



INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO E DAS CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS E COGNITIVAS VIVENCIADAS EM
DETRIMENTO A VOLATILIDADE HORMONAL FEMININA**

Por

JÚLIA MOTTA CRISPIM SANTOS

CAMPOS DOS GOYTACAZES
NOVEMBRO/2025



INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO E DAS CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS E COGNITIVAS VIVENCIADAS EM
DETRIMENTO A VOLATILIDADE HORMONAL FEMININA

Por

JÚLIA MOTTA CRISPIM SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em cumprimento às exigências
para a obtenção do grau no curso de
Graduação em Psicologia nos Institutos
Superiores de Ensino do CENSA.

Orientadora: Sananda Melo Lopes Almeida Soares

CAMPOS DOS GOYTACAZES
NOVEMBRO/2025

Ficha Catalográfica

Motta, Júlia Crispim Santos

Implicações emocionais e cognitivas vivenciadas em detrimento
a volatilidade hormonal feminina / Júlia Motta Crispim Santos. -
Campos dos Goytacazes (RJ), 2025

86 f.: il.

Orientadora: Prof. Sananda Melo Lopes Almeida Soares
Graduação em Psicologia - Institutos Superiores de Ensino do
CENSA, 2025.

1. Estrogênio 2. Progesterona 3. Neuromoduladores
4. Saúde Mental 5. Comportamento 6. Ciclo Reprodutivo
7. Feminilidade 8. Autoimagem 9. TDAH 10. TEA.

.

CDD 155.333

Bibliotecária responsável Glauce Virgínia M. Régis CRB7 - 5799.
Biblioteca Dom Bosco

NOVEMBRO/2025

IMPLICAÇÕES EMOCIONAIS E COGNITIVAS VIVENCIADAS EM
DETRIMENTO A VOLATILIDADE HORMONAL FEMININA

Por

JÚLIA MOTTA CRISPIM SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em cumprimento às exigências
para a obtenção do grau no curso de
Graduação em Psicologia nos Institutos
Superiores de Ensino do CENSA.

Aprovado em 28 de novembro de 2025

Banca Examinadora



Prof. Sananda Melo Lopes Almeida Soares (Especialista em Avaliação
Neuropsicológica/ ISECENSA)
Orientadora



Me. Paula Márcia Seabra de Sousa (Mestra/UENF)
Avaliadora



Me. Bianca Ribeiro Rocha Ferreira (Mestra/UENF)
Avaliadora

CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ
NOVEMBRO/2025

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que me cercam, mulheres fortes, que assim como eu, muitas vezes são atravessadas em sonhos, tarefas, e subjetividades por emoções que às vezes “não sabem da onde vem”. Se reconheçam e se escutem ao ler esse trabalho. Vocês são cheias de potencialidades, acreditem!

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço ao Senhor, o Deus que me formou, me amou e me resgatou. Aquele que dá razão a minha existência e me fez chegar aqui!

Agradeço ao pai, paciente e amigo, em muitos momentos durante a minha adolescência acolheu as minhas emoções, e me ensinou sobre segurança e companheirismo.

A minha mãe, meu exemplo, de dedicação e resiliência. Mulher batalhadora e cheia de amor, que me ensinou e sempre me ensina sobre perseverança, excelência e sempre insiste em mim.

Ao meu marido, meu amor, que é exemplo de bondade. Obrigada por cuidar tão bem de mim, e por ter chegado até aqui junto comigo. Sua paciência, compreensão e parceria foram essenciais.

Aos meus irmãos, meus orgulhos, os melhores que eu podia ter. Vocês me enchem de alegria.

Aos meus avós, minhas tias e tios, primos e primas; as minhas amigas, minhas pastoras, minha célula; e que nesses últimos anos e nas últimas semanas me dividiram dividiram com a faculdade. Obrigada por acreditarem em mim.

Aos meus professores que, foram como pedras no caminho, para fundamentar a minha formação, vocês ensinam muito mais do que se está no livros! Ensinam também a ser gente, a olhar pra “gente” como gente, cada um com sua singularidade e contribuem para nossa formação como sujeitos. Em especial, agradeço às minhas professoras (orientadores e supervisoras), mulheres que eu admiro, e nesses últimos meses estiveram tão presentes, compreensivas, carinhosas e pacientes. Vocês fizeram da linha de chegada possível e mais leve, muito obrigada!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA.....	9
1.1: Das flutuações hormonais gonadais vivenciadas por mulheres saudáveis em idade fértil (18 a 35 anos) e as funções desses hormônios no organismo feminino.....	10
1.2: Ação de tais flutuações sobre a autopercepção da mulher, sua saúde emocional, cognição e suas vivências no dia a dia.....	19
1.3: Influência dos hormônios sexuais na mulher com TDAH.....	32
1.4: Influência dos hormônios sexuais na mulher Autista.....	41
 CAPÍTULO 2: ARTIGO CIENTÍFICO.....	 51
Resumo.....	52
Abstract.....	53
2.1: Introdução.....	54
2.2: Metodologia	55
2.3: Resultados e Discussão	56
2.4: Considerações Finais	78
2.2: Referências Bibliográficas	79
 CAPÍTULO 3: REFERÊNCIAS E ANEXOS	 81

CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Das flutuações hormonais gonadais vivenciadas por mulheres saudáveis em idade fértil (18 a 35 anos) e as funções desses hormônios no organismo feminino.

Durante o ciclo menstrual, as variações hormonais influenciam diretamente o comportamento e o humor das mulheres, sendo os períodos que antecedem e coincidem com a menstruação os mais críticos para o surgimento de sintomas como irritabilidade, ansiedade e alterações de humor, com possíveis vínculos a transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade (Rosa; Catelan-Mainardes, 2016).

O primeiro a demonstrar a ação dos hormônios no organismo foi o neurologista e endocrinologista francês Charles Édouard Brown-Séquard (1817-1894), que inicialmente foram observadas como substâncias microscópicas, produzidas pelo que hoje conhecemos como órgãos com glândulas endócrinas, que entravam na circulação sanguínea para exercer suas ações em locais distantes no organismo. (Berenstein, 2013, p. 20)

Os neurotransmissores são substâncias químicas liberadas pelos neurônios e responsáveis pela comunicação dentro do sistema nervoso. Os hormônios, também mensageiros químicos, são regidos pelo sistema endócrino que interagem com receptores em células-alvo objetivo e regulam a comunicação e a ação de órgãos e tecidos em todo o corpo, “o hormônio é produzido com uma determinada meta ou alvo para preservar, manter, modificar e melhorar o ser humano” e são controlados por mecanismos de feedback, que comunicam o organismo a necessidade de produção, possibilitando o equilíbrio hormonal (Berenstein, 2013, p. 21).

Segundo Guyton & Hall (1997), o sistema nervoso e endócrino, responsáveis pela maior parte das funções de controle do organismo, coordenam as atividades das células, tecidos e órgãos para manter a homeostasia corporal, através de neurônios, é desenvolvida uma complexa rede de impulsos nervosos, e que resultam em processos como pensamento, ação e expressão emocional (Mckhann & Albert, apud Cerqueira et al., 2024, p. 116). Entretanto, sabe-se que os hormônios sexuais, progesterona, estradiol e a testosterona (em pequenas quantidades na mulher), além de desempenharem seus papéis essenciais como

na regulação do ciclo menstrual, no desenvolvimento dos órgãos sexuais e influência na densidade óssea e a saúde cardiovascular, também desempenham funções periféricas, que desempenham efeitos significativos no cérebro, uma vez que conseguem atravessar a barreira hematoencefálica, como influência na regulação do comportamento, das emoções e cognição, sendo conhecidos como esteroides neuroativos, de forma que ao afetar os neurotransmissores do cérebro, a excitabilidade das células nervosas também foram associados a distúrbios do humor e a atuar como neuromoduladores (Rezende, 2019).

O ciclo hormonal da mulher pode ser mais claramente observado através do ciclo menstrual ou ovariano. A duração de um ciclo menstrual médio é 28 dias, essa é contada como sendo o número de dias a partir do primeiro dia da menstruação em um ciclo até o primeiro dia do próximo ciclo. (McLaughlin, 2025)

O ciclo pode ser dividido em fases, em cada fase o organismo apresenta diferentes níveis hormonais, sobretudo de estrogênio (E2, estradiol) e progesterona, que coordenados entre o hipotálamo, a hipófise e os ovários, impactam diretamente o humor e as emoções da mulher. Contudo há certa divergência no meio da literatura médica e científica moderna quanto à classificação das fases do ciclo hormonal da mulher. Há autores como Hall & Hall, (2021) e Molina (2014) que consideram apenas duas fases, a fase folicular e a fase lútea, que incorporam a menstruação e ovulação em seus respectivos períodos. Há outros porém, que consideram três fases: a fase folicular, a fase ovulatória e a fase lútea, como descritas nas obras de Pinkerton (2025), McLaughlin (2025) e Berenstein (2013), interpretação da qual essa revisão se baseia. Ainda, em sua maioria para fins didáticos, o ciclo pode ser explicado como dividido em quatro fases: menstrual, folicular, ovulatória e lútea, como dito por Lima (2021) no Canal Futura.

Na infância, os níveis de estrógenos mantêm-se baixos até a puberdade, quando se elevam gradualmente até o início da produção de progesterona, que marca a menarca. Na adolescência, estrógeno e progesterona já estão presentes, porém com ciclos ainda irregulares devido à imaturidade do eixo hipotálamo–hipófise–ovariano e durante a primeira década de vida, esse eixo permanece inativo para com as funções femininas pelo controle do hipotálamo. Na puberdade, o hormônio folículo-estimulante (FSH) passa a atuar nos primeiros 15

dias do ciclo menstrual, promovendo o amadurecimento folicular pela predominância estrogênica (Berenstein, 2013, P. 24, 25; McLaughlin, 2025, p. 10; Molina, 2014).

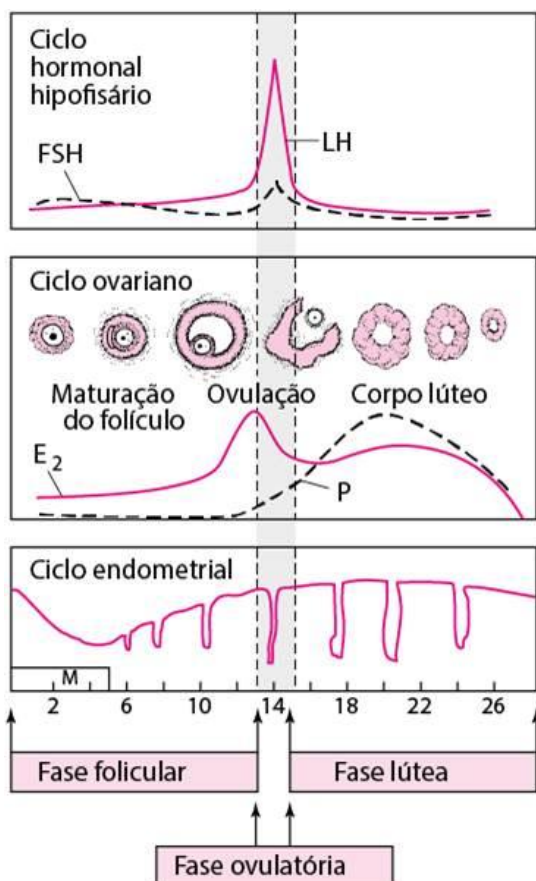


Figura 1: Essa figura mostra alterações cíclicas idealizadas nas gonadotrofinas da pituitária, estradiol (E_2), progesterona (P) e endométrio uterino durante o ciclo menstrual normal. (McLaughlin, 2025, p. 15)

A primeira fase do ciclo, fase folicular, se inicia no primeiro dia da menstruação, que dura em média de 1 a 5 dias, podendo durar de 7-8 em algumas mulheres; nessa fase tem-se a ação do hormônio folículo estimulante (FSH) propiciando o aumento gradativo dos níveis de estrogênio que progride até a ovulação. A atuação do FSH sobre o aumento dos níveis de estrogênio, assim com do LH para a produção de progesterona (FSH e LH produzidos na hipófise) são o estímulo necessário para produção dos hormônios gonadais específicos, isso demonstra que tal processo é interdependente e a produção, circulação e equilíbrio de um hormônio depende de outros hormônios (Berenstein, 2013, P. 21; Molina, 2014, Pg. 220).

Segundo Molina (2014), “Na metade do ciclo (dia 14), os níveis crescentes de estrogênio estimulam um surto de liberação de LH, que estimula a ovulação dentro de 24 a 36 horas.” Na fase ovulatória, os níveis de estrogênio atingem seu pico.

A fase lútea começa após a ovulação, ocorrendo entre 16º ao 28º dia do ciclo, e pela influência do hormônio luteinizante (LH) a progesterona é produzida, aumentando assim o seu nível no organismo. A fase lútea termina quando não ocorre fertilização, ao final da fase lútea, a concentração de estradiol e a progesterona diminui, permanecendo baixa durante o início da fase folicular, que marca assim o ciclo de um novo ciclo, com a menstruação. (Berenstein, 2013, P. 25; Molina, 2014, Pg. 220 E 222).

Ainda, ressalta-se que, segundo a pesquisa realizada por Rosa & Catelan-Mainardes (2016) “é possível observar que as maiores alterações comportamentais e ou psicológicas no período em que houve a queda hormonal foram: variações de humor (83,9%), ansiedade (48,2%), irritabilidade (82,5%) e desejos por alimentos específicos (49,6%).”

Diante da explicitação do funcionamento do ciclo menstrual/ ovariano em termos hormonais, ao lidar de forma específica com a flutuação dos principais hormônios sexuais da mulher, trata-se dos seus efeitos significativos sobre o equilíbrio emocional, a cognição e o comportamento, em função da variação cíclica ao longo do ciclo menstrual. Além dos hormônios sexuais, outras substâncias regulam e influenciam a saúde e emoções da mulher, tanto de forma positiva quanto negativa, como endorfina, serotonina, dopamina, ocitocina e adrenalina, que são neurotransmissores; a endorfina e a ocitocina podem ser classificados como neuro-hormônios uma vez que atuam tanto no sistema nervoso quanto na corrente sanguínea.

Segundo Berenstein (2013), “se nossos momentos fossem determinados exclusivamente pelos hormônios, sempre agiríamos seguindo seus determinantes” e intitulando como “Ciclo Menstrual e Psiquismo”, Berenstein, assim como outros autores, aborda o comportamento desses hormônios sobre o psiquismo.

O estrogênio tem tendência psicoativa, podendo produzir comportamentos mais extrovertidos, competitivos e de caça, os dois últimos, sobretudo com influência da testosterona, em baixo nível, no período ovulatório. Assim, as mulheres podem apresentar: melhora do olfato, aumento do desempenho em todas as tarefas, bom humor, vigilância, menor apetite, a pele mais sedosa e “sensual”, além disso o resultado de sua presença pode ser visto no tom de voz, emoções e pensamento, portanto, ação feminina ou feminilidade, ainda menor instabilidade nas emoções e por isso, maior coerência entre os desejos e os papéis desempenhados. Este hormônio é o principal responsável pelo desenvolvimento das características sexuais femininas e pelo controle da ovulação e suas oscilações hormonais ao longo do ciclo menstrual, interferem diretamente na disposição, nos níveis de energia e no humor (Rezende, 2019; Berenstein, 2013, Pg 31).

Durante o pico estrogênico, as mulheres tendem a apresentar maior sociabilidade, tolerância, libido/ desejo sexual, confiança e bom humor, nessa fase há também um aumento nos níveis de testosterona, o que pode elevar a energia e a disposição. Já a queda dos níveis de estrogênio está associada à irritabilidade, sintomas depressivos, ansiedade e retraimento social. Além disso, a flutuação hormonal pode alterar funções autônomas como a circulação, a temperatura corporal, o sono e o funcionamento intestinal (Rachid, 2023).

A progesterona, por sua vez, está associada a comportamentos de tendência passiva, contribuindo para que a mulher tenha uma postura mais receptiva e cooperadora, também está associada a uma sensação de relaxamento ou letargia para algumas mulheres e vontade maior de ficar em casa, uma vez que tem propriedades anticonvulsivas e é um sedativo natural. É uma substância fundamental à mulher, atuando desde a menstruação até a implantação do óvulo fecundado, manutenção da gravidez e a lactação, sendo assim um hormônio diretamente ligado com a reprodução, conhecido como o hormônio da gravidez ou hormônio “maternal”, que atua como inibidor. (Berenstein, 2013, pg. 86).

Ao mesmo tempo em que outras mulheres podem sentir maior irritabilidade, inchaço pela retenção de líquidos, fadiga e sensibilidade emocional, sintomas esses que se relacionam a preparação do corpo da mulher para uma

possível gravidez, por isso, a mulher também pode sentir certa diminuição das sensações de temor à gravidez, um maior senso de proteção, embotamento da percepção, redução da atratividade sexual, TPM (Tensão Pré-menstrual), ganho de peso e sensação de sentir-se gorda, diminuição do processamento de informação e da memória verbal, entretanto há melhora na atenção concentrada. Uma vez que, a primeira menstruação normalmente vem aos 12 anos e atualmente a mulher, em toda sua vida, vai gestar em média apenas duas vezes, “esse estímulo hormonal pode ser prejudicial por cobrar uma gestação que não ocorre ou que só acontece duas vezes na vida”, afetando sua qualidade de vida. Como sabido, esse hormônio é característico da fase lútea do ciclo, tendo alta produção durante a gravidez e aleitamento; ademais, só pode ser aumentado por meio do uso de anticoncepcionais orais. (Berenstein, 2013, pg 31, 32, 86, 87)

A testosterona, produzida pelas mulheres nas glândulas supra renais e ovários e em pequenas quantidades, é um hormônio ativador, que promove a agressividade, mantendo a autoconfiança, bem-estar e otimismo. Tem ciclos rapidíssimos de 15 a 20 minutos, o que permite grandes emoções em curto espaço de tempo, ao contrário do estrógeno que tem ciclos de 15 dias e busca emoções mais duradouras. (Berenstein, 2013, pg 42).

A testosterona também exerce um papel na regulação emocional e comportamental, além de promover comportamentos de competição e conquista. Ela é produzida pelas mulheres nas glândulas supra-renais e ovários e em pequenas quantidades e auxilia a manter a autoconfiança, bem-estar e otimismo, influenciando positivamente a qualidade de vida. Ainda, atua como um esteroide neuroativo, promovendo a neuroplasticidade no sistema nervoso central, embora essa influência ocorra em níveis mais baixos, se comparados aos homens. Esses efeitos contribuem para mecanismos antidepressivos, reforçando a ação protetora do hormônio, sendo importante para o desempenho cognitivo, tanto em homens quanto em mulheres. Contudo, “quando o córtex de uma mulher recebe doses extras desse hormônio, seu organismo invariavelmente se masculiniza”, deixando de produzir outros hormônios essenciais da mulher e se tornando mais agressivo. (Rachid, 2023; Berenstein, 2013, pg. 42, 91)

Quando mulheres dispõem de alto nível androgênico no organismo, seus ciclos menstruais se tornam irregulares, podem se tornar obesas, passar a ter pelos mais grossos e escuros (do tipo masculino), ter queda de cabelos e, em

casos graves, alopecia grave, além de estarem mais propensas a abortos espontâneos. (Berenstein, 2013, pg. 91)

A ocitocina é um hormônio produzido pela hipófise e reconhecido por seu papel na criação de vínculos emocionais, sendo frequentemente chamada de “hormônio da monogamia”. Ela favorece o contato físico, fortalece o afeto entre casais e entre mãe e filhos, além de auxiliar o organismo feminino durante a lactação. Durante a amamentação, sua ação promove calma e tranquilidade. Secretada pela hipófise posterior, mas presente em todos os tecidos do corpo, a ocitocina exerce grande influência no parto e atinge seus picos durante o orgasmo e o aleitamento. Por isso, o toque e o carinho têm importância fundamental para o bem-estar, e a escolha de quem nos toca também é relevante, pois interações afetivas são as que realmente estimulam sua liberação. Ela também atua em conjunto com os estrogênios, potencializando seus efeitos — o que explica por que mulheres que vivem relações afetivas satisfatórias têm menos chance de deficiência desse hormônio. A atividade sexual saudável e o contato físico são seus principais estímulos: quanto maior o contato físico, maior a produção de ocitocina. Em contraste, a dopamina, neurotransmissor, intensifica o impulso sexual, facilita o orgasmo e leva à busca de prazer sem a necessidade de um vínculo afetivo. (Berenstein, 2013, pg. 59, 94)

As endorfinas, por sua vez, são neurotransmissores essenciais para múltiplas funções corporais. Elas regulam o eixo hipotálamo–hipófise, controlam a temperatura corporal (sensação de calor, frio ou rubor), influenciam o sistema cardiovascular e respiratório, ativam a sudorese, aliviam a dor, melhoram o humor, afetam a atividade locomotora, aumentam a ingestão de alimentos e água, influenciam o comportamento sexual, reduzem sintomas psicóticos, previnem depressão ao agir sobre o sistema límbico e diminuem o estresse. Pessoas com depressão costumam apresentar baixa liberação de endorfinas e, quanto mais inativas permanecem, menor se torna sua produção. A deficiência de endorfina pode se manifestar por alterações de temperatura corporal, aumento do pulso, insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dores musculares e articulares. Em situações prolongadas de estresse, como resposta ao aumento ou desregulação dos níveis, o organismo tende a apresentar os mesmo sintomas ocasionados na deficiência de endorfina, além de afetar a regulação do metabolismo, o sistema

imunológico, as funções executivas e de estarem associados a uma diminuição no volume do hipocampo, que é vital para a memória, gerando prejuízos. Esses hormônios se correlacionam, seja qual for o catalisador, baixos níveis de endorfina ou altos níveis de cortisol, que se afetam mutuamente. A baixa qualidade de vida também atinge a produção hormonal, a prática regular de exercícios físicos e atividades prazerosas é uma das formas mais eficazes de estimular a liberação de endorfina e por isso reduzir os níveis de cortisol no organismo. (Berenstein, 2013, pg. 89, 90; Rachid, 2023; Paz & Brandão, 2023)

A adrenalina, conhecida como o neurotransmissor da resposta de “luta ou fuga”, prepara o organismo para reagir diante de ameaças. Quando combinado à hormônios gonadais responsáveis pela diferenciação sexual (estrógenos e andrógenos) produz uma diferenciação da resposta comportamental. Normalmente, a adrenalina, que liberada em excesso, gera sintomas do estresse; combinada à andrógenos gera ações impulsivas; na mulher, combinada à estrógenos gera comportamento de conflito e sobretudo em razão do estilo de vida mais competitivo da atualidade, o neurotransmissor circula com maior frequência no organismo feminino. Na prática, mulheres podem ser consideradas mais “briguentas” se comparadas aos homens ou a mulheres de décadas passadas por essas influências. (Berenstein, 2013, pg. 93)

A serotonina, neurotransmissor que atua na modulação do humor, também exerce influência sobre a feminilidade e subjetividade da mulher. “Em altas doses gera euforia, em quantidades muito baixas” também pode provocar depressão, com consequências graves. Esse neurotransmissor se liga de forma bilateral a sexualidade da mulher, ele amplia o desejo sexual em concentrações muito altas e inibe o impulso em concentrações muito baixas; ao mesmo tempo que, quanto mais intensidade e satisfação na vida sexual maior será o estímulo para a circulação de serotonina. (Berenstein, 2013, pg. 94)

A Organização Mundial da Saúde, diferenciou as classificações de *síndrome pré-menstrual* (SPM) e *tensão pré-menstrual* (TPM), “uma vez que tensão implicaria apenas mudanças nos aspectos nervosos e emocionais da mulher, porém sintomas orgânicos estão também presentes no período”, como as dores e inchaços pelo corpo (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 71); popularmente, o conjunto de sintomatologias, sejam psíquicas ou orgânicas, é conhecido como

TPM, que afeta a subjetividade e vivências de inúmeras mulheres ao redor do mundo.

“A maioria das mulheres que menstruam experimenta alguns sintomas pré-menstruais; destes, cerca de 20 a 40% os consideram graves o suficiente para procurar ajuda médica” (Obaydi; Puri, 2008, p. 268). Os sintomas psíquicos afetam o sistema nervoso, sendo caracterizados pelas mudanças de humor durante o período pré-menstrual, como irritabilidade, agressividade e insônia, além de um estado de depressão com ansiedade, letargia e melancolia. O corpo também pode sofrer alterações, que aparecem na forma de retenção de líquidos, queixas de dores recorrentes, como dores de cabeça, sensibilidade nos seios e cólicas e distensão abdominal. Além disso, a mulher pode apresentar fadiga com alteração de sono e de atividades (como diminuição de produtividade); transtornos alimentares, com grande desejo por massas, batata, arroz (carboidratos); alteração da atividade sexual com diminuição da libido e alterações cognitivas com deficiência de concentração, coordenação motora e prejuízos no coeficiente racional durante esse período (Cambiaghi Et Al., 2006, pg 72; Berenstein, 2013, pg. 102). Todos esses sintomas se relacionam diretamente com a variação do comportamento hormonal de acordo com a fase do ciclo que está sendo vivenciada e acabam por modificar a rotina de quem vivencia, podendo causar sofrimentos.

A SPM compreende, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde:

- Grupo A (anxiety – ansiedade): ansiedade, irritabilidade, insônia e posteriormente depressão;
- Grupo C (craving – apetite compulsivo): compulsão por doces, dor de cabeça, palpitação, fadiga e desmaios;
- Grupo D (depression – depressão): depressão, esquecimento, confusão e letargia;
- Grupo H (hyperhydration): ganho de peso superior a 1,4 kg, aumento de sensibilidade, congestão dos seios, edema facial e de extremidades, dilatação do abdômen e aumento da sensibilidade. (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 74)

Segundo Cambiaghi et al. (2006), “pacientes com doenças psiquiátricas comumente apresentam sintomas mentais mais graves na fase pré-menstrual”; em outras palavras, mulheres com transtornos mentais prévios como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia podem apresentar sensibilidade aumentada às variações hormonais, complicando a diferenciação entre sintomas psiquiátricos e efeitos hormonais (Zolin, 2023). Tal constatação que averigua a

interferência dos níveis hormonais (baixa hormonal) sobre componentes do psiquismo.

Ainda, ao considerar a interação hormonal feminina, estrogênios e progestogênios, com o Sistema Nervoso Central (SNC), considera-se que é no sistema nervoso central que se estruturam os modos de pensar associados ao feminino — não apenas no ato de menstruar. Assim, para eliminar a menstruação, seria necessário também eliminar a forma feminina de pensar, o que evidencia a profundidade dessa dimensão neurobiológica. Durante muito tempo, tratados clássicos de ginecologia não abordaram a feminilidade em sua complexidade, tratando a mulher apenas como o oposto do homem e definindo-a pela presença de órgãos femininos, e não como um ser complementar com características próprias. A neurociência moderna, por outro lado, descreve as interações entre o sistema nervoso central, a fisiologia genital e o comportamento feminino, por isso, compreende-se que a identidade de ser homem ou mulher está relacionada principalmente ao cérebro, e não apenas aos órgãos genitais (Berenstein, 2013, Pg. 45, 46, 59 E 61).

1.2 Influência de tais flutuações sobre a autopercepção da mulher, sua saúde emocional, cognição e suas vivências no dia a dia.

Eliezer Berenstein (2013) retrata o exemplo de mulheres jovens no auge de suas carreiras, que não apresentavam qualquer doença orgânica ou psiquiátrica mas, se queixavam de sintomas cíclicos mensais e comportamento mais irritados ou depressivos ocorrendo ao longo do mês. Diante de tal constatação, ao longo do tempo e estudo sobre a mulher, foi-se necessário desenvolver um olhar mais holístico sobre a saúde feminina, o que inclui passar a considerar como a feminilidade é vivenciada atualmente, considerando contexto em que se vive, metas e frustrações. Assim, questionamentos como, “Quais são os fatores hormonais que estão influenciando meus pensamentos, sentimentos ou meu físico neste momento?”; “E daqui quinze dias ou quinze anos, estes hormônios estarão agindo sobre minha vida da mesma maneira?”; “Como eu poderia entender quais foram seus efeitos durante a infância e como eles (os hormônios) me predispuseram a fazer escolhas durante a adolescência?”; “Será que os hormônios agem somente sobre o corpo ou também agem em meu

inconsciente?” podem acabar perpassando a singularidade da mulher. (Berenstein, 2013, p. 72).

Tem-se por feminilidade, o conjunto de fatores físicos emocionais e sociais que compõe indivíduos do sexo feminino, que constituem a mulher e igualmente importante são influenciados pelo (des)equilíbrio hormonal. “A relação entre o equilíbrio fisiológico e as emoções é delicada. O neocórtex interfere sobre o hipotálamo, sobre a hipófise e vai influenciar os órgãos, tecidos, funções corporais e o bem-estar em geral, inclusive mental e social” (Berenstein, 2013, p. 11).

“Hormônios, emoções e racionalidade possuem uma relação íntima” e por isso podem afetar e alterar sintomas físicos, além do psiquismo, racionalidade e emoções. Atualmente sabe-se que “a noção de ser homem ou mulher encontra-se no cérebro e não nos genitais”, é no sistema nervoso central que se pensa femininamente. O tronco cerebral, o sistema límbico e o neocórtex agem de maneira integrada e interdependente o que possibilita alterações na química do organismo (sistema endócrino e imunológico) gerando mudanças no pensamento e nas emoções; e da mesma forma que alterações na forma de pensar e sentir podem mudar a bioquímica do indivíduo; fazendo destaque, nesse sentido, ao pensamento que afeta todas as funções orgânicas. O tronco cerebral, é responsável por reflexos e respostas automáticas básicas; o sistema límbico, é responsável pelas emoções; e o neocórtex, é responsável pela razão, capacidade de linguagem simbólica, matemática, consciência de si mesmos, entre outros. (Berenstein, 2013, p. 45, 39, 79)

As flutuações dos hormônios sexuais femininos, principalmente o estrogênio e a progesterona, influenciam significativamente a autopercepção, saúde emocional, cognição e vivências cotidianas das mulheres. Estudos indicam que mulheres apresentam maior propensão a transtornos de ansiedade e depressão em fases marcadas por variações hormonais, como puberdade, perimenopausa, pós-parto e menopausa (OPAS/OMS, apud Cerqueira et al., 2024, p. 122)

Pode-se considerar sobre toda constituição humana, três tipos de inteligência. A inteligência racional (QI) é caracterizada pela capacidade

intelectual do indivíduo; a inteligência emocional (QE) descreve a capacidade do ser humano de lidar com situações abstratas, considerando experiências de vida e a maturidade; e, a inteligência hormonal (QH) explica as variações de comportamento se comparado os gêneros feminino e masculino, sobretudo da mulher, uma vez que o comportamento hormonal dos indivíduos do sexo masculino apresenta um funcionamento linear e o equilíbrio entre as inteligências mais estável, ao contrário da mulher que é exigido muito mais para alcançar certa estabilidade. (Berenstein, 2013, pp. 11-13, 24, 111). Além disso, Berenstein (2013) descreve a QH como um elo entre a mente racional e a emocional, que em equilíbrio saudável, é capaz de potencializar as capacidades da mulher e que “para usufruir de todas as vantagens proporcionadas pela múltipla ação hormonal é preciso menstruar” (pág 28)

“As diferenças de gênero e a consequente atração entre homens e mulheres está intimamente ligada à ação dos hormônios”, os hormônios agem nas instâncias emocionais e físicas (Berenstein, 2013, p. 42). É em razão da diferença do funcionamento hormonal que, em comparação aos homens, a prevalência de distúrbios do humor nas mulheres é aproximadamente o dobro, sugerindo a influência dos hormônios sexuais como catalisadores dessas condições. A redução dos níveis de estradiol durante as flutuações em certa variedade de casos pode se apresentar como fator propiciador de quadros e sintomas depressivos e ansiosos (Rachid, 2024; Altoé Et Al., 2023), que inevitavelmente afetam o indivíduo mulher em sua integralidade, disposição, motivação, tarefas cotidianas e relacionamentos.

Uma das principais questões relacionais entre homem e mulher, se dá pelo comportamento conhecido popularmente como “praticidade” do homem. As fases da vida do homem são lineares e previsíveis, se limitando às transições etárias (Infância, adolescência, vida adulta e senectude), e com suas inteligências se relacionando de forma estável. Já a vida do estrogênio na existência feminina é sujeita a ciclos (Infância, Puberdade, Adolescência, Vida adulta, Gravidez, Amamentação, Climatério, Senectude) e a estabilidade entre suas inteligências (QI, QE e QH) é conseguida com muito esforço. À vista disso, mulheres vivenciam insatisfações duradouras diante das fugazes emoções masculinas, e em seus diálogos, homens são sintéticos e objetivos, já as mulheres são analíticas e

subjetivas, respectivamente, um busca ação e o outro busca a intermediação. Essas diferenças não são apenas comportamentais, mas cognitivas e influenciadas pelo comportamento hormonal. Ao contrário do estrógeno que tem ciclos de 15 dias e busca emoções mais duradouras”, a testosterona age por ciclos curtos “de 15 a 20 minutos, o que permite grandes emoções em curto espaço de tempo, e traz como características a ação, competição, conquista, síntese ao falar e pensar, determinação ao agir no perigo. (Berenstein, 2013, pp. 42, 100, 101).

Outro fator de diferenciação entre os sexos, que também é considerado um fator de atração, é a temperatura; o estrógeno faz com que a mulher tenha a temperatura mais baixa e por isso sinta frio, já a testosterona faz com que o homem tenha a temperatura mais alta e por isso sinta mais calor. “Bioquimicamente, a mulher tem diversidade hormonal necessária para se desenvolver mais ricamente” e provavelmente é a falta da progesterona no organismo masculino que na maioria dos casos, tornam os homens limitados à compreender certos aspectos da feminilidade (Berenstein, 2013, pp.71 e 99).

FEMINILIDADE	MASCULINIDADE
Cooperativismo	Capitalismo – competitividade
Variação Hormonal	Estabilidade Hormonal
Feminismo impôs limites à expansão da virilidade e propõe futuro.	Falência do mundo masculino competitivo
Progesterona + emoção	Não tem progesterona
Cooperação, agregação, autodomínio – valores essenciais, arte, amor, fraternidade	Individualismo – competição
Mais precoce devido aos hormônios	Mais tardio e confuso
Observa melhor seus sentimentos, conflitos, emoções, busca a beleza mais cedo que os meninos	Procura a razão como forma de solucionar também os problemas emocionais
Plural ao longo do mês	Singular por toda vida
Consciência ecológica – terra – lar	Explora a Terra como se não fosse ser lar. A Terra deve dobrar-se aos pés do homem
Humanização das relações políticas	Militarização das relações humanas
Prazer nos processos	Prazer como resultado
Linguagem emocional	Monólogos racionais

Figura 2: Principais diferenças entre a feminilidade e a masculinidade (Berenstein, 2013, p. 72)

Um pouco antes da menarca, meninas (indivíduos do sexo feminino na faixa etária de 10-12 em média) passam a receber influência dos hormônios gonadais, que pela puberdade passam a ser produzidos em maior quantidade. Esse período é marcado por grandes níveis hormonais que, por sua vez, determinam a consciência da autoimagem e criação da imagem pública feminina. As moléculas hormonais possuem “memórias comportamentais” que agem de forma imperativa sobre a inteligência racional e emocional, esse imperativo da inteligência hormonal pode ser conhecido como impulso ou instinto. (Berenstein, 2013, pp. 23, 24)

Para entendermos qual o efeito dos hormônios sobre nossas inteligências racionais e emocionais, devemos diferenciar dois fatos importantes. O primeiro é que o cérebro está constantemente mergulhado em hormônios. O segundo fato é a diferença física e biológica entre os gêneros. No homem essa imersão é composta basicamente de androgênios, hormônios determinantes da

masculinidade, como a testosterona. Na mulher, esse "banho" hormonal é mais variado e depende da fase da vida e do ciclo em que ela se encontra. (Berenstein, 2013, p. 23, 24)

É indispensável tratar a importância da percepção e conhecimento da mulher sobre si mesma, seus comportamentos, suas possíveis alterações de humor e sintomas físicos. Por isso é um consenso entre os autores que abordam e pesquisam sobre o tema que os indivíduos, particularmente as mulheres, conheçam melhor o funcionamento dos seus organismos e de que forma a sua biologia/ fisiologia pode interferir nas suas vidas pessoais, sociais e profissionais. Segundo Berenstein (2013), sem o autoconhecimento de como é importante a harmonia entre as três inteligências, racional (QI), emocional (QE) e hormonal (QH), muitas *mulheres* podem estar compactuando para tornar sua vida mais difícil.

Também deve se considerar a subjetividade que perpassa toda o ser humano, e que também se desabrocha na ciclicidade hormonal da mulher, como ocorre em seu organismo, como ela percebe e os sintomas que desenvolve. Há mulheres que todos os meses sofrem com dores e sintomas da tensão pré-menstrual, com cólicas fortes e sintomas que podem até ocasionar uma depressão; há outras mulheres que nunca tiveram TPM e de repente passam a manifestar sintomas significativos dessa síndrome; outras ainda, sentem cólicas nos meses de inverno por conta do frio, ou podem inchar e reter líquidos em razão do calor no verão (Berenstein, 2013, p. 16).

Fatores estressantes ambientais e genéticos interagem complexamente com essas flutuações hormonais, influenciando a manifestação de transtornos de humor em mulheres (OPAS/OMS, apud Cerqueira et al., 2024, p. 122). A hipótese da interação gene-ambiente, como dito por Cerqueira et al. (2024), sugere que polimorfismos genéticos e eventos estressantes podem modular a suscetibilidade a esses transtornos. Além disso, mulheres apresentam maior vulnerabilidade a outros transtornos como ansiedade generalizada, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático e doenças autoimunes, condições que também podem estar relacionadas às variações hormonais.

As oscilações hormonais durante o ciclo menstrual afetam o equilíbrio emocional, provocando variações em sensações como fome, sono, estado de

alerta e humor, evidenciando o impacto direto desses hormônios no bem-estar psicológico. Ao mesmo tempo que irregularidades no ciclo podem ser um sintoma da ocorrência de algo significativo ao longo do mês, seja na esfera física, emocional ou hormonal. (Zolin, 2023; Berenstein, 2013, p. 29)

A primeira fase do ciclo menstrual, é marcada pela produção de estradiol (E2) e influenciada por sua ação, nesse período, a mulher busca ser mais feminina, atraente e sensual, está mais disposta para a vida social pública e costuma apresentar comportamentos mais voltados ao autocuidado, como frequentar mais a academia e salões de beleza, fica mais sensível a odores, sons, cores e ao toque (a ocitocina, liberada pela hipófise, em conjunto com estrogênio promove a sensibilidade ao toque); se encontra mais romântica, sonhadora e com muita disposição (Berenstein, 2013, p. 41 E 42)

Diferente do homem que não tem sinais biológicos mensais da passagem do tempo, na mulher é fácil observar seu estado hormonal uma vez que a menstruação acaba sendo o aviso mensal para sua “consciência cíclica”. Diante da possibilidade de identificação das fases hormonais e com objetivo de acrescentar sobre autopercepção da mulher, sua saúde emocional e suas vivências no dia a dia, alguns sintomas são apresentados de acordo com o nível de estrógenos. É possível observar a falta de estrógenos através de comportamentos e sintomas, como: postura relaxada, sem cuidados com a aparência; submissa e apática; pele seca e enrugada; depressão, medo, apreensão; irritabilidade; irresolução; insegurança; pessimismo; desses últimos, sintomas que pertinentes a TPM. Também é possível identificar a presença dos estrógenos através de comportamentos e sintomas, como: “sensação de ambiguidade; comportamento ativo, agressivo (receptivo-passivo) e sedutor; persistência, bom humor,” clareza de pensamento (uma vez que os estrógenos acabam funcionando como antidepressivo); melhor compreensão das coisas que a cercam; melhor vigilância, disposição; melhor paladar e olfato mais sensível; menos estresse e redução do apetite. (Berenstein, 2013, p. 84, 85 e 102)

Da mesma forma acontece com a progesterona. É possível observar a presença de progesterona através de comportamentos e sintomas, como: Inchaço geral; pele opaca; postura maternal e mais pacificadora; aumento de peso; diminuição do odor feminino; preservação da gravidez (se em associação com

prolactina acaba com o desejo sexual); reduz a reatividade; aumento da temperatura corporal; sensação de estar gorda (aumento de peso); desejo alimentar; sensação de fadiga; sintomas também relacionados a TPM (explicitamente quando a falta do estrogênio e a presença de progesterona). Além de sintomas que demonstram que o psiquismo e a cognição da mulher são afetados, principalmente na segunda metade do ciclo, onde a progesterona está alta, como: esquecimento, distração; comportamento esquizoide, rabugenta, autodestrutiva; incerteza; necessidade de dar e receber proteção; embotamento (diminuição da elaboração do pensamento); depressão; irritabilidade; é um sedativo, leve, porém se a quantidade desse hormônio for alta funciona como anestésico. (Berenstein, 2013, p. 87 e 88)

HORMONOGRAMA		
SENSAÇÃO / SENTIMENTO	COMPORTAMENTO	FÍSICO
• Mau humor ou humor depressivo	• Brigar	• Muco cervical (clara de ovo)
• Impaciência	• Comer	• Inchaço
• Segurança	• Sono	• Palpitação
• Sensibilidade	• Iniciativa	• Temperatura corporal
• Cansaço/ bem-estar/ ânimo	• Libido	• Pele

Figura 3: Cronograma hormonal feminino composto de cinco sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, cada. (Berenstein, 2013, p. 103)

O equilíbrio hormonal é fundamental para a regulação do humor, comportamento e qualidade de vida, a desregulação desses hormônios pode levar a alterações profundas na saúde mental, afetando desde a autoestima até a capacidade funcional das mulheres em suas atividades diárias.

Assim, se o cérebro está "invadido" por esses hormônios, dependendo do ciclo e da fase, é óbvio que o resultado de sua ação será a composição dos "produtos mentais" (emoções, pensamentos e impulsos que constituem nossa consciência) com as características de cada hormônio. Em outras palavras, se o cérebro está imerso em um meio hormonal com predomínio estrogênico, a mentação, ou o modo de agir, pensar e se relacionar com o mundo terá seu perfil (Berenstein, 2013, P. 27).

O eixo neuroendócrino, a comunicação entre sistema nervoso e hormonal, é aquele responsável por controlar as funções femininas e permanece inativo (por

comando do hipotálamo) até o início da puberdade. Com o início da puberdade esse eixo se torna ativo (conhecido por ser o eixo hipotálamo/hipófise/ovários) e é responsável pela estimulação e produção de estrogênio. (Berenstein, 2013, p. 25).

Estudos indicam que o estrogênio (estradiol) não influenciam somente os órgãos reprodutores, mas, é um hormônio fundamental para a saúde cognitiva, promove a plasticidade sináptica e a neuroproteção, afetam a memória e o aprendizado, “a cognição, a organização e expressão dos ritmos biológicos e psicológicos típicos da feminilidade”, desempenhando um papel sobre manutenção das funções cognitivas. Durante a menopausa, por exemplo, os baixos níveis de estradiol podem gerar problemas cognitivos, como perda de memória (memória verbal), fluência verbal e dificuldade de concentração, sintomas que também podem afetar mulheres em idade fértil, saudáveis, na fase lútea, quando os níveis de estrogênio estão baixos. (Rachid, 2023; Berenstein, 2013, p. 25)

No plano neurológico, o estrogênio atua como um modulador importante. É responsável pela diferenciação cerebral, estimula a neurogênese e atua na regulação do sistema endócrino por meio do hipotálamo e da hipófise. O hormônio exerce também uma função semelhante à dos neurotransmissores, influenciando a liberação de serotonina, dopamina, noradrenalina, acetilcolina e endorfinas, substâncias fundamentais para o humor e a cognição. A queda do estrogênio, portanto, pode reduzir esses neurotransmissores, contribuindo para quadros de depressão, ansiedade e prejuízos no desempenho cognitivo (Rachid, 2023).

Os efeitos dessa modulação variam conforme o momento do ciclo: altos níveis favorecem habilidades verbais e emocionais, enquanto níveis baixos melhoram o desempenho em tarefas visuo espaciais e numéricas (Leeners Et Al., 2017). Santos et al. (2024) observaram que a memória visual tem desempenho superior na fase menstrual, quando os níveis hormonais estão mais baixos. Oscilações hormonais femininas não apenas afetam diretamente o estado emocional, como também modulam a forma como o corpo responde ao estresse.

Ainda, segundo Berenstein (2013), o estrogênio, uma vez que exerce função de neuroproteção influenciando positivamente na manutenção da saúde cognitiva, vai proteger o organismo contra doenças como a esquizofrenia e o mal de Alzheimer; além da osteoporose e as doenças cardíacas. Da mesma forma, age sobre a manutenção o tônus da pele e capilar, o colágeno, a redução do estresse e promove a lubrificação vaginal, influenciando o impulso sexual frequente, fator último que afeta de forma inevitável a saúde sexual/ sexualidade da mulher (feminilidade, autoestima e emoções). Ressalta-se ainda, que “a anatomia e a bioquímica de cada gênero agem para modular uma vida sexual prazerosa e plena” e isso só acontece quando o organismo está equilibrado em todos os aspectos, sobretudo os hormonais. (Berenstein, 2013, pp. 41 e 70)

Em evidência a sociabilidade do sistema endócrino e sistema nervoso central e a harmonia de ambos para o desenvolvimento da feminilidade, atualmente sabe-se que a causa da aciclicidade (não existência do ciclo) permanente das mulheres está no sistema nervoso central e não devido ao esgotamento dos folículos ovarianos, como ocorre na menopausa, pela redução progressiva dos estímulos hormonais. (Berenstein, 2013, p. 26)

É a ciclicidade propiciada pela variação hormonal, a cada mês, uma das responsáveis pela maior adaptabilidade e criatividade inerentes ao sexo feminino, tais como cuidar da casa, dos filhos e do trabalho, tudo praticamente ao mesmo tempo. O neurologista americano Roger Gorski, da Universidade americana de Yale, demonstrou em estudos que graças ao estrogênio as células nervosas do cérebro conseguem criar mais conexões. O resultado disso é a melhor comunicação, sensibilidade e provavelmente está aí a origem da intuição feminina. (Berenstein, 2013, pg. 28)

É em razão da tal ação do estrogênio no organismo feminino e seus resultados, citados por Berenstein (2013), que quando os níveis de estrogênio caem em seu período correspondente do ciclo, as mulheres demonstram comportamentos mais intrusivos e de menor disposição em seus relacionamentos, além da maior sensibilidade emocional, se comparados a outros períodos do mês.

Berenstein (2013) em sua obra “A inteligência hormonal da mulher”, traz exemplos, de situações reais, de como os hormônios influenciam fatores externos da vida da mulher, assim como fatores externos influenciam o comportamento hormonal, indicando que o sistema hormonal é influenciado pela forma como a

sociedade se organiza, como o indivíduo vive e outros fatores. Em um desses exemplos, trouxe uma jovem de 21 anos que depois de um longo período sem menstruar e nos últimos ciclos seus sintomas da tensão pré-menstrual foram intensos, com dores de cabeça, depressão e ganho significativo de peso. Ao final de seu ano, por ondas grandes de estresse junto a noites sem dormir para estudar, sua menstruação desapareceu, porém sintomas como dores terríveis nos seios, vontade de comer insaciável (majoritariamente doces) e depressão profunda (falta de ânimo e motivação significativas) se fizeram latentes. Esse conjunto de fatores intensificou a atividade das glândulas suprarrenais, elevando a liberação de adrenalina e o nível de estresse. Como consequência, houve aumento da prolactina (hormônio típico do pós-parto), levando a jovem a apresentar apatia, queda do desejo sexual e forte compulsão alimentar, já que a prolactina estimula a busca por reservas energéticas.

Um hormônio é produzido para uma determinada finalidade e, se não a realiza, pode causar prejuízos à saúde e grandes alterações comportamentais. Na maioria das vezes, essas alterações ou distúrbios são provocados por fatores externos. (Berenstein, 2013, p. 32)

Dentre questionamentos apresentados pelo autor (Berenstein, 2013, p. 76) e possivelmente relativos a qualquer mulher, estão: “Como é possível uma pessoa inteligente, interessada, comprometida, bem informada, estudiosa, de bem com a vida, apresentar-se com tantos sintomas antes de menstruar?”, “Por que na gravidez, e principalmente após o parto, uma mulher pode ficar tão triste a ponto de abandonar um filho ou, em casos extremos, chegar a suicidar-se no pós-parto?”, “Por que esta mesma mulher pode desentender-se tanto com seu parceiro se, racional e emocionalmente, tudo está bem com o casal?”, “O que leva uma mulher a se esforçar tanto para tornar-se atraente?”.

Os seres humanos organizam seus pensamentos por meio de imagens mentais e diálogos internos e externos, sempre acompanhados de sensações e emoções que se espalham pelo corpo como uma “maré química”, influenciando a imunidade, a digestão, a circulação e diversas funções fisiológicas, o que torna o indivíduo resultado tanto do que pensamos quanto da nossa bioquímica. É a partir de tal funcionamento, que também surge espaço para os sintomas conhecidos como “psicossomáticos”, sintomas físicos causados por sofrimento emocional, que reforçam a ideia de que mente e corpo estão interconectados. Quando os níveis hormonais estão equilibrados, a percepção, consciência e funcionamento

orgânico tendem a ser estáveis; porém, quando há desequilíbrios, mesmo em contextos de vida favoráveis, a forma de vivenciar a realidade se altera profundamente. Ainda, “a autoimagem feminina passa por mudanças rápidas ao longo do mesmo mês”. (Berenstein, 2013, pp. 76, 102)

Emoções e sentimentos pertencem ao presente e estão diretamente influenciados pelos níveis hormonais atuais, enquanto pensamentos frequentemente oscilam entre passado e futuro. Por isso, compreender as mudanças internas exige observar as ações e sensações no “aqui e agora”. Pequenas alterações hormonais podem gerar efeitos psíquicos intensos, e não é apenas a quantidade dessas substâncias que importa, mas principalmente a forma como atuam nos receptores do organismo. Muitas questões emocionais e comportamentais decorrem da ação hormonal, mas, sem consciência desse processo, não é possível perceber o quanto o organismo pode ser influenciado por essa “manipulação bioquímica silenciosa”. Assim, emoções parecem desproporcionais às circunstâncias externas, como na irritabilidade da TPM, que pode surgir mesmo em um ambiente tranquilo e agradável. A chave para o equilíbrio entre razão, emoções e fisiologia é desenvolver consciência sobre a ação dos hormônios. A inteligência hormonal propõe que a mulher deixe de ser vítima, e se torne parceira desses processos, sem “ir contra a essência de nossa genética e bioquímica, mas sim humanizar-se mais através da Inteligência Ideal potencializada pela Inteligência Hormonal”, de forma que o comportamento hormonal passe a ser vivenciado de forma harmônica com a consciência da mulher e em suas metas. (Berenstein, 2013, pp. 77-80)

Do mesmo modo, os fatores sociais, culturais, emocionais e experiências de vida, assim como doenças atuais ou pregressas, podem influenciar o desenvolvimento da Síndrome Pré-Menstrual (SPM), o que destaca a relevância dos fatores externos sobre o aspecto psicológico. “Os sintomas podem interferir no trabalho, na vida social e nos relacionamentos. A interação entre fatores ambientais e orgânicos explica grande parte das manifestações da SPM” (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 74). Cambiaghi et al. (2006) consideram ainda em sua obra, medidas para ajudar a reduzir os sintomas apresentados nesse período, como reduzir o consumo de sal e cafeína, fazer exercícios com certa frequência, manter um sono regular, procurar reservar momentos de relaxamento, procurar a

psicoterapia como meio de auxiliar no manejo dos sintomas e emoções; e se possível, reorganizar a carga de trabalho para reduzir o estresse e agendar eventos importantes para os melhores períodos do ciclo menstrual. Essas duas medidas, mais desafiadoras frente ao ritmo de vida do mundo moderno e suas exigências, talvez se apresentem como as mais fundamentais. A influenciadora indígena We'e'ena Tikuna, em seu instagram, disse sobre a mulher em período menstrual dentro de sua cultura, em concordância ao abordado acima, da seguinte forma:

Quando a indígena quando menstrua na aldeia, ela não pode fazer nada. Na aldeia ela não pode fazer nada...imagina na cidade... isso seria perfeito. Foi um choque isso pra mim, quando fui morar na cidade, porque na cidade você pode tudo, você não tem o respeito com o seu corpo, porque naquele momento a mulher tá sensível... e não é respeitado isso na sociedade, não tem uma lei que possa falar "é o momento dela descansar deixar ela quietinha ali", não aqui você trabalha, trabalha, trabalha e explode. (@weena_tikuna, 2024)

Historicamente, quando a vida humana, especialmente a das mulheres, era guiada predominantemente por necessidades fisiológicas, havia menos conflito entre metas hormonais e metas racionais. No mundo contemporâneo, marcado pela vida urbana e por múltiplas demandas cognitivas, essas metas frequentemente entram em choque. Porém, esse descompasso não precisa ser um estigma moderno, a simples identificação e assim compreensão dos fenômenos físico-hormono-emocionais, reduzem significativamente a frustração causada "pelos imperativos fisiológicos". Como um ser biopsicossocial, o ser humano vive em constante diálogo entre corpo, mente e ambiente. Os hormônios direcionam o organismo para suas próprias metas fisiológicas, enquanto o contexto social e racional impõe exigências distintas, nesse sentido, conflitos entre as "metas hormonais" e as "metas racionais" acabam acontecendo, afetando a individualidade como um todo. A auto-observação, a autopercepção emocional e o exame dos próprios pensamentos permite que a mulher identifique quais hormônios estão influenciando sua cognição e comportamento e assim consiga administrá-los e mediar-los. "Em muitos casos, o simples fato de prestar atenção às emoções decorrentes das alterações hormonais já é suficiente para modificá-las". (Berenstein, 2013, pp. 81, 821 108)

1.3 A influência dos hormônios sexuais na Mulher com TDAH

Os transtornos do neurodesenvolvimento constituem um grupo de condições que se iniciam no período do desenvolvimento e se caracterizam por déficits ou diferenças nos processos cerebrais que resultam em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Esses déficits podem variar desde limitações específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até comprometimentos mais amplos envolvendo habilidades sociais ou inteligência e são comumente percebidos como atravessadores da individualidade do sujeito integral. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023, p. 133).

Nesse sentido, pesquisas que abordam os efeitos das flutuações hormonais do ciclo menstrual foram sendo desenvolvidas, mas sobre algumas formas de psicopatologia como depressão e transtornos do humor, com poucas retratando a mulher em seu ciclo saudável e, especificamente sobre os hormônios sexuais e as emoções e comportamento característicos da mulher com TDAH e seus prejuízos. Contudo, estudos já sugeriram que os hormônios sexuais podem afetar as funções que naturalmente apresentam prejuízo dentro do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Da mesma forma, mulheres com TDAH parecem apresentar risco elevado desses sintomas relacionados a hormônios e a forma como os hormônios afetam os indivíduos de sexo feminino se torna variante a depender da fase da vida ou do seu ciclo menstrual que esse indivíduo se encontra.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e a desorganização estão relacionadas à incapacidade de permanecer em uma única tarefa, a aparentar não ouvir e à perda de materiais necessários para alguma tarefa em níveis inconsistentes com a idade ou com o nível de desenvolvimento. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023, p. 134).

A hiperatividade-impulsividade, no geral, na vida adulta aparece por prejuízos relacionais que envolvem dificuldades no controle inibitório, como dificuldade em aguardar. Observa-se desregulação emocional, impulsividade afetiva e tendência a reagir de forma exagerada, com frustração e irritabilidade intensas. Mesmo sem um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico e profissional costuma ser prejudicado. A desatenção, além da

descrição de seu próprio nome, pode incluir comportamentos como: não prestar atenção a detalhes, cometer erros por descuido, parecer não escutar, não seguir instruções até o fim, ter dificuldade de organização, perder objetos essenciais, além de esquecimento de atividades cotidianas. Déficits neurocognitivos comuns incluem dificuldades em memória de trabalho, alternância de tarefas, tempo de reação, inibição de respostas, vigilância e planejamento/organização. Do ponto de vista temperamental, o transtorno associa-se a menor inibição comportamental e controle por esforço, maior afetividade negativa e maior busca por novidades. Mulheres tendem a apresentar predominantemente sintomas de desatenção. Esses sintomas costumam ocorrer em múltiplos contextos e interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento global. O TDAH também representa comorbidades significativas relacionadas aos transtornos do humor, da conduta ou uso de substâncias; além de, compartilhar sintomas com transtornos de ansiedade. Os relacionamentos interpessoais íntimos podem ser marcados por discórdia, interações negativas e menor autoestima do indivíduo com TDAH. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023, pp. 177-186).

Durante a construção da psicologia como ciência e acerca do conhecimento sobre os transtornos do neurodesenvolvimento, especificamente o TDAH, foi se percebendo que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não se manifesta da mesma forma em meninos e em meninas. Pesquisas apontam que a maioria dos diagnósticos deferidos na infância são da população masculina, ocorrendo o oposto com as meninas. A população feminina têm maior probabilidade de receber um diagnóstico de TDAH durante a puberdade uma vez que os sintomas se tornam mais evidentes devido às flutuações hormonais (Eng et al., 2023), isso expõe a vivência de múltiplos períodos críticos de desenvolvimento, e dentro do transtorno, correspondentes a eventos da vida reprodutiva. Ainda, diagnósticos tardios aumentam o risco de comorbidades, de comprometimento do funcionamento e a diminuição da qualidade de vida, como maior probabilidade de gravidez na adolescência, comportamentos sexuais de risco, automutilação e transtornos alimentares, além de afetar negativamente os relacionamentos, a saúde mental, a confiança e a autoestima das mulheres. (KOOIJ et al., 2025, p. 4, 7; Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, p. 1)

Mulheres com TDAH apresentam maior probabilidade de manifestar sintomas de desatenção e depressão comórbida quando comparadas aos homens, uma das explicações para essas diferenças envolve fatores hormonais, já que os hormônios sexuais influenciam a estrutura e o funcionamento cerebral, além de desempenharem papel significativo nos períodos de transição hormonal ao longo da vida, de forma a impactar a organização do cérebro feminino. (Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, p. 1). Essas particularidades hormonais se refletem também no desempenho das funções executivas (FE). Embora déficits em funções executivas como inibição, planejamento, memória de trabalho e alternância de tarefas, sejam característicos do TDAH como um todo, estudos revelam diferenças entre os sexos na forma como se manifestam (KOOIJ et al., 2025, p. 9). Meninos e homens tendem a apresentar maior dificuldade na inibição de respostas, velocidade de processamento mais lenta e mais prejuízos em flexibilidade cognitiva e função motora. Por outro lado, meninas e mulheres com TDAH frequentemente exibem desafios mais pronunciados em vocabulário, habilidades intelectuais, raciocínio visuoespacial e nível de ativação/velocidade. Também são mais sensíveis a recompensas imediatas menores, o que pode influenciar engajamento e regulação motivacional. Além disso, as funções executivas em mulheres parecem ser altamente sensíveis às flutuações hormonais do ciclo menstrual. Níveis reduzidos de estrogênio, especialmente na fase pós-ovulatória e no período perimenstrual, podem intensificar sintomas de hiperatividade–impulsividade e desatenção. Tais evidências reforçam a necessidade de compreender o TDAH feminino considerando a interação entre fatores neurobiológicos e hormonais ao longo da vida. (KOOIJ et al., 2025, p. 9).

Majoritariamente, mulheres com TDAH apresentam menos hiperatividade e impulsividade como sintoma, mas costumam ser mais desorganizadas, dispersas, esquecidas e introvertidas, fator que inclusive pode resultar em certa negligência de estudos, se comparada à população masculina. Ainda, estudos apontam que ao passar pela puberdade (fase onde se iniciam as flutuações hormonais) mulheres com TDAH possuem maior propensão a desenvolver transtornos associados, como ansiedade, depressão, bipolaridade, transtornos alimentares e transtorno de conduta, mas, apesar disso, apresentam menor probabilidade de serem encaminhadas para avaliação e tratamento (Chadd, 2017). E não sendo tratadas, podem apresentar desordens de baixa autoestima

crônica, desempenho insuficiente (com riscos de desemprego), vícios, maiores taxas de tentativas de suicídio, e com duas vezes mais chances de ter uma gravidez indesejada ou engravidar mais cedo do que mulheres neurotípicas. (KOOIJ et al., 2025, p. 9)

Embora ainda não haja muitas pesquisas que expliquem o papel dos hormônios no TDAH, ainda em 2017, pesquisadores já haviam percebido que os hormônios desempenham um papel no TDAH em mulheres e meninas. Segundo o Dr. Littman, foi descoberto que o cérebro é um órgão alvo do estrogênio, que afeta a cognição, o humor e o sono (Chadd, 2017), influenciando fatores como memória, foco e energia, além das oscilações emocionais e ainda a aprendizagem, controle motor fino e percepção da dor. Além disso, é sabido que, a puberdade, pode ser diferente para meninas com o transtorno do que para aquelas sem ele. Compreende-se então que os sintomas do TDAH podem mudar significativamente a depender da fase ciclo menstrual. Estudos relatam um aumento dos sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção em mulheres durante as fases menstrual e lútea, reafirmando que a oscilação hormonal também influencia condições psiquiátricas já diagnosticadas (Roberts et al., 2017). Contudo, os efeitos do estrogênio e da progesterona sobre a cognição e as emoções são complexos e variáveis, com pesquisas que sugerem que a forma como cada indivíduo reage às flutuações hormonais depende de suas características neurobiológicas individuais. No período periovulatório (os dias que cercam o dia da ovulação) há um aumento nos comportamentos de aproximação e aceitação de riscos, já no período perimenstrual observa-se aumento na evitação/afeto negativo. (ENG et al., 2023)

Magalhães (2023) destaca que os hormônios sexuais têm a capacidade de regular os sistemas de sinalização sináptica que são considerados anômalos no tdah e influenciam os circuitos dopaminérgicos no cérebro, podendo gerar a redução dos receptores de dopamina, aumentando a sua liberação no córtex pré-frontal. Ao considerar a influência direta do estrogênio como fator hormonal que agrava os sintomas do TDAH em função das flutuações mensais do ciclo reprodutivo feminino, observa-se que o aumento desse hormônio eleva os níveis dopaminérgicos no cérebro, “o estrogênio modula a dopamina, sua síntese, manutenção e a inibição de sua degradação”. Esse aumento favorece a sensação

de bem-estar, bem como a regulação do foco e da motivação — funções naturalmente mediadas pela dopamina, que já representam áreas de vulnerabilidade para pessoas com TDAH. Assim, quando os níveis de estrogênio diminuem ao longo do ciclo, a atividade dopaminérgica também se reduz, intensificando sintomas característicos do transtorno. Estudos que examinam a interação entre estrogênio, progesterona e vias dopaminérgicas indicam que períodos de baixa concentração de estrogênio podem afetar a cognição, amplificar déficits de função executiva e influenciar a forma como o transtorno se manifesta ao longo da vida reprodutiva feminina, uma vez que esse neurotransmissor já é baixo ou desregulado em cérebros com TDAH, levando uma experiência a reforçar a outra. Nesse sentido, esse processo pode aumentar a intensidade dos sintomas no período pré-menstrual, bem como nos momentos pós-ovulação e pós-menstruação, sendo a impulsividade um possível marcador clínico de maior sensibilidade às variações hormonais. (Rosen, 2024; KOOIJ et al., 2025, p. 4,8)

Logo após a ovulação, fase lútea, os níveis de estrogênio começam a cair. Durante a fase lútea, observa-se maior hipersensibilidade, caracterizada por irritabilidade, reatividade interpessoal, afeto negativo com excitação elevada (como raiva e ansiedade) e sensibilidades sensoriais, em especial a misofonia, relacionadas às variações nos metabólitos da progesterona (P4). Ao fim da fase lútea, período pré-menstrual, em razão da essa diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona para início de um novo ciclo, a mulher pode apresentar maior dificuldade para administrar os sintomas do TDAH, com prejuízos no funcionamento cognitivo, aumento de sintomas depressivos, anedonia, ansiedade e até risco de suicídio, fenômenos vinculados reduções nos níveis de estradiol (E2). Evidências indicam que tais efeitos diferem entre domínios: a hiperatividade-impulsividade relaciona-se mais diretamente às quedas do estrogênio, enquanto a desatenção é modulada pela interação entre declínios estrogênicos e níveis de progesterona. De forma geral, o estrogênio parece exercer função protetiva sobre a cognição e a regulação emocional, de modo que suas flutuações ao longo do ciclo menstrual, tanto em torno da ovulação quanto no final do ciclo, podem amplificar impulsividade, desatenção e sintomas depressivos, configurando um “golpe duplo” de vulnerabilidade em mulheres com TDAH. (Eng. et al., 2023; Roberts et al., 2017; KOOIJ et al., 2025, p. 8)

As participantes da pesquisa realizada por Bürger, Erlandsson & Borneskog (2024), relataram que durante a fase lútea média e o período menstrual, agravamentos sobre os sintomas do TDAH foram percebidos com impacto significativo na qualidade de vida. Esses efeitos repercutiam em seus relacionamentos pessoais, objetivos profissionais, atividades diárias e saúde mental. As áreas mais afetadas incluíam disfunção executiva (sobretudo dificuldade em iniciar e alternar tarefas), desregulação emocional, marcada por irritabilidade, tristeza, ansiedade, agitação, sensibilidade e desesperança, e desregulação da atenção, com prejuízo na organização da concentração, manutenção do foco e aumento do esquecimento. Uma das participantes sintetizou essa vivência afirmando: “É como uma regressão e eu também acabo procrastinando coisas básicas de autocuidado que não são muito difíceis de fazer, como tomar banho”. (Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, p. 4)

Mesmo com o uso de terapia e medicação, muitas relataram que o manejo dos sintomas parecia ser reiniciado a cada ciclo, gerando a sensação de perda de controle, frustração e necessidade de reorganizar a rotina de acordo com as flutuações hormonais. Dificuldades relacionadas a planejamento, organização e memória de trabalho afetavam diretamente a forma como lidavam com sua menstruação, gerando incerteza sobre o início do ciclo ou uso inadequado dos produtos menstruais, além de ansiedade, estresse, em alguns casos, problemas de saúde e desafios na manutenção da higiene menstrual, elementos que representavam barreiras significativas para alcançar os cuidados desejados nesse período (Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, pp. 4, 5).

Muitas relataram sentimentos de vergonha por acreditarem que “deveriam ser capazes” de cumprir essas tarefas facilmente, o que ampliava a carga mental e o esforço necessário para compensar tais desafios. Exemplificando essa vivência, uma participante afirmou: “[...] mesmo menstruando regularmente, sempre era uma surpresa para mim quando acontecia. Então, como uma mulher adulta, eu ficava sangrando em tudo e tinha que voltar para casa do trabalho” (p. 4). Outra relatou a dificuldade em manter hábitos: “Manter uma rotina, manter um hábito é difícil. Que é tudo o que a menstruação é, certo? Trocar o absorvente; Eu me esqueci que estava usando meu coletor menstrual por um ou dois dias seguidos [...] acabo gastando muita energia com algo que deveria ser natural”.

(Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, p. 4). Mas também foi mencionado como úteis, à prática de autocompaixão, a redução de compromissos durante a fase lútea e a menstruação, o apoio de comunidades de mulheres com vivências semelhantes, o acesso a conteúdos informativos sobre TDAH, além de estratégias de lembretes constantes, como post-its e quadros brancos (Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024, p. 5).

Já na fase periovulatória, são mais frequentes os comportamentos de busca de recompensa, como o uso desadaptativo de substâncias e a agressão proativa, impulsionados por elevações bruscas de estradiol. Além disso, essas sensibilidades podem interagir entre si, com a personalidade e a fisiologia basais e com fatores ambientais, resultando em manifestações clínicas específicas. (Eng. et al., 2023)

Estudos apontam que os hormônios sexuais desempenham um papel na regulação da comunicação entre as células cerebrais, tal fator explica os prejuízos possíveis à função executiva, principalmente o maior risco de sintomas de TDAH em momentos de rápido declínio de estrogênio. O grupo de pesquisadores, ENG et al., (2023), propôs uma nova teoria dos efeitos ativadores dos hormônios ovarianos circulantes cíclicos no TDAH, que considera o risco em momentos de rápido declínio do estrogênio. Mulheres com TDAH podem apresentar efeitos hormonais organizacionais e ativadores; os efeitos organizacionais referem-se à capacidade dos esteroides de ditar mudanças na estrutura e funcionalidade que permanecem e persistem após a exposição àquele esteroide; já os efeitos ativacionais são mais transitórios e servem para impactar os circuitos neurais previamente organizados, o comportamento e o corpo. Diante disso, Eng. et al. (2023), desenvolveram a “Teoria da Sensibilidade Hormonal Múltipla” que propõem-se três mecanismos cíclicos com potencial para desencadear ou exacerbar sintomas psiquiátricos que transcendem ao diagnóstico em diferentes fases do ciclo, devido à sensibilidade neurobiológica às alterações hormonais normais. Que sugere que a sensibilidade à abstinência de estrogênio leva a reduções perimenstruais no funcionamento cognitivo executivo, produzindo sintomas como dificuldades de atenção e comportamentos de regulação emocional mais deficientes. (Eng. et al., 2023)

As dificuldades relatadas por mulheres com TDAH ao longo da vida indicam exacerbações sintomáticas em diferentes períodos, na adolescência, muitas descrevem vivências marcadas por tristeza ou depressão, disforia sensível à rejeição e maior preocupação ou ansiedade. Durante a fase reprodutiva, existem relatos significativos das ocorrências dos quadros de TPM e/ou TDPM; e na semana pré-menstrual, os sintomas mais comuns incluem irritabilidade, oscilações de humor, cólicas ou desconforto físico, tensão ou ansiedade e dificuldades de foco e concentração. Posto que, mulheres com TDAH “podem sentir fortes expectativas de se encaixar socialmente e sentir mais pressão dos colegas para agir de uma determinada maneira”, para adaptar-se, tendem a aderir rigidamente às normas sociais, recorrendo a estratégias compensatórias para mascarar seus sintomas. E, embora esses recursos ofereçam alívio temporário, podem resultar em diagnósticos não identificados, desenvolvimento de sintomas comórbidos secundários e queda na autoestima. (KOOIJ et al., 2025, p. 6, 7)

Sabe-se, que as flutuações hormonais ao longo do ciclo menstrual influenciam significativamente o humor, a cognição e o funcionamento geral de mulheres com TDAH, surgiram no meio científico-acadêmico estratégias de tratamento individualizadas, como ajustes cíclicos na dosagem de psicoestimulantes, uso de ISRSs (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina) e, em alguns casos, terapia hormonal (KOOIJ et al., 2025, p. 9). Evidências recentes indicam que alterações nos hormônios sexuais podem modificar a eficácia dos estimulantes, reduzindo sua ação sobretudo nos períodos de queda estrogênica. Estudos apontam que o uso de estimulantes anteriores à puberdade pode estar associado a menarca tardia em meninas com TDAH, embora a pesquisa nessa área ainda seja limitada. Segundo investigação realizada por De Jong et al. (2023), resultados preliminares demonstram que a eficácia dos estimulantes tende a diminuir na fase lútea, particularmente na semana pré-menstrual, quando muitas mulheres relatam piora acentuada dos sintomas de TDAH, irritabilidade, fadiga, humor deprimido e redução da responsividade ao medicamento. Em resposta a essas queixas, intervenções clínicas podem incluir o aumento controlado da dosagem de psicoestimulantes durante a fase pré-menstrual, ação que se mostrou eficaz. As pacientes relataram maior estabilidade, redução da irritabilidade, aumento da energia, melhora da ansiedade e menor impacto das oscilações de humor. Segundo os autores, o

estrogênio parece potencializar a ação dos estimulantes, enquanto a progesterona tende a reduzi-la, sugerindo que a queda estrogênica na fase lútea compromete ainda mais a neurotransmissão dopaminérgica em mulheres com TDAH, seja a natural (já prejudicada), seja através dos psicoestimulantes. Tal compreensão estabelece a hipótese de que o aumento temporário da dose ajuda a compensar a intensificação dos sintomas cognitivos e emocionais previamente à menstruação, uma forma de tratamento integral, pouco conhecida e discutida por profissionais da área (de Jong et al., 2023, pp. 1-9).

Fases do desenvolvimento da mulher como a gravidez e a menopausa são grotescamente marcadas pela volatilidade dos hormônios endógenos. A gravidez também é um período de risco elevado para transtornos afetivos e disfunção cognitiva subjetiva e objetiva em razão de tal volatilidade.

A menopausa também evidencia a incidência elevada de transtornos afetivos, algumas mulheres podem manifestar sintomas subjetivos e quedas no desempenho cognitivo semelhantes aos observados no TDAH, incluindo dificuldades de aprendizagem, memória verbal, atenção e esquecimento. Tais manifestações têm sido associadas não apenas a reduções nos níveis de estrogênio, mas também a alterações na estrutura e no funcionamento cerebral, além de mudanças no sono e no humor; já as mulheres, com o transtorno, que entram na menopausa, podem apresentar comprometimento maiores e maiores riscos de comorbidades neurodesenvolvimentais e psiquiátricas (Greendale et al., 2020; Maki; Jaff, 2022; Eng et al., 2023; KOIJ et al., 2025, p. 7, 16)

Ainda, em relação à qualidade de sua vida sexual, KOIJ et al., 2025 acrescentam que, mulheres com TDAH tendem a apresentar menor satisfação sexual e mais disfunções sexuais, comportamentos que acabam surgindo como consequência da desregulação emocional e impulsividade vivenciadas por mulheres com TDAH; e podem ser mais sensíveis aos efeitos adversos de humor da contracepção hormonal oral; considera-se ainda, o esquecimento da pílula, que também pode gerar alterações de humor.

Por fim, a flutuação hormonal cíclica vivenciada pelas mulheres pode trazer certa sensação de aprisionamento em uma montanha-russa emocional e mental, moldando a experiência das mulheres com o TDAH, exacerbando os

sintomas em que os pacientes já apresentam dificuldades cognitivas. Por isso é importante que as mulheres observem o seu ciclo menstrual, percebendo as fases do ciclo que estão, como se sentem e como se comportam, especialmente as diagnosticadas com o transtorno em questão, observando como seus sintomas se comportam ou se alteram para melhor administrá-los, e objetificando assim, mais saúde.

1.4 A influência dos hormônios sexuais na Mulher Autista

Assim como mulheres com TDAH, mulheres diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) também enfrentam agravamento de sintomas e prejuízos associados às transições hormonais, embora o conhecimento científico sobre esse fenômeno ainda esteja em desenvolvimento. Segundo os critérios diagnósticos presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição - (DSM-5-TR), o Transtorno do Espectro Autista:

caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e na interação sociais em múltiplos contextos, incluindo déficits em reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023, P. 133)

Considerando que os sintomas mudam com o desenvolvimento, podem ser mascarados por mecanismos compensatórios. Sintomas como: interesses fixos e altamente restritos com intensidade ou foco anormais e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais também estão presentes. Indivíduos com aparente menor prejuízo na sintomatologia geral, podem experimentar desafios psicossociais maiores. Na vida adulta, os indivíduos diagnosticados com TEA “podem ter dificuldades de estabelecer sua independência devido à rigidez e à dificuldade contínuas com o novo”, com um funcionamento psicossocial insatisfatório. Esses sintomas estão presentes desde a infância e comprometem o funcionamento diário, pois a insistência em rotinas, a aversão à mudança e as sensibilidades sensoriais podem interferir na alimentação e no sono, tornando os cuidados de rotina extremamente difíceis; do mesmo modo, afetam a autonomia, a autorregulação e a capacidade de manter participação consistente nas

atividades diárias, incluindo aquelas relacionadas ao ambiente de trabalho. O prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social é uma característica central do transtorno do espectro autista, contudo, pessoas do sexo feminino podem apresentar menor prejuízo nessa função, e dessa forma, conversação mais recíproca, maior tendência a compartilhar interesses, integrar comportamentos verbais e não verbais, embora mantenham dificuldades de compreensão social. Além disso, é frequente a tentativa de ocultar ou mascarar comportamentos autistas, como ao imitar roupas, modo de falar ou atitudes de mulheres socialmente bem-sucedidas e ainda, é importante ressaltar a presença de diagnósticos diferenciais que aparecem como comorbidade do TEA, entre eles os transtornos de ansiedade, depressão e TDAH, comorbidade psiquiátricas que afetam a regulação de humor (DSM-5-TR, 2023, pp. 161-162, 165-166, 172-173, 176).

Tais características, permitem a compreensão de que indivíduos autistas acabam por vivenciar as transições reprodutivas e as mudanças associadas ao seu ciclo hormonal de maneira distinta e, por vezes, mais negativa do que indivíduos com desenvolvimento típico. Essa realidade, somada a falta de pesquisas sobre saúde menstrual de pessoas autistas, sobretudo mulheres, assim como a escassez no debate da relação entre saúde reprodutiva e saúde mental, evidencia a necessidade de explorar com maior profundidade os desafios específicos enfrentados por essa população, especialmente quando comparada a indivíduos neurotípicos, com ênfase no bem-estar psicológico.

Observa-se clinicamente que tanto a puberdade quanto a menopausa podem representar marcos de intensificação significativa de sintomas em mulheres autistas, contudo, sabe-se muito pouco sobre as experiências hormonais ovarianas de mulheres no espectro do autismo, constatação que reflete a histórica predominância masculina nas pesquisas sobre autismo e, portanto, uma lacuna de evidências específicas para o sexo feminino (Loomes et al., 2017, apud Steward et al., 2018, p. 4287). Há também evidências de que alterações nos níveis de colesterol e hormônios esteroides estão implicadas no autismo. Meninas autistas apresentam concentrações elevadas de andrógenos, como testosterona e androstenediol, bem como disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), associadas a maior disponibilidade de substratos

(colesterol), aumentando assim, a produção de esteroides, “alterações nesses hormônios impactam subsequentemente o desenvolvimento do autismo” e implicam em correlações entre testosterona e a gravidade do autismo; além disso, respostas alteradas ao estresse (Gasser et al., 2020, p. 1).

O objetivo do estudo foi analisar os metabólitos esteroides em meninas autistas afetadas. Em conclusão, foram detectados valores aumentados de vários andrógenos, como testosterona e glicocorticoides, incluindo cortisol, em toda a amostra de meninas autistas em comparação com controles saudáveis... Os achados de um aumento em alguns hormônios esteroides em meninas autistas afetadas, mas não de enzimas que os metabolizam, estariam de acordo com a premissa de um aumento na oferta de substrato de colesterol (hipótese do colesterol do autismo). (Gasser et al., 2020, p. 7).

Estudos recentes têm apontado que condições relacionadas aos hormônios sexuais, como testosterona e estrogênio, estão associadas ao TEA e a traços autistas, incluindo irregularidades puberais, alterações menstruais e sintomas metabólicos (Simantov et al., 2022). Segundo a pesquisa realizada por Obaydu e Puri (2008), das mulheres com autismo entrevistadas, 92% preencheu os critérios do DSM-IV para transtorno disfórico da fase lútea tardia (sintomas clínicos e claros de TPM) em comparação com 11% de mulheres típicas do grupo de controles. Este estudo realizado pelos pesquisadores, foi o primeiro sistemático investigando a prevalência da síndrome pré-menstrual em indivíduos com autismo e serviu como base e referência para muitos estudos posteriores; nele conclui-se que, como hipotetizado, há um aumento acentuado na síndrome pré-menstrual em mulheres com autismo em comparação com os controles pareados. Posteriormente, em corroboração aos resultados apresentados por Obaydu e Puri (2008), foi descoberto que quase 21% das mulheres autistas, em comparação com 3% das mulheres não autistas, sofrem de TPMD (Lever e Geurts (2016), apud Groenman et al., 2022, p. 1564); todavia Groenman et al. (2022) em sua própria pesquisa, não encontraram diferença *estatisticamente* significativa entre a presença transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) em mulheres autistas e não autistas. Apesar disso, os resultados apresentados acima, revelam que flutuações em hormônios sexuais femininos, como progesterona e estrogênio, exercem influência relevante no desenvolvimento e expressão clínica do TEA, sugerindo que o equilíbrio hormonal é diferente em mulheres autistas (Gasser et al., 2020; Ingudomnukul et al., 2007; Pohl et al., 2014; apud Groenman et al., 2022, p. 1568)

Da mesma forma, mulheres neurodivergentes relatam aumento de sintomas na menopausa, queixas que reforçam a influências dos hormônios sexuais sobre o transtorno do neurodesenvolvimento, uma vez que estudos indicam que mulheres autistas podem sofrer com maiores dificuldades quando relacionadas a esses eventos/ marcadores hormonais (menopausa e menstruação) presentes em sua vida e desenvolvimento subjetivo e que muitas vezes podem aparecer relacionadas a sintomas depressivos. Segundo Obaydi e Puri (2008), “uma taxa mais alta de síndrome pré-menstrual no autismo pode indicar um nível mais alto de flutuações hormonais nessa população”, e por isso “pode-se esperar que queixas mais graves também sejam experimentadas durante a menopausa” (Groenman et al., 2022, p. 1564). Dentre os principais sintomas vivenciados por mulheres autistas durante a menopausa estão sintomas como ondas de calor, ansiedade, dificuldades de concentração e lapsos de memória, sugerindo padrões distintos de equilíbrio hormonal (Groenman et al., 2022, p. 1563). Ressalta-se que, “a menopausa é notoriamente difícil de determinar com precisão, e por isso suas observações sintomatológicas e comportamentais acabam por se basear nos relatos das próprias participantes sobre as queixas” (Groenman et al., 2022, p. 1570). Ainda que, a ênfase da investigação presente não esteja na fase hormonal “Menopausa”, relevância da abordagem de tal temática se dá pelo fato de ser um marcador hormonal, assim como a menarca, períodos onde os hormônios estão mais exacerbados e por isso se torna mais fácil identificar e comparar o comportamento hormonal, através dos sintomas e dos comportamentos emocionais e cognitivos apresentados por cada sujeito.

O ciclo menstrual também pode ter impactos biológicos diretos na saúde mental, o estrogênio, como um hormônio neuromodulador, age de forma semelhante aos antipsicóticos no cérebro, reduzindo a transmissão de dopamina. O comportamento do estrogênio no organismo justifica, então, maior vulnerabilidade à psicose quando seus níveis, como por exemplo, durante a menstruação. O comportamento hormonal então, a variar pela fase do mês (e nesse caso pela baixa do estradiol), provoca “uma exacerbação de sintomas transdiagnósticos, incluindo aumentos em psicose, mania, depressão, tentativas de suicídio e consumo de álcool” (Skommer; Gunesh, 2025, p. 2).

Do ponto de vista da saúde ginecológica, sintomas relacionados à menstruação, como dismenorreia, síndrome pré-menstrual, alterações de humor e dificuldades de higiene, são mais prevalentes e severos em mulheres autistas quando comparadas a não autistas (Hamilton et al., 2011, pp. 443, 444). Relatos qualitativos confirmam que a menstruação representa um desafio substancial para mulheres autistas. Da mesma forma, que respondentes autistas de pesquisas relataram queixas e experiências em comum com as respondentes não autistas, elas também destacaram questões distintas, consideradas angustiantes relacionadas à menstruação, que amplificam os sintomas do autismo. (Steward et al., 2018, p. 4287).

Assim evidencia-se o impacto da menstruação sobre a saúde mental de indivíduos autistas. Conforme Skommer & Gunesh (2025, p. 1) elucidaram, “as experiências menstruais ocorrem no contexto de interações pessoa-ambiente”, realizando uma análise a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Portanto, pode-se considerar que indivíduos autistas são vulneráveis a experiências menstruais negativas, não só em razão de características biológicas, mas também devido a questões sensoriais, de ambientes sociais e de saúde não facilitadores. Durante esse período, dificuldades de regulação emocional e comportamental, sintomas de humor, problemas sensoriais, disfunção executiva, e até riscos de comportamentos autolesivos cíclicos, caracterizam uma amplificação dos sintomas autistas (Steward et al., 2018, p. 4287). Em sua pesquisa Steward et al. (2018) trouxeram vários relatos de mulheres autistas, seus enfrentamentos e sintomatologias, a começar, pela queixa do tabu associado a menstruação que acaba por limitar as trocas e informações sobre a temática. Em outro momento, respondentes da pesquisa expuseram a importância do conhecimento (informações adequadas, principalmente por médicos e rede de saúde) para sua jornada como mulheres autistas, explicando que dúvidas e incertezas sobre o assunto e funcionamento de seu próprio corpo acabam resultando em desconfortos cognitivos severos, uma vez que, em sua maioria, indivíduos autistas precisam de previsibilidade em razão da rigidez cognitiva; segundo o relato das respondentes da pesquisa, com o conhecimento e informações necessárias, elas podem se organizar quanto às imprevisibilidades de seu corpo, o que ajuda a controlar a natural amplificação dos sintomas do autismo nesse período, as possibilitando maior segurança e saúde mental.

Algumas mulheres também notaram a importância de fornecer uma explicação para as "oscilações de humor" que vivenciam, com presença de ansiedade e melancolia (por exemplo) sem motivo aparente, além da duração da menstruação, sua intensidade e frequência a fim de auxiliar sua regulação frente a rigidez natural do transtorno em conjunto com as oscilações hormonais, a "inflexibilidade cognitiva pode representar desafios em momentos de variações fisiológicas e mudanças na rotina diária", normalmente associadas durante os períodos menstrual e pré-menstrual. Segundo a pesquisa, ao compreender as oscilações, as mulheres diagnosticadas com TEA, relatam se tornar mais fácil administrar/ suportar esses sintomas, além de auxiliar a compreensão daqueles que estão ao redor desse indivíduo. Questões como, diferenças sensoriais e dificuldades na regulação de comportamentos aumentam durante a menstruação, fase em que há uma piora drástica dos sintomas do autismo, muitas vezes tornando a vida mais difícil de administrar durante a menstruação, podendo gerar desregulação de forma mais constante. Além disso, a agressividade, os movimentos repetitivos e comportamentos obsessivos se intensificam nos períodos pré-menstruais. Pesquisas adicionais reforçam a maior vulnerabilidade ao transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) nesse grupo, com taxas muito superiores às observadas na população geral. (Steward et al., 2018, p. 4290, 4291; Skommer & Gunesh, 2025, pp. 5, 7)

O desconforto físico durante a menstruação acaba gerando sofrimento psicológico em grande parte da população de mulheres autistas. Dentre os sintomas que apresentaram um aumento particularmente acentuado na prevalência estão: labilidade afetiva; raiva ou irritabilidade; desajeitamento; ansiedade ou tensão; humor deprimido (em casos graves com o desenvolvimento do transtorno depressivo grave e ideação suicida); comprometimento do desempenho no trabalho, atividades sociais ou relacionamentos; retraimento social, isolamento e diminuição do interesse em atividades habituais; diminuição da concentração; acessos de raiva; agressão física; automutilação; estereotípias ou movimentos repetitivos; comportamento destrutivo; hipersonia; insônia; alteração do apetite ou desejo por um alimento específico; cefaleia; além de redução da autoestima. (Skommer; Gunesh, 2025, p. 2; Obaydi; Puri, 2008, p. 270 e Pg 271)

Juntamente a essa multiplicidade de sintomas, muitos sendo agravamentos dos sintomas crônicos do autismo, também se apresentam os desafios sensoriais, de influência significativa, capazes de provocar sobrecargas sensoriais, que incluem também o sentir dor, e suas percepções. “A dor é uma experiência subjetiva e altamente pessoal, moldada, entre outros fatores” e tais desafios crônicos do transtorno “podem intensificar a consciência da dor menstrual”, afetando a experiência da menstruação. Especialmente em relação à hipersensibilidade sensorial, sabe-se que exacerbação das dores, como a cólica, pode propiciar a piora de prejuízos na funções executivas e em situações, paralisar o indivíduo: “consigo focar é na dor e na sensação de onde essa dor se localiza no meu corpo”, impossibilitando a concentração outros estímulos e tarefas. Além disso, em alguns casos, a dificuldade de expressar a dor verbalmente pode levar à falha ou atraso na obtenção de apoio social. (Skommer; Gunesh, 2025, pp. 5, 6; Steward et al., 2018, p. 4291)

A experiência de dismenorreia entre indivíduos autistas pode, portanto, ser influenciada por seus desafios em sensibilidades sensoriais e na comunicação de seus sintomas, relacionados a habilidades verbais, tendência a internalizar sintomas, dificuldades interoceptivas e comunicação social. (Skommer; Gunesh, 2025, p. 6)

Ainda, na pesquisa realizada por Steward et al. (2018), durante a fase lútea tardia participantes relataram "ser sensíveis ao cheiro do sangue"; sentir a pele e o corpo mais sensíveis em geral; perceber maior sensibilidade e reatividade a ruídos, toque e estímulos visuais. Uma das participantes “também observou que sua epilepsia era afetada, com aumento das convulsões durante a menstruação” (Steward et al., 2018, p. 4291).

Diante de todo o exposto sobre sintomatologia, prejuízos e agravamentos da vivência cíclica hormonal da mulher autista, pode se concluir que “as experiências menstruais de pessoas autistas são, de certa forma, distintas das de pessoas não autistas, impondo uma pressão extra em vidas que já podem ser desafiadoras.” Obaydi e Puri (2008) identificaram que mulheres autistas apresentaram aumento igual ou superior a 30% na gravidade dos sintomas avaliados para o atendimento aos critérios do DSM-IV para transtorno disfórico da fase lútea tardia, comparado a nenhuma incidência quanto a mulher neurotípicas. Também foi observado que a indicação e procura pela histerectomia ocorreu após diversas intervenções não cirúrgicas como o objetivo de aliviar a complexidade e

intensidade de sintomas citados acima; também foi relatado sintomas obsessivo-compulsivos especificamente relacionados à higiene menstrual (Skommer & Gunesh, 2025, p. 5). Os mesmos autores destacaram que indivíduos autistas, conforme relatos compilados por Moseley et al., demonstraram maior dificuldade em utilizar o *masking* como estratégia de enfrentamento durante períodos de baixa hormonal, o que se associou ao agravamento das dificuldades de comunicação social, ao aumento de sensibilidades preexistentes e ao surgimento de novas sensibilidades sensoriais.

Essa população enfrenta barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde, como marginalização médica, presença de neuronormatividade e misoginia em práticas clínicas, insuficiência de conhecimento profissional sobre saúde reprodutiva e comunicação de adultos autistas e escassez de recursos destinados à educação e ao diálogo sobre menopausa em pessoas autista, desdobramentos que acabam por dificultar o acesso a cuidados adequados esses indivíduos. Adicionalmente, observa-se que a capacidade de manejar a higiene menstrual entre indivíduos autistas apresenta grande variabilidade, influenciada por fatores como habilidades intelectuais, comunicacionais e motoras. Enquanto alguns conseguem realizar o autocuidado de forma independente, outros necessitam de apoio em tarefas como posicionar absorventes ou realizar a limpeza adequada. Nesse contexto, a educação torna-se um componente essencial, pois contribui para superar dificuldades de autocuidado frequentemente relatadas durante o período menstrual. Ressalta-se, ainda, a importância de reconhecer a heterogeneidade das necessidades individuais tanto no planejamento de abordagens educacionais quanto na escolha dos produtos de higiene, considerando-se que os aspectos sensoriais representam um critério decisivo, e muitas vezes impeditivo, sendo optado em alguns casos a escolha de contraceptivos hormonais. (Skommer e Gunesh, 2025, p. 6; Obaydi & Puri, 2008)

Mulheres autistas apresentam maior incidência de distúrbios menstruais, comorbidades médicas e psiquiátricas, interrupção do ritmo circadiano, que também pode impactar os distúrbios menstruais, com maior prevalência nos períodos de transição reprodutiva; também apresentam “peculiaridades no processamento sensorial exteroceptivo e interoceptivo, contribuindo para

dificuldades com a visão, odor e sensação do fluxo menstrual, e percepção de cólicas menstruais”. (Skommer e Gunesh, 2025, p. 7)

A combinação de autismo específico e processos menstruais pode concretizar diversos resultados psicossociais (como situação de emprego, funcionamento e integração social, bem-estar psicológico). Isso ocorre porque as experiências menstruais acontecem no contexto de transações pessoa-ambiente. (Skommer; Gunesh, 2025, p. 6)

Estudos evidenciam que a menstruação intensifica dificuldades emocionais, cognitivas e sensoriais em mulheres autistas, repercutindo de forma significativa no desempenho ocupacional. Sintomas como retraimento, crises de ansiedade, bloqueios emocionais e sobrecarga sensorial resultam em redução da participação no trabalho, nas atividades sociais e na vida cotidiana. Do ponto de vista ocupacional, a menstruação interfere em múltiplos domínios: autocuidado, produtividade, participação social, regulação emocional e funcionamento executivo. Os relatos destacam aumento da “névoa mental”, piora na capacidade de foco, dificuldades no processamento de informações e maior vulnerabilidade ao esgotamento, afetando diretamente o rendimento laboral. Desafios sensoriais — como aversão ao uso de absorventes, desconforto com roupas, sensação física do sangramento e necessidade de acessar banheiros públicos — funcionam como barreiras ocupacionais, podendo levar ao cancelamento de compromissos, perda de produtividade, interrupção de rotinas e limitação da mobilidade no ambiente de trabalho. A imprevisibilidade do ciclo menstrual também compromete a autorregulação e o planejamento ocupacional, exigindo monitoramento constante e estratégias de compensação, como rastreamento digital do ciclo ou uso de contraceptivos hormonais. Ainda assim, a imprecisão nas previsões gera ansiedade que afeta o desempenho no trabalho. (Steward et al., 2018, p. 4291; Bowden & Miller, 2025, pp. 629, 631, 632, 634)

As participantes relatam, ainda, impacto negativo na saúde mental ocupacional, marcado por isolamento psicológico, sofrimento silencioso e intensificação de comportamentos de mascaramento — o que aumenta a carga emocional e reduz a energia disponível para as demandas profissionais. Os achados demonstram que a menstruação constitui um período de alto risco ocupacional para mulheres autistas, gerando prejuízos na autonomia, no engajamento e na performance em tarefas de autocuidado, trabalho, vida comunitária e lazer. Estratégias de manejo sensorial, suporte organizacional,

flexibilização de rotinas e acesso adequado à infraestrutura (como banheiros) são fundamentais para reduzir barreiras e promover saúde ocupacional. (Bowden; Miller, 2025, pp. 633, 634)

Em síntese, as evidências disponíveis apontam que as flutuações hormonais exercem impacto significativo sobre a cognição, o funcionamento emocional e a saúde reprodutiva de mulheres com TEA, intensificando sintomas em diferentes fases do ciclo menstrual e em períodos de transição, como puberdade e menopausa. Contudo, a escassez de estudos voltados especificamente para populações femininas autistas limita a compreensão aprofundada desses mecanismos. Essa lacuna científica reforça a necessidade de maiores investigações e indica a urgência de práticas clínicas mais sensíveis à tais especificidades, contemplando tanto estratégias de manejo dos sintomas relacionados ao ciclo hormonal quanto adaptações no acompanhamento médico e psicológico dessas mulheres.

CAPÍTULO 2. ARTIGO CIENTÍFICO

2. ARTIGO CIENTÍFICO

PERSPECTIVASonline

CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS

Revista Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas

mês/ano, v. , n. , p. -

ISSN: 2236-8876 (Online)

DOI: xxxxxxxxx

Implicações Emocionais E Cognitivas Vivenciadas Em Detrimento A Volatilidade Hormonal Feminina**Júlia Motta Crispim Santos^{1*}, & Sananda Melo Lopes Almeida Soares^{2**}****RESUMO**

MOTTA, Júlia; LOPES. Implicações Emocionais E Cognitivas Vivenciadas Em Detrimento A Volatilidade Hormonal Feminina. **Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas**, v. , n. , p. - , 2025.

O artigo explora a importância do autoconhecimento e percepção da mulher sobre si, seu organismo e os atravessamentos que o cercam. Investigando de que forma as variações do estrogênio e progesterona influenciam o comportamento e o humor das mulheres, ainda atuação de outros hormônios combinados. Aborda-se a ciclicidade dessas vivências, que sintomas se desenvolvem e quais desdobramentos podem ser ocasionados. Com um olhar holístico sobre a saúde feminina, considerou-se como a feminilidade é vivenciada atualmente.

Procedimento Metodológico: análise de conteúdo de forma quantitativa e qualitativa, exploratória e de campo.

Considerações finais: Os resultados do estudo evidenciam que a complexidade da atuação hormonal feminina afeta sua formação identitária, uma vez que sua forma de sentir, perceber suas vivências, metas, relacionamentos e a si são afetadas pela “dança” hormonal, a depender da fase do ciclo. Além disso, a validação declarada sobre a importância do espaço para se falar da temática.

Palavras-chave: Estrogênio; Progesterona; Saúde Mental; Neuromoduladores; Comportamento; Ciclo Reprodutivo; Feminilidade; Autoimagem; TDAH; TEA.

¹Graduanda em Psicologia /ISECENSA;

²Professora Pesquisadora/Centro de Pesquisa e Pós-graduação (CPPG)/ Institutos Superiores de Ensino do CENSA – ISECENSA, Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

(*) e-mail: sanandaneuropsi@gmail.com

(**) e-mail: 553juliapsico@gmail.com

Data de recebimento: 28/11/2025

Aceito para publicação: 30/09/2022

Data de publicação: 23/10/2022

Emotional and cognitive implications experienced in detriment of female hormonal volatility

Júlia Motta Crispim Santos^{1*}, & Sananda Lopes^{2**}

ABSTRACT

MOTTA, Júlia; LOPES. Emotional and cognitive implications experienced in detriment of female hormonal volatility. **Online Perspectives: Human & Social Applied**, v. , n., 2024.

The article explores the importance of self-knowledge and women's perception of themselves, their bodies, and the intersections that surround them. It investigates how variations in estrogen and progesterone influence women's behavior and mood, as well as the effects of other combined hormones. It addresses the cyclical nature of these experiences, the symptoms that develop, and the consequences that may arise. Taking a holistic view of women's health, it considers how femininity is experienced today. **Methodological Procedure:**

quantitative and qualitative content analysis, exploratory and fieldwork. **Final considerations:** The results of the study show that the complexity of female hormonal activity affects their identity formation, since their way of feeling, perceiving their experiences, goals, relationships, and themselves are affected by the hormonal "dance," depending on the phase of the cycle. In addition, the declared validation of the importance of space to talk about the topic.

Keywords: Estrogen; Progesterone; Mental Health; Cognition; Behavior; Reproductive Cycle; Femininity; Impairments; ADHD; ASD.

¹Graduanda em Psicologia /ISECENSA;

²Professora Pesquisadora/Centro de Pesquisa e Pós-graduação (CPPG)/ Institutos Superiores de Ensino do CENSA – ISECENSA, Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

(*) e-mail: sanandaneuropsi@gmail.com

(**) e-mail: 553juliapsico@gmail.com

Data de recebimento: 28/11/2025

Aceito para publicação: 30/09/2022

Data de publicação: 23/10/2022

2.1. INTRODUÇÃO

Fazem parte do entendimento comum de uma sociedade as diferenças existentes entre as emoções vivenciadas e apresentadas, entre indivíduos homens e indivíduos mulheres, entretanto, não tão comumente são explicadas a razão de tais diferenças.

Ressalta-se que a terminologia “mulher” utilizada ao longo do artigo, restringisse ao campo biológico, como indivíduo do sexo feminino, incluímos todas as pessoas que menstruam, com cromossomos e órgãos reprodutivos femininos.

Assim como o homem, a mulher vivencia alterações hormonais em seu organismo e em comparação, estão os hormônios sexuais, diferentes nos organismos feminino e masculino e que apresentam diferentes contribuições ao funcionamento do corpo, extrapolando os limites reprodutivos. Diferentemente do homem, a mulher vivencia uma volatilidade em seus hormônios sexuais, mais especificamente o estrógeno e a progesterona, que flutuando em nível e intensidade durante o período de um ciclo reprodutivo (em média 28 dias), podem variar de acordo com a especificidade do organismo de cada mulher.

Para além disso, as flutuações hormonais vivenciadas pela mulher durante o ciclo reprodutivo afetam suas emoções e sua cognição, dessa forma afetando toda sua vida, com uma constância cíclica, com altos e baixos, estresse, ansiedade, motivação, desânimo, boa memória, confusão de palavras e ainda, em seus relacionamentos pessoais, profissionais, na criação de filhos, entre outros fatores.

As oscilações hormonais vivenciadas pela mulher durante o ciclo menstrual afetam o equilíbrio emocional, provocando variações em sensações como fome, sono, estado de alerta e humor, evidenciando o impacto direto desses hormônios no bem-estar psicológico. Ao mesmo tempo que irregularidades no ciclo podem ser um sintoma da ocorrência de algo significativo ao longo do mês, seja na esfera física, emocional ou hormonal. (Zolin, 2023; Berenstein, 2013)

No plano neurológico, os hormônios atuam como neuromoduladores, exercendo uma função semelhante à dos neurotransmissores, e afetando assim a cognição.

Diante de tais variações hormonais, muitas vezes se desenvolvem quadros relacionados, como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), Síndrome do Ovário Policístico (SOP), o climatério, a menopausa, e ainda ressalta-se os dias que antecedem a menarca. Além desses, alguns transtornos não diretamente relacionados, podem ser agravados e/ ou apresentarem maior disposição de desenvolvimento na mulher, em função da volatilidade hormonal vivenciada, como: transtornos de humor, transtornos alimentares, transtorno do estresse pós-traumático e doenças autoimunes.

Esse estudo, visa identificar de que modo tais alterações hormonais afetam as emoções, dia a dia, relações e possíveis componentes cognitivos da mulher, não em situações excepcionais como algumas das citadas acima, mas sim, da mulher em idade reprodutiva saudável. Para isso, adotou como metodologia a revisão bibliográfica do tema em questão, que tem como objetivo auxiliar a compreensão e ampliar o entendimento e prática sobre o tema; e a realização de uma pesquisa de caráter qualitativo com perguntas semi-estruturadas ao referido público a fim de, identificar, analisar e avaliar as implicações práticas que afetam a saúde emocional da mulher, assim como a influência de diferentes agentes

estressores de forma a verificar o conteúdo teórico e possibilitar o desenvolvimento da relevância de tal assunto no meu clínico-acadêmico.

Ainda, a pesquisa tem como objetivo auxiliar o processo de percepção e administração dessas alterações hormonais vivenciadas, tanto por indivíduos do sexo feminino (aquelas que vivenciam), como por indivíduos do sexo masculino (parceiros, pais, irmãos, filhos, entre outros; aqueles que se relacionam) e dessa forma possibilitar maior qualidade de vida e saúde para as mulheres e suas relações.

2.2. METODOLOGIA

O presente projeto propõe realizar uma pesquisa de campo. Foi aprovado em nove de outubro deste ano, pelo comitê de ética com Seres Humanos, através do número 92110625.7.0000.5524. Tem como objetivo investigar a autopercepção e a subjetividade da mulher frente às flutuações hormonais vivenciadas pela mesma de forma cíclica e, de que forma essa volatilidade afeta suas emoções, saúde e vivências. A partir da realização de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, exploratória e de campo, partindo de um roteiro de perguntas semi-estruturadas, tendo como público alvo mulheres em período fértil neurotípicas e atípicas, especificamente aquelas diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com idade entre 18 a 35 anos (Idade fértil mediana). Quinze sujeitos serão entrevistados.

As entrevistas foram realizadas de forma online, através do aplicativo Google Meet, tendo sido feita gravação salva no drive da conta escolar da instituição. Todas as entrevistas foram transcritas posteriormente.

Para a captação das participantes foi utilizada a metodologia Bola de neve proposta por Coleman (1958) e aprofundada por Goodman (1961), a qual visa acessar grupos específicos, por vezes de difícil identificação, como a população de mulheres adultas em idade fértil diagnosticadas com TEA e TDAH, separadamente. Meios de comunicação na internet e clínicas de atendimento voltadas a essa população foram as principais redes de referência. Foi elaborado um formulário pelo Google Meet, com quinze perguntas objetivas, objetificando auxiliar a captação das quinze participantes e a otimização do tempo das entrevistas.

As entrevistas foram analisadas pelo método qualitativo que, conforme descrito por Gil (1999), propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas ao fenômeno em estudo e das suas relações, mediante a máxima valorização do contato direto com situação estudada, buscando-se o que é comum, mas permanecendo, entretanto, aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos. De forma que foram considerados não só a volatilidade hormonal sobre fatores internos, mas também o meio em que a mulher está inserida como “fator estressor” para agravamentos de alguns sintomas e comportamentos, ou para o despertar de sua ocorrência.

Foram utilizados nomes fictícios informados aos sujeitos da pesquisa após a realização da entrevista, com a finalidade de proteger a identidade dos participantes, garantindo assim o sigilo absoluto das informações fornecidas por eles. O dia e a hora foram previamente acordados entre o pesquisador e o pesquisado, assegurando assim a confidencialidade.

Os benefícios relacionados às participações são a possibilidade de uma

melhor percepção da mulher sobre suas próprias emoções, considerando as oscilações muitas vezes negligenciadas e de como essas oscilações afetam as emoções, comportamentos, autopercepções, além de questões relacionadas ao dia a dia. Como acréscimo, contribuir para mais estudos sobre esse tema.

Existem alguns riscos relacionados à participação do sujeito quanto à entrevista, como falta de luz e/ou queda de internet que possa interromper a entrevista tendo que ser repetida posteriormente, ou algum tipo de falha nos mecanismos de gravação que suscitem a necessidade de nova entrevista. Ainda, a fim de evitar o risco de vazamento de dados, a entrevista foi realizada por meio da plataforma Google Meet, com gravações armazenadas em drive institucional.

Caso o sujeito da pesquisa sinta algum desconforto, como estresse, ansiedade ou cansaço, tendo sido provocado por questões relacionadas à pesquisa ou não, este pode interromper a entrevista imediatamente. Caso tenha alguma despesa e/ou sofra algum tipo de dano proveniente de sua participação na pesquisa o mesmo terá direito a buscar ressarcimento e/ou indenização e, ainda será prestado o suporte psicológico e/ou encaminhamento de acordo com a demanda.

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido, que dispõe sobre os aspectos ético-legais dos trabalhos de investigação científica, sendo-lhes assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer tempo.

2.3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

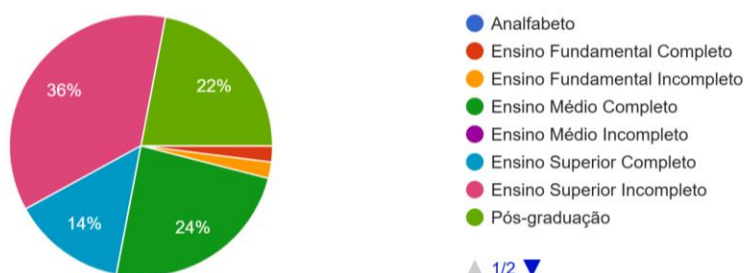
Inicialmente, um total de cinquenta respostas ao um formulário com uma série de itens de contexto, perguntas objetivas que incluíam idade, estado civil, escolaridade, ocupação, duração do ciclo; assim como quando havia ocorrido a menarca, se as respondentes haviam recebido educação sexual, se faziam uso de algum método contraceptivo e se tinham filhos.

Dentre os dados das perguntas objetivas, 14% das respondentes tinham entre 18 e 20 anos de idade; 46% tinham entre 20 a 25 anos; 22% tinham entre 25 a 30; e 18% tinham entre 30 a 35 anos. Sobre a idade da ocorrência da menarca: oito anos (1); nove anos (1); dez anos (1); onze anos (10); entre onze e doze, sem certeza da data de ocorrência (2); doze anos (17); treze anos (10); quatorze anos (4); quinze anos (2); tendo tido duas respostas não contáveis, uma responde expressou não saber o que significa o termo menarca (posteriormente tendo sido verificado ser a mesma a ter o ensino fundamental incompleto como resposta quanto ao nível de escolaridade) e uma resposta sendo “sim”, o que também questiona-se quanto a compreensão.

Quando perguntado sobre a existência de educação sexual, 50% respondeu positivamente, 40% negativamente, como havia espaço para uma resposta alternativa, tem-se 2% respondendo “sim e não” e 2% respondendo “o básico”; nota-se que tal pergunta foi desenvolvida posteriormente de forma qualitativa, com as quinze entrevistadas, o que abriu espaço para identificação da ocorrência de interpretações subjetivas que se relacionam ótica e percepção de vida de cada participante. Com relação ao estado civil, 80% das respondentes do formulário eram solteiras, 18% casadas e 2% divorciadas. Sobre a escolaridade:

E sua escolaridade?

50 respostas



Como resultado o formulário indicou que 84% das respondentes não têm filhos e 16% tem; ao investigar o quantitativo de filhos para aquelas que responderam “sim” obteve-se que 37,5% tem um filho; 25% tem dois filhos, 12,5% tem três filhos; 12,5% tem cinco filhos; e 12,5% está gestando. Evidencia-se que foram descartadas como possibilidade para a entrevista qualitativa as gestantes, uma vez que a fase hormonal em que ela se encontra não estava de acordo com os objetivos da pesquisa; ainda, houve prioridade em contactar (sem sucesso) às porcentagem menores com maior quantidade de filhos, 3 e 5 filhos, com objetivo de promover maior amplitude nas observações frente a fatores estressores e relacionais.

Sobre o exercício de função remunerada, 34% das respostas foram “sim” e 66% “não”; uma multiplicidade de profissionais foram apresentadas, como analista de CRM, assistente de logística, auxiliar administrativa, “CLT”, designer gráfico, engenheira, fotógrafa, intérprete de libras, professoras de diversos segmentos, técnica de vôlei, entre outros. Ainda com o objetivo de investigar a ocupação das respondentes, foi perguntado para aquelas que não exerciam função remunerada se consideraram a si mesmo como “do lar”: 64% respondeu “não”; 28% respondeu “sim”; as outras declaram ser estudantes.

Quando perguntadas sobre o uso de métodos contraceptivos, 64% respondeu que “não” e 36% que “sim”; posteriormente, para a realização das entrevistas, considerou-se o uso de métodos contraceptivos hormonais como critério de exclusão, à exceção de uma participante. As respostas sobre a duração do ciclo menstrual se mostram confusas em razão da interpretação das respondentes; algumas mulheres responderam a duração da menstruação, e não do ciclo, situação que salienta a necessidade e importância de incentivar e promover à mulher conhecimento sobre o funcionamento do seu organismo e ciclo hormonal, como colocado por Berenstein (2013). Contudo, é possível considerar uma média de 28 dias de ciclo menstrual entre as respondentes; 6% das respondentes tinham ciclo de 30 ou mais dias, sendo o maior de 34 dias e o menor de 24 dias (intervalo normal, 24 a 38 dias). Esse último, apesar de estar dentro do intervalo normal, desperta a indagação sobre a qualidade de vida emocional (e atravessadores) dessa mulher, uma vez que, no período de menos de um mês ela vivencia mais de uma vez as fases do ciclo, possivelmente, sintomas pré-menstruais (marcado por níveis mais altos de progesterona) e os primeiros dias da menstruação (marcados pela baixa dos hormônios) duas vezes em um único mês, o que supõe-se, leva a mulher a vivenciar sintomas como irritabilidade, desânimo e baixa autoestima, mas de uma vez ao mês; ainda, a duração de um ciclo menstrual médio é de 28 dias (McLaughlin, 2025, 10; Berenstein, 2013, p. 32).

Ao fim das perguntas objetivas, estava “Você possui diagnóstico para algum tipo de transtorno do neurodesenvolvimento, como TEA ou TDAH?”. Como resposta obteve-se: 54% (27) das mulheres disseram que “não”; 28% (14) responderam “Desconfio, mas sem diagnóstico”, tal resposta é apontada como relevante fator para investigação acadêmico, contudo essas, não foram consideradas para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa, uma vez que não corroboram com o objetivo da pesquisa; 10% (5) disse ter o diagnóstico de TDAH; 4% (2) responderam ter TEA, sendo uma delas com o diagnóstico diferencial de TAG (DSM-5-TR, 2023, p. 176).

Ainda, 4%(2) disseram ter o diagnóstico de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), que não é considerado de forma alguma um transtorno do neurodesenvolvimento, como estipulado pela pesquisa, contudo havia a opção de resposta “outros”, abrindo espaço para diversas.

Foram usados como critérios de inclusão prioritária: mulheres com o diagnóstico de TEA; de TDAH; com filhos e sem uso de anticoncepcional hormonal; sem filhos e sem uso de anticoncepcional; apenas uma mulher em uso de anticoncepcional hormonal foi entrevistada. Como critérios de exclusão foram usados: a desconfiança de transtornos do neurodesenvolvimento sem diagnóstico (a fim de não interferir na pesquisa, com interpretações “contaminadas”); e, estar gestando.

Após a seleção diante dos critério citados acima, quinze mulheres foram entrevistadas com perguntas subjetivas e que deram continuidade a algumas das objetivas feitas previamente, além de propiciado durante a entrevista um espaço aberto para o compartilhamento livre de suas percepções, experiências de vida e contribuições. Ressalta-se novamente que todos os nomes são fictícios, preservando o anonimato das participantes.

Qualitativamente, as perguntas semi-estruturadas feitas foram: (1) “*Você considera a experiência da primeira menstruação ter sido marcada por emoções positivas ou negativas? Pode contar um pouco?*”; (2) “*Considera que essa experiência (primeira menstruação – as experiências menstruais na adolescência apareceram ao longo das entrevistas como relevantes nessa pergunta) marcou seu desenvolvimento como mulher e a forma como enxerga e lida com suas emoções hoje? Se sim, de que forma?*”; (3) “*Com relação a sua educação sexual, de que forma aconteceu?*”; (4) “*Poderia me contar um pouco de como funciona sua rotina?*”; (5) “*Você percebe as emoções/ demandas emocionais da mulher diferentes da dos homens?*”, “*Se sim, diferente, de que forma? Como isso te afeta?*”; (6) “*Você percebe alterações emocionais e/ ou comportamentais suas ao longo do mês?*”, “*Se sim, como você se percebe sendo afetada em sua vida (motivação, responsabilidades, metas, disciplinas, relacionamentos, trabalho, disposição/ cansaço, entre outros)?*”; (7) “*Você identifica picos de emoções distintas ao longo de um período de 24 horas?*”, “*Se sim, durante todo mês ou em períodos específicos?*”; (8) “*Você possui diagnóstico de algum transtorno do Neurodesenvolvimento (TEA ou TDAH)?*”, “*Se sim, você percebe influências do seu ciclo menstrual sobre os seus sintomas do transtorno?*”; e ao final (9) “*Gostaria de fazer algum outro tipo de consideração?*”.

A maioria das mulheres entrevistadas considerou a experiência da primeira menstruação tendo sido marcada por emoções positivas; frequentemente, o termo apareceu “mocinha”, expressando o vocabulário que, na maioria, suas mães utilizavam para explicar-lhes que estava acontecendo. Com relatos com de expectativa que tinha para que a menstruação viesse pela primeira vez (por causa

da comparação com amigas mais velhas); consideração em ser “um marco bem importante para a nossa vida”;

Mais de uma mulher entrevistada relatou que após menstruar, foi envolvida por uma sensação “ não ser mais a mesma”, expressando “realmente não era, né? e “meu corpo mudou, agora eu sou mulher” relatando nessas ocasiões, apesar de positivas, sentimentos de medo e ansiedade, expressando “como se eu tivesse sido forçada a crescer”, ainda, como relatou Margarida ficando assustada, que como a maioria das entrevistadas “gritou” pela mãe, com o objetivo de alcançar alguma segurança.

A entrevista Alyssa expressou que sua experiência foi tranquila pois ela não havia sido pega desprevenida, contudo ela relatou:

“já tive amigas que, quando ficaram menstruadas, nem sabiam o que era, mas comigo foi super de boa nessa, eu já estava preparada pra isso e sabia que a partir do momento que eu tivesse a minha primeira menstruação, eu ia virar mocinha, então eu ia ter que tomar mais cuidados” (Alyssa)

Já outras mulheres, relataram ter se sentido assustadas, por tamanha mudança nos seus corpos, a necessidade de usar absorventes, além de relatarem inchaços e cólicas, vendo o corpo se transformar. A entrevistada “Dália” em seu relato, contou:

“Eu acho que foram negativas, por conta da grande cólica, que pra mim era uma coisa nova, né? Minha primeira menstruação foi na praia, Eu já estava sentindo cólica, mas eu não sabia o que era. Eram dores muito fortes, que vinham como pontadas. Hoje eu entendo que era cólica, né? Mas na época eu não sabia, e eu também não compartilhava... eu estava andando na praia, e de repente aquelas pontadas apareciam e eu precisava sentar... Depois que eu fui entender que aquela dor que eu sentia, já era o meu corpo se preparando pra menstruar. Só que as dores continuaram, na época eu tinha 11 anos, a única coisa que ficou marcada é que agora eu não ia poder tomar banho de mar, né.” (Dália)

Quando perguntada se considera que a experiência da primeira menstruação marcou seu desenvolvimento como mulher e a forma como enxerga e lida com suas emoções atualmente, a entrevistada Alyssa respondeu que não considera, mas que as experiências atuais, sim, através do seguinte relato:

“Hoje em dia... eu me considero uma pessoa instável emocionalmente... minhas emoções, eu preciso controlar elas. Tenho entrado mais por esse caminho, tenho feito terapia mais por esse caminho. Mas, por exemplo, quando eu tô de TPM, né, quando eu tô nessa fase, eu sinto que eu... meio que me transformo, sabe? As minhas emoções, os meus pensamentos, eles voam, eles... ficam muito mais intensos, sabe? Muito mais a flor da pele. Coisas que antigamente eu não percebia muito, mas que hoje em dia eu já percebo que isso marca demais o meu dia a dia. Sempre quando eu tô no período menstrual. A gente muda muito quando a gente tá nesse ciclo, pelo menos eu. Meu humor também muda muito... Eu mudo bastante, eu sou esse tipo de pessoa, né, que no período menstrual, muda bastante... tanto nas emoções, quanto no humor, fico sem paciência, mais pensativa... fico diferente.” (Alyssa)

Alyssa como uma das participantes que se identificaram como diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, atribuiu a intensidade exacerbada de seus pensamentos e emoções durante a fase lútea pré-menstrual, ao

agravamento dos sintomas do transtorno nesse período, disse “ser distraída” e “pensar muito”, revelando que nesse período percebe esses comportamentos com muito mais intensidade. Ainda, compartilhou que até dois meses antes, período anterior ao processo psicoterápico, tal cenário acontecia de forma mais constante, chegando a ter quadros de explosão devido a intensidade de suas emoções.

Logo após a ovulação, na fase lútea, os níveis de estrogênio começam a cair. Durante a fase lútea, observa-se maior hipersensibilidade, caracterizada por irritabilidade, reatividade interpessoal, afeto negativo com excitação elevada (como raiva e ansiedade) e sensibilidades sensoriais relacionadas às variações nos níveis de progesterona. Ao fim da fase lútea, período pré-menstrual, em razão da essa diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona para início de um novo ciclo, a mulher pode apresentar maior dificuldade para administrar os sintomas do TDAH, com prejuízos no funcionamento cognitivo, aumento de sintomas depressivos, anedonia, ansiedade e até risco de suicídio, fenômenos vinculados reduções nos níveis de estradiol (E2). Evidências indicam que tais efeitos diferem entre domínios: a hiperatividade-impulsividade relaciona-se mais diretamente às quedas do estrogênio, enquanto a desatenção é modulada pela interação entre declínios estrogênicos e níveis de progesterona. De forma geral, o estrogênio parece exercer função protetiva sobre a cognição e a regulação emocional, de modo que suas flutuações ao longo do ciclo menstrual, tanto em torno da ovulação quanto no final do ciclo, podem amplificar impulsividade, desatenção e sintomas depressivos, configurando um “golpe duplo” de vulnerabilidade em mulheres com TDAH, com impacto significativo na qualidade de vida. (Eng. et al., 2023; Roberts et al., 2017; KOOIJ et al., 2025; Bürger, Erlandsson & Borneskog, 2024)

A entrevistada Camélia, diagnosticada com o Transtorno de Espectro Autista (nível de suporte um) por sua vez expressou:

“Eu acho que marcou em um sentido físico... marcou o meu desenvolvimento, foi depois da primeira menstruação, que foi quando meu corpo começou a se desenvolver mais... como indo pro lado adulto mesmo... Sobre as emoções, eu acredito que sim, eu nunca parei muito pra refletir sobre, mas eu acho que sim, porque a gente tem o período da TPM, quando os hormônios mudam e a gente oscilações de humor, no meu caso eu já tive bastante. Na época eu não sabia, eu fui descobrir muitos anos depois que eu sou autista, e acho que essa oscilação de humores/emoções, me afetou na forma como eu lido comigo mesma e essas situações.

Acho que foi a partir desse momento que eu comecei a sentir emoções de uma maneira mais forte, porque além de ter sido o início da menstruação, foi também o início da minha adolescência... e junta os dois, a puberdade, mais a menstruação, então tem essa questão das emoções de uma maneira mais intensa, e o fato de eu ser autista deu uma impactada. Eu sempre tive muita dificuldade de entender emoções, as minhas e as das outras pessoas. Já hoje não. Eu faço terapia desde meus 14 anos, e fazer terapia me auxiliou muito nesse autoconhecimento... fazer tantos anos de terapia me ajudou a pelo menos entender a mim mesma... então, eu consigo identificar muito bem as minhas emoções, o que eu sinto, a forma como eu me enxergo e percebo o mundo.”

Ainda tratando sobre como a experiência da primeira menstruação ajuda a construir a percepção mulher sobre si e suas a forma como lida com as próprias emoções, e entrevistada Daisy compartilhou:

“Ao longo do tempo, eu fui começando a perceber como que esse ciclo afetava tudo na minha vida, não só enquanto eu estava menstruada, mas

também fora disso. No período fértil, também no período da pós-menstruação, na fase lútea, percebendo mesmo as fases, cada momento do ciclo e como que eu respondia a isso, não só no meu corpo físico, mas nas minhas emoções... E na verdade, toda vida, né? Todo dia, toda semana, todo momento, a gente está em uma fase dessa coisa toda. A gente precisa reconhecer 'como que eu estou hoje?', 'em que fase que eu estou?', porque eu acho que isso traz mais leveza também pra vida, se eu tô numa fase que eu tô mais irritada, sei lá, ao invés de ficar me culpando, eu vou reconhecer: 'não, isso faz parte do meu funcionamento, assim, do meu corpo como mulher'. Então, acho que isso me ajuda a conseguir alicerçar isso na minha cabeça e conseguir levar a vida com mais leveza, sabendo que eu sou mulher e que minha fisiologia é essa." (Daisy)

Já Dália, no seu relato compartilhou:

"Eu acho que, me lembrando com a cabeça daquela época, apesar da primeira menstruação ter tido essa marca da praia, e cólicas, depois eu fiquei muito feliz, porque na época eu pensava que a menstruação marcava o desenvolvimento do nosso corpo. Então pensava, 'Uma vez que eu menstruei, então agora o meu corpo vai se desenvolver, eu vou ter seios...', enfim. E na época eu ainda tinha um corpo muito infantil, as meninas que eu andava, todas já tinham menstruado e por isso, elas já tinham um corpo mais desenvolvido.

Então, pra mim, na época, com a cabeça da época, esse foi o marco, agora, assim, nem faz sentido, né? Mas quando você se sente mulher nesse sentido, tipo, agora eu não sou mais menina.

Hoje, a minha cabeça não associa mais ao desenvolvimento do corpo, porque isso já aconteceu, já é um fato. Mas eu penso muito nas emoções mesmo, porque a menstruação é uma grande coisa, tudo que envolve, né? Toda a questão hormonal e tudo, afeta muito a gente. Então, é necessário que a gente se conheça, faz parte de ser mulher. Não é algo que a gente deve expulsar, né? Ou não querer. Não, faz parte de ser mulher. Então, entendendo que uma vez por mês eu vou menstruar, e eu vou ter uma alteração no meu corpo e nas minhas emoções, nos meus sentimentos, antes, durante, depois, eu preciso me conhecer e entender que isso faz parte de quem eu sou e não, querer fugir disso.

Na adolescência, eu não tinha esse entendimento. Eu associava o período menstrual a duas coisas que não eram positivas. Eu associava à muita espinha, uma coisa que me acompanhou, e começou a partir do momento que eu menstruei... algo ruim que eu tinha que aceitar, e como aparecia muito perto do período menstrual, o período menstrual não era desejado por mim, porque eu sabia que era o momento que eu ia ficar "mais feia", como eu enxergava na adolescência.

Minha adolescência foi um período com muitas evidências do que marca a adolescência, o meu cabelo mudou, o meu rosto mudou, tudo em mim mudou. E na época, eu não lidava bem... Então, ver tudo aquilo que eu não sabia lidar para mim, me deixava feia... mais, somado à falta de corpo que eu tinha na época... Então, a minha menstruação não era boa nesse sentido, né?

E ainda, uma alteração de humor muito forte. Meu humor altera muito e ele oscila. Eu acho que, talvez, todo mundo seja assim, né?" (Dália)

Tais relatos ressaltam a importância do esclarecimento e do cuidado com o conhecer-se e perceber-se da mulher, além de expressar o quanto a presença hormonal é capaz de afetar a construção da perspectiva feminina sobre si mesma. É indispensável tratar a importância da autopercepção, segundo Berenstein (2013), sem o autoconhecimento de como é importante a harmonia entre as três inteligências, racional (QI), emocional (QE) e hormonal (QH), muitas mulheres podem estar compactuando para tornar sua vida mais difícil.

A auto-observação, a autopercepção emocional e o exame dos próprios pensamentos permite que a mulher identifique quais hormônios estão influenciando sua cognição e comportamento e assim consiga administrá-los e mediar-los. “Em muitos casos, o simples fato de prestar atenção às emoções decorrentes das alterações hormonais já é suficiente para modificá-las”. (Berenstein, 2013, p. 108)

Ainda em seu relato, Dália compartilhou que apresentava variações emocionais abruptas, descrevendo que em determinados momentos experimentava intensa euforia e, poucos minutos depois, sentimentos marcados de tristeza:

‘Eu estava muito feliz, cinco minutos depois, estava muito triste... era momento. No mesmo dia, eu vivia tudo. Eu ficava eufórica, alegre, e aí, alguma coisa me frustrava, então, eu ia pra uma tristeza profunda. Da tristeza, eu me cansava com aquela tristeza, porque eu ficava no nível de apatia, de irritabilidade. Quanto mais irritada eu ficava, mais eu chorava. E eu vivia oscilações no mesmo dia. Até hoje eu vivo. Só que hoje, eu entendo, eu vejo e penso... ‘Já sei, já sei’. (Dália)

Relatou que na adolescência, seu ciclo não era regular, de modo que a menstruação ocorria de forma inesperada, compartilhando que naquele período, ainda não havia de forma tão acessível aplicativos de monitoramento do ciclo menstrual, o que dificultava a identificação da proximidade da menstruação, levando-a a perceber que as alterações emocionais estavam relacionadas ao ciclo menstrual somente após o início do sangramento. Uma vez que, não monitorava o ciclo, o início da menstruação quanto às variações de humor eram eventos inesperados e, no caso das oscilações emocionais, experiências desagradáveis. Explicou que o manejo dessas oscilações era especialmente desafiador durante a fase pré-menstrual, pois não possuía consciência de que estava vivenciando sintomas de TPM.

A fase lútea começa após a ovulação, ocorrendo entre 16º ao 28º dia do ciclo, e pela influência do hormônio luteinizante (LH) a progesterona é produzida, aumentando assim o seu nível no organismo. A progesterona, para algumas mulheres, está associada à vontade maior de ficar em casa, uma vez que tem propriedades anticonvulsivas e é um sedativo natural. (Berenstein, 2013, pg. 25, 86). Ao mesmo tempo em que outras mulheres podem sentir maior irritabilidade, inchaço pela retenção de líquidos, fadiga e sensibilidade emocional, redução da atratividade sexual, TPM (Tensão Pré-menstrual), ganho de peso e sensação de sentir-se gorda, diminuição do processamento de informação e da memória verbal, entretanto há melhora na atenção concentrada. A fase lútea termina quando não ocorre fertilização, ao final da fase lútea, a concentração de estradiol e a progesterona diminuem, permanecendo baixas durante o início da fase folicular, marcando assim o início de um novo ciclo, com a menstruação (Berenstein, 2013; Molina, 2014). Tais características, compõem os relatos compartilhados pela pesquisa, e continuarão a aparecer durante a discussão.

Ressalta-se que, a Organização Mundial da Saúde, diferenciou as classificações de síndrome pré-menstrual (SPM) e tensão pré-menstrual (TPM), “uma vez que tensão implicaria apenas mudanças nos aspectos nervosos e emocionais da mulher, porém sintomas orgânicos estão também presentes no período”, como as dores e inchaços pelo corpo (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 71). Contudo, popularmente, o conjunto de sintomatologias, sejam psíquicas ou orgânicas, é conhecido como TPM, terminologia usada pelas mulheres ao longo da pesquisa e por isso, ao longo do artigo SPM e TPM serão referidos como iguais.

A SPM compreende, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde:

Grupo A (anxiety – ansiedade): ansiedade, irritabilidade, insônia e posteriormente depressão;

Grupo C (craving – apetite compulsivo): compulsão por doces, dor de cabeça, palpitação, fadiga e desmaios;

Grupo D (depression – depressão): depressão, esquecimento, confusão e letargia;

Grupo H (hyperhydration): ganho de peso superior a 1,4 kg, aumento de sensibilidade, congestão dos seios, edema facial e de extremidades, dilatação do abdômen e aumento da sensibilidade. (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 74)

Lilian, ao considerar a menarca e a maneira pela qual compreende e gerencia suas próprias emoções, relatou:

“Foi marcante, justamente porque eu comecei a entender que eu era mais do que criança, menina. Foi ali que eu senti uma virada de chave na minha cabeça, que existiam responsabilidades que eram correspondentes à mulher, e só a mulher teria capacidade de encarar.

Então ali, acho que eu tive, pela primeira vez, um contato com esse lado do que é ser mulher, principalmente quanto à capacidade de gerar, né, porque a menstruação marca isso... Pensando ‘pós’ essa experiência da primeira menstruação, eu me sinto muito, como pode dizer, ‘correta emocionalmente’, de dizer, ‘ah, eu sinto isso, não sinto aquilo’ e com isso, na minha adolescência, eu comecei a lidar com algumas oscilações de emoção...” (Lilian)

Lilian relatou que as oscilações de humor vinham através de confusão emocional e melancolia, aspectos que, segundo ela, não eram característicos de sua experiência emocional habitual, afirmando que fora do ciclo menstrual não costumava vivenciar tais estados, expressando:

“Então eu comecei a enxergar como uma mulher de uma forma muito mais profunda emocionalmente, que eu tinha muito mais sentimento do que se eu era capaz de enxergar no meu período normal.” (Lilian)

Explicou que a transição própria do processo de amadurecimento, especialmente marcada pelo início do primeiro ciclo menstrual, representou uma “virada-chave” que desencadeou uma onda de sentimentos que anteriormente não existiam com tanta intensidade. Indicou que essa mudança tornou suas respostas afetivas mais voláteis do que imaginava existir internamente e que esse padrão passou a compor aspectos de sua personalidade à medida que permitia a si mesma lidar com tais emoções, expressando: *“Isso tornou muito mais volátil do que eu pensava que era dentro de mim. E isso, pro meu tipo de personalidade, sempre foi meio difícil lidar” (Lilian).*

Relatou que, nesse período, frequentemente se questionava sobre o sentido de se sentir tão “mal”, triste ou afetada por determinadas situações. E concluiu que essa transformação afetou sua constituição subjetiva e a forma como compreende seus próprios sentimentos, afirmando que passou a validá-los com maior frequência, reconhecendo a volatilidade emocional como parte de sua experiência e adotando uma postura de maior acolhimento em relação a si mesma, independentemente das expectativas anteriores sobre quem acreditava ser, através da seguinte fala:

“Como eu vejo meus sentimentos também mudou bastante, porque comecei a validar mais algumas coisas. Validar o fato de os sentimentos serem voláteis.” (Lilian)

Íris, relatou que sua primeira menstruação foi uma experiência marcante, embora afirmasse não ser possível atribuir a ela influência sobre todos os aspectos de sua vida:

“Tudo não, mas alguma coisa, né? É porque ela continua influenciando sempre. É meio que não foi só a primeira que impactou tudo. Ela continua impactando todos os meses.” (Íris)

Segundo ela, essa influência que se manifestava mensalmente, varia conforme o contexto: em meses percebidos como mais desgastantes, o efeito parece mais intenso, enquanto em períodos considerados tranquilos a menstruação ainda exerce algum grau de influência, mas de forma mais sutil.

É a ciclicidade propiciada pela variação hormonal, a cada mês, uma das responsáveis pela maior adaptabilidade e criatividade inerentes ao sexo feminino, tais como cuidar da casa, dos filhos e do trabalho, tudo praticamente ao mesmo tempo, “graças ao estrogênio as células nervosas do cérebro conseguem criar mais conexões”. Diferente do homem que não tem sinais biológicos mensais da passagem do tempo, na mulher é fácil observar seu estado hormonal uma vez que a menstruação acaba sendo o aviso mensal para sua “consciência cíclica”. (Berenstein, 2013, pg. 28)

Do mesmo modo, os fatores sociais, culturais, emocionais e experiências de vida, assim como doenças atuais ou pregressas, podem influenciar o desenvolvimento da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e seus sintomas, o que destaca a relevância dos fatores externos sobre o aspecto psicológico. “Os sintomas podem interferir no trabalho, na vida social e nos relacionamentos. A interação entre fatores ambientais e orgânicos explica grande parte das manifestações da SPM” (Cambiaghi Et Al., 2006, Pg 74).

Íris também mencionou que, após a primeira menstruação, especialmente durante o período escolar, vivenciou sentimentos intensos de vergonha e constrangimento em relação ao manejo dos absorventes. Lembrou que precisava transportá-los discretamente, sempre dentro de uma pequena bolsa para não chamar atenção, e da constante preocupação com a possibilidade de a roupa marcar ou apresentar vazamento; tais inseguranças, a faziam se sentir mais retraída nesse período.

Margarida, diagnosticada com Transtorno do Déficit de atenção e Hiperatividade, trouxe relato semelhantes ao de Íris quanto a menstruação e o ambiente escolar, contudo, com algumas especificidades que corroboram com estudos realizadas anteriormente por outros pesquisadores, como Bürger, Erlandsson & Borneskog (2024); em sua pesquisa, mulheres com TDAH dificuldade com a manutenção da higiene menstrual, sobretudo por “esquecimentos”, com sentimentos de vergonha e ansiedade associados.

Margarida relatou que após a menarca, durante os primeiros ciclos menstruais, começou a vivenciar experiências negativas. Explicou que, por não saber manusear adequadamente o absorvente no início, passou por situações de constrangimento na escola, o que desencadeou emoções negativas significativas. Acrescentou que se sentia bastante chateada e, em certa medida, frustrada, mesmo

recebendo diversas explicações da mãe sobre como usar o absorvente de forma adequada, e mesmo assim, vivenciando episódios de “sujeira” e desconforto.

Relatou ainda que as colegas reagiam com zombarias, contribuindo para o sofrimento emocional e mencionou ter faltado com frequência à escola durante as primeiras menstruações, pois chorava muito e expressava à mãe que não queria ir para evitar novas situações de ridicularização, descrevendo esse período como marcado por uma forma de bullying. A participante afirmou que foi a partir dessas experiências que passou a se preocupar mais com a forma como se apresentava socialmente. Referiu que, até então, não se importava tanto com sua aparência, mas que os episódios de constrangimento e o desejo de evitar faltas escolares e tristeza associada levaram-na a desenvolver maior atenção à sua autoimagem e ao modo como era percebida pelas outras pessoas.

“Eu lembro que eu levava para a escola, tipo, duas ou três calcinhas extras dentro da bolsa por medo de me sujar e ficarem me zoando e dar a sensação de ficar me sentindo suja, né, apesar de agora eu já ter uma consciência maior de que não é sujeira e tudo mais, mas eu tinha muito isso na cabeça antes, quando pequena, eu lembro disso bastante. Foi a partir desse momento que eu comecei a levar para a escola e para todo lugar uma bolsinha, uma necessaire, assim, com roupa extra, com calcinha, com tudo que eu preciso de higiene básica e eu não desgrudei disso, tipo, acho que talvez tenha sido, acho que pensando assim, acho que foi a partir desse momento aí que eu comecei a levar, comecei a ficar mais preocupada com isso, né, e aí eu comecei a carregar comigo até hoje.” (Margarida)

Os relatos descritos indicam que essa etapa inicial marcou uma mudança significativa na relação da entrevistada com sua autoimagem e com a forma como percebia sua apresentação social. A vivência dos constrangimentos e a percepção de vulnerabilidade diante do olhar dos outros faz com que seja possível identificar que marcas emocionais ultrapassaram o âmbito prático da menstruação, se estendendo para a construção de sua autopercepção, identidade e validação emocional.

Segundo Berenstein (2013), a menarca é um período marcado por grandes níveis hormonais que, por sua vez, determinam a consciência da autoimagem e criação da imagem pública feminina.

Rosa em sua experiência, compartilhou que durante a adolescência, suas menstruações eram acompanhadas por dor severa, expressando (“muita, muita, muita dor”) de forma a reiterar a intensidade; e relatou episódios em que chegava a ficar “caída no chão”, sem conseguir se levantar, indicando um quadro de dismenorreia grave, que a comprometia significativamente suas atividades cotidianas. Relatou:

“Então, eu sentia dor de ficar caída no chão e não conseguir levantar. Na escola, eu ficava com sensação de desmaio, quando doía muito as minhas pernas ficavam dormentes, eu não conseguia ficar de pé. No trabalho também, quando eu estava em cliente... mas agora... a dor não é tão frequente como antes... acho que tem uns dois anos. É recente.” (Rosa)

Algumas mulheres relataram a menstruação como algo “positivo”, “bonito” e “importante”, outras expressaram que após a menarca, perceberam mudanças na forma como passaram a se posicionar diante da própria experiência corporal e pessoal. Descreveram que começaram a se importar consigo mesmas de maneira diferente, adotando mais cuidado, buscando se precaver e como se estivesse se

preparando para vivenciar algo novo. Outras, não consideram o período dos primeiros ciclos menstruais com relevância sobre seu desenvolvimento como mulher.

Os relatos sobre a forma como a educação sexual foi transmitida e recebida durante a infância e a adolescência evidenciam uma grande variabilidade. Parte das participantes relataram ter acesso a informações na escola, com conteúdos que incluíam menstruação, métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, para outras, o conhecimento foi limitado ou superficial.

Houveram também, aqueles relataram ter ouvido instruções sobre seu corpo, sexualidade e vida sexual no contexto familiar, contudo esses relatos também foram heterogêneos: algumas mulheres relataram mães ativas na transmissão de informações sobre o corpo, o ciclo menstrual e cuidados pessoais, enquanto outras entregavam apenas respostas pontuais a perguntas que lhe eram feitas. Em alguns casos específicos, as entrevistadas relataram que sua educação sexual se caracterizou quase exclusivamente de busca autônoma, estudos pessoais ou troca com figuras de confiança fora do núcleo familiar, devido à ausência de diálogo aberto e ao tabu presente nas famílias.

A entrevistada Camélia compartilhou que seu acesso precoce à educação sexual, especialmente sobre abuso e proteção, foi decisivo para reconhecer situações de risco e buscar ajuda:

“...meus pais sempre me explicaram muitas coisas, fundamento do corpo, todas as pautas de uma educação sexual saudável, e nas escolas que eu estudei, eles abordavam o assunto também. Eles traziam profissionais, ensinavam sobre proteção, sobre abuso sexual também, sobre como se proteger, como não esconder sinais... que não existe brincadeira, que não existe segredo, que a gente deveria contar...e acho isso que me ajudou, porque há uns seis anos, eu cheguei a ser molestada, e pelo fato de eu ter tido essa liberdade e abertura dentro de casa, eu consegui me livrar de algo pior, porque eu consegui contar para os meus pais.” (Camélia)

Tal relato reforça o papel social da educação sexual como ferramenta de prevenção e de fortalecimento emocional, indo além da dimensão reprodutiva. As contribuições trazidas apontam que a educação sexual das participantes explicitaram o impacto direto que tal assunto tem na construção da identidade, na percepção do corpo, na vivência da menstruação e na capacidade de reconhecer riscos.

Grande parte das participantes descreveu sua rotina como marcada por múltiplas demandas, sobrecarga emocional e sensação de cansaço acumulado. Algumas relataram jornadas extensas, trabalho integral, estudos ou múltiplos compromissos que ocupam todo o dia. Houve menções a responsabilidades familiares, especialmente no cuidado de crianças sem rede de apoio, o que ampliou a percepção de exaustão e falta de tempo para si. Algumas participantes destacaram que somente no final do dia conseguiam descansar ou ter momentos de “pausa”, enquanto outras relataram que o excesso de tarefas funcionava como uma forma de evitar sentimentos de improdutividade ou ansiedade.

Cambiaghi et al. (2006) consideram em sua obra, medidas para ajudar a reduzir os sintomas apresentados nesse período, como reduzir o consumo de sal e cafeína, fazer exercícios com certa frequência, manter um sono regular, procurar reservar momentos de relaxamento, procurar a psicoterapia como meio de auxiliar no manejo dos sintomas e emoções; e se possível, reorganizar a carga de trabalho

para reduzir o estresse e agendar eventos importantes para os melhores períodos do ciclo menstrual. Essas duas medidas, mais desafiadoras frente ao ritmo de vida do mundo moderno e suas exigências, talvez se apresentem como as mais fundamentais.

“... Hoje eu estou precisando disso porque eu estou nesse período, porque eu estou mais fragilizada, porque eu estou com baixa de tal hormônio. E aí você vai buscar alguma coisa para te ajudar, para melhorar, uma coisa que te dê um pouco mais de relaxamento dentro da sua condição. Porque também nem sempre eu posso fazer isso, mas nem que seja na última hora do dia. Eu vou tomar um banho quente, vou relaxar... Porque assim, você sabe das suas necessidades e você se acolhe e se corresponde ali como você pode.” (Dafne)

As participantes relataram que o ciclo menstrual exerce influência significativa sobre o humor e o comportamento. Surgiram descrições de irritabilidade, tristeza repentina, maior sensibilidade emocional, aumento da reatividade e episódios de choro principalmente no período pré-menstrual. Algumas mencionaram que a TPM intensifica traços já presentes, como emotividade ou impulsividade; outras identificaram mudanças claras no padrão emocional de um mês para o outro:

“Existem momentos em que eu estou muito mais corajosa, existem momentos em que eu tô muito mais ‘nossa, eu acho que eu não sou capaz’... em alguns períodos do mês eu tenho essa inclinação a pensar, ‘nossa, eu acho que eu não consigo dar conta de nada disso’, mas ao mesmo tempo existem momentos em que eu penso, ‘Meu Deus, se eu consigo dar conta de tudo isso, pode mudar mais’”. (Daisy)

“A TPM, sem dúvida alguma é choro atrás de choro. São tantos pensamentos que eu começo a pensar que eu tô ficando meio, assim, surtada, sabe? E falo, meu Deus, eu acho que isso não é normal. Mas aí depois tudo passa e eu falo ‘olha só, eu tô bem, eu tô normal’”. (Daisy)

Alterações no foco, na clareza mental e na capacidade de concentração foram recorrentes. Diversas participantes relataram que, em fases específicas do ciclo, apresentam queda no rendimento, dificuldade de manter atenção sustentada e maior lentidão para executar tarefas. Algumas atribuíram prejuízos cognitivos aos primeiros dias foliculares (quatro primeiros dias menstruais), fase em que os hormônios gonadais femininos, ambos ainda em baixa, estão se ajustando para um novo ciclo. Outras descreveram que o cansaço acumulado do dia intensificava lapsos de atenção e sensação de “desconexão”. Houveram relatos de períodos em que atividades simples se tornam mais desgastantes, acompanhadas de sensação de “travar” ao tentar cumprir obrigações. A experiência de “dias pesados”, sensação de carga emocional e momentos de maior vulnerabilidade também foi reforçada em diferentes relatos. E além disso, foi exposto em termos práticos, mecanismos compensatórios do Sistema Nervoso Central (SNC), e a influência da dor sobre sua cognição e raciocínio.

“Quando eu estou muito mergulhada nas minhas emoções... não consigo fazer, as vezes, tudo que eu me propus... e não conseguir traz mais frustração... parece que preciso me desafiar...” (Dafne)

“Eu vou te dizer... umas duas semanas antes de menstruar. Tanto que eu fico uma semana menstruando... Nos dois primeiros dias (de menstruação), eu fico muito mal... Fico menos disposta... Eu tenho picos de animação, só que esses são picos, entendeu?”

Quando eu tô assim, eu fico com picos. Mas, no geral, eu fico muito na letargia mesmo... Não quero, não consigo. Eu preciso fazer muito esforço pra fazer tarefas comuns. Principalmente durante os dois primeiros dias, aí eu só sobrevivo mesmo.

Faço o que eu posso, posso muito pouco... Eu acho que, o meu trabalho envolve muita movimentação do corpo... então, se eu tô com cólica, é muito difícil, muito difícil..." (Dália)

"...O meu trabalho também é muito mental, ele depende muito da minha cabeça. Só que, quando eu tô com cólica, toda a minha energia tá pensando em como administrar o meu corpo. Então, eu fico menos criativa, produtivo, entendeu? Porque eu to canalizando toda a minha energia em sobreviver aquele dia.

Completamente... Embaralhando sempre (ordem de palavras)... É como se o meu cérebro estivesse cansado... essa é a sensação." (Dália)

"Pensando na rotina, existem períodos do mês, principalmente próximos disso, em que eu não tenho disposição, a mesma disposição que eu tenho pra poder trabalhar ou pensar/ trabalhar mentalmente. Porque envolve muitas questões, né?

As demandas parecem ser mais pesadas, mas elas não mudam e parecem ser mais pesadas quando as minhas emoções não estão tão firmes como é no resto do mês... e até mesmo no corpo, eu sinto mais indisposição... é uma questão hormonal... dependendo de como eu estou emocionalmente, isso muda totalmente a minha disposição.

A forma como eu durmo, a forma como eu acordo, como eu quero me alimentar, como eu olho pro meu trabalho, como eu olho pra demanda... parece que tem várias de mim dentro de uma só.

Em relação principalmente ao foco... eu percebo que tenho uma dificuldade de foco. É como se a disposição da minha mente fosse um pouco bagunçada. Não fosse plena. Ou raciocínio, talvez." (Lilian)

Estudos indicam que o estrogênio (estradiol) não influenciam somente os órgãos reprodutores, mas, é um hormônio fundamental para a saúde cognitiva, promove a plasticidade sináptica e a neuroproteção, afetam a memória e o aprendizado, "a cognição, a organização e expressão dos ritmos biológicos e psicológicos típicos da feminilidade", desempenhando um papel sobre manutenção das funções cognitivas. Por isso, os baixos níveis de estradiol durante a fase perimenstrual podem prejudicar a cognição, memória (memória verbal), fluência verbal e dificuldade de concentração. (Rachid, 2023; Berenstein, 2013, p. 25)

"A maioria das mulheres que menstruam experimenta alguns sintomas pré-menstruais; destes, cerca de 20 a 40% os consideram graves o suficiente para procurar ajuda médica" (Obaydi; Puri, 2008, p. 268). Os sintomas psíquicos afetam o sistema nervoso, sendo caracterizados pelas mudanças de humor durante o período pré-menstrual, como irritabilidade, agressividade e insônia, além de um estado de depressão com ansiedade, letargia e melancolia. O corpo também pode sofrer alterações, que aparecem na forma de retenção de líquidos, queixas de dores recorrentes, como dores de cabeça, sensibilidade nos seios e cólicas e distensão abdominal. Além disso, a mulher pode apresentar fadiga com alteração de sono e de atividades (como diminuição de produtividade); transtornos alimentares, com grande desejo por massas, batata, arroz (carboidratos); alteração da atividade sexual com diminuição da libido e alterações cognitivas com deficiência de concentração, coordenação motora e prejuízos no coeficiente racional durante esse período (Cambiaghi Et Al., 2006, pg 72; Berenstein, 2013, pg. 102). Todos esses sintomas se relacionam diretamente com a variação do comportamento hormonal de acordo com

a fase do ciclo que está sendo vivenciada e acabam por modificar a rotina de quem vivencia, podendo causar sofrimentos.

As oscilações de humor foram frequentemente associadas a impactos nas relações sociais, familiares e conjugais. Algumas participantes mencionaram episódios de impaciência, respostas mais ríspidas ou irritabilidade direcionada a parceiros e familiares. Outras relataram maior necessidade de afastamento ou silêncio em dias característicos da TPM, com a intenção de “proteger” ou poupar seus relacionamentos.

“E há um tempo atrás eu comecei a perceber um sentimento muito real de que eu sou muito incapaz, que eu sou muito pequena, né? Nesses momentos em que as minhas emoções estão lá embaixo. E isso começou a gerar pra mim uma imagem de que o outro estava fazendo com que eu me tornasse pequena. Isso começou a gerar em mim uma irritação muito grande... eu tô ficando mais irritada, com a língua afiada... mês passado... falaram alguma coisa ao meu respeito, uma brincadeirinha, assim, que eu não gostei. Eu comecei a falar, e aí depois eu pensei comigo mesma: ‘Gente, essa não sou eu. Essa não sou eu...’, eu sabia que eu tava de TPM, então foi uma questão de eu conseguir reconhecer e falar ‘Não, calma, Daisy. É você, mas você tá passando por uma fase natural de isso acontecer’. Mas é chato, né? Porque, poxa, eu não quero que isso aconteça.” (Daisy)

“(os relacionamentos são) Muito! (afetados). Coitado de quem convive comigo, né? ... Eu sempre tento avisar, entendeu? ‘Olha, nessa semana eu provavelmente vou estar mais irritada’... eu fico com pouca paciência. Eu interpreto as coisas erradas, como elas não são. E aí, eu choro muito. Chorar é uma coisa que eu faço muito de TPM. Eu choro de alegria, e eu choro de tristeza, e eu choro de raiva... eu choro dessas três coisas e é difícil saber do que eu tô chorando. Mas aí eu sempre, e principalmente sem paciência... eu fico sem paciência comigo, mas também fico sem paciência com o outro. E aí eu preciso ficar bem calada na minha, coisa que também é muito difícil pra mim, porque eu sou mais pra fora... Mas eu tento até o que eu posso fazer, avisar... e avisando, eu percebo que melhora.” (Dália)

“...eu acredito que muito nos relacionamentos... porque eu acabo não conseguindo, às vezes, me controlar. Antes da terapia eu tinha muito menos controle sobre isso porque eu também não entendia muito bem, não tinha muita clareza e também, não tinha essa coisa de alguém de fora de mim, que não está dentro de mim, mergulhada nas minhas emoções me trazer isso um pouco à tona e às vezes mostrar que isso é o momento. Às vezes você está tão mergulhada ali nas suas emoções, que acaba agindo de maneira que você não gostaria... não é intencional ... e eu acho que acaba que você pode ter um prejuízo nisso porque até você explicar, ou até a pessoa querer entender que é porque você está nesse momento, e você não sabe como que aquela pessoa vai entender, se ela vai te acolher ou não, entendeu?...” (Dafne)

Ao serem perguntadas se percebiam as emoções ou demandas emocionais da mulher diferentes, quando comparadas aos homens, a grande maioria começou o relato com um enfático “Com certeza!”. As participantes descrevem as mulheres como mais sensíveis, intensas e propensas a flutuações emocionais. Essa volatilidade é atribuída tanto a fatores hormonais quanto ao modo como as mulheres processam emoções de maneira mais profunda e complexa. O homem, por sua vez, foi descrito como emocionalmente mais estável, simples na forma de lidar com problemas, mais objetivo e menos afetado por variações de humor, tendo sido

usado, por uma das participantes, o termo “uma estrada reta” para descrevê-los emocionalmente.

Como dito por Berenstein (2013), uma das principais questões relacionais entre homem e mulher, se dá pelo comportamento conhecido popularmente como “praticidade” do homem. As fases da vida do homem são lineares e previsíveis, se limitando às transições etárias (Infância, adolescência, vida adulta e senectude), e com suas inteligências se relacionando de forma estável. Já a vida do estrogênio na existência feminina é sujeita a ciclos (Infância, Puberdade, Adolescência, Vida adulta, Gravidez, Amamentação, Climatério, Senectude) e a estabilidade entre suas inteligências (QI, QE e QH) é conseguida com muito esforço

À vista disso, mulheres vivenciam insatisfações duradouras diante das fugazes emoções masculinas, e em seus diálogos, homens são sintéticos e objetivos, já as mulheres são analíticas e subjetivas, respectivamente, um busca ação e o outro busca a intermediação. Essas diferenças não são apenas comportamentais, mas cognitivas e influenciadas pelo comportamento hormonal. Ao contrário do estrógeno que tem ciclos de 15 dias e busca emoções mais duradouras, a testosterona age por ciclos curtos “de 15 a 20 minutos, o que permite grandes emoções em curto espaço de tempo, e traz como características a ação, competição, conquista, síntese ao falar e pensar, determinação ao agir no perigo. (Berenstein, 2013, pp. 42, 100, 101).

Essa linearidade masculina, foi percebida pelas mulheres entrevistadas tanto como positiva (promovendo sensação de equilíbrio, segurança e regulação emocional externa) quanto como geradora de tensão (com sensação de indiferença e incompreensão, e o desejo de um acolhimento mais empático por parte de figuras masculinas):

“Ah, o homem tem uma lente, e a mulher tem outra, né?... Às vezes acontece alguma coisa em casa, algum desajuste, alguma discussão, por exemplo, que pra mim demora muito mais pra eu esquecer. Mas pro homem, nossa... passou cinco minutos, já tá tudo 100% bem.

Para ele, é sempre tudo muito mais simples; e pra mim é tudo mais complexo. Eu queria que ele pensasse ‘Poxa, a mulher pensa diferente; a mulher tem outra funcionalidade hormonal; eu posso, por vontade própria e por amor e carinho e gentileza, me colocar no lugar dela’ e pudesse acompanhar meu ritmo às vezes.

É chato, né? Quando a mulher e o homem estão em ritmos diferentes. Pra mim, seria muito mais fácil se todos os homens seguissem o ritmo da mulher.” (Daisy)

As mulheres entrevistadas percebem diferenças claras entre o modo como mulheres e homens vivenciam, expressam e processam emoções; essas diferenças geram efeitos diretos nas relações e na comunicação. Íris em sua percepção, expôs que há uma expectativa social implícita de que mulheres devem ser doces, gentis, acolhedoras, sempre compreensivas e emocionalmente disponíveis. E em contraste, os homens não são cobrados da mesma forma. Para ela, essa diferença influencia as relações e dificulta a expressão emocional feminina, gerando pressões e autocobrança. Mulheres que se expressam com firmeza ou com respostas mais diretas acabam recebendo julgamentos de “grossas” ou “diferentes do esperado”.

Todas as participantes relataram alterações emocionais ao longo do mês, em diferentes níveis, as participantes relacionaram sintomas característicos do ciclo menstrual e pré-menstrual à percepção negativa da autoimagem, especialmente devido a alterações físicas como inchaço, acne, cansaço e sensação de “falta de

brilho". Também relataram emoções como irritabilidade, "choro fácil", sensibilidade exacerbada, melancolia e sentimentos de baixa autoestima.

"A minha auto-estima também é afetada... Eu vou dizer que eu... fui dar nome depois pro que eu sentia... Eu tinha recebido educação sexual, mas entender ciclo menstrual... não foi, por exemplo, com a minha mãe que eu entendi... eu fui aprendendo na internet.

Então eu percebi que tinha momentos no meu mês, em que eu me sentia muito ruim, auto-estima mesmo, né... Não tem nada que fique bom, não tem nada que combine... eu fico mais cansada... as minhas olheiras ficam mais acentuadas... Então tudo isso afeta a minha autoestima.

E aí eu percebi que tinha outro momento, que eu estava me achando a coisa mais linda do mundo. E descobri que esse período também tem nome, período fértil." (Dália)

Grande parte das participantes relatou diminuição da sociabilidade, necessidade de isolamento e dificuldade de manter interações durante o período pré-menstrual e menstrual. Algumas descreveram comportamentos evitativos, como alterar horários de refeição para evitar contato com colegas, parte deles com a intenção de preservar seu relacionamentos uma vez que reconheciam seu estado. Outras relataram conflitos interpessoais motivados por irritabilidade e baixa tolerância emocional. Mesmo que o comportamento não fosse externalizado, muitas apontaram sofrimento interno e sobrecarga emocional, especialmente nas relações de convivência diária (família, parceiros, colegas de trabalho).

"Eu acho que pra mim não afeta tanto, porque eu sei que quando eu tô perto do meu período e quando eu tô mais sensível, eu tendo a não me expor muito. Se eu tô com raiva ou se eu tô sensível, eu meio que guardo pra mim. Eu acho que não afeta o meu relacionamento com quem eu convivo nesse sentido, entendeu? Porque eu acabo guardando mais as minhas emoções." (Rosa)

As oscilações hormonais durante o ciclo menstrual afetam o equilíbrio emocional, provocando variações em sensações como fome, sono, estado de alerta e humor, evidenciando o impacto direto desses hormônios no bem-estar psicológico. Ao mesmo tempo que irregularidades no ciclo podem ser um sintoma da ocorrência de algo significativo ao longo do mês, seja na esfera física, emocional ou hormonal. (Zolin, 2023; Berenstein, 2013)

Os sintomas descritos acima revelam, sobretudo, a presença da progesterona no organismo feminino. É possível observar a presença de progesterona através de comportamentos e sintomas, como: Inchaço geral; pele opaca; postura maternal e mais pacificadora; aumento de peso; diminuição do odor feminino; preservação da gravidez (se em associação com prolactina acaba com o desejo sexual); reduz a reatividade; aumento da temperatura corporal; sensação de estar gorda (aumento de peso); desejo alimentar; sensação de fadiga; sintomas também relacionados a TPM. Além de sintomas que demonstram que o psiquismo e a cognição da mulher são afetados, principalmente na segunda metade do ciclo, onde a progesterona está alta, como: esquecimento, distração; comportamento esquizoide, rabugenta, autodestrutiva; incerteza; necessidade de dar e receber proteção; embotamento (diminuição da elaboração do pensamento); depressão; irritabilidade; é um sedativo, leve, porém se a quantidade desse hormônio for alta funciona como anestésico. (Berenstein, 2013, p. 87 e 88)

Algumas descreveram que o ciclo influenciou a forma como passaram a perceber a si mesmas percepção identitária ao longo da vida, contribuindo para

sentimentos de inadequação, dificuldade de se expressarem e receio de serem rotuladas como “instáveis” ou “exageradas”. Em casos específicos, esse padrão levou a impactos duradouros na forma como a participante se vê como mulher, como profissional ou como indivíduo emocionalmente competente.

“É como se a gente tivesse que sempre, como que eu posso dizer... ser vista como, ‘ai, é louca’, ‘ai, é raivosa’... como esses rótulos, e eu me sentia muito rotulada dessa maneira e aí eu comecei, às vezes, a não me expressar como eu poderia ter me expressado, me impor como eu poderia me impor, em algumas situações. Então eu acho que isso afetou sim, de como eu me enxergo e às vezes como me colocar em algumas situações e hoje eu já tenho um pouco mais de clareza, como eu te falei, mas antes não.” (Dafne)

Segundo Berenstein (2013, p. 102), “a autoimagem feminina passa por mudanças rápidas ao longo do mesmo mês”. Quando os níveis hormonais estão equilibrados, a percepção, consciência e funcionamento orgânico tendem a ser estáveis; porém, quando há desequilíbrios, mesmo em contextos de vida favoráveis, a forma de vivenciar a realidade se altera profundamente. (Berenstein, 2013)

A maioria das participantes identificou flutuações emocionais dentro de um mesmo dia, especialmente na fase pré-menstrual. Esses “picos” foram descritos como alternância repentina entre alegria e tristeza, irritabilidade inesperada e momentos breves de alta energia seguidos de fadiga e desânimo. Tais episódios são descritos como imprevisíveis e, por vezes, desorganizadores das rotinas diárias. Entretanto, a intensidade e frequência variavam entre as participantes, sendo mais marcantes em mulheres com transtornos do neurodesenvolvimento ou quadros de ansiedade, e menos relevantes para outras mulheres.

“Eu fico mais sensível, quando está perto da menstruação... não todo mês, né? Mas eu sinto, como se pegassem todas as minhas emoções juntas e batessem no liquidificador, assim, e eu fico sem saber o que eu tô sentindo, fico meio bagunçada... Não sei se eu tô com raiva, se eu tô com vontade de chorar, eu fico assim... às vezes eu fico carente... às vezes eu fico meio impaciente, dó que eu não externalizo... prefiro ficar no meu canto, isoladinha lá. E fico mais reflexiva.” (Rosa)

Muitas questões emocionais e comportamentais decorrem da ação hormonal, mas, sem consciência desse processo, não é possível perceber o quanto o organismo pode ser influenciado por essa “manipulação bioquímica silenciosa”. Por isso, as vezes emoções podem parecer desproporcionais às circunstâncias externas, como na irritabilidade da TPM, que pode surgir mesmo em um ambiente tranquilo e agradável. A chave para o equilíbrio entre razão, emoções e fisiologia é desenvolver consciência sobre a ação dos hormônios. A inteligência hormonal propõe que a mulher deixe de ser vítima, e se torne parceira desses processos, sem “ir contra a essência de nossa genética e bioquímica, mas sim humanizar-se mais através da Inteligência Ideal potencializada pela Inteligência Hormonal”, de forma que o comportamento hormonal passe a ser vivenciado de forma harmônica com a consciência da mulher e em suas metas. (Berenstein, 2013, pp. 77-80)

Diversas participantes descreveram estratégias individuais para lidar com as oscilações mensais e com a carga emocional diária. Entre as mais citadas estavam: organização da rotina para evitar compromissos em dias de maior vulnerabilidade, priorização de descanso após jornadas intensas, consumo de alimentos que trazem conforto emocional, momentos de autocuidado e pausas intencionais ao final do dia.

Algumas relataram aprender a reconhecer seus padrões emocionais e a respeitá-los, compreendendo que fazem parte de quem são à depender da fase do ciclo, e assim também, adaptar a si e seu espaço a eles, adotando limites mais claros e se preservando em momentos que sabem que as interações poderiam gerar alguma sobrecarga.

“Eu tento me respeitar nesse período, com atividades e responsabilidades que eu sei que consigo negociar, principalmente quando eu sei que estou sendo muito demandada emocionalmente, como suporte emocional para alguém... aí eu me respeito... eu me dou limite também.” (Lilian)

“Fazendo muita terapia, eu tô conseguindo ter um pouco mais de clareza sobre as minhas emoções... porque muita coisa eu não entendia, e aí agora eu tô tendo um mais de conhecimento também, principalmente nessa questão do período menstrual porque eu tenho muita TPM, né, sempre tive muita TPM, então assim, é coisa de 15 dias, mais ou menos, antes da menstruação... Passou o período fértil e ovulação, eu já começo a ter todos os sintomas, e são bem intensos. Então, agora eu já consigo meio que acompanhar assim, e não acha que eu tô ficando louca porque antes, né, eu não olhava muito pra esse lado, e agora eu vejo mais assim, ‘não, são meus hormônios’, tudo bem que tem outros fatores também, outras coisas, mas eu sei que bastante dessa influência é por conta dos hormônios e aí eu já fico mais tranquila, assim, pra tentar lidar melhor e saber que daqui a pouco vai passar então é um pouco mais fácil de viver.” (Dafne)

Ademais, muitas participantes relataram que só na vida adulta compreenderam a relação entre seus estados emocionais e as fases do ciclo. A ausência de educação adequada na adolescência produziu sentimentos de culpa, confusão e interpretações negativas sobre si mesmas. Algumas descreveram o processo atual de autoconhecimento como fundamental para reduzir estigma, desenvolver habilidades de regulação emocional e reinterpretar suas reações de forma menos autocrítica.

... Você se conhecer, saber que você tá passando por aquilo ali por uma razão... E você não se sentir sozinha. Você se entender faz você não vai se sentir tão sozinha ou tão preocupada com o que as pessoas vão falar, ou como elas vão lidar... E também acrescentando, se acolher, porque realmente a gente se preocupa com o que o outro pensa o que o outro vai achar... mas às vezes como você se entende, como você se acolhe, isso vai fazer toda a diferença porque também vai mudar a forma que você vai olhar para a atitude da outra pessoa, porque você já se acolheu, já se respeitou, já se entendeu, você sabe o que está acontecendo com o seu corpo, com as suas emoções” (Dafne)

As alterações emocionais demonstraram impacto significativo na motivação, disposição física, disciplina, organização e produtividade. Diversas participantes relataram queda abrupta de energia, lentificação cognitiva, dificuldade de concentração e maior esforço para executar tarefas simples. Entre as participantes com TDAH, destacou-se a intensificação dos sintomas durante períodos de baixa hormonal, incluindo aumento da desatenção, irritabilidade, procrastinação, hiperfoco disfuncional e flutuações rápidas nos níveis de energia. Essas oscilações comprometeram rotinas acadêmicas, profissionais e atividades domésticas. Margarida, participante com TDAH, compartilhou:

“Eu fico muito sensível, coisa que eu não sou, geralmente. Eu choro muito, quando tá próximo do meu ciclo, fico com mais fome...”

Eu tenho muita essa questão de autocontrole. Eu me sinto muito incomodada quando eu não consigo controlar as minhas emoções num contexto geral. Por isso, talvez, que a minha ansiedade e esses outros sentimentos me afetem tanto.

...Esses sentimentos que eu tenho durante o mês, que oscilam bastante... e é bem marcado... geralmente eu me sinto mais ansiosa.

...Absurdamente (menos motivação ou disposição). E eu tenho essa questão da procrastinação, né? Procrastino muito. E eu sinto que por causa do meu ciclo, às vezes eu sinto mais vontade de procrastinar, de fazer as coisas mais arrastadas. Isso me deixa muito estressada também, inclusive... porque eu sei que eu tô procrastinando de propósito. E aí, ao mesmo tempo que eu sei que eu tô, eu não faço nada pra mudar, não sei... ” (Margarida)

“Eu acredito que quando estou pra ficar menstruada, eu me sinto muito mais dispersa, assim. Mesmo tomando medicação e tudo mais, eu me sinto bem, assim, alheia, sabe? Quase apática no mundo...” (Margarida)

Mulheres com TDAH e TEA apresentaram maior instabilidade emocional, hiper-reatividade e dificuldade de regulação, relatando sensação de “picos” emocionais intensos. Tais alterações emergiram como fenômenos recorrentes e reconhecíveis, à exceção de algumas que inicialmente afirmaram não perceber mudanças mensais:

“Não consigo perceber. O que é mais louco, porque a minha menstruação, eu não sei quando ela vem... agora ela tá um pouco mais consistente, mas antes, tipo assim... depois que ela chega, eu olho e eu penso, nossa, aquela reação que eu tive, na hora, pra mim, tava normal. Mas talvez não tivesse acontecido se fosse logo antes de eu menstruar, entende? Então eu não percebo tanto quando o mês vai indo, porém eu percebo depois o que acontece.” (Melissa)

Elas relataram impactos consistentes do transtorno sobre suas rotinas, cognição, emoções e funcionamento global. Margarida relatou forte sofrimento associado ao TDAH, expressando frustração, autocrítica e sensação de incapacidade:

“Eu, particularmente, odeio o meu TDAH. Então, não sei se isso é relevante, mas... Todos os efeitos que o TDAH tem na minha vida, desde sempre. O fato de eu não conseguir me localizar muito bem no tempo. O fato de eu não conseguir entender os meus sentimentos de forma mais palpável... Talvez eu fique me comparando com pessoas que não têm.

Então, a minha consideração é que o TDAH afeta todas as áreas da minha vida. De forma que eu chego a ficar com ‘raiva’, com vontade de abrir minha cabeça, tirar o TDAH à força.

Cada pessoa é uma pessoa, mas às vezes eu sinto que o TDAH influencia muito na minha vida, de uma maneira que não deveria.” (Margarida)

A participante compreendeu, a partir da entrevista, que o TDAH influencia intensamente seu ciclo emocional e menstrual explicitando em seu relato uma interação significativa entre neurodivergência, emoções e ciclo hormonal, vivida com grande impacto subjetivo.

Entre as mulheres com TDAH, emergiram relatos de intensificação de sintomas durante a TPM e a menstruação, incluindo maior desatenção, desmotivação, procrastinação, sobrecarga cognitiva e piora do controle emocional. Algumas identificaram que sintomas intensos, que antes atribuíam a características da própria personalidade eram, na verdade, manifestações do transtorno; as

participantes narram que tal percepção ocorreu após receberem o diagnóstico formal e psicoterapia.

Outras relataram dificuldades persistentes em atividades que exigem foco sustentado, organização, execução sequencial de tarefas e gerenciamento de múltiplas demandas. Surgiram descrições de pensamentos simultâneos, sobrecarga mental, sensação de “mente embolada”, dificuldade em iniciar tarefas e tendência à procrastinação prolongada. Muitas relataram que somente conseguem realizar tarefas próximas ao prazo final, enquanto em outros momentos apresentam desempenho precoce e organizado, caracterizando oscilações mensais ou situacionais.

“Ser mulher já é difícil, né? E ainda mais ter o TDAH e ter muita ansiedade. Muita ansiedade, e o nível de ansiedade é de arrancar o cabelo. Eu também sou o tipo de pessoa que não consigo pegar muita coisa pra fazer ao mesmo tempo, por conta do TDAH... Enfim, pra mim não dá. Minha cabeça já fica embolada. Pra mim tem que ser tudo organizadinho. A mente embola. Tem que ser tudo organizado pra não ter aquele bolo lá na cabeça... e nos dias que eu não estou tão bem emocionalmente, isso ainda é pior... Meu Deus do céu.” (Alyssa)

A presença de ansiedade foi frequentemente mencionada como condicionante que se sobrepõe ao TDAH, aumentando impulsividade, queda de energia, insegurança e sintomas somáticos; além dos relatos de intervenções medicamentosas variadas, como psicoestimulantes, antidepressivos e ansiolíticos.

A hiperatividade-impulsividade, no geral, na vida adulta aparece por prejuízos relacionais que envolvem dificuldades no controle inibitório, como dificuldade em aguardar. Observa-se desregulação emocional, impulsividade afetiva e tendência a reagir de forma exagerada, com frustração e irritabilidade intensas. Mesmo sem um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico e profissional costuma ser prejudicado (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2023). Níveis reduzidos de estrogênio, especialmente na fase pós-ovulatória e no período perimenstrual, podem intensificar sintomas de hiperatividade-impulsividade e desatenção. (KOOIJ et al., 2025, p. 9).

Magalhães (2023) destaca que os hormônios sexuais têm a capacidade de regular os sistemas de sinalização sináptica que são considerados anômalos no tdah e influenciam os circuitos dopaminérgicos no cérebro, podendo gerar a redução dos receptores de dopamina, aumentando a sua liberação no córtex pré-frontal. “o estrogênio modula a dopamina, sua síntese, manutenção e a inibição de sua degradação”. Esse aumento favorece a sensação de bem-estar, bem como a regulação do foco e da motivação durante a fase folicular; e, quando os níveis de estrogênio diminuem ao longo do ciclo, a atividade dopaminérgica também se reduz, intensificando sintomas característicos do transtorno, sendo a impulsividade um possível marcador clínico de maior sensibilidade às variações hormonais. Estudos que examinam a interação entre estrogênio, progesterona e vias dopaminérgicas indicam que períodos de baixa concentração de estrogênio podem afetar a cognição, amplificar déficits de função executiva e influenciar a forma como o transtorno se manifesta ao longo da vida reprodutiva feminina. (KOOIJ et al., 2025, p. 4,8)

Ainda, De Jong et al. (2023), com resultados preliminares demonstram que a eficácia dos estimulantes (medicações) tende a diminuir na fase lútea, particularmente na semana pré-menstrual, quando muitas mulheres relatam piora acentuada dos sintomas de TDAH, irritabilidade, fadiga, humor deprimido e redução da responsividade ao medicamento, sugerindo que a queda estrogênica na fase

lútea compromete ainda mais a neurotransmissão dopaminérgica em mulheres com TDAH.

Tulipa, diagnosticada com TEA, descreveu sensibilidade sensorial acentuada, à barulhos, toque, textura de roupas e absorventes, e ressaltou que tais sensibilidades se intensificam no período menstrual, gerando irritabilidade, incômodo corporal, necessidade de movimentação constante e baixa autoestima. Também relatou piora de humor, sentimentos de comparação (se referindo a padrões de beleza corporal) e maior vulnerabilidade emocional durante a TPM.

“Já que eu tenho o TEA e junto com o período menstrual, isso fica muito grande... Ai, eu fico muito sensível... eu tenho muita cólica, fico andando pela casa toda pra ver se me distrai. Eu fico incomodada com roupa, eu tiro a roupa toda... É, porque quando o absorvente incomoda muito, aí eu fico meio... ou, aí eu troco de calcinha o tempo todo, isso aí é mais do TEA, de limpeza, não de calcinha, essas coisas.

No meu caso eu só uso o absorvente noturno, mas mesmo assim eu fico trocando e quando enche eu troco de calcinha... Fora isso, é mais alteração de humor ... eu fico com autoestima muito baixa... eu fico bem pra baixo quando estou menstruada ou quando estou perto pra menstruar. (Tulipa)

Conforme Skommer & Gunesh (2025, p. 1) elucidaram, “as experiências menstruais ocorrem no contexto de interações pessoa-ambiente”, realizando uma análise a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Portanto, pode-se considerar que indivíduos autistas são vulneráveis a experiências menstruais negativas, não só em razão de características biológicas, mas também devido a questões sensoriais, de ambientes sociais e de saúde não facilitadores. Durante esse período, dificuldades de regulação emocional e comportamental, sintomas de humor, problemas sensoriais, disfunção executiva, e até riscos de comportamentos autolesivos cíclicos, caracterizam uma amplificação dos sintomas autistas (Steward et al., 2018).

Especialmente em relação à hipersensibilidade sensorial, sabe-se que exacerbação das dores, como a cólica, pode propiciar a piora de prejuízos na funções executivas e em situações, paralisar o indivíduo: “consigo focar é na dor e na sensação de onde essa dor se localiza no meu corpo”, impossibilitando a concentração outros estímulos e tarefas. Além disso, enquanto algumas mulheres conseguem realizar o autocuidado de forma independente, outras necessitam de apoio em tarefas como posicionar absorventes ou realizar a limpeza adequada; e em alguns casos, a dificuldade de expressar a dor verbalmente pode levar à falha ou atraso na obtenção de apoio social. (Skommer; Gunesh, 2025; Steward et al., 2018; Obaydi & Puri, 2008)

A maioria das participantes com transtorno do neurodesenvolvimento destacaram que o ciclo menstrual parece atuar como um intensificador dos sintomas já existentes de TEA ou TDAH, afetando diretamente áreas como atenção, organização, motivação e estabilidade emocional. Algumas não haviam percebido conscientemente essa relação, expressando nunca terem parado para refletir/perceber tais questões. Esses achados sugerem que as oscilações hormonais atuam como moduladores dos sintomas neuropsicológicos, tornando manifestações já existentes mais intensas e difíceis de manejar.

No plano neurológico, o estrogênio atua como um modulador importante. É responsável pela diferenciação cerebral, estimula a neurogênese e atua na regulação do sistema endócrino por meio do hipotálamo e da hipófise. O hormônio exerce também uma função semelhante à dos neurotransmissores, influenciando a

liberação de serotonina, dopamina, noradrenalina, acetilcolina e endorfinas, substâncias fundamentais para o humor e a cognição. A queda do estrogênio, portanto, pode reduzir esses neurotransmissores, contribuindo para quadros de depressão, ansiedade e prejuízos no desempenho cognitivo (Rachid, 2023).

Os resultados da pesquisa demonstraram que as flutuações hormonais atuam de maneira integrada às demandas diárias (como trabalho, estudo e responsabilidades familiares) resultando em picos de irritabilidade, cansaço e queda de rendimento (Cambiaghi Et Al., 2006; Berenstein, 2013). Ao mesmo tempo, as participantes desenvolveram estratégias próprias de autorregulação, de acordo com sua individualidade e realidade. Aquelas que descreveram vivenciar atravessamentos mais intensos em sua rotina relacionados à influência das variações hormonais, compartilharam a relevância da psicoterapia, descrevendo ter sido após o início do processo psicoterápico que passaram a administrar melhor as oscilações e picos emocionais, visto que passaram a reconhecê-los.

Por fim, ressalta-se o relato de Violeta, participante diagnosticada com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). Apesar do objetivo do estudo não estar centrado nos transtornos relacionados ao sistema reprodutivo feminino, considerou-se relevante expor a experiência de Violeta ao fim desse artigo, para fins comparativos (aquilo que pode ser considerado normal, e aquilo que é patológico) e de contribuição à percepção e saúde de outras mulheres que terão acesso a esse estudo. Violeta relatou:

“E isso me acompanhou durante 10 anos de forma massiva, tipo assim, massacrante, e eu não fazia ideia que era exatamente a TDPM. Eu achava que era um problema em mim, nas minhas emoções. Pensava, ‘eu que sou doida’, ‘eu que sou descontrolada’... Então, a minha vida foi influenciada negativamente... por essa TPM que eu não sabia diagnosticar o porquê que era tão errado em mim. Até que uma profissional conseguiu entender que eu tinha uma TDPM.” (Violeta)

A entrevistada compartilhou que os episódios de TDPM geravam intensa desregulação emocional, marcada por isolamento social, cancelamento de compromissos, retraimento, baixa motivação, ausência de disposição, queda de disciplina e sintomas depressivos. A participante relatou desejo constante de “se esconder do mundo” e permanecer isolada até que o período pré-menstrual terminasse, em suas palavras:

“Eu queria literalmente entrar no meu quarto e me esconder lá dentro, até passar... E aí quando, chegava o dia da menstruação, eu passava 4 dias parecendo que eu ia dominar o mundo, de felicidade, de contentamento, de satisfação, motivação, disposição... Só que eram 4 dias assim e 26 dias na batalha.” (Violeta)

Além disso, compartilhou que todos os seus relacionamentos, a forma que se enxergava e lidava consigo, foram drasticamente afetados. O diagnóstico de TDPM foi realizado somente anos depois, trazendo alívio e redefinição das causas do sofrimento emocional e sentindo melhora significativa no humor e no bem-estar, após o início do tratamento. Ainda assim, mesmo após a melhora, Violeta relata resquícios dos anos sendo atravessada pela TDPM:

“Todas essas áreas foram (relacionamentos, autopercepção, motivação, disciplina) completamente afetadas. E principalmente porque o sentimento que mais me tomava era de querer me esconder do mundo. Então, eu

queria desmarcar todos os compromissos, eu queria cancelar tudo, eu não queria sair de casa.

Ainda enxergo alguns resquícios de tudo isso, porque hoje é como se fossem... Eu não sei dizer se são gatilhos ou se é um hábito, porque foram muitos anos recorrendo a esse hábito. Esse hábito de, 'vou me esconder, vou ficar no meu cantinho, preciso do meu casulo'. Então, vez ou outra, sobre as atividades, as responsabilidades, eu vejo uma tendência do meu corpo a querer buscar esse local." (Violeta)

2.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou verificar de forma qualitativa e exploratória interferências hormonais, invisíveis e pouco faladas, sobre a profundidade e integralidade do ser mulher ao ir até elas, atestando levantamentos teóricos a partir de sua própria perspectiva.

As contribuições finais das participantes revelaram três dimensões centrais: a percepção de como as oscilações hormonais influenciam características individuais, o impacto do autoconhecimento sobre o ciclo menstrual e as emoções, e a importância de serem ouvidas e acolhidas.

As participantes relataram que o processo de verbalizar suas vivências proporcionou sensação de alívio, validação e reconhecimento. Para Flora, ser ouvida reduziu a sobrecarga emocional e permitiu reorganizar sentimentos associados ao ciclo menstrual. Para algumas, esse acolhimento foi descrito como experiência terapêutica, capaz de reduzir estresse e promover clareza de suas emoções.

Outra temática levantada durante a realização da pesquisa foi o monitoramento do ciclo menstrual, através de aplicativos. Essa estratégia foi considerada como facilitadora para compreender oscilações de humor e identificar necessidades emocionais específicas, uma vez que é possível a identificação da fase atual do ciclo.

Algumas mulheres destacaram que participar da pesquisa proporcionou sensação de tranquilidade, acolhimento e identificação, reforçando a importância de compreender como essas "transições", as mudanças hormonais, afetam emoções, rotina e relações, expressando "nunca terem pensado de forma tão organizada sobre essas coisas". Ainda, foi reforçada a percepção de que muitas mulheres desconhecem que seus sofrimentos emocionais podem ter influência hormonal e não representam "falhas pessoais", destacando que compreender esse processo é fundamental para reconstruir a autoestima e ressignificar percepções negativas sobre si.

Constatou-se, também, a importância da psicoterapia no processo de autopercepção e compreensão das emoções e seus desdobramentos. O uso de medicamentos (psicoestimulantes, antidepressivos e ansiolíticos) foi descrito como positivo por algumas e ineficaz ou difícil de adaptar por outras. O processo de autoconhecimento, compreender o que pertence ao transtorno, ao ciclo hormonal ou ao contexto emocional, emergiu como elemento central na experiência das entrevistadas.

As contribuições finais revelam que a pesquisa desempenhou papel significativo no processo de autorreflexão, validação emocional e reorganização subjetiva das entrevistadas. Ao mesmo tempo, os relatos demonstram como autoconhecimento, acolhimento e educação hormonal são ferramentas essenciais para que mulheres compreendam suas emoções, diminuam a autocrítica e desenvolvam estratégias mais saudáveis de regulação emocional.

2.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BERENSTEIN, Eliezer. *A inteligência hormonal da mulher*. 2ª edição. São Paulo: Editora Organon, 2013.

BÜRGER, Isabel; ERLANDSSON, Kerstin; BORNESKOG, Catrin. *Perceived associations between the menstrual cycle and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A qualitative interview study exploring lived experiences*. Sexual & Reproductive HealthCare, v. 40, jun. 2024. DOI: 10.1016/j.srhc.2024.100975.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. *Bem-Estar da Mulher – Guia da Saúde Feminina para Todas as Idades*. 1. ed. São Paulo: Editora LaVidapress, 2006.

ENG, A. G. et al. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Menstrual Cycle: Theory and Evidence*. Hormones and Behavior, 2023, v. 158, article 105466. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2023.105466. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10872410/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

DE JONG, M.; WYNCHANK, D. S. M. R.; VAN ANDEL, E.; BEEKMAN, A. T. F.; KOOIJ, J. J. S. *Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage*. Frontiers in Psychiatry, v. 14, 2023. Artigo 1306194. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1306194.

KOOIJ, J. J. S. et al. *Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease*. Frontiers in Global Women's Health, v. 6, p. 1613628, 2025. DOI: 10.3389/fgwh.2025.1613628.

MAGALHÃES, Caroline. *O TDAH e os ciclos hormonais femininos*. Sentir Mulher, 22 set. 2023. Disponível em: <https://sentirmulher.com.br/o-tdah-e-os-ciclos-hormonais-femininos/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

MCLAUGHLIN, Jessica E. *Endocrinologia reprodutiva feminina*. In: MSD Manual – edição para profissionais. Ginecologia e obstetrícia. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA, 2025. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/endocrinologia-reprodutiva-feminina/endocrinologia-reprodutiva-feminina>.

MOLINA, Patricia E. *Fisiologia endócrina*. 4. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. Tradução de *Endocrine Physiology* (McGraw-Hill Education).

OBAYDI, H.; PURI, B. K. *Prevalence of premenstrual syndrome in autism: a prospective observer-rated study*. Journal of International Medical Research, v. 36, n. 2, p. 268–272, abr. 2008. DOI: 10.1177/147323000803600208.

RACHID, Italo. *Hormônios e desempenho cognitivo*. Disponível em: <https://dritalarachid.com.br/hormonios-e-desempenho-cognitivo/#main>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ROBERTS, B. et al. *Reproductive steroids and ADHD symptoms across the menstrual cycle in adult women with ADHD*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5803442/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

STEWART, Robyn et al. "Life is much more difficult to manage during periods: autistic experiences of menstruation". Journal of Autism and Developmental Disorders, v. 48, n. 12, p. 4287–4292, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3664-0>. Acesso em: 31 ago. 2025.

ZOLIN, Beatriz. *Como os hormônios influenciam a saúde mental da mulher?* Portal Drauzio Varella, 14 abr. 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher/como-os-hormonios-influenciam-a-saude-mental-da-mulher/amp/>. Acesso em: 31 mai. 2025

CAPÍTULO 3. REFERÊNCIAS E ANEXOS

3. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5-TR*. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ATTWOOD, Tony; GARNETT, Michelle. *Hormonal changes and autistic girls & women*. Attwood & Garnett Events, 21 fev. 2024. Disponível em: <https://www.attwoodandgarnettevents.com/blogs/news/hormonal-changes-and-autistic-girls-women>. Acesso em: 31 ago. 2025.

BERENSTEIN, Eliezer. *A inteligência hormonal da mulher*. 2. ed. São Paulo: Editora Organon, 2013.

BERENSTEIN, E. *Tensão pré-menstrual*. In: TEDESCO, Júlio A.; CURY, Alexandre Faisal (org.). *Ginecologia Psicossomática*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 107-115.

BOWDEN, Samantha L. J.; MILLER, Paul K. *Menstruation among autistic adults: an occupational perspective*. British Journal of Occupational Therapy, v. 88, n. 10, p. 626–634, 2025. DOI: 10.1177/03080226251341730. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/03080226251341730>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BÜRGER, Isabel; ERLANDSSON, Kerstin; BORNESKOG, Catrin. *Perceived associations between the menstrual cycle and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A qualitative interview study exploring lived experiences*. Sexual & Reproductive HealthCare, v. 40, jun. 2024. DOI: 10.1016/j.srhc.2024.100975.

CAMBIAGHI, Arnaldo Schizzi. *Bem-Estar da Mulher – Guia da Saúde Feminina para Todas as Idades*. 1. ed. São Paulo: Editora LaVidapress, 2006.

CERQUEIRA, Jessyka Karoline Marques et al. *Alterações hormonais e doenças mentais*. In: *SAÚDE MENTAL: Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna*. Edição XV. Editora Pasteur, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.59290/978-65-6029-075-4.15>. Acesso em: 31 mai. 2025.

CHIATTONE, Maura. *TDH e hormônios femininos: uma conexão que você precisa entender*. Espaço Terapêutico Maura Chiattonne, s.d. Disponível em: <https://maurachiattone.com.br/tdah-e-hormonios-femininos-uma-conexao-que-voce-precisa-entender/?amp=>. Acesso em: 31 ago. 2025.

DE JONG, M.; WYNCHANK, D. S. M. R.; VAN ANDEL, E.; BEEKMAN, A. T. F.; KOOIJ, J. J. S. *Female-specific pharmacotherapy in ADHD: premenstrual adjustment of psychostimulant dosage*. Frontiers in Psychiatry, v. 14, 2023. Artigo 1306194. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1306194.

ENG, A. G. et al. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Menstrual Cycle: Theory and Evidence*. Hormones and Behavior, 2023, v. 158, article 105466. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2023.105466. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10872410/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

GASSER, Benedikt Andreas; KURZ, Johann; DICK, Bernhard; MOHAUPT, Markus Georg. *Are steroid hormones dysregulated in autistic girls?* Diseases, v. 8, n. 1, art. 6, 14 mar. 2020. DOI: 10.3390/diseases8010006. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2079-9721/8/1/6>. Acesso em: 15 nov. 2025.

GROENMAN, A. P.; TORENVLIET, C.; RADHOE, T. A.; AGELINK VAN RENTERGEM, J. A.; GEURTS, H. M. *Menstruation and menopause in autistic adults: Periods of importance?* Autism, v. 26, n. 6, p. 1563–1572, 2022. DOI: 10.1177/13623613211059721. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13623613211059721>. Acesso em: 4 set. 2025.

HALL, John E.; HALL, Michael E. *Guyton & Hall: tratado de fisiologia médica*. 14. ed. Rio de Janeiro: GEN – Grupo Editorial Nacional, 2021. Publicado sob o selo Editora Guanabara Koogan Ltda. Revisão científica: Carlos Alberto Mourão Júnior. Tradução: Adriana Paulino do Nascimento et al.

HAMILTON, Amy; MARSHAL, Michael P.; MURRAY, Pamela J. *Autism Spectrum Disorders and Menstruation*. Journal of Adolescent Health, v. 49, n. 4, p. 443–445, 2011. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.01.015. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(11\)00043-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(11)00043-7/fulltext). Acesso em: 31 ago. 2025.

HUNT, L. P. et al. *Prevalence of premenstrual syndrome in autism: a systematic, prospective observer-rated study*. Autism, v. 12, n. 3, p. 285–292, 2008. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/147323000803600208>. Acesso em: 31 ago. 2025.

INSTITUTO INCLUSÃO BRASIL. *Menstruação em adolescentes e mulheres adultas no transtorno do espectro autista*. Instituto Inclusão Brasil, 13 out. 2024. Disponível em: <https://institutoinclusaobrasil.com.br/menstruacao-em-adolescentes-e-mulheres-adultas-no-transtorno-do-espectro-autista/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

KOOIJ, J. J. S. et al. *Research advances and future directions in female ADHD: the lifelong interplay of hormonal fluctuations with mood, cognition, and disease*. Frontiers in Global Women's Health, v. 6, p. 1613628, 2025. DOI: 10.3389/fgwh.2025.1613628.

LIMA, Rafaela. *Ciclo menstrual – Biologia – Ensino Médio* [vídeo]. Canal Futura, 1 mar. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xQzKSo-as1U>. Acesso em: 31 mai. 2025.

LUM, M.; GARNETT, M.; O'CONNOR, E. *Health communication: A pilot study comparing perceptions of women with and without high functioning autism spectrum disorder*. Research in Autism Spectrum Disorders, v. 8, n. 12, p. 1173–1183, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175094671400227X?via%3Dihub>. Acesso em: 31 ago. 2025.

MAIA, Yuri. *TDAH em mulheres adultas: sintomas, irritabilidade e impacto hormonal*. TDAH Descomplicado, 12 mar. 2023. Disponível em:

<https://tdahdescomplicado.com/tdah-em-mulheres-adultas-sintomas-irritabilidade-e-impacto-hormonal/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

MAGALHÃES, Caroline. *O TDAH e os ciclos hormonais femininos*. Sentir Mulher, 22 set. 2023. Disponível em: <https://sentirmulher.com.br/o-tdah-e-os-ciclos-hormonais-femininos/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

MARJAN FARMA. *Estrogênio e progesterona: entenda a importância desses hormônios para a saúde da mulher*. Disponível em: <https://marjan.com.br/blog/estrogenio-e-progesterona/?amp=1>. Acesso em: 31 mai. 2025.

MCLAUGHLIN, Jessica E. *Endocrinologia reprodutiva feminina*. In: *MSD Manual – edição para profissionais: Ginecologia e obstetrícia*. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA, 2025. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/endocrinologia-reprodutiva-feminina/endocrinologia-reprodutiva-feminina>. Acesso em: 2 nov. 2025.

MOLINA, Patricia E. *Fisiologia endócrina*. 4. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. Tradução de *Endocrine Physiology* (McGraw-Hill Education).

ROSA, Thaniery Xavier; CATELAN-MAINARDES, Sandra Cristina. *Alterações comportamentais durante o ciclo menstrual da mulher*. Anais eletrônicos... Maringá: UNICESUMAR, 2016. ISBN 978-85-459-0309-3. Disponível em: https://www.unicesumar.edu.br/mostra-2016/wp-content/uploads/sites/154/2017/07/thaniery_xavier-rosa.pdf. Acesso em: 31 mai. 2025.

OBAYDI, H.; PURI, B. K. *Prevalence of premenstrual syndrome in autism: a prospective observer-rated study*. Journal of International Medical Research, v. 36, n. 2, p. 268–272, abr. 2008. DOI: 10.1177/147323000803600208.

PANAWALA, Lakna. *Difference between hormones and neurotransmitters*. 2 jun. 2017. Disponível em: <https://www.differencebetween.com/difference-between-hormones-and-vs-neurotransmitters/>. Acesso em: 9 jun. 2025.

PAUL, Llewellyn V. et al. *Are steroid hormones dysregulated in autistic girls?* Diseases, v. 8, n. 1, p. 6, 14 mar. 2020. DOI: 10.3390/diseases8010006. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2079-9721/8/1/6>. Acesso em: 31 ago. 2025.

PAZ, Alessandra; BRANDÃO, Máira. *Como os hormônios agem na nossa saúde mental*. Instituto Ame Sua Mente, 2023. Disponível em: <https://www.amesuamente.org.br/blog/como-os-hormonios-agem-na-nossa-saude-mental/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

PINKERTON, JoAnn V. *Considerações gerais sobre problemas do ciclo menstrual*. In: *Problemas de saúde feminina – Distúrbios menstruais e sangramento vaginal anômalo*. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA, 2025. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/dist%C3%BArbios-menstruais-e-sangramento-vaginal->

[an%C3%B4malo/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-problemas-do-ciclo-menstrual](#). Acesso em: 2 nov. 2025.

PSICÓLOGAS VILA OLÍMPIA. *Emocional da mulher e TPM*. Disponível em: <https://www.psicologasvilaolimpia.com.br/blog/emocional-da-mulher-e-tpm/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

RACHID, Italo. *Hormônios e desempenho cognitivo*. Disponível em: <https://dritalorachid.com.br/hormonios-e-desempenho-cognitivo/#main>. Acesso em: 2 jun. 2025.

REZENDE DO CARMO, Willian. *Efeitos neurológicos do estrogênio: TPM e menopausa*. 25 fev. 2019. Disponível em: <https://www.willianrezende.com.br/efeitos-neurolgicos-do-estrogenio/>. Acesso em: 31 mai. 2025.

ROBERTS, B. et al. *Reproductive steroids and ADHD symptoms across the menstrual cycle in adult women with ADHD*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5803442/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

ROSEN, Peg. *A guide to hormones and ADHD*. Understood, 10 set. 2024. Disponível em: <https://www.understood.org/en/articles/adhd-hormones-women>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SANTOS, Daniel. *O conceito de mulher e a sua aplicação na Lei nº 13.104/15*. JusBrasil, 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-conceito-de-mulher-e-a-sua-aplicacao-na-lei-n-13104-15/695225893>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SANTOS, Lousane Leonora Alves et al. *Influência das fases do ciclo menstrual sobre o processamento e a memória*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 24, n. 4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e16043.2024>. Acesso em: 31 mai. 2025.

SCHLAIER, Jan (EdD c); BERKO, Jacqueline (RN BSN) – *Bergen's Promise. Hormonal fluctuations and women with autism: a call for increased awareness and assessment*. Autism Spectrum News, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://autismspectrumnews.org/hormonal-fluctuations-and-women-with-autism-a-call-for-increased-awareness-and-assessment/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SIMANTOV, Tslil et al. *Medical symptoms and conditions in autistic women*. Autism, v. 26, n. 2, p. 373–388, fev. 2022. DOI: 10.1177/13623613211022091. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34184558/>. Acesso em: 4 set. 2025.

SKOMMER, Joanna; GUNESH, Krish. *Autism, menstruation and mental health – a scoping review and a call to action*. Frontiers in Global Women's Health, v. 6, p. 1–14, 25 jun. 2025. DOI: 10.3389/fgwh.2025.1531934. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health/articles/10.3389/fgwh.2025.1531934/full>.

STEWART, Robyn et al. “*Life is much more difficult to manage during periods: autistic experiences of menstruation*”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 48, n. 12, p. 4287–4292, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3664-0>. Acesso em: 31 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). *Meninas, mulheres e TDAH: por que o transtorno é tão diferente nas garotas?* Blog TDAH, 1 jun. 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/blogtdah/2019/06/01/meninas-mulheres-e-tdah-por-que-o-transtorno-e-tao-diferente-nas-garotas-2/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

WEBMD. *Is There a Link Between Hormones and ADHD?* WebMD, out. 2024. Disponível em: <https://www.webmd.com/add-adhd/hormones-adhd-connection#1>. Acesso em: 31 ago. 2025.

WE'E'ENA TIKUNA. *Índigena quando menstrua não pode fazer nada*. Amazônia, 26 mar. 2024. Instagram: @weena_tikuna. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/C4_cKafu2T1/?igsh=a2x1dGcwZHUxNTMx. Acesso em: 2 nov. 2025.

ZOLIN, Beatriz. *Como os hormônios influenciam a saúde mental da mulher?* Portal Drauzio Varella, 14 abr. 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher/como-os-hormonios-influenciam-a-saude-mental-da-mulher/amp/>. Acesso em: 31 mai. 2025