



A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA NO CONTROLE DA SOP

The Importance Of Quality Of Life In Sop Control

Abstract: Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a genetic, multigenic, hormonal disorder in which it affects women of reproductive age. As it is a subject of little approach in conversations in the health sector, health education and health promotion works for this syndrome are extremely important. This bibliographic review article aims to present the main causes of PCOS, how it can be controlled with adequate food for each individual, in order to make life easier for the carriers. This review was carried out with searches for recent scientific articles from 2006 and more current years, found on Scielo's database website, Lilac, Google Scholar. This article can also be used as a parameter in the preparation of articles for other magazines. With this, it is expected to facilitate the life of women with PCOS, in order to seek more and more, a better quality of life, with health, keeping it under control, through a healthy diet, consequently reducing the unwanted symptoms and caused by the disease.

Keywords: PCOS, Food, Health, Quality of life.

Resumo: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), é uma desordem genética, multigênica, hormonal na qual afeta as mulheres em idade reprodutiva. Por ser um assunto de pouca abordagem nas conversas no meio de saúde, é de suma importância os trabalhos de educação em saúde e a promoção de saúde para esta síndrome. Este artigo de revisão bibliográfica tem como objetivo, apresentar as principais causas da SOP, como ela pode estar sendo controlada com uma alimentação adequada para cada indivíduo, a modo de facilitar a vida das portadoras. Essa revisão foi realizada com buscas de artigos científicos recentes a partir do ano de 2006 e anos mais atuais, encontrados em site de base de dados do Scielo, Lilac, Google Acadêmico. Este artigo também poderá ser utilizado como parâmetro na elaboração de artigos para outras revistas. Com isso, espera-se facilitar a vida das mulheres portadoras da SOP, a fim de que busquem cada vez mais, uma melhor qualidade de vida, com saúde, mantendo-a sobre controle, através de uma alimentação saudável, conseqüentemente diminuindo os sintomas indesejados e provocados pela doença.

Palavras-chave: SOP, Alimentação, Saúde, Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) foi descrita inicialmente por Irving F. Stein e Michael L. Leventhal, pela primeira vez e em 1949 denominada por Jô Vincent Meigs como “síndrome de Stein e Leventhal”. Caracterizada por anovulação crônica hiperandrogênica, síndrome do retrocontrole inadequado e anovulação por disfunção do eixo hipotálamo–hipófise–ovário. A denominação de síndrome dos ovários policísticos é a mais aceita, tanto por médicos, quanto por pacientes nos dias atuais tornando uma desordem genética, multigênica, modulada por fatores ambientais².

O interesse pela SOP, tem sido crescente, principalmente após a constatação de que envolve muito mais do que o sistema reprodutivo, inclui a hiperinsulinemia, a hiperlipidemia, o diabetes melitos, possivelmente, a doença cardiovascular (DCV), além das alterações já conhecidas, como hiperandrogenismo (clínico e/ou laboratorial), problemas cosméticos (hirsutismo, acne), anovulação (infertilidade), obesidade, aspecto policístico dos ovários e risco aumentado para adenocarcinoma de endométrio. Manifestações clínicas como o hirsutismo, as alterações menstruais, a infertilidade e a obesidade afetam a autoestima, trazendo como consequência insegurança, levando a importantes alterações psíquicas, como a ansiedade e a depressão³.

Esta desordem hormonal é mais comum em mulheres na idade reprodutiva entre 18 e 35 anos, afetando 2,6 a 6,6% nessa fase. A relação entre resistência à insulina (RI) e SOP, foi demonstrada por estudos, sendo uma prevalência estimada entre 64 e 79%, considerando amostras de outros países, entre 44,8 e 70,5% em amostras do Brasil.

Mulheres com o diagnóstico de SOP apresentam risco elevado para dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus (DM) tipo 2, apresentando uma prevalência até 11 vezes maior de síndrome metabólica, além de disfunção endotelial, sendo estes, marcadores de risco bem estabelecidos para doenças cardiovasculares⁵.

Na SOP, a biossíntese aumentada de andrógenos está relacionada ao aumento da expressão do gene CYP17 com a maior estabilidade do seu RNA mensageiro nas células da teca, onde o aumento da frequência de pulsos do hormônio hipotalâmico liberador de gonadotrofinas (GnRH) beneficia a transcrição da sub-unidade β do hormônio luteinizante (LH) sobre aquela do hormônio folículo-estimulante (FSH)¹³.

O estudo da SOP é um dos assuntos mais importantes da endocrinologia reprodutiva feminina, pois ainda a sua definição e aspectos fisiopatológicos são controversos. Portanto, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão da literatura publicada por meio de pesquisas no Google Acadêmico e SciELO. As publicações foram relacionadas aos ovários policísticos, incluindo tópicos que compõe a Doença, como seus aspectos, manifestações clínicas, sua relação com a anovulação, hiperandrogenismo, obesidade, acantose, síndrome metabólica, fatores genéticos, diagnósticos, alimentação diretamente ligada no seu controle, aliada na interferência dos sinais, sintomas e consequentemente melhora do quadro das pacientes. O presente estudo também pode contribuir para aumentar a conscientização sobre o risco de desencadear algumas doenças relacionados ao descontrole da SOP.

OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Os Ovários Policísticos são caracterizados pela presença de 12, ou mais folículos em cada ovário medindo de 2-9 mm de diâmetro, ou ovários aumentados de volume (> 10 ml), podendo ser palpados ao toque bimanual, esses aspectos também são confirmados pela ultrassonografia ovariana. O aumento do estroma ovariano é uma característica da SOP e, se não visualizado, pode ser intuído pelo aumento do volume ovariano. Na presença de sintomas clínicos sugestivos, o aspecto policístico, apesar de restrito a um ovário, é considerado suficiente para caracterizar a SOP⁴.

Há evidências na literatura, da existência de um componente genético na SOP. Embora se acredite num modelo de herança monossômica dominante, há evidências de um padrão mais complexo de hereditariedade, envolvendo múltiplos genes¹¹.

Parece haver também diferenças nos padrões gênicos entre pacientes portadoras de SOP obesas e não obesas. Nas não obesas ocorrem alterações significativas na expressão de receptores de LH, as quais levam ao padrão de hipersecreção de androgênios característicos da síndrome. Já em mulheres com SOP obesas, o que se descobriu foi uma alteração nos receptores de insulina, sendo que há sub expressão destes receptores em tecidos metabólicos (tecido adiposo) e um aumento da expressão no tecido ovariano. Vários genes têm sido implicados na fisiopatologia da doença, onde propiciam uma variedade de possíveis genótipos, dificultando o diagnóstico¹¹.

MANIFESTACOES CLÍNICAS

Assim como o LH regula a síntese de androgênios, o (FSH) regula a síntese de

estrogênios. Quando a concentração do LH (Hormônio Luteinizante) aumenta em relação ao FSH (Hormônio Folículo-estimulante), os ovários sintetizam preferencialmente androgênios, afetando os hormônios sexuais, que controlam a produção de diferentes hormônios como a progesterona, estrógenos e os andrógenos, dentre eles a testosterona é o principal, alterando a ovulação onde não há liberação de óvulos consequentemente desregulando o ciclo menstrual¹¹.

A infertilidade pode estar presente em 70% das mulheres afetadas, entre aquelas inférteis, a SOP pode ser culpada por 30% dos casos. As alterações menstruais podem ocorrer na frequência de 70% das mulheres afetadas, com intervalos maiores do que 31 dias (amenorréia). Quando ocorre a carência hormonal estrogênica, as menstruações são mais duradouras e de maior intensidade (hipermenorragias)³.

As manifestações clínicas são decorrentes dos excessos de androgênios circulantes, levando a ciclos anovulatórios, com o recrutamento de múltiplos folículos, porém sem a maturação completa de nenhum, mantendo-os retidos em estágio intermediário de desenvolvimento. Ocorrem crescimento folicular parcialmente, levando a oligo-amenorreia e infertilidade. Por fim, o efeito direto dos androgênios sobre os folículos pilosos e sebáceos leva aos sinais e sintomas, como pele oleosa, queda de cabelo e nos casos mais graves, sinais de virilização com clitoromegalia e alopecia androgênica¹¹.

HIPERANDROGENISMO

Existem algumas dificuldades de estabelecer o diagnóstico laboratorial de

hiperandrogenismo, considerando como critério de hiperandrogenemia a elevação da testosterona livre, mais fidedigna que as dosagens de testosterona total e de androstenediona. O hirsutismo é considerado mais confiável como expressão de hiperandrogenismo do que a acne ou alopecia. A elevação do hormônio luteinizante (LH) na vigência de valores normais do hormônio folículo-estimulante (FSH), determinante do aumento do índice LH/FSH e está relacionada com o hiperandrogenismo⁴.

Estas alterações levam a amenorreia (ausência de menstruação), hirsutismo (aparecimentos de pelos mais grossos e em locais como o tórax, queixo, entre o nariz e o lábio superior, o abdome inferior e as coxas), obesidade e acne, além de infertilidade, são manifestações comuns que estão associadas com a SOP. Estes sintomas podem comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres que os apresentam. Estando a acne e o hirsutismo relacionados como as principais causas de estresse emocional e social⁸.

SINDROME METABÓLICA

De acordo com os últimos estudos, tem-se observado que a maioria das mulheres com SOP, mesmo as não obesas, apresentando algum grau de resistência insulínica. A hiperinsulinemia resultante da resistência insulínica determina um aumento tanto na produção dos andrógenos como no de sua amostra biologicamente ativa. O mecanismo comum estaria relacionado as alterações nos receptores insulínicos, na enzima que regula a produção adrenal e ovariana de andrógenos⁷.

Vários dados confirmam a hipótese de que a resistência à insulina exerça um papel patogênico

na SOP. A nível essencial, a insulina está envolvida na secreção anormal do LH e, a nível periférico, promovendo a secreção ovariana de andrógenos, através do aumento da expressão do gene CYP17 e da atividade do citocromo P450c17. A inflamação e hiperandrogenismo podem ser decorrentes da ação de fatores ambientais (insulto intra-uterino, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada), influenciados pela etnia, os quais agiriam sobre diferentes genéticas da SOP durante sua evolução¹³.

Caracteriza-se por um conjunto e critérios de diagnósticos como obesidade abdominal (circunferência abdominal ≥ 88 cm), aumento da pressão arterial (≥ 130 mmHg x ≥ 85 mmHg), aumento dos triglicérides (≥ 150 mg/dL), diminuição do HDL-colesterol (< 50 mg/dL), alteração da glicemia de jejum (≥ 110 - 126 mg/dL) e/ou alteração do teste de tolerância oral à glicose de duas horas (140 - 199 mg/dL). Em virtude de as alterações metabólicas presentes serem fatores de risco para diabetes melitos e DCV, as mulheres com SOP têm risco aumentado, em longo prazo, para essas doenças³.

OBESIDADE

A obesidade ocorre em 30 a 70% das pacientes com SOP e pode ser considerada uma variante do processo que predispõe à síndrome. Nestes casos, tanto a RI quanto o hiperandrogenismo apresentam relação com o desenvolvimento de comorbidades metabólicas. Por outro lado, pacientes magras podem apresentar diferentes genéticas relacionadas ao hiperandrogenismo. Essas características sugerem que o risco metabólico de mulheres com SOP possa ser irregular, de acordo com o índice de massa

corpóreo (IMC), apresentando etiopatogenia multifatorial⁶.

A distribuição de gordura é frequentemente abdominal (visceral) e associada a anormalidades metabólicas (hipertensão, dislipidemia, resistência insulínica e intolerância à glicose). A circunferência abdominal está aumentada nesses casos (>88 cm), assim como a relação cintura–quadril (>0,85), parâmetros estes que estão associados a maior risco de doença cardiovascular (DCV). A obesidade pode também provocar irregularidades metabólicas, o que pode ser observado a regularização dos ciclos menstruais após a perda de peso³.

ACANTOSE (ACANTHOSIS NIGRICANS)

É relatada em 5% das pacientes com SOP, caracterizada por placa marrom, resultantes do estímulo de hormônio na camada basal da epiderme, mais observada no pescoço e áreas como axilas, virilhas e região inframamária. Assim a acantose nigricante é uma manifestação cutânea da hiperinsulinemia, não somente de obesidade, estando fortemente associadas com a resistência insulínica. A presença de acantose aconselha o teste de tolerância à glicose, podendo estar associada à malignidade, principalmente se as mucosas também estiverem envolvidas⁷.

DIAGNÓSTICO

A dosagem sérica de testosterona total é recomendada como avaliação de primeira linha para investigação do hiperandrogenismo. Deve ser realizada, se possível, na fase folicular do ciclo menstrual, sem uso de medicações por pelo menos 30 dias que possam interferir na concentração de testosterona¹⁰.

O diagnóstico da SOP na mulher em idade reprodutiva é essencialmente baseado nos sinais clínicos, laboratoriais e sintomas, após exclusão de outras etiologias com manifestação clínicas semelhantes. As pacientes com SOP frequentemente apresentam distúrbio menstrual caracterizado por ciclos com intervalos maiores que 35 dias, presença de múltiplos cistos nos ovários, verificado por meio de ultrassonografia pélvica, sinais clínicos de hiperandrogenismo, manifestado com acne e hirsutismo, obesidade, resistência à insulina, até amenorreia, associado ao hirsutismo¹².

PAPEL DA ALIMENTAÇÃO

Nas mulheres com SOP, principalmente as que apresentam sobrepeso ou obesas, a primeira linha de tratamento é a reeducação alimentar visando perda de peso, com dieta hipocalórica, diminuição de gordura saturada e aumento de gordura mono e poli-insaturada, aumento do consumo de fibras, frutas, cereais e vegetais. Além disso, recomenda-se exercício físico regular de moderado a intenso, ao menos cinco dias da semana, com duração de 30 minutos no mínimo¹⁰.

Alterações no estilo de vida está sendo a abordagem mais efetiva, barata e sem efeitos colaterais. Consiste na prática de atividades físicas regulares e dieta específica e diferente para cada paciente. A perda de apenas 2-7% do peso melhora praticamente todos os parâmetros da SOP, reduz os níveis de andrógenos e melhora a função ovariana. Estes efeitos são relacionados à redução nos níveis de insulina e conseqüentemente melhora a resistência insulínica⁷.

Para pacientes obesas e sedentárias foi examinado que a redução do peso, em torno de 7%

do peso corporal, contribuindo com a melhora do quadro, incluindo redução dos níveis androgênicos, assim como regularização dos ciclos menstruais e do padrão ovulatório. A atividade física, além de contribuir com a perda de peso, é importante na redução do hiperinsulinismo e, conseqüentemente, da resistência à insulina. Com a atividade física as células musculares passam a utilizar as catecolaminas como mediadores de glicose do meio extracelular para as fibras musculares, diminuindo, as necessidades insulínicas das células musculares. Tendo como resultado, a melhora do quadro de resistência à insulina¹².

Em relação ao tratamento, recomenda-se começar com modificações agressivas na dieta específica, para cada paciente, fazendo com que o foco seja colocar alimentos para a melhora deste quadro e retirar alimentos que estejam contribuindo para o levar à perda de peso, melhora na anovulação e indiretamente causar uma redução na pressão arterial sistólica. Se a perda de peso for insuficiente para corrigir a anovulação e diminuir a pressão arterial, o tratamento medicamentoso deve ser administrado para corrigir os sinais e sintomas³.

Visando reduzir os sinais do hiperandrogenismo, o tratamento da SOP, deve restaurar os ciclos ovulatórios regulares e controlar traços da síndrome metabólica. A escolha do tratamento dependerá da gravidade dos sintomas e dos objetivos particulares, considerando sempre as possíveis conseqüências em longo prazo⁷.

A escolha medicamentosa para uma mulher com SOP devem considerar as suas necessidades. O risco de desenvolvimento de complicações deve ser avaliado e explicado, para que a aderência ao tratamento seja ideal. Principalmente porque a SOP coloca a portadora em maiores possibilidades de

desenvolvimento do diabetes, hipertensão, dislipidemias, risco cardiovascular, hiperplasia de endométrio e tumor de endométrio¹².

CONCLUSÕES

As mulheres com SOP apresentam problemas psicológicos e psicossociais provavelmente causados não só pelas alterações hormonais. O diagnóstico precoce é essencial para prevenção das complicações, devendo-se ficar atento para a variedade nos achados clínicos e resistência insulínica é de extrema importância para tratamento precoce, eficaz e seguro. Além de anovulação e infertilidade, mulheres com SOP, tem um risco aumentado de desenvolver hipertensão e doença cardiovascular em associação à síndrome metabólica.

Embora um efetivo tratamento médico, objetivando melhorar os sintomas da síndrome, possa contribuir para restaurar a feminilidade, a prevenção de doenças crônicas e redução das alterações psíquicas, uma cuidadosa avaliação e um apoio psicológico, tanto individual como em grupo, são muito importantes no sentido de melhora da satisfação e da qualidade de vida dessas mulheres.

Seguir um plano alimentar orientado e com acompanhamento de um Nutricionista Clínico Funcional, faz toda diferença para melhora da qualidade de vida destas pacientes. Exercícios físicos regulares auxiliam na regulação e controle da doença. Mudar os hábitos de vida com orientação de uma equipe multidisciplinar é a melhor forma para o controle da SOP, reduzindo os riscos de desenvolvimento de diabetes, hipertensão, regulando os ciclos menstruais e restaurando a fertilidade.

REFERÊNCIAS

- 1- ANDRADE, VICTOR HUGO LOPES DE et al. Aspectos atuais da síndrome dos ovários policísticos: Uma revisão da literatura. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 9, p. 867-871, dezembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000900867&lng=en&nrm=iso>. acesso em 25 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.09.867> .
- 2- CUNHA, EVERALDO PORTO. "Manifestações androgênicas cutâneas na SOP–Estratégias de tratamento." *Boletim da SBRH* 5.4 (2007).
- 3- FERREIRA, José Arnaldo S. et al. Síndrome da anovulação crônica hiperandrogênica e transtornos psíquicos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 145-151, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300004>.
- 4- HALBE, Hans Wolfgang; CUNHA, Donaldo Cerci da. Síndrome dos ovários policísticos, seus fenótipos e influência do estilo de vida. **Diagn Tratamento**, São Paulo, v. 4, n. 12, p.159-164, ago. 2007. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2007/v12n4/a0005.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qqXkZooNJxoj:files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2007/v12n4/a0005.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
- 5- MARTINS, Wellington de Paula et al. Resistência à insulina em mulheres com síndrome dos ovários policísticos modifica fatores de risco cardiovascular. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 111-116, mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000300002>.
- 6- MELO, Anderson Sanches et al. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam maior frequência de síndrome metabólica

- independentemente do índice de massa corpóreo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 4-10, Jan. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100002>.
- 7- MOURA, Heloisa Helena Gonçalves de et al. Síndrome do ovário policístico: abordagem dermatológica. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 111-119, fev. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100015>.
- 8- MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz et al. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 503-510, nov. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100005>
- 9- PEREIRA, Jhully Márcia; SILVA, Vanessa de Oliveira; CAVALCANTI, Daniella da Silva Porto. Síndrome do Ovário Policístico: Terapia Medicamentosa com Metformina e Anticoncepcionais Orais. **Saúde & Ciência em Ação**, Goiânia, v. 01, n. 1, p.26-42, jul-dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/103>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- 10- PONTES, ANAGLÓRIA; ALMEIDA, BENEDITO DE SOUZA FILHO. Síndrome dos Ovários Policísticos: Diagnóstico, tratamento e repercussões ao longo da vida. Botucatu. Universidade Estadual Paulista ‘Julia de Mesquita Filho’. Faculdade de medicina de Botucatu, 2016.
- 11- Rosa-e-Silva AC. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clínica. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 1.p.1-15. (Série Orientações e Recomendações

FEBRASGO, n.4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).

12- Santos RM, Álvares A da CM. Revisão de literatura sobre a síndrome do ovário policístico. Rev Inic Cient Ext [Internet]. 27º de agosto de 2018 [citado 20º de março de 2020];1(Esp 2):261-5. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/92>

13- SILVA, Regina do Carmo; PARDINI, Dolores P.; KATER, Claudio E. Síndrome dos ovários policísticos, síndrome metabólica, risco cardiovascular e o papel dos agentes sensibilizadores da insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 281-290, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000200014>.