



IMPACTO DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO NO ASPECTO BIOPSISSOCIAL DAS MULHERES

Lívia Oliveira Moura dos Santos¹
Allâny Rebecka Nascimento de Sales²
Maylle Tallyta Oliveira Cavalcante³
David Emanuel Alves Teixeira⁴
Mikaela Clotilde da Silva⁵

RESUMO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é caracterizada por um arranjo de sinais e sintomas de excesso de androgênio e disfunção ovariana na ausência de outros diagnósticos específicos, além de ser o distúrbio endócrino mais comum nas mulheres em idade reprodutiva. Entretanto, essa síndrome apresenta uma série de desafios do ponto de vista biopsicossocial para as mulheres que a possuem, limitando-as no seu cotidiano e apresentando eventos com grande morbidade a longo prazo. Esse presente estudo possui como objetivo identificar o impacto biopsicossocial da SOP e suas repercussões. O método de escolha para a elaboração da pesquisa foi a revisão integrativa. A priori, estabeleceu-se a questão norteadora “quais são as repercussões biopsicossociais da SOP e como essas interferem nas relações sociais?”. Logo em seguida, buscou-se na base de dados BVS, PUBMED e SCIELO a partir da triagem de artigos selecionadas por meio das respectivas características: atualidade (2015-2020), respaldo científico e adequação ao tema. Os seguintes descritores foram utilizados: “Síndrome do Ovário Policístico”, “Psicossocial”, “Impacto” e “Clínico”. Assim, provou-se que a SOP possui impactos generalizados em todas as áreas da vida relacionando-se a alta morbidade, prejuízo no aspecto biopsicossocial e nas interações sociais, prejudicando a qualidade de vida dessas mulheres. Por todo esse impacto na saúde física, mental e nas relações sociais dessas mulheres, A SOP resulta em desfechos negativos para a saúde pública.

Palavras-chave: Síndrome do ovário policístico, Saúde Mental, Morbidade, Relações Sociais.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino e metabólico caracterizado principalmente por sinais e sintomas de hiperandrogenismo e disfunção ovulatória, ela é o distúrbio endócrino mais comum entre as mulheres em idade reprodutiva (MEIER, 2018; WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019). A etiologia exata dessa síndrome permanece desconhecida, mas evidências crescentes sugerem que a SOP pode ser um distúrbio multigênico complexo com fortes influências genéticas, comportamentais e ambientais (ESCOBAR-MORREALE, 2018). Uma dessas etiologias diz respeito ao papel do estresse

¹Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, liviamoura0911@gmail.com;

²Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, allanyrsales@gmail.com;

³Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, mayllecavalcante@gmail.com;

⁴Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, drdavidemanoel@gmail.com;

⁵Professor orientador: Mestrando, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, mikaelacs29@gmail.com.



oxidativo, uma vez que os níveis de aminoácidos plasmáticos estão significativamente alterados em mulheres com SOP, sugerindo um marcador de maior estresse metabólico e oxidativo (GANIE *et al.*, 2019). Suspeita-se também que a SOP tenha um componente de origem autoimune. Foi encontrado maior prevalência de anticorpos antitireoglobulina em mulheres com SOP, o que sugere um possível papel da autoimunidade em sua patogênese (ARORA *et al.*, 2016). Outro mecanismo nessa patogênese da SOP é a deficiência da vitamina D, que está relacionada a distúrbios metabólicos e hormonais nessas pacientes (HE; ROBB; EZEAMAMA, 2015). Em relação à fisiopatologia, o hiperandrogenismo persistente está associado ao feedback hipotalâmico-hipofisário prejudicado, causando hipersecreção de LH, luteinização prematura de células da granulosa, maturação aberrante de oócitos e parada prematura de folículos primários ativados (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019). Isso leva a uma combinação de sintomas que está associada à infertilidade por causa anovulatória; a resultados adversos reprodutivos; metabólicos e cardiovasculares (COPP *et al.*, 2019). O consenso atual é que o uso dos critérios de Roterdã é o apropriado para se obter o diagnóstico de SOP, segundo esse critério, as mulheres devem cumprir duas das três características: oligo-ovulação ou anovulação, hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico ou morfologia dos ovários policísticos ao ultrassom, com exclusão de outros distúrbios endócrinos (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019).

A SOP possui uma incidência mundial estimada entre 4% e 12% (MEIER, 2018). Já a prevalência mundial varia de 4% a 21%, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados. A prevalência de SOP entre diferentes regiões geográficas varia de 5% a 10%, de acordo com os critérios do NIH 1990; de 10% a 15% de acordo com os critérios da AE-PCOS 2006 e de 6% a 21% quando os critérios do ESHRE/ASRM (Roterdã) 2003 foram aplicados. Estimativas maiores da prevalência de SOP com os critérios de Roterdã 2003 e AE-SOP 2006 são atribuídas à sua definição mais abrangente e à inclusão de fenótipos adicionais, em comparação com os critérios de diagnóstico do NIH 1990 (LIZNEVA *et al.*, 2016). Atualmente, a SOP apresenta quatro fenótipos reconhecidos: 1) hiperandrogenismo + oligoanovulação + morfologia ovariana policística (fenótipo A ou SOP “clássica”); 2) hiperandrogenismo + oligoanovulação (fenótipo B ou SOP “clássica”); 3) hiperandrogenismo + morfologia do ovário policístico (fenótipo C ou SOP “ovulatória”); e 4) oligoanovulação + morfologia ovariana policística (fenótipo D ou SOP “não hiperandrogênica”) (AZZIS, 2018). No geral, a forma clássica da síndrome constitui aproximadamente dois terços do total das pacientes identificadas com SOP no ambiente clínico (LIZNEVA *et al.*, 2016). Variações na expressão fenotípica da SOP ocorrem em maior



proporção nas mulheres da América do Norte e do Sul, incluindo canadenses, latinas, afro-americanas, hispânicas do Caribe, islandesas, europeias, chinesas, neozelandesas e mulheres do Oriente Médio e sudeste asiático. Mulheres de ascendência africana com SOP, entretanto, são mais propensas a ter hipertensão e fatores de risco para doenças cardiovasculares, enquanto as hispânicas correm maior risco de desenvolver síndrome metabólica (SM) e diabetes mellitus tipo 2. Contudo, apesar dessas diferenças fenotípicas, pode não haver diferenças significativas nessas características reprodutivas ou metabólicas em populações mais jovens (DUMESIC *et al.*, 2015).

Portanto, como explicitado acima, além das complicações cardiometabólicas e reprodutivas, a SOP também tem sido associada a um aumento da prevalência de distúrbios de saúde mental (MEIER, 2018; COPP *et al.*, 2019). Dado esse conjunto de sinais e sintomas da síndrome, sua etiologia não bem definida e seu diagnóstico complexo, ela possui um enorme impacto negativo, tanto no âmbito psicológico, quanto no âmbito social de quem a possui, podendo levar a uma deterioração da qualidade de vida e ser significativamente estressante, afetando o bem-estar, saúde mental e a própria sexualidade. Por tudo isso, as repercussões da SOP se tornam problemas de saúde pública, uma vez que o desfecho da síndrome apresenta múltiplas facetas, sejam elas mentais ou físicas.

METODOLOGIA

O método de escolha para a elaboração da pesquisa foi a revisão integrativa. Por meio da qual será possível envolver as principais características de interesse para o tema, seguindo cuidadosamente os passos da produção científica. Antes de tudo, estabeleceu-se a questão norteadora da pesquisa: “Quais são as repercussões biopsicossociais da SOP e como essas interferem nas relações sociais?”. Na segunda etapa, foi estabelecido todos os critérios de inclusão de pesquisa a partir da triagem de artigos selecionadas por meio das respectivas características: atualidade (2015-2020), respaldo científico e adequação ao tema. Na terceira etapa foram definidas as plataformas PUBMED, Scielo e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) para pesquisa de dados.

A pesquisa online ocorreu em maio de 2020, utilizando os seguintes descritores “Síndrome do Ovário Policístico”, “Psicossocial”, “Impacto” e “Clínico”. A fim de melhorar a qualidade e confiabilidade da base de dados foi realizado rastreamento manual de outros artigos que possibilitaram incrementar a produção baseada em produções já coletadas. Foi encontrado



um total de 244 artigos, dos quais, após uma leitura minuciosa do título e resumo, apenas 25 se correlacionaram com o tema central da pesquisa. Dos selecionados, todos foram filtrados a partir de tradução e leitura minuciosa daqueles que atendiam aos critérios de inclusão e que possuíam conexão importante com o tema central. Posteriormente, fez-se uma transcrição sistemática das informações extraídas, possibilitando a organização de dados de forma coerente e que atingisse o objetivo do estudo em sintetizar dados que demonstrem os impactos biopsicossociais da SOP para as mulheres e suas relações sociais.

REFERENCIAL TEÓRICO

A síndrome dos ovários policísticos está associada a anormalidades cardiometabólicas e, por, conseguinte a um risco aumentado de doença cardiovascular. Entre as mulheres com essa síndrome, 50 a 80% são obesas. A tolerância à glicose diminuída é relatada em 30 a 35% das mulheres norte-americanas com a síndrome dos ovários policísticos clássica. Já a diabetes mellitus tipo 2 é relatado em 8 a 10%. Ressalta-se, ainda, que o risco dessas condições é influenciado pela idade, adiposidade e histórico familiar de diabetes. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam níveis mais baixos de colesterol lipoproteína de alta densidade (HDL) e níveis mais altos de triglicerídeos e colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL) do que mulheres sem a síndrome. Tais diferenças nos níveis de colesterol LDL são parcialmente independentes das diferenças no índice de massa corporal (IMC).

A doença vascular subclínica (função endotelial prejudicada, espessura íntima-média da artéria carótida e escores elevados de cálcio na artéria coronária) também foi relatada em mulheres com SOP e parece ser parcialmente independente da adiposidade. Estima-se, ainda, que o risco de câncer endometrial seja 2,7 vezes maior entre as mulheres com síndrome dos ovários policísticos do que entre as mulheres sem a síndrome. Os fatores de risco por trás disso incluem anovulação, obesidade e resistência à insulina. O perigo relacionado à anovulação crônica reflete estimulação mitogênica prolongada mediada por estrogênio no endométrio com exposição inadequada à progesterona para diferenciação endometrial. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos também apresentam riscos aumentados de complicações na gravidez (diabetes gestacional e pré-eclâmpsia), apneia obstrutiva do sono, e sofrimento emocional (MCCARTNEY; MARSHALL, 2016). Ademais, como mencionado, esse distúrbio poligênico complexo possui influências ambientais e genéticas. Muitos estudos sugerem que anormalidades inerentes à esteroidogênese ovariana e desenvolvimento folicular desempenham



um papel na síndrome dos ovários policísticos. A síndrome também está associada a pulsos persistentemente rápidos de hormônio liberador de gonadotrofina, excesso de hormônio luteinizante e secreção insuficiente de hormônio folículo-estimulante (FSH), que contribuem para a produção excessiva de andrógenos ovarianos e disfunção ovulatória. Além disso, visto que muitas mulheres com síndrome dos ovários policísticos têm resistência à insulina, isso faz com a hiperinsulinemia compensatória aumente mais ainda a produção de andrógenos ovarianos/adrenais, elevando a biodisponibilidade de androgênios por meio de níveis reduzidos de globulina de ligação a hormônios sexuais (MCCARTNEY; MARSHALL, 2016). Além disso, foi constatado a influência de fatores genéticos, provando que mães de mulheres com SOP têm maior probabilidade de desenvolver uma doença cardiovascular e que o risco de hipertensão é duas vezes maior que as mães mulheres sem SOP, enquanto os pais de mulheres com SOP possuem duas vezes mais chances de ter doença cardíaca e uma probabilidade de 4 vezes maior de ter sofrido AVC cerebral. O aumento da probabilidade de resistência à insulina também está associado a certos genes (como INSIG2 e MC4R) e o impacto particular do TCF7L2 no desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 (BEDNARSKA; SIEJKA, 2017).

Além do hiperandrogenismo, disfunção cardiovascular e suas complicações relacionadas, as anormalidades mais comuns associadas à SOP inclui distúrbios menstruais (amenorreia ou oligomenorreia), frequentemente levando à infertilidade em 73-74% dos casos (BEDNARSKA; SIEJKA, 2017). A SOP também mostra-se ser a causa mais comum de infertilidade anovulatória (MCCARTNEY; MARSHALL, 2016), corroborando ainda mais para as manifestações psicológicas nessas pacientes. Os distúrbios mais frequentes incluem hirsutismo (85-90%) sintomas de síndrome metabólica (aproximadamente 40%), obesidade/sobrepeso (40-60%), distúrbios lipídicos, hipertensão arterial (aproximadamente 20%). Vale a pena notar que qualquer excesso de peso nesses pacientes prejudica a variedade de sangramento menstrual e a resposta ao tratamento, exacerbando ainda mais esses sintomas. Nesse ínterim, há uma estreita correlação entre transtornos mentais e sintomas clínicos de SOP como acne, hirsutismo, infertilidade, obesidade, culminando em uma condição mais pobre de qualidade de vida, bem como numa frequência mais alta de depressão, transtornos bipolares e alimentares, resultando num prejuízo das relações sociais (BEDNARSKA; SIEJKA, 2017).



RESULTADOS/DISCUSSÃO

FISIOPATOLOGIA

A SOP é uma doença com uma patogênese complexa que ainda está sob investigação (GANIE *et al.*, 2019). Ela apresenta-se como um fenótipo que reflete um ciclo vicioso autoperpetuante, envolvendo disfunção neuro endócrina, metabólica e ovariana. Ao longo dos anos, inúmeras hipóteses foram propostas em relação às origens fisiológicas sobre a SOP. É evidente, entretanto, que essa síndrome reflete as interações entre múltiplas proteínas e genes influenciados por fatores epigenéticos e ambientais (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019). Os vários mecanismos patogênicos da SOP incluem regulação anormal do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), levando ao aumento do hormônio luteinizante (LH) e à diminuição do hormônio folículo estimulante (FSH); diminuição da resposta dos folículos ovarianos ao FSH; parada folicular; aumento do hormônio anti-Mülleriano (AMH); e aumento da secreção de testosterona, estradiol e dehidroepiandrosterona (DHEA). A obesidade, principalmente a deposição de gordura abdominal, é o principal fator predisponente para a expressão de resistência à insulina (RI) e fenótipo metabólico na SOP (GANIE *et al.*, 2019). No entanto, é interessante salientar que mulheres com SOP possuem RI intrínseca, independente da extensão da obesidade e magnitude das concentrações de andrógenos. Ou seja, mesmo mulheres que sejam magras e tenham SOP podem manifestar RI e o aumento do IMC, como explicado anteriormente, exacerba a RI. Os fatores intrínsecos do ovário, como esteroidogênese alterada, e fatores externos ao ovário, como hiperinsulinemia, contribuem para a produção excessiva de andrógenos ovarianos, cujas características incluem mais folículos em crescimento nas mulheres com SOP em comparação com o grupo controle, apresentando uma parada prematura do crescimento de folículos antrais de 5 a 8 mm. O fenótipo ovariano clássico de ovários aumentados com morfologia com pérolas e hiperplasia intersticial teca reflete a exposição aos androgênios (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019).

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar de maneira adequada a SOP, é preciso excluir outras endocrinopatias semelhantes a SOP, o que incluem a hiperplasia adrenal não clássica, síndrome de Cushing, tumores produtores de androgênio e excesso de androgênio induzido por drogas. É necessário



também descartar disfunção ovulatória por outras causas, incluindo disfunção tireoidiana, hiperprolactinemia e gravidez em idade reprodutiva (DUMESIC et al., 2015). Os sintomas para diagnóstico da SOP incluem irregularidades menstruais (oligo ou anovulação), sinais de excesso de androgênio e ovários policísticos (ROTHENBERG *et al.*, 2018). O sistema de pontuação Ferriman – Gallwey é uma abordagem amplamente usada para avaliar e diagnosticar o hirsutismo. A extensão das características clínicas do hiperandrogenismo representa as interações entre concentrações circulantes de androgênio, suas concentrações locais e sensibilidade da unidade pilosebácea ou folículo pilosa a andrógenos. No entanto, variações étnicas e genéticas influenciam o desenvolvimento do hirsutismo (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019). Além disso, a avaliação da morfologia ovariana se torna 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 multifolículos em adolescentes (WITCHEL; OBERFIELD; PEÑA, 2019). Contudo, quando a combinação de hiperandrogenismo e disfunção ovulatória está presente, o exame ultrassonográfico dos ovários pode ser descartado para o diagnóstico de SOP em mulheres adultas (TEEDE *et al.*, 2018). Dessa forma, como a SOP é uma síndrome que engloba uma constelação de sintomas, não existe um único teste diagnóstico disponível para o paciente (MEIER, 2018), sendo ele desafiador, pois os sintomas variam em gravidade e pode ser difícil diferenciar a variabilidade normal da anormalidade decorrente da SOP, principalmente em mulheres jovens. Os sintomas podem variar ao longo da vida útil. Por isso, devido a essa complexidade e incerteza, não é de surpreender o fato de muitas mulheres relatarem sofrer longos atrasos e procurar vários prestadores antes de receber um diagnóstico, o que resulta em um impacto negativo nos resultados psicossociais e na qualidade de vida (COPP *et al.*, 2019). Nos últimos anos, o aumento anormal do AMH no soro e no líquido folicular de pacientes com SOP atraiu a atenção de muitos estudiosos, sugerindo que o AMH poderia funcionar como um marcador bioquímico para a SOP (KIM *et al.*, 2015). Esse hormônio desempenha um papel na regulação da atividade ovariana. Além disso, inibe o início do desenvolvimento de folículos primordiais e a seleção de um número elevado de folículos, reduzindo a sensibilidade folicular ao FSH (TOKMAK *et al.*, 2015).

IMPACTO DOS SINAIS E SINTOMAS

De um modo geral, as disfunções menstruais são informadas como uma das principais preocupações de saúde autorreferidas pelas mulheres, juntamente com cansaço. Tais problemas



causam morbidade psicológica e têm um grande impacto na vida diária das mulheres, afetando negativamente a qualidade de vida e suas relações interpessoais (FERNANDES *et al.*, 2020). A obesidade, quadro de grande preocupação internacional de saúde, também é algo que preocupa as mulheres, uma vez que pacientes com SOP possuem mais risco para essa condição. Outrossim, a obesidade agrava as características hormonais e clínicas da SOP, contribuindo para a piora das manifestações clínicas da síndrome (BROUGHTON; MOLEY, 2017). Dessa forma, as mulheres podem perceber que possuem um controle mais baixo sobre seu peso, entretanto, ainda não há evidências claras acerca dessas ligações (COPP *et al.*, 2019). Vale salientar os desafios para impedir o ganho de peso ou induzir a perda de peso, os quais leva a um desgaste mental (NADERPOOR *et al.*, 2015). Tudo isso leva a um quadro de baixa autoestima, prejudicando as relações sociais e a saúde mental dessas mulheres. Além disso, pacientes com obesidade possuem problemas de consenso diádico com seus parceiros, uma vez que seu peso excessivo causa angústia, dificuldade em expressar os sentimentos e geralmente resulta em problemas conjugais (ABRAHAMIAN; KAUTZKY-WILLER, 2016). Outro ponto-chave entre as pacientes com SOP é o medo da infertilidade, apesar de haver diversos tratamentos para evitar a infertilidade (BALEN *et al.*, 2016). Nesse ínterim, o medo da infertilidade pode resultar em estresse e ansiedade, bem como pressão para mudar os planos de vida (COPP *et al.*, 2019), afetando significativamente suas vidas e relacionamentos.

Ademais, a infertilidade é percebida pelas mulheres como estigma e discriminação, haja vista que a infertilidade para muitas mulheres pode confrontar sua identidade feminina central e pode ser criado um senso decrescente de autoestima, não apenas porque seu corpo não pode funcionar corretamente, mas também porque sua autoestima foi ferida (FERNANDES *et al.*, 2020). A SOP também está associada ao aumento do sofrimento psicológico. Um estudo feito por Damone *et al* (2018) mostrou que mulheres com SOP obtiveram um maior risco de depressão, ansiedade e estresse percebido quando comparadas a mulheres que não possuem SOP, fato que está associado a rotulagem desnecessária da doença. Essas pacientes também tendem a ter comportamentos alimentares desordenados. Segundo Greenwood, Pasch, Cedars e Huddleston (2020), mulheres com SOP correm o risco de ter atitudes e comportamentos alimentares desordenados, que podem interferir nas tentativas de intervenções no estilo de vida. Desse modo, os profissionais de saúde devem rastrear em mulheres com SOP não somente a sintomatologia e sua gravidade, mas também a psicopatologia do transtorno alimentar, especialmente naquelas com obesidade ou depressão. Contudo, não está claro se esses



transtornos psicológicos são consequências direta da própria condição e de seus sintomas ou se podem ser causados pelo rótulo da SOP e suas implicações a longo prazo (COPP *et al.*, 2019).

IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

As interpretações pessoais após o diagnóstico da SOP são amplas e são influenciadas por vários fatores, desde a gravidade dos sintomas até a comunicação durante a abordagem médica. Um estudo feito por Cropp *et al* (2019) avaliou a reação de algumas mulheres após diagnóstico da SOP, dentre as quais apresentavam sentimentos distintos. Algumas sentiam alívio por finalmente ter uma explicação para os sintomas que a incomodavam e até suspeitavam de que tinha SOP. Outras expressaram-se através de sinais de choque, alarme e sobrecarga, pois perceberam que a condição que apresentavam era muito mais séria do que pensavam. Tais sintomas foram ainda mais exacerbados após ouvirem os riscos associados à SOP, como infertilidade, câncer endometrial e diabetes mellitus tipo II. Muitas tiveram sentimentos que envolviam frustração, tristeza e desespero frente a falta de soluções a longo prazo, contribuindo para sentimentos de insatisfação com o diagnóstico. Houve ainda emoções confusas por parte de um grupo, cujo diagnóstico inicialmente trouxe um alívio, mas também incerteza e estresse em relação ao futuro. Por outro lado, algumas relataram sentir-se indiferentes, alegando não se incomodarem com o diagnóstico ou consequências a longo prazo. Para algumas mulheres com os sintomas desagradáveis da SOP, o diagnóstico validou seus sintomas. Fato que impactou positivamente o seu bem-estar psicológico, uma vez que antes do diagnóstico elas descreviam sentir-se anormais e masculinizadas. O diagnóstico da SOP, por sua vez, legitimou seus sintomas, fazendo com que elas se sentissem menos anormais. Houve aquelas que se sentiram tranquilas ao descobrir que a SOP é muito mais comum do que pensavam e outras comentaram que o diagnóstico trouxe mais compreensão e clareza acerca de como seu corpo funciona, resultando em um sentimento de autoconfiança e poder sobre si. Tais sintomas foram ainda mais exacerbados após ouvirem os riscos associados à SOP, como infertilidade, câncer endometrial e diabetes mellitus tipo II. Muitas tiveram sentimentos que envolviam frustração, tristeza e desespero frente a falta de soluções a longo prazo, contribuindo para sentimentos de insatisfação com o diagnóstico. Houve ainda emoções confusas por parte de um grupo, cujo diagnóstico inicialmente trouxe um alívio, mas também incerteza e estresse em relação ao futuro. Por outro lado, algumas relataram sentir-se indiferentes, alegando não se incomodarem com o diagnóstico ou consequências a longo prazo. Para algumas mulheres com os sintomas



desagradáveis da SOP, o diagnóstico validou seus sintomas. Fato que impactou positivamente o seu bem-estar psicológico, uma vez que antes do diagnóstico elas descreviam sentir-se anormais e masculinizadas. O diagnóstico da SOP, por sua vez, legitimou seus sintomas, fazendo com que elas se sentissem menos anormais. Houve aquelas que se sentiram tranquilas ao descobrir que a SOP é muito mais comum do que pensavam e outras comentaram que o diagnóstico trouxe mais compreensão e clareza acerca de como seu corpo funciona, resultando em um sentimento de autoconfiança e poder sobre si. Dessa forma, percebe-se que a interpretação do diagnóstico e do impacto da SOP varia bastante e é fortemente influenciada por fatores, tais como a gravidade dos sintomas, expectativas e experiência com o diagnóstico. Nas mulheres em que a SOP trazia mais repercussão negativa em se tratando da sintomatologia, o recebimento do diagnóstico apresentou um impacto positivo, tornando genuíno os seus sintomas e fornecendo uma explicação clara para tantos sinais e sintomas desagradáveis. Já para as mulheres com sintomas mínimos ou que foi diagnosticada de maneira inesperada, seu bem-estar mental foi negativamente impactado e o diagnóstico trouxe incerteza e preocupação com o futuro. A maioria das mulheres, por fim, independente de gravidade dos sintomas e trajetória diagnóstica, concordou que o diagnóstico era muito mais benéfico do que prejudicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, portanto, que a SOP é uma condição com diversas repercussões clínicas, sejam elas físicas ou mentais. Parte dessas repercussões estão associadas a uma maior morbidade e ao agravamento de eventos trombotogênicos. Além disso, não se pode negligenciar os sintomas hiperandrogênicos, como hirsutismo, alopecia e acne, os quais possuem também um grande impacto na qualidade de vida e autoestima dessas pacientes, principalmente pelo aspecto “masculinizante” que os esteroides provocam. O medo da infertilidade é algo que chama atenção por estar associado com a perda da identidade feminina central e a diversos estigmas que a sociedade cria em relação à mulher. Ademais, a SOP possui repercussões mentais que merecem atenção, como um maior estresse, depressão, distúrbio alimentares e ansiedade, quadro que implica muitas vezes em suicídios e a um sentimento de estigmatização e limitação no cotidiano e na sexualidade. Soma-se a isso o fato de o diagnóstico dessa síndrome levar muito tempo até ser concluído e ser extremamente complexo do ponto de vista clínico. Por todo esse aspecto multifacetado e seus diversos impactos negativos, a SOP se torna um problema de saúde pública de grande relevância e que merece atenção por parte dos profissionais de saúde.



REFERÊNCIAS

ABRAHAMIAN, H.; KAUTZKY-WILLER, A.. Sexualität bei Übergewicht und Adipositas. **Wiener Medizinische Wochenschrift**, [s.l.], v. 166, n. 3-4, p. 121-128, 26 jan. 2016.

ARORA, S. *et al.* Endocrinal and autoimmune linkage: evidences from a controlled study of subjects with polycystic ovarian syndrome. : Evidences from a controlled study of subjects with polycystic ovarian syndrome. **Journal Of Human Reproductive Sciences**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 18-22, 2016.

AZZIZ, R.. Polycystic Ovary Syndrome. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 132, n. 2, p. 321-336, ago. 2018.

BALEN, A. *et al.* The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. **Human Reproduction Update**, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 687-708, 2016.

BEDNARSKA, S.; SIEJKA, A.. The pathogenesis and treatment of polycystic ovary syndrome: what's new?. : What's new?. **Advances In Clinical And Experimental Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 2, p. 359-367, 27 abr. 2017.

BROUGHTON, D. E.; MOLEY, K. H.. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. : potential mediators of obesity's impact. **Fertility And Sterility**, [s.l.], v. 107, n. 4, p. 840-847, abr. 2017.

COPP, T. *et al.* The benefits and harms of receiving a polycystic ovary syndrome diagnosis: a qualitative study of women's experiences. : a qualitative study of women's experiences. **Human Reproduction Open**, [s.l.], v. 2019, n. 4, p. 1-12, 2019.

DAMONE, A. L. *et al.* Depression, anxiety and perceived stress in women with and without PCOS: a community-based study. : a community-based study. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 49, n. 09, p. 1510-1520, 22 ago. 2018.

DUMESIC, D. A. *et al.* Scientific Statement on the Diagnostic Criteria, Epidemiology, Pathophysiology, and Molecular Genetics of Polycystic Ovary Syndrome. **Endocrine Reviews**, [s.l.], v. 36, n. 5, p. 487-525, out. 2015.

ESCOBAR-MORREALE, H. F.. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. : definition, aetiology, diagnosis and treatment. **Nature Reviews Endocrinology**, [s.l.], v. 14, n. 5, p. 270-284, 23 mar. 2018.

FERNANDES, A. *et al.* Clinicians' Perceptions of Norwegian Women's Experiences of Infertility Diseases. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 993, 5 fev. 2020.

GANIE, M. *et al.* Epidemiology, pathogenesis, genetics & management of polycystic ovary syndrome in India. **Indian Journal Of Medical Research**, [s.l.], v. 150, n. 4, p. 333-344, 2019.



GREENWOOD, E. A. *et al.* Obesity and depression are risk factors for future eating disorder-related attitudes and behaviors in women with polycystic ovary syndrome. **Fertility And Sterility**, [s.l.], v. 113, n. 5, p. 1039-1049, maio 2020.

HE, C *et al.* Serum Vitamin D Levels and Polycystic Ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. : A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 4555-4577, 8 jun. 2015.

KESHET, R.; EREZ, A. Arginine and the metabolic regulation of nitric oxide synthesis in cancer. **Disease Models & Mechanisms**, [s.l.], v. 11, n. 8, p. 32-33, 1 ago. 2018.

KIM, J. Y. *et al.* Anti-Müllerian Hormone in Obese Adolescent Girls With Polycystic Ovary Syndrome. **Journal Of Adolescent Health**, [s.l.], v. 60, n. 3, p. 333-339, mar. 2017.

LIZNEVA, D. *et al.* Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. **Fertility And Sterility**, [s.l.], v. 106, n. 1, p. 6-15, jul. 2016.

MCCARTNEY, C. R.; MARSHALL, J. C. Polycystic Ovary Syndrome. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 375, n. 1, p. 54-64, 7 jul. 2016.

MEIER, R. K. Polycystic Ovary Syndrome. **Nursing Clinics Of North America**, [s.l.], v. 53, n. 3, p. 407-420, set. 2018.

NADERPOOR, Negar *et al.* Obesity and polycystic ovary syndrome. **Minerva Endocrinologica**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 37-51, 2015.

ROTHENBERG, S. S. *et al.* Polycystic ovary syndrome in adolescents. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 48, p. 103-114, abr. 2018.

TEEDE, H. J. *et al.* Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. **Clinical Endocrinology**, [s.l.], v. 89, n. 3, p. 251-268, 19 jul. 2018.

TEEDE, H. J. *et al.* Translation and implementation of the Australian-led PCOS guideline: clinical summary and translation resources of the international guideline used in analyzes for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. **The Medical Journal of Australia**. v. 209, n. 7, p. 3-9, 2018.

TOKMAK, A. *et al.* Is anti-Müllerian hormone a good diagnostic marker for adolescent and young adult patients with Polycystic ovary syndrome? **Journal Of Turkish Society Of Obstetric And Gynecology**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 199-204, 20 dez. 2015.

WITCHEL, S. F.; OBERFIELD, S.; PEÑA, A. S.. Polycystic Ovary Syndrome: pathophysiology, presentation, and treatment with emphasis on adolescent girls. : Pathophysiology, Presentation, and Treatment With Emphasis on Adolescent Girls. **Journal Of The Endocrine Society**, [s.l.], v. 3, n. 8, p. 1545-1573, 14 jun. 2019.