minas Gerais. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-8524-8081. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Docente do curso de Psicologia. UNIS – Centro Universitário do Sul de Minas. São Lourenço, Minas Gerais. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-6110-4856. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail