



# SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

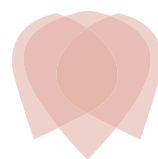
Dayana Maia Saboia (COREN 311775)  
Juliana Pita (CRP 11/06170)  
Nara De Andrade Parente (CRN 11274)  
Pâmela Mendes Arruda (RQE: 9962 | CRM: 13.759)

---

Maio 2020  
Edição: Being Marketing  
Produção Editorial: Bruno Souza Jucá  
Design: Matheus Maia  
Fotos: Shutterstock



Instituto Salvata  
de Educação



Salvata

# SOBRE AS AUTORAS



## DAYANA MAIA SABOIA

Doutoranda de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Enfermagem pela UFC. Especialista em Saúde da Mulher e da Criança pela UFC. Especialista em Gestão de Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Especialista em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE)



## JULIANA PITA

Psicóloga clínica. Doutora em Psicologia (Universidade de Fortaleza - UNIFOR) com cotutela pela Université Paris Diderot (Paris VII). Professora efetiva (Auxiliar 6) do curso de graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com formação em Psicoterapia Humanista Fenomenológica.



## NARA DE ANDRADE PARENTE

Nutricionista, Mestre e Doutora pela Universidade Estadual do Ceará. Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional e em Fitoterapia Funcional. Docente da Universidade de Fortaleza.



## PÂMELA MENDES ARRUDA

Ginecologista e Obstetra com residência médica na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC. Especialista em Ginecologia Endócrina e Climatério pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Qualificação em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia pela Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia - ABPTGIC. Mestranda em Saúde da Mulher e da Criança na Universidade Federal do Ceará (UFC).

# VOCÊ SABE O QUE É ANOVULAÇÃO?

O ciclo menstrual ovulatório normal é regulado por uma complexa interação de mecanismos neuroendócrinos, intraovarianos e endometriais. Qualquer falha em algum nível dessa coordenação pode resultar em anovulação (ausência da ovulação).

A anovulação é uma condição comum e possui inúmeras manifestações clínicas, destacando-se o sangramento uterino anormal, que inclui um espectro de anormalidades menstruais que pode variar de amenorreia a episódios de imprevisibilidade e extremos de sangramento menstrual excessivo.

Sangramento uterino anormal é o termo geral usado para descrever qualquer variação sintomática da menstruação normal, em termos de frequência, regularidade, duração ou volume. O Comitê de Distúrbios Menstruais da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia usou uma abordagem baseada em evidências para desenvolver parâmetros de sangramento menstrual normal com base em dados populacionais. De acordo com esses dados, padronizou-se como menstruação normal a que apresenta as seguintes características:

- **Frequência:  $\geq 24$  a  $\leq 38$  dias (a mulher apresenta um episódio de sangramento menstrual a cada 24 a 38 dias).**
- **Duração do sangramento:  $\leq 8$  dias.**
- **Regularidade: variação de 7 a 9 dias (não mais que sete a nove dias de diferença entre os ciclos mais curtos e mais longos).**
- **Volume: a definição de volume é subjetiva. Considera-se normal um volume que não interfere na qualidade de vida física, social, emocional e / ou material da mulher.**

O termo amenorréia significa ausência de menstruação. A amenorreia é classicamente dividida em primária e secundária. A amenorreia primária descreve pacientes que nunca menstraram e a secundária descreve aquelas que menstraram anteriormente, mas pararam de menstruar. Mulheres que apresentam os seguintes critérios devem ser avaliadas para amenorreia:

## Você sabe o que é amenorreia?

- **Ausência de menstruação aos 14 anos, na ausência de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (mamas e pelos).**
- **Ausência de menstruação aos 16 anos, independente da presença de crescimento normal dos caracteres sexuais secundários.**
- **Mulheres que menstruavam anteriormente, sem menstruação por um intervalo de tempo de pelo menos 3 ciclos anteriores ou 6 meses.**

As causas de anovulação são muitas e variadas. Doenças da tireóide, hiperprolactinemia, doença suprarrenal, tumores hipofisários ou ovarianos, transtornos alimentares, extremos de perda de peso ou exercício, envelhecimento ovariano, síndrome dos ovários policísticos e obesidade são comumente associados à disfunção ovulatória. O tratamento da anovulação deve ser dirigido para a causa subjacente, quando ela pode ser determinada.

A anovulação também está associada a infertilidade, risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes, doenças cardiovasculares, hiperplasia e câncer de endométrio. Por isso, é de fundamental importância que profissionais de saúde que atendem mulheres estejam familiarizados com essa condição clínica.



# SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum que afeta mulheres em idade reprodutiva, com prevalência entre 8% e 13%, dependendo da população estudada e das definições utilizadas. É uma doença multifatorial, com susceptibilidade individual provavelmente determinada por múltiplos fatores de risco genéticos e ambientais. A obesidade, por exemplo, é um fator ambiental que parece exacerbar a predisposição genética subjacente.

A SOP é uma das causas mais comuns de anovulação e vários são os mecanismos envolvidos na sua fisiopatologia. De uma forma simplificada, podemos descrever que na SOP existe um meio endócrino desordenado que contribui para um distúrbio funcional do desenvolvimento folicular, resultando na anovulação.

As principais manifestações clínicas da SOP incluem as alterações do ciclo menstrual e o hiperandrogenismo. Entretanto, existe uma heterogeneidade significativa de apresentação, de modo que os sinais e sintomas se manifestam através de um espectro clínico variável.



## Diagnóstico

Em 2003, o Consenso de Rotterdam definiu os critérios diagnósticos da SOP, os quais continuam sendo os mais utilizados em todo o mundo. De acordo com esse consenso, a SOP é diagnosticada a partir da presença de duas das três características a seguir, após a exclusão de outras condições clínicas:

- Disfunção ovulatória (geralmente manifestada por irregularidades menstruais)
- Hiperandrogenismo (clínico ou bioquímico)
- Morfologia do ovário policístico por ultrassom.

Os ciclos menstruais são considerados irregulares, devendo ser avaliado o diagnóstico de SOP, quando apresentam as seguintes características, considerando a fase da vida da mulher.

- 1 a < 3 anos após a menarca (primeira menstruação): < 21 ou > 45 dias
- 3 anos após a menarca até a perimenopausa: < 21 ou > 35 dias ou < 8 ciclos por ano
- 1 ano após a menarca: > 90 dias para qualquer ciclo
- Amenorreia primária aos 15 anos ou > 3 anos após a telarca (desenvolvimento da mama).

O hiperandrogenismo corresponde ao aumento da produção de androgênios (hormônios masculinos) e, na SOP, esse excesso de produção ocorre primariamente nos ovários. O hiperandrogenismo está presente em cerca de 60 a 80% das pacientes com SOP e pode ser determinado a partir de manifestações clínicas apresentadas pelas pacientes ou por exames laboratoriais.

As principais manifestações clínicas do hiperandrogenismo são o hirsutismo, a acne e a alopecia. O hirsutismo é o crescimento excessivo, na face e no corpo, de pelos terminais em padrão masculino. O escore modificado de Ferriman-Gallwey é o método mais comum para classificar a extensão do hirsutismo nas investigações clínicas. (Figura 1)

Esse método consiste em um sistema de pontuação que envolve a classificação visual do crescimento do pelo em nove áreas sensíveis ao androgênio, cada área classificada em uma escala de 0 a 4, com 0 indicando nenhum crescimento do pelo e 4 indicando crescimento marcado do pelo terminal. Todas as pontuações individuais são somadas e uma pontuação final  $\geq 4-6$  indica hirsutismo, dependendo da etnia e reconhecendo que o autotratamento é comum e pode limitar a avaliação clínica.

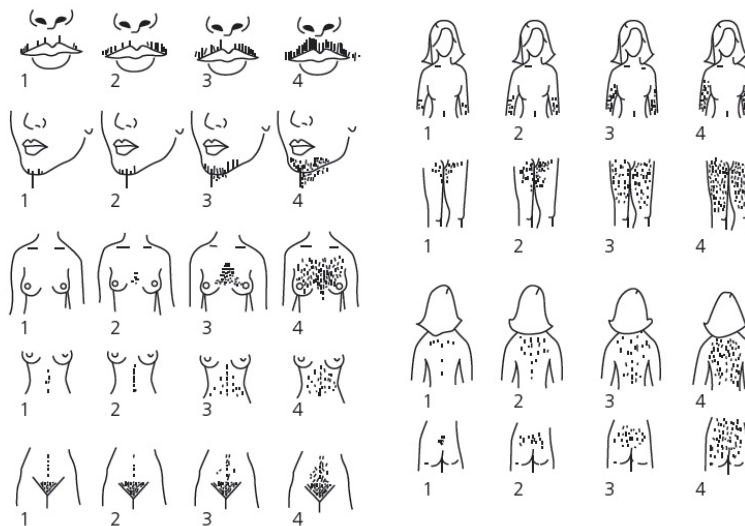


Figura 1: Escore modificado de Ferriman-Gallwey

A acne pode ser uma manifestação de hiperandrogenismo e sua prevalência entre as mulheres com SOP varia com a etnia. A alopecia androgênica, que descreve a perda de cabelo nas mulheres, também pode resultar de hiperandrogenismo e é uma característica reconhecida, porém incomum da SOP.

A morfologia do ovário policístico ao ultrassom também é uma característica utilizada para o diagnóstico de SOP. É importante destacar que esse critério deve ser continuamente revisado de acordo com o avanço da tecnologia do ultrassom e valores de corte específicos para a idade devem ser definidos.

A abordagem por ultrassonografia transvaginal é preferida, se a paciente já tiver iniciado vida sexual. Usando transdutores de ultrassom endovaginal com uma largura de banda de frequência que inclui 8 MHz, o limite para SOP é definido como:

- Número folicular por ovário igual ou superior a 20 e/ou volume ovariano  $\geq 10$  ml em qualquer ovário, garantindo que não existam corpos lúteos, cistos ou folículos dominantes.
- Se estiver usando tecnologia mais antiga, o limite pode ser um volume ovariano  $\geq 10$  ml em qualquer ovário.
- Na ultrassonografia pélvica, a avaliação é mais focada no volume ovariano com um limiar de  $\geq 10$  ml, devido à dificuldade de avaliar de forma confiável o número de folículos com essa abordagem.

O ultrassom não deve ser usado para o diagnóstico de SOP em mulheres com menos de 8 anos após a menarca, devido à alta incidência de ovários multifolículos nesta fase da vida.

Os níveis séricos de hormônio anti-Mülleriano (AMH) se correlacionam com o número de folículos em mulheres com SOP. Alguns estudos encontraram uma boa concordância entre os níveis séricos de AMH e os resultados do ultrassom para o diagnóstico de SOP. Esses estudos sugerem que o AMH sérico pode ser uma forma de avaliação da contagem folicular ovariana e um marcador alternativo do SOP a ser utilizado de forma intercambiável com o ultrassom. No entanto, os níveis séricos de AMH ainda não devem ser utilizados como marcador ou como teste único para o diagnóstico e detecção de SOP.

O diagnóstico de SOP é de exclusão, devendo ser considerado após a avaliação e eliminação de outras causas de anovulação crônica e hiperandrogenismo.

**Doenças da tireóide**

**Hiperprolactinemia**

**Hiperplasia Adrenal Congênita Não Clássica**

**Síndrome de Cushing**

**Excesso de androgênio induzido por drogas**

**Tumores secretores de androgênio do ovário ou da glândula adrenal**





## SÍNDROME DO OVÁRIOS POLICÍSTICOS NA ADOLESCÊNCIA

Delimitar critérios diagnósticos apropriados para SOP em adolescentes tem sido problemático porque menstruações irregulares, acne, hiperandrogenismo leve e morfologia ovariana multifolicular ocorrem durante a maturação puberal normal. Essas semelhanças entre o desenvolvimento puberal normal e os aspectos clínicos associados à SOP confundem o diagnóstico nesse grupo de pacientes.

A compreensão atual é que são necessários de 3 a 4 anos após a menarca para que a ciclicidade menstrual do adulto amadureça. Outro fator a considerar, é que a avaliação da morfologia ovariana é difícil na adolescente porque o aumento da estimulação com gonadotrofina leva ao aumento do volume ovariano e do crescimento folicular, dando origem ao aparecimento de ovários multifoliculares. Portanto, esse é um achado inconsistente em adolescentes e não está associado a anovulação ou anormalidades metabólicas.

Devido a esses fatores, é sugerido que seja mantido um acompanhamento de adolescentes com ciclos menstruais irregulares, e que o momento ideal de avaliação e diagnóstico de SOP deve ser discutido com a paciente, levando em consideração os desafios diagnósticos nesta fase da vida e os fatores psicossociais e culturais envolvidos.

O objetivo é evitar o diagnóstico em excesso, com potencial rotulagem prematura da doença, ansiedade e intervenções desnecessárias. No entanto, sempre deve-se equilibrar com o desejo da paciente por um diagnóstico e intervenções terapêuticas específicas.

# SÍNDROME DO OVÁRIOS POLICÍSTICOS E ANORMALIDADES METABÓLICAS

A síndrome dos ovários policísticos está associada a anormalidades metabólicas e a um agrupamento de fatores de risco cardiovascular. A obesidade é uma característica predominante, estando presente em 50 a 80% das mulheres com SOP.

A presença de obesidade pode exacerbar os distúrbios metabólicos associados à síndrome, incluindo resistência à insulina, dislipidemia (alterações nos níveis de colesterol) e síndrome metabólica. Mulheres com SOP apresentam níveis mais altos de triglicerídeos, colesterol LDL e colesterol total e níveis mais baixos de colesterol HDL. Além disso, apresentam maior risco para diabetes tipo 2 e diabetes gestacional.

A percepção dessas anormalidades alerta para a necessidade da triagem e do acompanhamento desses fatores nesse grupo de pacientes. A seguir, alguns pontos importantes para esse segmento:

- **Monitoramento regular do peso:**

Peso, altura e circunferência abdominal devem ser medidos e o IMC calculado.

Esse monitoramento pode ser realizado a cada visita ou no mínimo a cada 6 a 12 meses.

- **Perfil lipídico** (colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos) deve ser solicitado em mulheres com sobrepeso e obesidade, independentemente da idade. A frequência dessa avaliação deve ser baseada na presença de hiperlipidemia e no risco global de DCV.

- **Pressão arterial** deve ser medida anualmente ou mais frequentemente com base no risco global de DCV.

- **Avaliação do status glicêmico:**

Glicemia de jejum ou hemoglobina glicosilada ou teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

A avaliação deve ser de um a três anos, influenciada pela presença de outros fatores de risco para diabetes.

- **Em mulheres de alto risco com SOP** (incluindo  $IMC > 25 \text{ kg} / \text{m}^2$ , histórico de glicemia em jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou diabetes gestacional, história familiar de diabetes tipo 2, hipertensão ou etnia de alto risco), recomenda-se TOTG.

- **Avaliação de outros fatores de risco cardiovascular:**

tabagismo, hipertensão e sedentarismo

Mulheres com SOP também apresentam risco aumentado de apneia obstrutiva do sono. A triagem deve ser considerada apenas para identificar e aliviar os sintomas relacionados, como roncos, despertar não renovado do sono e sonolência diurna. O rastreamento não deve ser considerado com a intenção de melhorar o risco cardiometabólico, com evidências inadequadas dos benefícios metabólicos no tratamento da apneia obstrutiva do sono na SOP e nas populações em geral.

## SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Estima-se que o risco de câncer de endométrio seja 2,7 vezes maior entre as mulheres com síndrome dos ovários policísticos, contudo, o risco absoluto permanece relativamente baixo. Os fatores de risco para câncer endometrial nessas mulheres incluem anovulação, obesidade e resistência à insulina. O risco relacionado à anovulação crônica reflete estimulação mitogênica prolongada mediada por estrogênio no endométrio com exposição inadequada à progesterona.

As diretrizes não recomendam triagem de rotina para hiperplasia endometrial por meio de ultrassonografia ou biópsia, mas fornecem suporte para o encaminhamento a um ginecologista em pacientes com amenorreia prolongada ou sangramento vaginal persistentemente anormal.

A prevenção ideal para hiperplasia endometrial e câncer endometrial não é conhecida. Uma abordagem pragmática pode incluir terapia com anticoncepcional oral combinado (ACO) ou progestágenos naquelas pacientes com ciclos superiores a 90 dias.

# TRATAMENTO DA SOP

O tratamento da SOP deve ser proposto não apenas para aliviar os sintomas, mas também para evitar a ocorrência de complicações a longo prazo. O plano terapêutico deve ser adaptado, dependendo do desejo (ou não) da paciente de engravidar, da necessidade de abordagem estética e da presença de alterações metabólicas concomitantes, sendo a participação de uma equipe multidisciplinar fundamental para o alcance dos objetivos e do sucesso desse tratamento.

A primeira linha de tratamento baseia-se em modificações do estilo de vida, incluindo alimentação saudável e atividade física regular, com o objetivo de atingir e/ou manter um peso saudável e otimizar os resultados hormonais. Metas alcançáveis, como 5 a 10% de perda de peso em pessoas com excesso de peso, produzem melhorias clínicas significativas e são consideradas uma redução de peso bem-sucedida em 6 meses.

O ACO deve ser recomendado para o tratamento do hiperandrogenismo e/ou ciclos menstruais irregulares em mulheres adultas e adolescentes com SOP. Atualmente, tipos ou doses específicas de progestágenos, estrógenos ou combinações de ACO não são recomendados. As várias preparações de ACO possuem eficácia semelhante no tratamento do hirsutismo, sendo as doses mais baixas efetivas de estrogênio (como 20 a 30 microgramas de etinilestradiol ou equivalente) e as preparações naturais de estrogênio preferidas, equilibrando eficácia, perfil de risco metabólico, efeitos colaterais, custo e disponibilidade.

Em combinação com os ACO, os antiandrogênios devem ser considerados para tratar o hirsutismo, após seis meses ou mais de ACO e terapia cosmética sem melhora adequada dos sintomas. As opções incluem principalmente espironolactona e acetato de ciproterona.

A metformina deve ser considerada, também em associação com o ACO, para o tratamento de características metabólicas, quando o ACO e as mudanças no estilo de vida não atingem os objetivos desejados. A metformina pode oferecer maior benefício em grupos de alto risco metabólico, incluindo aqueles com fatores de risco para diabetes e tolerância à glicose diminuída.

# SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E INFERTILIDADE

A SOP é responsável por aproximadamente 80-90% das mulheres com infertilidade anovulatória, que por sua vez representam cerca de um terço das que frequentam a clínica de infertilidade.

Em pacientes com sobrepeso ou obesidade que desejam engravidar, as modificações no estilo de vida destinadas à perda de peso devem ser o marco inicial do aconselhamento pré-concepcional. A perda de peso corporal pode ser eficaz para promover a regularização do ciclo menstrual e a ovulação espontânea. Se a mulher não conseguir perder peso ou não restaurar os ciclos ovulatórios, o tratamento deve ser individualizado, levando em consideração a duração da infertilidade, a idade da mulher e outros fatores que podem estar relacionados à infertilidade.

A segunda linha de tratamento (após intervenções no estilo de vida) é a indução da ovulação. Essa etapa deve ser precedida de uma avaliação cuidadosa de outras causas de infertilidade, como fator masculino ou obstrução tubária. Nos casos de insucesso das terapias de indução de ovulação, pode-se considerar a fertilização in vitro como uma opção para essas pacientes.





## O PAPEL DA NUTRIÇÃO NA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Muitas evidências mostram o efeito da nutrição na melhora dos sintomas no tratamento da SOP. As referências apontam que as pacientes podem se beneficiar de uma mudança no estilo de vida, principalmente com prática de dieta e atividade física. É recomendada a perda de peso em pacientes com excesso de peso e obesidade. Verificou-se que a perda de 10% do peso apresenta benefícios no tratamento. Além da dieta hipocalórica algumas estratégias nutricionais são necessárias no tratamento da SOP:

- O controle glicêmico da dieta a partir da quantidade e qualidade dos carboidratos utilizados. Priorizar os integrais, pois são fonte de fibras. Incluir o consumo de sementes integrais como chia, linhaça, farelo de aveia e semente de abóbora. Evitar o consumo de açúcar e doces, bem como farinha branca e seus produtos como pães e massas a base de farinha refinada.

- Dieta com característica anti-inflamatória e antioxidante com restrição em gorduras saturadas, trans e ômega-6 e rica em ômega-3, vitaminas e minerais. Para isso deve-se evitar o consumo de alimentos industrializados em geral como biscoitos, bolachas, pães, salgadinhos, etc. Evitar carnes gordurosas, principalmente de gado. Aumentar o consumo de alimentos naturais como peixes, frutas e verduras em geral.

Alguns suplementos e fitoterápicos mostram ter um efeito benéfico no tratamento:

- O Mioinositol é um nutriente que mostrou contribuir no controle glicêmico com redução da resistência a insulina. Assim, ajuda no controle e perda de peso além de ter efeito positivo na ovulação contribuindo para a fertilidade destas pacientes.
- A L-carnitina atua na redução dos níveis de glicose no sangue com efeitos na perda de peso e melhora da composição corporal além da ovulação. Em estudo com mulheres com SOP e uso de citrato de clomifeno (medicamento para induzir ovulação) as que associaram a suplementação de L-carnitina tiveram maiores taxas de ovulação (64,4% vs.17,4%; <0,0001) e gravidez (51,5% vs. 5,8%; p <0,0001).
- A Glycyrrhiza glabra pode ter um efeito benéfico no controle glicêmico também associado a doença com seu uso prescrito como fitoterápico.
- O Vitex Agnus Castus é um fitoterápico que contribui para a regularização dos ciclos menstruais por contribuir no controle da ovulação.

# ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

A síndrome de ovário policístico (SOP) mobiliza a qualidade de vida das mulheres com este diagnóstico e a complexidade envolvida no processo desta doença e os aspectos relacionados com as suas manifestações clínicas destacam a importância de intervenções multidisciplinares, dentre elas, o acompanhamento psicológico.

Os sintomas mais destacados com a SOP atingem a qualidade de vida das mulheres que os apresentam, são eles: amenorreia (ausência de menstruação por mais de três ciclos), hirsutismo (aparecimentos de pêlos mais grossos e em locais dependentes da ação de andrógenos como o tórax, o queixo, entre o nariz e o lábio superior, o abdome inferior e as coxas), obesidade, acne e infertilidade.

Os sintomas citados acima podem ser vividos de modo a trazer dificuldades emocionais e interpessoais para estas mulheres, além de mobilizar seus familiares e suas relações sociais. Ansiedade, depressão, alterações de comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico, dificuldades emocionais que limitam o trabalho e as atividades do cotidiano são alguns dos transtornos psicológicos e reações que afetam de forma significativa as mulheres que convivem com a SOP.

## Quando iniciar o acompanhamento psicológico

O encaminhamento para um psicólogo é realizado quando o médico ou outro profissional da saúde integrante da equipe destaca a necessidade de um acompanhamento de questões psicológicas trazidas pela paciente ou quando esta sente a necessidade de buscar uma ajuda psicológica. Além deste encaminhamento, é importante que a paciente reconheça suas necessidades e dificuldades no momento e tenha interesse em dar início a um acompanhamento psicológico, pois precisamos de sua implicação neste processo que se iniciará.

## Quando iniciar o acompanhamento psicológico

- Compreensão de aspectos emocionais na experiência com a SOP;
- Construção de possibilidades emocionais e relacionais para enfrentamento desta experiência de sofrimento;
- Compreensão dos significados e funções dos sintomas vividos pela paciente;
- Aumento da qualidade de vida.



## Quais os tipos de acompanhamento psicológico indicados?

- Psicoterapia individual;
- Psicoterapia de grupo;
- Psicoterapia de casal
- Grupos psicoeducativos;
- Avaliação psicológica.

A irregularidade menstrual e o aparecimento dos sinais clínicos da doença, como aumento e distribuição diferenciada de pelos e obesidade podem causar sensação de estranheza na mulher, baixa autoestima e estigmatização. Logo, entender o que se passa com seu corpo e aderir ao tratamento instituído são medidas que impactam na qualidade de vida e na forma de enfrentamento da situação.

A enfermagem, como membro da equipe multidisciplinar, pode atuar junto à mulher nas diversas fases de enfrentamento da doença, desde a suspeita diagnóstica, com o início dos primeiros sinais e sintomas, até o tratamento que envolve orientações para modificações no estilo de vida e uso de algumas medicações.

O tratamento visa, dentre outros objetivos, o controle dos sintomas. Para tanto, deve-se aderir a uma dieta equilibrada e incluir atividades físicas na rotina. Isso porque além dos fatores genéticos e próprios da doença, os fatores ambientais, familiares e comportamentais podem coexistir ou favorecer tanto na gênese quanto na manutenção dos sintomas.

Uma alimentação equilibrada, rica em vitaminas e minerais, e a prática rotineira de exercícios físicos são ferramentas importantes para o manejo da doença pois a perda de peso favorece a queda das taxas dos hormônios masculinos, melhora a função ovariana, os sintomas da acne, pêlos no rosto e a fertilidade.

Outras medidas de modificação no estilo de vida incluem cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, principalmente nas mulheres que desejam engravidar. Medidas estéticas, como a remoção temporária dos pelos, desde que executadas com os cuidados adequados, também podem ser recomendadas e auxiliam na melhoria da autoimagem.

Dessa forma, o acompanhamento por uma equipe especializada é de suma importância para acessar informações confiáveis e opções terapêuticas adequadas, visando melhorar a qualidade de vida e a auto imagem, além de combater os efeitos metabólicos adversos da doença que podem surgir a curto e longo prazo.

# REFERÊNCIAS

- Rocha AL, Oliveira FR, Azevedo RC et al. Recent advances in the understanding and management of polycystic ovary syndrome [version 1; peer review: 3 approved]. *F1000Research* 2019, 8(F1000 Faculty Rev):565.
- Witchel SF, Oberfield SE, Peña AS. Polycystic Ovary Syndrome: Pathophysiology, Presentation, and Treatment With Emphasis on Adolescent Girls. *Journal of the Endocrine Society* 2019 Jun 14;3(8):1545-1573.
- Teede HJ, Misso ML, Costello MF et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 2018 Sep 1;33(9):1602-1618.
- Balen AH. Polycystic ovary syndrome (PCOS). *The Obstetrician & Gynaecologist* 2017; 19:119–29.
- Christopher R. McCartney, M.D. and John C. Marshall, M.B., Ch.B., M.D. Polycystic Ovary Syndrome. *N Engl J Med*. 2016 July 07; 375(1): 54–64.
- Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014;58/2.
- Fritz MA, Speroff L et al. *Endocrinologia, Ginecologia Clínica e Infertilidade – Oitava ed. – Rio de Janeiro: Revinter, 2015.*
- Munro MG, Critchley HOD, Fraser SI. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet* 2018; 143: 393–408.
- Bishop SC, Basch S, Futterweit W. Polycystic ovary syndrome, depression, and affective disorders. *Endocr Pract* 2009;15:475 – 482
- Deeks A, Gibson-Helm M, Teede H. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertil Steril* 2010; 93:2421 – 2423
- Himelein MJ, Thatcher SS. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol* 2006;11:613 – 625.
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Síndrome dos Ovários Policísticos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, Ministério da Saúde, 2019.
- Síndrome dos ovários policísticos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.4/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina
- Agarwalet al. Role of L-carnitine in female infertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* (2018) 16:5 DOI 10.1186/s12958-018-0323-4.
- Arentz, S.; Smith, C.A.; Abbott, J.; Fahey, P.; Cheema, B.S.; Bensoussan, A. Combined lifestyle and herbal medicine in overweight women with polycystic ovary syndrome (PCOS): A randomized controlled trial. *Phytoterapy research* (2017). P.1330-1340. DOI: 10.1002/ptr.5858
- Regidor, P.A.; Schindler, A.E. Myoinositol as a safe and alternative approach in the treatment of infertile PCOS women: A German observational study. *International Journal of Endocrinology* (2016). ID 9537632. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9537632>

---

## Para saber mais, entre em contato conosco!

Rua Monsenhor Bruno, 1153 (Sala 220) - Aldeota, Fortaleza - CE  
clincasalvata.com.br | clinicasalvata@gmail.com

 (85) 3244.7930

 (85) 98787.7653

 @clincasalvata

 @clincasalvata

### Diretora Técnica:

Kathiane Lustosa CRM: 11531 | RQE: 6694

