CADERNOS UniFOA

Edição 55 | 2025 *e-ISSN: 1982-1816*

Data de submissão: 04/08/2025 Data de Aprovação: 12/09/2025

Síndrome dos ovários policísticos: características clínicas e abordagens terapêuticas atuais

Polycystic ovary syndrome: clinical features and current therapeutic approaches

[1] Isis Silveira Dutra

[1] Elton Bicalho de Souza

1 Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA

RESUMO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino comum entre mulheres em idade reprodutiva, caracterizado por sinais de hiperandrogenismo, disfunção ovulatória e alterações morfológicas nos ovários. Apesar de amplamente estudada, ainda há divergências sobre seus critérios diagnósticos e manejo clínico. O objetivo deste estudo foi revisar as principais características clínicas da SOP e discutir as abordagens terapêuticas descritas na literatura. Trata-se de uma revisão integrativa baseada em artigos científicos e documentos oficiais publicados entre 2015 e 2025. Os achados apontam que o tratamento da SOP deve ser individualizado e multidisciplinar, incluindo mudanças no estilo de vida como primeira linha de intervenção, com foco em alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e suporte psicológico. Intervenções farmacológicas, como o uso de anticoncepcionais, sensibilizadores de insulina e indutores de ovulação, são indicadas conforme os sintomas apresentados. Estratégias nutricionais, suplementação e uso de fitoterápicos também têm mostrado resultados promissores no controle dos sinais e sintomas da síndrome. Conclui-se que, embora não haja cura definitiva para a SOP, o manejo adequado pode melhorar significativamente a qualidade de vida das pacientes e reduzir o risco de comorbidades metabólicas e reprodutivas.

Palavras-chave

Síndrome do Ovário Policístico; Terapêutica; Dieta.

ABSTRACT

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a common endocrine disorder among women of reproductive age, characterized by signs of hyperandrogenism, ovulatory dysfunction, and morphological changes in the ovaries. Despite being widely studied, there are still divergences regarding its diagnostic criteria and clinical management. The aim of this study was to review the main clinical features of PCOS and to discuss therapeutic approaches described in the literature. This is an integrative review based on scientific articles and official documents published between 2015 and 2025. The findings indicate that PCOS treatment should be individualized and multidisciplinary, with lifestyle modifications as the first-line intervention, focusing on healthy eating, regular physical activity, and psychological support. Pharmacological interventions, such as oral contraceptives, insulin sensitizers, and ovulation inducers, are recommended according to the symptoms presented. Nutritional strategies, supplementation, and the use of herbal medicine have also shown promising results in controlling the signs and symptoms of the syndrome. It is concluded that, although there is no definitive cure for PCOS, appropriate management can significantly improve patients' quality of life and reduce the risk of metabolic and reproductive comorbidities.

Keywords

Polycystic Ovary Syndrome; Therapeutics; Diet.

CC BY NC SA

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma condição clínica caracterizada pela associação de sinais de hiperandrogenismo, como o excesso de testosterona, e de disfunção ovariana, incluindo ovulação irregular e/ou morfologia ovariana policística. Para seu diagnóstico, é necessário descartar previamente outras causas específicas, como hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal congênita clássica (Lima; Araújo, 2022). A prevalência de casos abrange, atualmente, 5% a 21% das mulheres em idade reprodutiva, todavia esse número pode ser maior em função do aumento de fatores e comportamentos de risco, das condições clínicas de diagnóstico e de manifestações metabólicas (Chaves et al., 2024).

Essa condição pode ocasionar infertilidade, entretanto o impacto da SOP ultrapassa a esfera reprodutiva. Além da irregularidade menstrual, que varia entre amenorreia e oligomenorreia, muitas mulheres apresentam manifestações metabólicas, como resistência à insulina, que contribui para o desenvolvimento de doenças como obesidade; diabetes mellitus tipo 2; doenças cardiovasculares; e distúrbios neuropsicológicos. Também são comuns sinais e sintomas clínicos, como hirsutismo, acne, pele oleosa, queda de cabelo e, em situações mais graves, virilização com clitoromegalia e alopeciaandrogênica. Essas alterações reforçam a natureza multifatorial da síndrome e sua importância como problema de saúde pública (Escobar-Morreale, 2018; Bessa et al., 2022).

Descrita, pela primeira vez, em 1935, por Stein e Leventhal, como uma associação entre amenorreia e morfologia ovariana policística, a SOP passou a ser alvo de inúmeros estudos ao longo das décadas. Desde então, novas evidências têm mostrado a heterogeneidade de manifestações clínicas e laboratoriais, o que, por vezes, dificulta o diagnóstico (Rosa-E-Silva; Damásio, 2023). A literatura descreve, atualmente, quatro fenótipos principais: hiperandrogenismo associado à disfunção ovariana; hiperandrogenismo associado à morfologia ovariana policística; ovulação irregular associada à morfologia ovariana policística; e a forma mais completa, que combina hiperandrogenismo, ovulação irregular e morfologia policística (Escobar-Morreale, 2018).

O diagnóstico da SOP é motivo de debate entre especialistas. Entre os protocolos existentes, o Consenso de Rotterdam, publicado em 2004 e revisado em 2012, pela American Society for Reproductive Medicine (ASRM) e pela European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) é o mais utilizado. Esse protocolo adota critérios mais flexíveis, permitindo a inclusão de mulheres sem manifestações clínicas evidentes de hiperandrogenismo. Por outro lado, existem consensos mais conservadores, como o proposto pelo National Institutes of Health (NIH), que utiliza critérios mais restritivos, priorizando a presença de sinais clássicos para reduzir o risco de diagnósticos excessivos (Rosa-E-Silva; Damásio, 2023). A falta de uniformidade entre os consensos reforça a necessidade de maior padronização para a prática clínica.

No que se refere ao tratamento, ainda não existe cura para a SOP. O tratamento é desafiador, dada a etiologia multifatorial da síndrome que envolve fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. O manejo deve ser individualizado e orientado de acordo com as manifestações predominantes, sejam elas reprodutivas, estéticas ou metabólicas. Em linhas gerais, a modificação do estilo de vida é considerada a abordagem de primeira linha, englobando estratégias alimentares, prática regular de exercícios físicos e mudanças comportamentais. Essas medidas apresentam impacto positivo tanto na redução dos sintomas quanto na prevenção de complicações a longo prazo. Entretanto, não há consenso na literatura quanto à melhor abordagem dietética, nem em relação ao tipo e à duração do exercício físico mais eficaz (Al Wattar et al., 2021).

O tratamento farmacológico com foco principal no controle dos sintomas e na prevenção das complicações associadas, como resistência à insulina e infertilidade, continuam sendo a base do manejo da SOP. Contraceptivos orais combinados com a metformina continuam a ser amplamente utilizados para reduzir os níveis de andrógenos e melhorar a regularidade menstrual. Porém, essa terapia pode não ser eficaz para todas as mulheres, o que ressalta a importância de uma abordagem individualizada. A laparoscopia também é tida

como uma opção de tratamento para indução da ovulação, especialmente quando a terapia medicamentosa não surte efeito (Martins et al., 2024).

Considerando as divergências persistentes acerca dos critérios diagnósticos e a relevância do manejo não farmacológico para a melhora clínica das mulheres com SOP, torna-se fundamental aprofundar a discussão sobre os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da síndrome. Assim, o presente estudo teve como objetivo revisar as principais características da SOP e descrever as estratégias de tratamento propostas pela literatura, com ênfase nas intervenções relacionadas ao estilo de vida.

2 MÉTODOS

Para a construção da revisão integrativa foram utilizadas as bases de dados Google Acadêmico, Scielo e *National Library of Medicine* (Pubmed), bem como documentos oficiais da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), utilizando os descritores "Síndrome do Ovário Policístico *OR Polycystic Ovary Syndrome*", combinados com o operador booleano *AND* para os descritores "Terapêutica *OR Therapeutics*" *AND* "Dieta *OR Diet*", publicados nos últimos 10 anos (2015 a 2025), em português ou em inglês.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A SOP é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas resultantes de uma disfunção endócrina em mulheres em idade reprodutiva, levando a manifestações típicas do excesso de hormônios androgênicos (Andrade *et al*., 2023).

A primeira tentativa formal de descrever a SOP foi em 1990, na conferência do *National Institute of Child Health e do National Institute of Health* (NIH). O hiperandrogenismo clínico ou bioquímico e a oligoanovulação crônica foram descritos como as principais características diagnósticas da SOP (Lizneva *et al*., 2016). O quadro 1 mostra os diferentes critérios diagnósticos propostos para a Síndrome dos Ovários Policísticos.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos propostos para a SOP.

Instituição	Critérios Possíveis	Definição da Síndrome
NIH (1990)	Hiperandrogenismo; Oligo-amenorreia.	Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e oligo-amenorreia são critérios obrigatórios. Excluir outras causas de hiperandrogenismo.
Rotterdam (2003; 2012)	Hiperandrogenismo; Oligo-amenorreia; Critérios USG.	Hiperandrogenismo: hirsutismo com índice de Ferriman Gallwey maior ou igual a 8. Oligomenorreia: presença de pelo menos 2 dos 3 critérios, nenhum obrigatório. Contagem folicular ao ultrassom: 12 ou mais folículos, com diâmetro entre 2 a 9mm num mesmo ovário, sendo que um único ovário já caracteriza a alteração. Excluir outras causas de hiperandrogenismo.

AE-PCOS (2009)	1. Hiperandrogenismo; 2. Oligo-amenorreia; 3. Critérios USG.	Hiperandrogenismo, caracterizado por hirsutismo ou hiperandrogenemia. Disfunção ovulatória, que pode ser caracterizada por oligomenorreia ou característica policística dos ovários ao US. Excluir outras causas de hiperandrogenismo e distúrbios ovulatórios
NHMRC; ASRM; ESHRE (2018)	1. Hiperandrogenismo; 2. Oligo-amenorreia; 3. Critérios USG.	Hiperandrogenismo: hirsutismo com índice de Ferriman Gallwey maior ou igual a 6 em mulheres ocidentais, e menor ou igual a 4 em orientações. Oligomenorreia: intervalo intermenstrual maior que 35 dias ou amenorreia, se intervalo menstrual for maior que 90 dias. Contagem folicular ao ultrassom: 20 ou mais folículos, com diâmetro entre 2 a 9mm, em um mesmo ovário, sendo que um único ovário já caracteriza a alteração. Presença de, pelo menos, 2 dos 3 critérios, nenhum obrigatório. Excluir outras causas de hiperandrogenismo.

IH = National Institute of Child Health e do National Institute of Health; USG = ultrassonografia; AE-PCOS = *The Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society*; NHMRC = *Australian National Health and Medical Research Council of Australia*; ASRM = *American Society for Reproductive Medicine*; ESHRE = *European Society for Human Reproduction and Embryology Medicine*.

Fonte: Adaptado de Rosa-e-Silva e Damásio (2023).

Ainda não existe uma definição das possíveis causas da SOP. A base genética é considerada uma possível etiopatogenia, podendo a interação de fatores ambientais e variantes genéticas estarem relacionadas aos mecanismos de ação que desencadeiam a disfunção metabólica e endocrinológica da síndrome - a presença de agregação familiar nas famílias das mulheres. Como resultado dessa interação entre ambiente e genética, a manifestação clínica pode variar para uma das quatro expressões fenotípicas descritas na literatura científica (Ortiz-Flores; Luque-Ramírez; Escobar-Morreale, 2019), com fenótipos classificados em A, B C e D. O fenótipo A é representado por mulheres que apresentam hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, disfunção ovulatória e ovários policísticos na ultrassonografia; o fenótipo B é caracterizado por hiperandrogenismo e disfunção ovulatória; já o fenótipo tipo C corresponde a mulheres que apresentam hiperandrogenismo e morfologia policística dos ovários; e, por fim, o fenótipo D inclui apenas a combinação da irregularidade menstrual com o aspecto ecográfico policístico dos ovários (Baracat; Rezende, 2023).

Dentre os sinais e sintomas da SOP mais comuns estão a anovulação crônica, hiperandrogenismo, irregularidade menstrual, acne, alopecia, hirsutismo, seborreia, excesso de peso, infertilidade, entre outros. Também são comuns a presença de hiperinsulinemia, resistência à insulina, síndrome metabólica, anormalidades no perfil lipídico, além de uma predisposição para diabetes mellitus tipo 2 e doença cardiovascular. Esses sintomas podem variar de mulher para mulher, e uma mesma pessoa pode ter variações em seus sintomas e resultados laboratoriais ao longo da vida. A resistência à insulina em mulheres com SOP é um dos distúrbios hormonais mais comuns, com, aproximadamente, 75% de prevalência de algum nível da condição em mulheres com SOP. Essa condição está relacionada ao hiperandrogenismo da síndrome, o que torna essencialmente importante o seu manejo e tratamento (Campos; Leão; Souza, 2021; Pena *et al*., 2022).

A SOP pode ocasionar anormalidades reprodutivas que podem causar infertilidade transitória, sendo que, quando essas mulheres engravidam, elas têm uma probabilidade maior de desenvolverem complicações

como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, macrossomia fetal, bebês pequenos para a idade gestacional e mortalidade perinatal (Lizneva *et al*., 2016).

4 TRATAMENTO

O tratamento para amenizar os sinais e sintomas da SOP incluem tratamento farmacológico e mudanças no estilo de vida, consideradas a primeira e principal escolha para o controle dos sintomas relacionados a SOP. As mudanças incluem alterações na alimentação, adesão à prática de exercícios físicos e mudanças comportamentais, como acompanhamento psicológico, manejo da saúde mental e do sono. Porém, ainda não existe um consenso sobre as melhores estratégias de alimentação, exercício ou a duração ideal dessas mudanças (Al Wattar *et al*., 2021).

Os tratamentos farmacológicos são utilizados de acordo com as queixas das pacientes. Os contraceptivos hormonais são tratamentos de primeira linha para controle de acne, hirsutismo e sintomas anovulatórios. Já os sensibilizadores de insulina, como a metformina, são recomendados como tratamento dos sinais e sintomas da SOP, por conta do risco elevado da resistência à insulina (RI) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Antiandrogênicos podem ser recomendados em alguns casos para controle de alguns sinais e sintomas causados pelo excesso de hormônios androgênicos, como acetato de ciproterona, finasterida, flutamina e espironolactona (Al Wattar *et al*., 2021; Maciel, 2023; Benetti-Pinto, 2023) Indutores de ovulação, como o citrato de clomifeno e o letrozol, podem ser utilizados para ajudar na questão da fertilidade, quando os outros tratamentos não surtem efeito. O uso de gonadotrofinas ou perfuração ovariana laparoscópica estão sinalizados como tratamento de segunda linha. Já a fertilização *in vitro* (FIV), é considerada a última opção, quando todas as opções anteriores não foram eficazes (Al Wattar *et al*., 2021).

A prática de exercício físico de forma regular é altamente recomendada por conta do seu efeito na melhora da aptidão cardiorrespiratória. Além disso, o exercício físico auxilia na redução da obesidade e/ou controle do peso corporal, no aumento da sensibilidade à insulina, além de melhorar questões psicológicas, como ansiedade, estresse e depressão (Colombo; Pirotta; Sabag, 2023). Segundo Soares Junior, Baracat e Baracat (2023), a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, de forma geral, a prática de 150 minutos por semana de exercício físico moderado, ou 75 minutos semanais de exercício físico intenso ou, até mesmo, a combinação de ambos, podendo ser aeróbicos ou anaeróbicos.

Diversos estudos mostram que mulheres com SOP possuem maior chance de ter depressão, ansiedade, fobia social, transtornos alimentares, disfunções sexuais, dentre outras questões psicológicas, emocionais e sociais. Portanto, a abordagem multidiscilpinar, com acompanhamento psicológico, psiquiátrico e, quando necessário, terapia sexual, pode ser importante para o manejo da saúde mental e bem-estar emocional e sexual da paciente (Baracat; Rezende, 2023). Além da ajudar na saúde mental, algumas intervenções, como a terapia cognitivo-comportamental, podem aumentar o engajamento e adesão das mulheres com SOP a um estilo de vida saudável (Cowan et al., 2023).

As mulheres com SOP também devem manter uma alimentação saudável ao longo da vida. Sabe-se que a manutenção do peso saudável e uma dieta equilibrada são essenciais para o controle dos sinais e sintomas da SOP, além de prevenir comorbidades associadas tanto a SOP quanto ao excesso de peso, e auxiliar na melhora dos parâmetros bioquímicos. Não existe, atualmente, uma dieta específica para o tratamento da condição, mas, dentre as principais recomendações, estão a redução do consumo de carboidratos refinados e de alto índice glicêmico, como arroz branco, massas, açúcares, sucos de fruta e refrigerantes, e priorizar o consumo de lipídios saudáveis, como azeite, abacate e peixes (Costa; Soares, 2023; Soares Junior; Baracat; Baracat, 2023).

A resistência à insulina em mulheres com SOP é um dos distúrbios hormonais mais comuns, com, aproximadamente, 75% de prevalência de algum nível da condição em mulheres com SOP. Essa condição está relacionada com o hiperandrogenismo da síndrome, o que torna essencialmente importante o seu manejo e tratamento (Campos; Leão; Souza, 2021; Pena *et al*., 2022). Por conta dessa prevalência, dietas hipocalóricas de baixo índice glicêmico, ricas em fibras, com fonte de gorduras saudáveis e ricas em proteínas são recomendadas, pois contribuem para uma melhora da resistência à insulina (Di Lorenzo *et al*., 2023; Szczuko *et al*., 2021).

A suplementação também é muito utilizada como um recurso nutricional em mulheres com SOP. Diversos suplementos e fitoterápicos são estudados pelo seu potencial em auxiliar na melhora nos sinais e sintomas da SOP, como mio-inositol, ômega 3, probióticos e prébióticos, ácido fólico, vitaminas do complexo B, coenzima Q10, berberina, vitamina D, *aloe vera*, canela, hortelã, alcaçuz, curcumina, picolinato de cromo, magnésio, selênio, zinco, antioxidantes, entre outros. (Alesi *et al*., 2021; Di Lorenzo *et al*., 2023; Szczuko *et al*., 2021; Lima; Pinto; Correia, 2022)

Alesi *et al*. (2022) apontam que diversos ensaios clínicos randomizados demonstram efeito benéfico da suplementação de vitamina D na melhora de parâmetros bioquímicos em mulheres com SOP, como a redução dos valores do índice HOMA-IR, LDL-colesterol, testosterona total, glicemia em jejum e insulina em jejum. A suplementação de vitamina D também se mostrou benéfica em diversos estudos, tanto isoladamente quanto em conjunto com magnésio, zinco, cálcio e óleo de peixe, tendo resultados na melhora da glicemia de jejum, triglicerídeos, estradiol, inflamação corporal e testosterona total (Szczuko *et al*., 2021).

O Inositol (vitamina B8) também é comumente utilizado por mulheres com SOP. O metabolismo dessa vitamina é prejudicado pelo desequilíbrio do mio-inositol (MI) e D-quiro-inositol (DCI) em mulheres com SOP por conta da resistência à insulina. Nesse grupo, estudos com suplementação de mio-inositol, de forma isolada ou combinada com d-quiro-inositol mostraram redução da insulina em jejum e HOMA-IR. Além disso, aumento significativo na Globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG) foi observado na suplementação de longo prazo. Também foi relatado melhora nas taxas de ovulação e na regulação do ciclo menstrual com essa suplementação (Kalra, *et al*. 2016; Alesi *et al*., 2022).

A suplementação do fitoterápico berberina também pode auxiliar, tendo resultados semelhantes ao uso da metformina e do mio inositol na melhora da resistência à insulina. A berberina tem efeitos na redução da glicemia, do colesterol, também podendo auxiliar na redução dos hormônios androgênicos, na regulação da menstruação e na melhora da taxa de ovulação (Szczuko *et al*., 2021).

Algumas ervas e fitoterápicos também foram estudados e tiveram resultados significativos na melhora da resistência à insulina, chás com efeitos antioxidantes e anti-inflamatórios, como *Aloe vera*, canela, chá verde, camomila, amoreira branca. Já para melhora dos hormônios androgênicos, foram utilizadas as ervas hortelã, alcaçuz, *Saw Palmetto,* chá verde *(Camellia sinensis)* e alecrim (Szczuko et al., 2021).

Outros fitoterápicos, como curcumina, silimarina, extrato de alcachofra, cominho, resveratrol, linhaça, salvia, gengibre e outras substâncias anti-inflamatórias e antioxidantes podem auxiliar no tratamento da SOP, atuando na melhora de diferentes parâmetros bioquímicos, além de auxiliar na saúde e no bem-estar geral da paciente (Szczuko *et al*., 2021; Alesi *et al*., 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome dos Ovários Policísticos requer uma abordagem multifatorial e multidisciplinar, levando em conta não apenas os aspectos que envolvam os bioquímicos, biológicos, endocrinológicos, mas também

fatores relacionados ao estilo de vida, como a adoção de alimentação saudável, prática regular de atividade física e, quando necessário, acompanhamento psicológico e suplementação. Até o momento, não existe um único protocolo reconhecido como melhor para o tratamento da SOP, seja medicamentoso, dietético ou de exercício físico. Assim, a condução do tratamento deve ser individualizada, levando em conta as queixas, os achados laboratoriais e características antropométricas de cada mulher.

REFERÊNCIAS

ALESI, S.; EE, C.; MORAN, L. J.; RAO, V.; MOUSA, A. Nutritional Supplements and Complementary Therapies in Polycystic Ovary Syndrome. **Advances in Nutrition**, v. 13, n. 4, p. 1243–1266, 2021.

AL WATTAR, B. H.; FISHER, M.; BEVINGTON, L.; TALAULIKAR, V.; DAVIES, M.; CONWAY, G.; YASMIN, E. Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Quality Assessment Study. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 106, n. 8, p. 2436–2446, 2021.

ANDRADE, T. F. R. de; CORRÊA, A. S.; ARCANJO, B. M.; BARBOSA, É. P.; COSTA, J. F. dos S.; VASCONCELOS, K. T. da S.; SANTOS, L. S.; ALVES, M. G. P.; BRAGA, M. G. B.; FONTENELLE, V. T. de M. Abordagem terapêutica da Síndrome dos Ovários Policísticos: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 6, n. e10093, 2023.

BARACAT, M. C.; REZENDE, G. P. Qualidade de vida e função sexual em mulheres com SOP. In: **Síndrome dos ovários policísticos.** 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 4, p. 46-64.

BENETTI-PINTO, C. L. Tratamento das manifestações androgênicas. In: **Síndrome dos ovários policísticos.** 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 5, p. 65-77.

BESSA, P. R. et al. Manejo da Síndrome do Ovário Policístico (SOP) em Adolescentes. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e208111537118, 2022.

CAMPOS, A. E.; LEÃO, M. E. B.; SOUZA, M. A. de. O impacto da mudança do estilo de vida em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 13(2), n. e4354, 2021.

CHAVES, I. S. D. et al. Prevalência de síndrome dos ovários policísticos no Brasil e suas repercussões. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 1027-1041, 2024.

COLOMBO, G. E.; PIROTTA, S.; SABAG, A. Diet and Exercise in the Management of Polycystic Ovary Syndrome: Practical Considerations for Person-Centered Care. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 41, p. 26–36, 2023.

COSTA, L. O.; SOARES, G. M. Abordagem da dislipidemia na síndrome dos ovários policísticos. In: **Síndrome dos ovários policísticos.** 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 6, p. 78-88.

COWAN, S. et al. Lifestyle management in polycystic ovary syndrome – beyond diet and physical activity. **BMC Endocrine Disorders**, v. 23, p. 14, 2023.

DI LORENZO, M.; CACCIAPUOTI, N.; LONARDO, M. S.; NASTI, G.; GAUTIERO, C.; BELFIORE, A.; GUIDA, B.; CHIURAZZI, M. Pathophysiology and Nutritional Approaches in Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): A Comprehensive Review. **Current Nutrition Reports**, v. 12, n. 3, p. 527–544, 2023.

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

KALRA, B.; KALRA, S.; SHARMA, J. B. The inositols and polycystic ovary syndrome. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 20, n. 5, p. 720–724, 2016.

LIMA, C. M. A. de M. e; PINTO, K. C. G.; CORREIA, V. M. F. Aspectos nutricionais e manejo alimentar no controle da Síndrome do Ovário Policístico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e11011931526–e11011931526, 2022.

LIMA, T. A.; ARAÚJO, A. H. I. M. síndrome do ovário policístico relacionada à resistência à insulina e os seus riscos associados: uma revisão narrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 11, p. 309-316, 2022.

LIZNEVA, D.; SUTURINA, L.; WALKER, W.; BRAKTA, S.; GAVRILOVA-JORDAN, L.; AZZIZ, R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. **Fertility and Sterility**, v. 106, n. 1, p. 6–15, 2016.

MACIEL, G. A. Uso de sensibilizadores de insulina: Quais? Como? Quando? Por quanto tempo? In: Síndrome dos ovários policísticos. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 7, p. 89-100.

MARTINS, J. T. V. et al. Desafios e avanços no tratamento da síndrome dos ovários policísticos (SOP). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 2019-2028, 2024.

ORTIZ-FLORES, A. E.; LUQUE-RAMÍREZ, M.; ESCOBAR-MORREALE, H. F. Polycystic ovary syndrome in adult women. **Medicina Clínica (English Edition)**, v. 152, n. 11, p. 450–457, 2019.

PENA, V. de S.; GONÇALVES, A. C. R.; VIEIRA, I. R.; SOUSA, M. R.; SOUZA, A. C. D.; CROIX, L. M. de O. L.; FERNANDES, B. B.; GONÇALVES, S. J. da C. Uma análise sobre as características da síndrome dos ovários policísticos: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 4, n. e9996, 2022.

ROSA-E-SILVA A. C.; DAMÁSIO L. C. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clinica. In: **Síndrome dos ovários policísticos**. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 1.p.1-19.

SOARES JÚNIOR, J. M.; BARACAT, M. C.; Baracat E. C. Repercussões metabólicas: quais, como e por que investigar? In: **Síndrome dos ovários policísticos**. 3a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. Cap. 3. p. 32-45.

SZCZUKO, M.; KIKUT, J.; SZCZUKO, U.; SZYDŁOWSKA, I.; NAWROCKA-RUTKOWSKA, J.; ZIĘTEK, M.; VERBANAC, D.; SASO, L. Nutrition Strategy and Life Style in Polycystic Ovary Syndrome—Narrative Review. **Nutrients**, v. 13, n. 7, p. 2452, 2021.