

Melhora alimentar e do estado nutricional de mulheres com síndrome do ovário policístico após intervenção nutricional

*Improvement in diet and nutritional status of women with polycystic ovary syndrome
after nutritional intervention*

FRANCIELLE VITÓRIA MORAIS

Discente de Nutrição (UNIPAM)
franciellevitoriamorais@unipam.edu.br

JÚLIA SILVA LOPES

Discente de Nutrição (UNIPAM)
julialopes@unipam.edu.br

ALINE CARDOSO DE PAIVA

Professora orientadora (UNIPAM)
alinecp@unipam.edu.br

Resumo: A síndrome do ovário policístico (SOP) é uma patologia prevalente em mulheres, caracterizada pelo excesso do hormônio androgênico, que causa vários sinais e sintomas que podem ser amenizados por cuidado alimentar individualizado. O objetivo do estudo foi avaliar a melhora alimentar e do estado nutricional em mulheres com SOP após a intervenção nutricional. Foi realizado um estudo experimental com mulheres diagnosticadas com SOP. Inicialmente foi realizada uma consulta nutricional completa com coleta de dados sobre saúde, alimentação, estado nutricional e hábitos de vida. Também foi respondido o questionário do Consenso de Rotterdam, para identificar os sintomas da SOP. Logo depois, foi elaborado um plano alimentar individualizado 40 dias; após a intervenção foi feita toda avaliação nutricional novamente. Os dados foram analisados antes e após a intervenção. Os resultados mostraram uma diminuição do peso, do Índice de Massa Corporal (IMC) e da circunferência da cintura, além de melhora na qualidade e quantidade alimentar, com menor ingestão de alimentos ultra processados, açúcar e aumento no consumo de legumes, verduras e laticínios. Observou-se que a intervenção nutricional melhorou os parâmetros alimentares e antropométricos, mostrando a importância do tratamento nutricional individualizado para as mulheres que sofrem de SOP.

Palavras-chave: nutrição; síndrome do ovário policístico; avaliação antropométrica.

Abstract: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a prevalent condition among women, characterized by excessive androgen levels, which cause various signs and symptoms that can be alleviated through individualized dietary care. The objective of this study was to evaluate dietary improvements and nutritional status in women with PCOS following a nutritional intervention. An experimental study was conducted with women diagnosed with PCOS. Initially, a comprehensive nutritional consultation was carried out to collect data on health, diet, nutritional status, and lifestyle habits. Participants also completed the Rotterdam Consensus questionnaire

to identify PCOS symptoms. An individualized 40-day dietary plan was then developed. After the intervention, a full nutritional reassessment was conducted. Data were analyzed before and after the intervention. The results indicated reductions in body weight, Body Mass Index (BMI), and waist circumference, as well as improvements in dietary quality and quantity, including reduced consumption of ultra-processed foods and sugar, and increased intake of vegetables, greens, and dairy products. The findings suggest that nutritional intervention improved both dietary and anthropometric parameters, highlighting the importance of individualized nutritional treatment for women with PCOS.

Keywords: nutrition, polycystic ovary syndrome, anthropometric assessment.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Escobar-Morreale *et al.* (2018), a síndrome dos ovários policísticos (SOP) descreve-se por uma endocrinopatia frequente na idade reprodutiva, caracterizada por uma combinação de sinais e sintomas de hormônio androgênico em excesso. De acordo ainda com os autores, essa síndrome é, supostamente, o distúrbio metabólico mais frequente em mulheres em idade reprodutiva. Estudos estimam que a síndrome afeta um percentual que varia entre 4% a 21% de mulheres, e esse número pode variar de acordo com a população estudada e do critério utilizado para diagnóstico. Sadeghi *et al.* (2022) apontam que estudos estimam que 1 em cada 10 mulheres apresentam SOP antes da menopausa e enfrentam consequências negativas.

Para diagnóstico da SOP, o critério mais utilizado é o Consenso de Rotterdam (2003). Nesse critério, a paciente precisa atender de 2 dos 3 critérios, como oligo ou anovulação (6-9 ovulações ao ano) hiperandrogenismo, por avaliação clínica ou bioquímica, além disso a presença de ovários policísticos. Embora a etiologia da síndrome seja ainda desconhecida, Escobar-Morreale *et al.* (2018) consideram a existência de fatores de risco significativos para o seu desencadeamento, como genéticos, ambientais, comportamentais e psíquicos. A SOP apresenta um potencial genético, portanto, quando a mãe apresenta a SOP, aumenta o risco de sua filha também desenvolvê-la.

No entanto, Ashkar *et al.* (2019) consideram a modificação do estilo de vida, intervenção dietética e prática de atividade física, além da intervenção farmacológica, importante fator de proteção para a SOP. Além disso, Szczuko *et al.* (2021) enfatizam a importância da perda de peso quando necessária, a fim de melhorar a sensibilidade à insulina e prevenir sequelas de saúde a longo prazo.

Entre os fatores ambientais, tem-se sido observada uma relação cada vez mais intensa com a alimentação, pois pode atuar diretamente nas alterações bioquímicas e metabólicas da SOP e também no controle do acúmulo de tecido adiposo, dislipidemia na resistência à insulina. Maleki *et al.* (2021) afirmam que os compostos fitoterápicos vêm sendo altamente utilizados como alternativas naturais para minimizar os efeitos da SOP.

O presente estudo visou avaliar a melhora alimentar e do estado nutricional em mulheres com SOP após a intervenção nutricional, visando diminuir os sinais e sintomas apresentados pelas mulheres.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo experimental com a amostra obtida por pacientes diagnosticadas com SOP em Patos de Minas (MG). A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a junho de 2024 no Ambulatório de Nutrição do UNIPAM.

O projeto foi divulgado por meio de cartazes colados no Campus do UNIPAM, via *WhatsApp* e via e-mail, convidando mulheres com SOP para participar do projeto. A amostra do estudo foi feita por conveniência, sendo selecionadas aquelas que voluntariamente se dispuserem participar do estudo após conhecimento e entendimento dos objetivos e da metodologia do trabalho, concordando em assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Unipam (CEP) (Parecer n. 5.913.219). A amostra esperada de mulheres participantes do projeto era de até 20 indivíduos, embora a amostra fosse por conveniência, o número máximo de mulheres que foram atendidas no Ambulatório de Nutrição no período proposto pelo trabalho foi de 13.

Inicialmente, foi realizada uma consulta nutricional completa com identificação do estado de saúde e nutrição de cada voluntária. A consulta foi realizada no Ambulatório de Nutrição do UNIPAM. A consulta foi composta por questionário com perguntas sobre saúde, sobre condições socioeconômicas, sobre sintomas específicos da SOP baseado no Consenso de Rotterdam 2003, anamnese alimentar, avaliação antropométrica e avaliação clínica. Logo após, elas receberam um acompanhamento nutricional com adequação nutricional baseada nas necessidades nutricionais individualizadas, incluindo a confecção de um plano alimentar para adequação do estado nutricional e tratamento da SOP.

O acompanhamento foi feito por 40 dias; quinzenalmente as pesquisadoras realizavam uma consulta para avaliar a adaptação da dieta e fazer as adequações alimentares necessárias para manter o tratamento nutricional. Além disso, as pacientes poderiam entrar em contato por telefone e e-mail a qualquer momento para tirar dúvidas ou para esclarecer alguma dúvida referente ao plano alimentar.

Após 40 dias de acompanhamento, foi feita uma reavaliação de todos os parâmetros analisados na 1ª consulta (questionário de saúde em geral, socioeconômico, anamnese alimentar, avaliação nutricional, clínica e avaliação dos sintomas apresentados de acordo com os critérios do Consenso de Rotterdam 2003). Após o término do estudo, as voluntárias que quiserem manter o acompanhamento nutricional foram encaminhadas para o ambulatório de Nutrição do UNIPAM.

2.1 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O projeto foi desenvolvido com mulheres adultas que voluntariamente se interessaram e procuraram o ambulatório de Nutrição para participar do projeto. As mulheres interessadas entraram em contato com as pesquisadoras. Foram usados como critérios de inclusão mulheres de 18 anos a 50 anos previamente diagnosticadas com SOP de todos os diferentes graus, que não estavam fazendo acompanhamento nutricional com um profissional nutricionista e que assinaram o TCLE. Já os critérios de exclusão foram mulheres gestantes ou lactantes que apresentaram outras doenças que causem

hiperandrogenismo ou oligo/amenorreia (tumores produtores de androgênios, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, tireopatias, que fazem uso de medicamentos associados com hirsutismo e hipogonadismo, ou hiperplasia adrenal congênita) e que não assinaram o TCLE.

2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário de atendimento elaborado pelas pesquisadoras, contendo dados pessoais, de saúde, medicamentos, caso estivessem utilizando. Logo após, foi aplicado um questionário socioeconômico que visava identificar as condições sociais e econômicas das participantes do estudo para que o plano alimentar e as orientações nutricionais fossem elaborados dentro da realidade financeira de cada participante. Em seguida, realizaram uma avaliação da manifestação dos sintomas clínicos e subclínicos conforme os critérios do Consenso de Rotterdam para caracterização do tipo e sintomas da SOP apresentados pelas voluntárias. Também foi feita uma avaliação dos hábitos alimentares através do Registro alimentar de 24 horas e foi realizada uma avaliação antropométrica e da composição corporal das voluntárias para avaliação do estado nutricional.

2.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Na avaliação nutricional dos voluntários, foram aferidos os dados de peso, estatura, e circunferência abdominal. A avaliação da composição corporal foi feita através das quatro dobras cutâneas (1985). O peso corporal dos indivíduos foi aferido em uma balança digital (Welmy) com capacidade para até 300 kg. A altura foi aferida utilizando-se o estadiômetro (Cescorf), com capacidade para até 200 cm. O índice de massa corporal (IMC – kg/m²) foi calculado pela equação (IMC = P/(A)²). A classificação do estado nutricional foi feita de acordo com a classificação da OMS de 1995.

A CA foi obtida através da medida da linha da cintura, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, num plano horizontal. As mulheres foram avaliadas em pé, eretas, com o local da medida descoberto ou vestido com roupas com tecido fino, a fim que de não interferisse na localização e resultado da aferição, com abdômen descontraído, braços ao lado do tronco e pés juntos. As avaliadoras realizaram a aferição de frente a avaliada, posicionando a fita métrica no ponto maior da circunferência abdominal, sendo mais frequente no rumo da cicatriz umbilical (Costa; Freitas Júnior, 2009).

2.4 AVALIAÇÃO DA MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS DA SOP CONFORME OS CRITÉRIOS DO CONSENSO DE ROTTERDAM

Os sintomas da SOP foram identificados no questionário inicialmente aplicado e através dos critérios do Consenso de Rotterdam (2003). Esse critério foi utilizado com a finalidade de obter uma abordagem mais assertiva e foi utilizado para avaliação dos sintomas apresentados pela paciente com SOP. De acordo com a Diretriz Internacional Baseada em Evidências para a Avaliação e Tratamento da Síndrome dos Ovários

Policísticos (ESHRE, 2018), o critério de Rotterdam (2003) é o método usado com maior frequência para o diagnóstico da SOP. Nesse critério, a paciente precisa atender de 2 dos 3 critérios; entre eles oligo ou anovulação (6-9 ovulações ao ano) e ou ciclos maiores que 35 dias, hiperandrogenismo, por avaliação clínica ou bioquímica; além disso, a presença de ovário policísticos. Todos esses sintomas da SOP identificados serviram de base para comparação entre as melhorias antes e após a intervenção nutricional.

2.5 AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES ATRAVÉS DO REGISTRO ALIMENTAR DE 24 HORAS (R24H) E QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR (QFA)

Para avaliação da qualidade alimentar das mulheres que participaram do estudo, foram aplicados os R24 h e o QFA. O R24h consistiu em definir e quantificar os alimentos e bebidas que foram ingeridos no dia anterior. O questionário de 24 horas é de mais fácil recordação, uma vez que se identificam a rotina e os horários que o indivíduo realizou sua alimentação. (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

Esse método se caracteriza por meio de uma entrevista pessoal, através de um nutricionista que conduz a mulher para coleta de dados e a confiabilidade; às informações dependerão da memória e honestidade do paciente (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

Para a realização da entrevista, foi perguntado às mulheres os hábitos e costumes, o modo de preparo dos alimentos, tamanho e volume da porção consumida de forma detalhada. Esse método foi escolhido por ser de fácil aplicação e por permitir maior interação do indivíduo. Dessa forma, foi possível também avaliar a dieta atual e estimar os valores aproximados da ingestão de energia consumida no período de 24 horas (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

O QFA é um método prático e informativo. Ele foi composto por uma lista de diversos alimentos pré-definidos e a frequência de consumo. O paciente será orientado a assinar com um —X a frequência a qual consome aquele alimento/bebida. Nesse sentido, foi escolhido esse método com o objetivo de identificar a preferência alimentar dos indivíduos para que se consiga elaborar um plano alimentar mais assertivo e com maior adesão para o paciente. (Fisberg; Marchioni; Colucci, 2009).

2.6 PRESCRIÇÃO DO PLANO ALIMENTAR PARA AS VOLUNTÁRIAS

Para confecção do plano alimentar, foi realizado todo protocolo nutricional de acordo com as propostas recomendadas pelos padrões dietéticos da dieta do Mediterrâneo. Foi utilizada a fórmula da EER (*Estimated Energy Requirement*), definido como o valor médio de ingestão de energia proveniente da alimentação necessária para a manutenção do balanço energético de indivíduos saudáveis, para o cálculo das necessidades energéticas dos pacientes (IOM, 2006).

As necessidades de macronutrientes (proteínas, carboidratos, lipídios e fibras) foram específicas para cada voluntária e calculadas a partir das recomendações dos padrões alimentares Mediterrâneo (Bach-Faig *et al.*, 2011). Foram considerados o sexo, a idade e atividade física.

De acordo com os cálculos de necessidades energéticas e de macro e micronutrientes, foi elaborado um plano alimentar para cada voluntária, considerando também os hábitos alimentares e a condição financeira, os quais foram coletados. O plano alimentar foi modificado a cada 30 dias, sofrendo assim alterações a cada 15 dias, de acordo com o retorno da paciente. O plano alimentar teve por objetivo atender as necessidades nutricionais de cada voluntário para melhorar seu estado nutricional e para tratamento dos sintomas da SOP.

2.7 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis do estudo, a fim de se caracterizar a amostra estudada; para tal, foi utilizado o programa Windows Excel. Os resultados foram descritos em médias e desvio padrão. Para análise estatística do IMC antes e após a intervenção nutricional, foi primeiramente utilizado o teste Normalidade de Shapiro-Wilk, para ver a normalidade dos dados. Como os dados não seguiam uma distribuição normal, foi usado o teste de Wilcoxon para comparação entre os dados. Para diferença dos valores na circunferência da cintura foi usado o teste T pareado, pois os dados apresentaram distribuição normal. Valores de $p < 0,005$ foram considerados significantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 13 mulheres com idade média de $29,6 \pm 9,2$ anos, variando de 22 a 48 anos. Todas as mulheres disseram não fazer uso de cigarro, 61,5% disseram que ingerem bebida alcoólica socialmente e 61,5% praticam algum tipo de exercício físico regularmente.

Todas com diagnóstico prévio de SOP, variando de 1 ano a 25 anos, mas a maioria (72,7%) teve o diagnóstico a menos de 5 anos. A maioria (84,6%) relatou ter apenas a doença estudada (SOP); o restante citou ter outras doenças como hipotireoidismo, gastrite e diabetes mellitus. De acordo com Benham (2023), 60-70% das mulheres com SOP apresentam um risco aumentado de doenças crônicas, devido a diversos fatores, como resistência à insulina, maior prevalência de diabetes tipo 2, obesidade e síndrome metabólica.

Como tratamento para SOP, 46,0% faziam uso de anticoncepcional, que ainda é a principal estratégia terapêutica utilizada, e 15,0 % disseram usar o dispositivo intrauterino (DIU). Entretanto, o uso de anticoncepcionais não é o método mais eficaz para tratar a doença, visto que eles melhoram a anovulação, mas não a base da doença, que é a resistência à ação da insulina, e ainda podem agravar esse quadro. Assim, vêm sendo propostas novas abordagens terapêuticas, entre as quais está a reeducação alimentar, com dieta equilibrada, hipocalórica e de baixo índice glicêmico, prática regular e orientada de exercícios físicos, controle medicamentoso da insulina.

Mesmo a maioria usando contraceptivos hormonais, grande parte das mulheres estudadas ainda apresentavam uma irregularidade menstrual (66,7%) e apenas 38,46% relataram ter o ciclo menstrual regular. A SOP é caracterizada por uma combinação de sinais e sintomas de hormônio androgênico em excesso, como anovulação crônica

(oligomenorreia ou amenorreia), hiperandrogenismo e morfologia ovariana policística, de acordo os critérios de Rotterdam (2003).

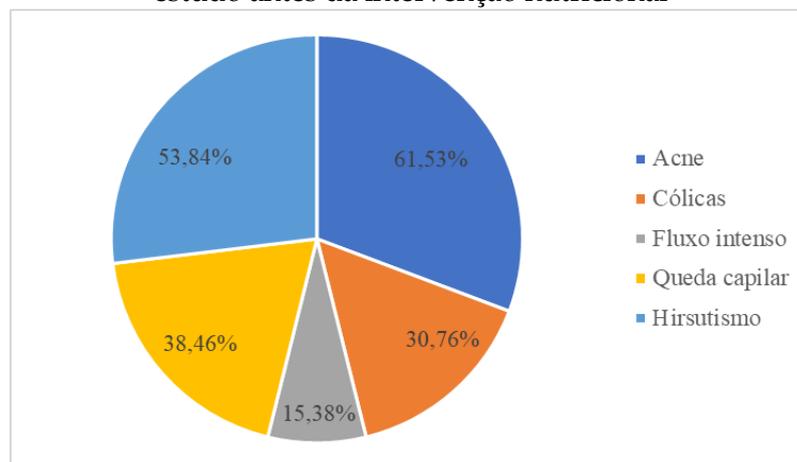
No presente estudo, as mulheres relataram ter vários sintomas característicos da SOP, prevalecendo a presença de acne e hirsutismo (Figura 1). Osibogun, Ogunmoroti, Michos (2020) encontraram em seu trabalho 53,84% de mulheres com hirsutismo e 38,46%, com queda de cabelo, resultando também em danos à saúde mental das portadoras da síndrome, com o surgimento de sintomas de ansiedade e insegurança.

Outros sintomas também foram identificados no estudo: 30,77% sentiam fortes cólicas menstruais; 15,38% com o fluxo menstrual intenso e 38,46% com alta queda capilar (Figura 1).

Com relação à fertilidade, 7,9% das mulheres do estudo relataram ter problemas relacionados à infertilidade. De acordo com Deswal *et al.* (2020), a SOP é uma condição complexa que, além de afetar a fertilidade, aumenta a incidência de abortos espontâneos, impactando diretamente a saúde reprodutiva e a qualidade de vida das mulheres que a possuem.

As manifestações clínicas observadas podem ser uma consequência direta das múltiplas disfunções hormonais características do distúrbio ovariano. Entre essas disfunções, destaca-se a hiperprodução de androgênios, como a testosterona e a androstenediona, além da elevação dos níveis de hormônio luteinizante (LH). Esse hiperandrogenismo se relaciona diretamente com os sintomas apresentados pelas mulheres do estudo (Figura 1).

Figura 1: Prevalência dos sintomas relatados à SOP relatados pelas voluntárias do estudo antes da intervenção nutricional



Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O aumento de peso também é uma consequência comum da SOP, o qual contribui para o surgimento de alterações clínicas e bioquímicas. A obesidade, por sua vez, intensifica a resistência à insulina, consequentemente gera impactos negativos sobre o metabolismo, piorando ainda mais a função reprodutiva e o quadro hiperandrogênico (Lana *et al.*, 2020).

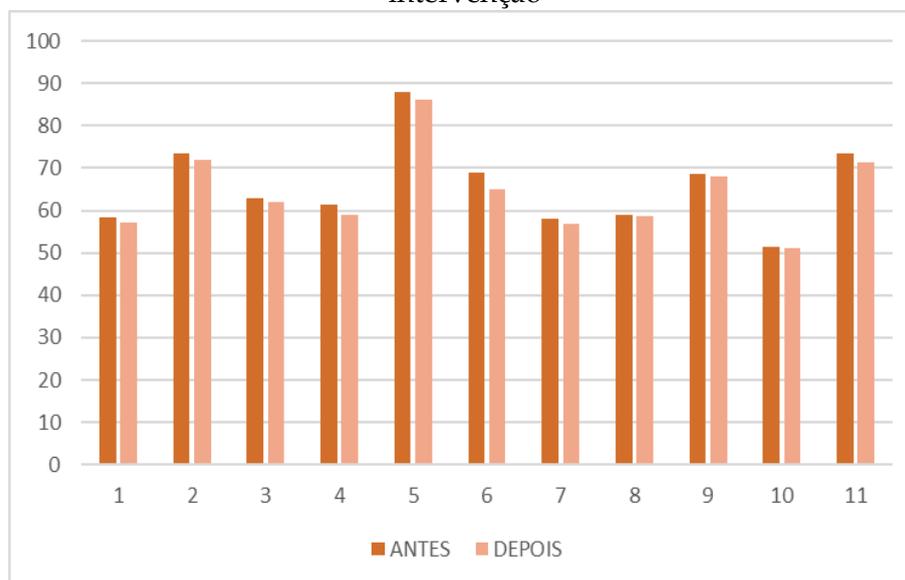
Ao se realizar a avaliação antropométrica no presente estudo, obteve-se um IMC antes da intervenção nutricional com o valor médio de $26,0 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$, sendo que

a grande maioria estavam com sobrepeso (61,54%) e apenas 23,08% estavam eutróficas. Logo após a intervenção nutricional foi observada uma perda de peso média de 1,48 kg em 40 dias, com variação entre 0,3g e 3,9 kg (figura 2). Concomitantemente obteve-se uma redução média do IMC das participantes do estudo para $25,3 \pm 3,7$ kg/m², diferença significativa após análise estatística ($p = 0,00098$).

A análise da circunferência da cintura (CC) revelou que 69,23% das participantes apresentaram medidas acima do considerado adequado, conseqüentemente, maior risco de complicações metabólicas e doenças cardiovasculares, de acordo com a OMS. Após a intervenção, as mulheres estudadas apresentaram uma redução significativa ($p = 0,00019$) da CC, sendo um benefício importante para o tratamento da SOP, pois uma CC aumentada eleva o risco de doenças cardiovasculares (DVC).

A síndrome do ovário policístico (SOP) está associada a um risco significativamente elevado de (DCV) em mulheres. Estudos apontam que, em todas as faixas etárias, mulheres com SOP apresentam um risco relativo combinado (RR) de 1,51 para desenvolver DCV, o que representa 51% mais chances, em comparação com aquelas sem a condição. Entre mulheres de 10 a 54 anos, esse risco, embora ligeiramente menor, ainda é relevante, com um RR de 1,37, indicando um aumento de 37% na probabilidade de desenvolver essas doenças (WAN *et al*, 2024).

Figura 2: Peso das mulheres participantes do estudo antes e após a intervenção



Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Fonsêca *et al.* (2011) realizou um estudo no Maranhão e evidenciou achados similares, uma vez que a maioria das mulheres com SOP apresentou sobrepeso pelo IMC (60%), risco para complicações metabólicas segundo a CC (54%) e risco para doenças cardiovasculares conforme a RCQ (51,4%). Em outro trabalho realizado em Minas Gerais, constatou-se que 96,3% das mulheres apresentavam excesso de peso, 90,7%, risco para complicações metabólicas e 74,1%, risco para DCV (WHO, 1999).

No estudo de Carolo *et al.*, (2017), foram analisados os benefícios de aconselhamento nutricional em adolescentes com sobrepeso e obesidade com SOP; assim foi observado que as pacientes com resultados mais significativos aderiram a dietas hipocalóricas e com mais refeições ao dia, além de praticarem exercício físico. Dessa forma, as pacientes diminuíram significativamente a CC, embora o peso e o IMC não tenham sido reduzidos de forma tão significativa.

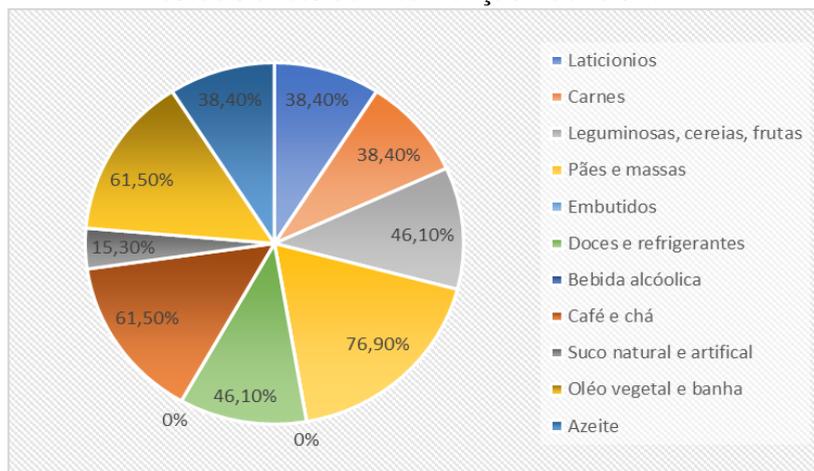
Um estudo sobre a SOP, aponta diversas estratégias dietéticas que podem beneficiar pacientes com essa condição. A adoção de uma dieta de baixo índice glicêmico (IG) ajuda a reduzir a resistência à insulina, estabilizando os níveis de açúcar no sangue. A inclusão de ácidos graxos ômega-3, presentes em alimentos como peixes e nozes, pode reduzir a inflamação e equilibrar hormônios, enquanto evitar gorduras saturadas é essencial para a saúde geral. Além disso, alimentos ricos em nutrientes como vitamina D, inositol e vitaminas do grupo B auxiliam na regulação hormonal (Beguma; Areen, 2023). Por isso, após a intervenção nutricional, observou-se uma melhora nos padrões alimentares das participantes do estudo.

Antes da intervenção nutricional, 46,1% das mulheres relataram um consumo diário de legumes, cereais e frutas. Em contrapartida, o consumo de doces e sobremesas foi referido por 46,1 % das participantes de 3 a 4 porções semanais. Junto a isso, aos finais de semana ocorre a alteração da alimentação como o consumo de alimentos ultraprocessados, sendo relatado pela maioria das participantes o alto consumo de alimentos, como pizzas e sanduíches, pães caseiros (pão de queijo e broa) e alto consumo de refrigerante.

Destaca-se que 76,92% alteram a alimentação aos finais de semana (Figura 3). Na SOP; alimentos como leguminosas, nozes, frutas como maçã e laranja, legumes verde-escuros são alimentos que geralmente são digeridos mais lentamente, levando a uma liberação gradual de glicose na corrente sanguínea, o que pode ajudar a controlar os níveis de insulina e melhorar os sintomas associados à SOP (Beguma; Areen, 2023). Em contrapartida, dietas ricas em gorduras saturadas e açúcares simples podem piorar os sintomas e a progressão da doença (Santos *et al.*, 2019).

Na Figura 3, pode-se observar que um terço das mulheres do estudo consumiam alimentos do grupo de laticínios (leite, queijo, iogurte e requeijão); apenas 38,4 % consumiam esses alimentos diariamente, influenciando na ingestão de cálcio e vitamina D. De acordo com a Pirâmide Alimentar, as recomendações para esse grupo alimentar são de 3 porções ao dia; no estudo, menos de 40% das pacientes fazem esse consumo adequado diariamente.

Figura 3: Frequência de consumo alimentar diário através do QFA das participantes do estudo antes da intervenção nutricional



Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Já sobre o consumo de carnes, foi relatado um maior consumo da carne bovina, sendo 38,4% diariamente, e da carne de frango, 30,7% diariamente. Já os ovos, são alimentos muito consumidos: 30,7% consomem diariamente, 53,8% consomem semanalmente e apenas 15% das mulheres relatam que consomem quinzenalmente e mensalmente. Sua recomendação diária é de ao menos 1 porção ao dia (190 calorias); pode se perceber que praticamente todas as pacientes fazem esse consumo, mas com fontes proteicas distintas.

Sobre o grupo de carboidratos (arroz, pães, massas), percebeu-se que 100% das pacientes fazem um consumo diário do arroz, 76,9% fazem o consumo diário de pães, mas apenas 15% fazem o consumo diário de massas. Tendo em vista sua recomendação de 6 porções por dia, todas atingiram a recomendação desse grupo.

Porém, após a intervenção nutricional, todas as mulheres melhoraram a qualidade alimentar e quantidade da alimentação, conforme prescrição individualizada. O estudo demonstra que a intervenção nutricional individualizada resultou em uma melhora nos sintomas da SOP relatados pelas pacientes. Uma alimentação adequada, rica em nutrientes e com foco na redução do consumo de alimentos processados, açúcares e gorduras saturadas, pode auxiliar na regulação hormonal, na melhora da sensibilidade à insulina e na redução da inflamação, contribuindo para a melhora dos sintomas da SOP.

Osibogun, Ogunmoroti, Michos (2020) destacam que a prevalência de mulheres com SOP pode variar entre 4% e 21% dependendo dos critérios que foram considerados e da população investigada. O manejo requer abordagem multidisciplinar, combinando mudanças no estilo de vida e tratamentos médicos.

Embora não haja cura para a SOP, a primeira linha de tratamento inclui intervenções no estilo de vida que enfatizam a perda de peso e modificações na dieta, com esforços para melhorar a sensibilidade à insulina e prevenir sequelas de saúde a longo prazo (Szczyko *et al.*, 2021). A intervenção nutricional demonstrou ser eficaz para o grupo estudado, uma vez que todas as participantes apresentaram perda de peso e

redução na medida da cintura, o que é significativo para a diminuição do risco de doenças cardiovasculares e metabólicas.

4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos revelaram que, após a intervenção nutricional, as mulheres com SOP tiveram uma melhora na alimentação, o que refletiu na diminuição do peso, do IMC e da circunferência da cintura, parâmetros importantes para o tratamento dos sintomas da SOP.

O presente estudo conseguiu indicar que a intervenção nutricional pode melhorar a qualidade de vida das mulheres com SOP, principalmente através de um cuidado individualizado e contínuo. No entanto, não foi possível identificar uma mudança efetiva nos sintomas da SOP, embora as mulheres relataram durante as consultas várias melhoras.

Porém resultados mais expressivos poderiam ter sido encontrados com um tempo maior de intervenção e com um número maior de voluntárias. Novos estudos deverão ser feitos para comprovar ainda mais os resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

ASHKAR, Fatemeh *et al.* The Role of medicinal herbs in treatment of insulin resistance in patients with polycystic ovary syndrome: a literature review.

Biomolecular Concepts, v. 11, n. 1, p. 57-75, 2019.

BACH-FAIG, Anna *et al.* Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. **Public health nutrition**, v. 14, n. 12A, p. 2274-2284, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>.

BEGUMA, M. S; AREEN, S. Otimizando o tratamento do transtorno do ovário policístico (PCOD) com estratégias personalizadas de estilo de vida e nutrição. **Journal of Clinical Medicine Research**, 2023.

BENHAM, Jamie L.; TEEDE, Helena; TAY, Chau Thien. Síndrome do ovário policístico: associações com doença cardiovascular. **Climacteric**, 2023.

CAROLO, A. L. *et al.* Nutritional counseling promotes changes in the dietary habits of overweight and obese adolescents with polycystic ovary syndrome. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 39, n. 12, p. 692-696, 2017.

CONSENSUS ON DIAGNOSTIC CRITERIA AND LONG TERM HEALTH RISKS RELATED TO POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS). The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. **Human Reproduction**, v. 19, p. 41-47, 2004.

COSTA, C. S. R.; FREITAS JÚNIOR, I. F. Perímetros corporais. *In: FREITAS JÚNIOR, I. et al. Padronização de técnicas antropométricas*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 31-37.

DESWAL, R. *et al.* The prevalence of polycystic ovary syndrome: a brief systematic review. **Journal of Human Reproductive Sciences**, v. 13, n. 4, p. 261-271, 28 dez. 2020.

ESCOBAR-MORREALE, Héctor F. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 14, n. 5, p. 270-284, 2018.

FISBERG, Regina Mara; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; COLUCCI, Ana Carolina Almada. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, p. 617-624, 2009.

FONSÊCA, P. C. A. *et al.* Estado nutricional e risco cardiovascular de mulheres portadoras de síndrome dos ovários policísticos. **Revista Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 47-51, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements. Washington, DC. **The National Academies Press**, 2006.

LANA, M. P. *et al.* Metabolic compromise in women with PCOS: earlier than expected. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 9, p. 1225-1228, 2020.

MALEKI, Vahid *et al.* Mechanistic and therapeutic insight into the effects of cinnamon in polycystic ovary syndrome: a systematic review. **Journal of Ovarian Research**, v. 14, n. 1, p. 1-14, 2021.

OSIBOGUN, Olatokunbo; OGUNMOROTI, Oluseye; MICHOS, Erin D. Polycystic ovary syndrome and cardiometabolic risk: opportunities for cardiovascular disease prevention. **Trends in cardiovascular medicine**, v. 30, n. 7, p. 399-404, 2020.

REVISED 3 CONSENSUS ON DIAGNOSTIC CRITERIA AND LONG TERM HEALTH RISKS RELATED TO POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS). The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. **Hum Reprod.**, v. 19, p. 41-47, 2004.

SADEGHI, H. *et al.* Síndrome de ovario poliquístico: una revisión exhaustiva de la patogenia, el manejo y la reutilización de fármacos. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 2, p. 1-33, 2022.

SANCHEZ-GARRIDO MA, Tena-Sempere M. Metabolic dysfunction in polycystic ovary syndrome: Pathogenic role of androgen excess and potential therapeutic strategies. **Mol Metab**, 2020.

SANTOS, T. S *et al.* Aspectos nutricionais e manejo alimentar em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Revista Saúde em Foco**, vol. 11, n. 1. p. 649-670, 2019.

SZCZUKO, Małgorzata *et al.* Nutrition strategy and lifestyle in polycystic ovary syndrome. **Narrative review. Nutrients**, v. 13, n. 7, p. 2452, 2021.

WAN, Z. *et al.* Risk and incidence of cardiovascular disease associated with polycystic ovary syndrome. **European Journal of Preventive Cardiology**, 19 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* Expert committee on physical status: the use and interpretation of anthropometry (1993: Geneva, Switzerland). **Physical status: the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee**, 1995.