REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

SÍNDROME OVARIANA METABÓLICA POLIENDÓCRINA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTEGRAÇÃO DOS ASPECTOS METABÓLICOS, ENDÓCRINOS E REPRODUTIVOS NO CUIDADO À MULHER

POLYENDOCRINE METABOLIC OVARIAN SYNDROME IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATING METABOLIC, ENDOCRINE, AND REPRODUCTIVE ASPECTS IN WOMEN'S CARE

Ciências da Saúde • 13/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794528134

Alan Alves Antonio[1]

Danitza Adriana Acuña Rodriguez[2]

RESUMO

A síndrome ovariana metabólica poliendócrina (SOMP), denominação adotada em 2026 para a condição historicamente conhecida como síndrome dos ovários policísticos (SOP), é uma síndrome crônica e multissistêmica com repercussões endócrinas, metabólicas, reprodutivas e psicológicas. Este artigo analisa criticamente evidências contemporâneas, discute a transição SOP/PCOS para SOMP/PMOS e propõe uma abordagem longitudinal aplicável à Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se revisão narrativa crítica, com buscas em PubMed/MEDLINE, SciELO e BVS/LILACS, além de documentos oficiais e diretrizes, atualizadas em 22 de setembro de 2026. A seleção priorizou consensos, diretrizes, revisões sistemáticas, metanálises e estudos originais clinicamente relevantes, sem pretensão de exaustividade ou síntese quantitativa. A nova nomenclatura corrige a ênfase enganosa em cistos ovarianos e explicita o caráter poliendócrino e metabólico da mesma entidade clínica, preservando SOP/PCOS durante a transição para garantir recuperabilidade bibliográfica. Na APS, o cuidado deve articular diagnóstico de exclusão, avaliação glicêmica e cardiovascular, manejo do hiperandrogenismo e da irregularidade menstrual, planejamento reprodutivo, saúde mental, estilo de vida, prevenção do estigma e coordenação interprofissional. Conclui-se que a APS ocupa posição estratégica para reduzir atrasos diagnósticos, fragmentação assistencial e perda de seguimento, desde que disponha de protocolos baseados em evidências, decisão compartilhada e acesso oportuno à atenção especializada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hiperandrogenismo; Resistência à Insulina; Saúde da Mulher; Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina.

ABSTRACT

Polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS), the name adopted in 2026 for the condition historically known as polycystic ovary syndrome (PCOS), is a chronic multisystem syndrome with endocrine, metabolic, reproductive, and psychological consequences. This article critically examines contemporary evidence, discusses the PCOS-to-PMOS transition, and proposes a longitudinal approach for Primary Health Care (PHC). A critical narrative review was conducted using PubMed/MEDLINE, SciELO, and BVS/LILACS, together with official documents and guidelines, with searches updated on September 22, 2026. Selection prioritized consensus statements, guidelines, systematic reviews, meta-analyses, and clinically relevant original studies, without claiming exhaustiveness or quantitative synthesis. The new terminology corrects the misleading emphasis on ovarian cysts and makes the polyendocrine and metabolic nature of the same clinical entity explicit; PCOS should remain in transitional language and search strategies to preserve bibliographic retrieval. In PHC, care should integrate diagnosis by exclusion, glycemic and cardiovascular assessment, management of hyperandrogenism and menstrual irregularity, reproductive planning, mental health, lifestyle support, stigma reduction, and interprofessional coordination. PHC is strategically positioned to reduce diagnostic delay, fragmented care, and loss to follow-up, provided that evidence-based pathways, shared decision-making, and timely access to specialized care are available.

Keywords: Hyperandrogenism; Insulin Resistance; Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome; Primary Health Care; Women's Health.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome ovariana metabólica poliendócrina (SOMP) é a nova denominação em português para a condição historicamente conhecida como síndrome dos ovários policísticos (SOP). Em inglês, polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS) substitui progressivamente polycystic ovary syndrome (PCOS). A mudança, publicada em 2026 após consenso internacional, não cria uma nova doença nem altera, por si só, os critérios diagnósticos ou as recomendações terapêuticas vigentes. Seu propósito é alinhar a linguagem ao conhecimento contemporâneo: trata-se de síndrome heterogênea, de expressão variável ao longo da vida, que não se reduz à morfologia ovariana e que envolve eixos neuroendócrinos, metabolismo, função reprodutiva, pele, sono e saúde mental (Teede *et al.*, 2026a; Stener-Victorin *et al.*, 2024).

A prevalência depende dos critérios e das populações estudadas. Sínteses recentes confirmam que a condição é comum em pessoas em idade reprodutiva, mas a heterogeneidade metodológica impede que uma única estimativa represente todos os contextos (Salari *et al.*, 2024). Também persistem atraso diagnóstico, informação insuficiente no momento da comunicação do diagnóstico e cuidado fragmentado entre ginecologia, endocrinologia, dermatologia, saúde mental e serviços de fertilidade (Ee, 2023; Guan *et al.*, 2024; Wu *et al.*, 2026). Esses problemas são relevantes pois muitas necessidades aparecem em momentos distintos da vida e podem ser invisíveis em consultas centradas apenas em fertilidade ou peso.

A Atenção Primária à Saúde (APS) reúne atributos especialmente adequados a essa complexidade: primeiro contato, vínculo, longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária e coordenação da rede. Na prática, a APS pode reconhecer

apresentações iniciais, excluir causas alternativas, estratificar risco cardiometabólico, oferecer intervenções de primeira linha, construir um plano reprodutivo e organizar encaminhamentos sem abandonar o seguimento. A pergunta norteadora desta revisão é: como a compreensão da SOMP como condição multissistêmica pode orientar uma abordagem longitudinal e integral na APS, articulando risco metabólico, manifestações endócrinas, saúde reprodutiva e saúde mental?

O objetivo é analisar criticamente as evidências contemporâneas sobre a SOMP, discutir as implicações da transição conceitual de SOP/PCOS para SOMP/PMOS e sistematizar uma abordagem aplicável à APS que integre avaliação metabólica, manifestações endócrinas, saúde reprodutiva, saúde mental e cuidado interprofissional.

2. MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa crítica, descritiva e de abordagem qualitativa. A revisão não foi concebida como revisão sistemática ou integrativa; por isso, não foram produzidos contagem de registros, fluxograma PRISMA, avaliação formal do risco de viés ou metanálise.

Foram executadas buscas atualizadas em 22 de setembro de 2026 no PubMed/MEDLINE, além de pesquisas complementares em SciELO e BVS/LILACS e consulta a documentos oficiais, sociedades científicas e páginas editoriais. No PubMed, combinaram-se os termos “polycystic ovary syndrome”, PCOS, “polyendocrine metabolic ovarian syndrome”, PMOS, “primary care”, “general practice”, guideline, consensus, cardiovascular, diabetes, metabolic, “mental health”, depression, anxiety, infertility, pregnancy e letrozole,

com filtros temáticos e recorte preferencial de 2023 a 2026. Para preservar a recuperabilidade, as estratégias mantiveram SOP/PCOS, embora o manuscrito adote SOMP/PMOS como nomenclatura principal. Não houve acesso institucional ao Scopus nesta execução.

Foram priorizados o consenso internacional de mudança de nome, a Diretriz Internacional Baseada em Evidências de 2023 e sua publicação de recomendações, revisões sistemáticas e metanálises, estudos originais decisivos e documentos clínicos pertinentes à APS. Trabalhos anteriores a 2023 foram mantidos quando fundamentais para critérios diagnósticos, fisiopatologia, saúde mental ou eficácia terapêutica. A seleção considerou relevância para a pergunta norteadora, qualidade e hierarquia da evidência, atualidade, aplicabilidade clínica e consistência entre fontes. Referências sem metadados verificáveis ou sem relação direta com o objetivo foram excluídas.

A síntese foi organizada por problemas clínicos e decisões de cuidado. Recomendações explicitamente atribuídas à diretriz de 2023 foram separadas das propostas operacionais dos autores. Como foram utilizados somente dados secundários publicados, sem interação com participantes ou acesso a dados individuais identificáveis, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

3. DA SOP À SOMP MUDANÇA DE NOMENCLATURA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

A expressão polycystic ovary syndrome consolidou-se historicamente apesar de duas limitações. Primeiro, os folículos observados à ultrassonografia não correspondem a “cistos”

patológicos no sentido habitual. Segundo, a morfologia ovariana não é necessária em todas as pessoas diagnosticadas e não explica o conjunto de manifestações. A denominação antiga favoreceu interpretações excessivamente ginecológicas, expectativas de que todo caso apresentaria “cistos” e subestimação dos componentes metabólicos, endócrinos e psicológicos.

O consenso liderado por Teede *et al.* (2026a) resultou de processo multietapas com pessoas com experiência vivida, profissionais e organizações internacionais. Os princípios incluíram benefício para pacientes, precisão científica, facilidade de comunicação, redução de estigma, adequação cultural e viabilidade de implementação. A designação PMOS foi escolhida para representar a integração entre disfunções endócrinas e metabólicas, mantendo a referência ovariana sem reduzir a síndrome ao órgão. A transição foi planejada por três anos, com incorporação completa prevista na atualização internacional de 2028.

Durante a transição, documentos clínicos devem apresentar na primeira menção “SOMP, anteriormente denominada SOP” e, em inglês, “PMOS, formerly PCOS”. Bancos de dados, prontuários, terminologias e protocolos ainda podem usar códigos e descritores históricos. Assim, SOMP/PMOS deve coexistir temporariamente com SOP/PCOS em estratégias de busca, educação e interoperabilidade. Tratar os termos como entidades diferentes fragmentaria evidências, duplicaria diagnósticos e prejudicaria a continuidade do cuidado.

Na APS, a mudança tem valor pedagógico se for acompanhada de explicação breve e não alarmista. A mulher precisa compreender que o diagnóstico anterior permanece válido, que “poliendócrina” não significa necessariamente múltiplas doenças glandulares

independentes e que “metabólica” não pressupõe obesidade ou diabetes. O novo nome deve ampliar o olhar clínico, não medicalizar pessoas assintomáticas nem substituir critérios diagnósticos.

4. BASES FISIOPATOLÓGICAS E CARÁTER MULTISSISTÊMICO

A SOMP emerge da interação entre susceptibilidade poligênica, regulação neuroendócrina, produção e ação de andrógenos, função ovariana, sensibilidade à insulina, tecido adiposo e exposições ambientais. Hiperandrogenismo e resistência à insulina podem reforçar-se mutuamente: a hiperinsulinemia aumenta a esteroidogênese ovariana e reduz a produção hepática de globulina ligadora de hormônios sexuais, elevando a fração livre de andrógenos; estes, por sua vez, podem contribuir para distribuição adiposa central e disfunção metabólica. Não há, contudo, um mecanismo único capaz de explicar todos os fenótipos (Dumesic *et al.*, 2015; Bril *et al.*, 2023).

A disfunção folicular e a alteração do padrão pulsátil de gonadotrofinas contribuem para oligoanovulação. A expressão clínica varia com idade, composição corporal, etnia, uso de hormônios, gravidez e transição menopausal. Resistência à insulina pode ocorrer sem adiposidade elevada, enquanto excesso de adiposidade pode agravar manifestações sem ser condição necessária ao diagnóstico. Essa distinção impede que o cuidado seja condicionado ao índice de massa corporal.

O caráter multissistêmico é clinicamente mais útil do que uma enumeração de mecanismos. Ele obriga a considerar, em cada encontro, quatro domínios conectados: ciclo e hiperandrogenismo; metabolismo e risco cardiovascular; reprodução e gestação; bem-

estar psicológico, sexual e social. Nenhum deles deve ser presumido a partir dos demais. A avaliação longitudinal permite reconhecer mudanças de prioridade sem exigir que todas as dimensões sejam resolvidas em uma única consulta.

5. RECONHECIMENTO DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS NA APS

Em adultas, a diretriz de 2023 mantém os critérios internacionais baseados em Rotterdam: após exclusão de condições alternativas, o diagnóstico requer pelo menos dois de três componentes — hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, disfunção ovulatória e morfologia ovariana policística. Em adultas, o hormônio antimülleriano pode ser usado como alternativa à ultrassonografia para definir morfologia ovariana policística, mas não como teste isolado e não em adolescentes. Quando ciclos irregulares e hiperandrogenismo já estão presentes, ultrassonografia ou hormônio antimülleriano não são necessários para completar o diagnóstico (Monash University, 2023; Teede *et al.*, 2023; Van der Ham *et al.*, 2024).

A história deve caracterizar idade da menarca, padrão e duração dos ciclos, amenorreia, sangramento anormal, progressão de hirsutismo, acne, alopecia, variação ponderal, medicamentos, contracepção, desejo reprodutivo, gestação possível, galactorreia, sintomas tireoidianos, sono, humor e alimentação. O exame pode incluir pressão arterial, distribuição de pelos por instrumento padronizado e adaptado à etnia, acne, alopecia, acantose nigricans e sinais de virilização. Peso e circunferência devem ser medidos com consentimento e finalidade clínica explícita, evitando linguagem estigmatizante.

A investigação laboratorial é dirigida. Testosterona total e livre, preferencialmente por métodos de boa acurácia, são os exames de primeira linha para hiperandrogenismo bioquímico; androstenediona e sulfato de deidroepiandrosterona podem ser considerados quando a testosterona não está elevada. Contraceptivos hormonais combinados alteram a globulina ligadora de hormônios sexuais e tornam a avaliação bioquímica difícil. TSH, prolactina e 17-hidroxiprogesterona auxiliam a excluir disfunção tireoidiana, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal congênita não clássica; beta-hCG é necessário quando houver possibilidade de gestação. Outras hipóteses, como síndrome de Cushing, acromegalia, insuficiência ovariana primária ou amenorreia hipotalâmica, devem ser investigadas conforme o contexto (Joham *et al.*, 2025).

Início abrupto ou progressão rápida do hiperandrogenismo, virilização, concentrações marcadamente elevadas de andrógenos ou sinais sistêmicos incompatíveis com SOMP exigem avaliação prioritária para tumor ovariano ou adrenal e outras causas. A interpretação não deve depender de um ponto de corte universal isolado: método laboratorial, faixa de referência, velocidade de evolução e fenótipo clínico são determinantes.

Em adolescentes, a fisiologia puberal se sobrepõe ao fenótipo da síndrome. O diagnóstico requer simultaneamente irregularidade menstrual definida pelo tempo desde a menarca e hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, após excluir causas alternativas. Ultrassonografia ovariana e hormônio antimülleriano não devem ser usados para diagnóstico na adolescência. Quem apresenta apenas uma característica pode ser classificada como “em risco” e reavaliada, sem rotulação prematura (Peña *et al.*, 2025).

6. RISCO METABÓLICO CARDIOVASCULAR E SONO

A SOMP associa-se a maior frequência de intolerância à glicose, diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão, apneia obstrutiva do sono e fatores de risco cardiovascular, inclusive em pessoas sem obesidade. A metanálise que subsidiou a diretriz de 2023 observou aumento de eventos cardiovasculares clínicos, embora idade, fenótipo, adiposidade e outros confundidores influenciem a magnitude do risco (Tay *et al.*, 2024). A implicação prática não é presumir doença cardiovascular, mas reconhecer a síndrome como oportunidade de prevenção ao longo do curso de vida.

A diretriz recomenda avaliar o estado glicêmico no diagnóstico em todas as adultas e adolescentes com SOMP, independentemente do índice de massa corporal. O teste oral de tolerância à glicose de 75 g é o método mais acurado; glicemia de jejum e hemoglobina glicada são alternativas menos sensíveis quando o teste não é possível. A reavaliação deve ocorrer a cada um a três anos conforme fatores de risco individuais. O perfil lipídico deve ser solicitado no diagnóstico, e a frequência subsequente depende do resultado e do risco global. A pressão arterial deve ser medida ao menos anualmente e antes de planejar gestação (Teede *et al.*, 2023).

A avaliação cardiovascular precisa incorporar tabagismo, atividade física, alimentação, história familiar, idade, hipertensão, dislipidemia, diabetes e condições específicas da gestação. Não há evidência para rastrear doença aterosclerótica subclínica de rotina apenas por SOMP. O manejo segue diretrizes gerais, adaptadas ao risco, às preferências e à possibilidade de gestação. A APS é o local natural para evitar duplicação de exames e integrar metas cardiometabólicas ao restante do plano (Myerson *et al.*, 2024).

Sintomas de apneia obstrutiva do sono — ronco associado a sono não reparador, sonolência ou fadiga — devem ser investigados, com encaminhamento para avaliação quando presentes. Questionários podem auxiliar na triagem, mas não substituem diagnóstico. Esteatose hepática associada à disfunção metabólica deve ser considerada diante de fatores de risco ou alterações clínicas/laboratoriais, sem propor rastreamento universal não sustentado.

7. MANIFESTAÇÕES ENDÓCRINAS E PROTEÇÃO ENDOMETRIAL

Irregularidade menstrual, hirsutismo, acne e alopecia androgenética afetam saúde física, identidade, autoestima e relações sociais. A escolha terapêutica deve partir do sintoma prioritário e do projeto reprodutivo. O hirsutismo exige tempo para resposta; fotografias clínicas padronizadas ou escores podem apoiar acompanhamento, desde que aceitos pela paciente. Métodos cosméticos e dermatológicos fazem parte do cuidado e não devem ser desqualificados como meramente estéticos.

A anovulação prolongada aumenta a exposição endometrial sem oposição progestagênica. Mulheres com SOMP apresentam maior risco de hiperplasia e câncer de endométrio, mas o risco absoluto permanece baixo e a triagem rotineira por ultrassonografia não é recomendada. Prevenção inclui controle ponderal quando pertinente, regulação de ciclos e progestagênio regular. Amenorreia prolongada, espessamento endometrial excessivo ou sangramento anormal exigem avaliação individual e, conforme achados, investigação ginecológica (Teede *et al.*, 2023).

A comunicação precisa separar risco de destino inevitável. Informar o motivo da proteção endometrial melhora adesão e permite decidir entre contraceptivo hormonal combinado, progestagênio cíclico ou outra estratégia compatível com contraindicações e preferências.

8. SAÚDE REPRODUTIVA FERTILIDADE PLANEJAMENTO E GESTAÇÃO

A SOMP é causa importante de infertilidade anovulatória, mas não equivale a infertilidade permanente. O plano reprodutivo deve ser revisitado longitudinalmente: desejo atual de gestar, necessidade contraceptiva, tempo de tentativa, frequência de relações, idade, história obstétrica, fatores masculinos e outras causas de infertilidade. A avaliação do casal evita atribuir todo insucesso à síndrome.

Para infertilidade anovulatória sem outros fatores, o letrozol é o tratamento farmacológico de primeira linha segundo a diretriz de 2023. O ensaio multicêntrico de Legro *et al.* (2014) demonstrou maior taxa de nascidos vivos em comparação ao citrato de clomifeno. A indução de ovulação requer treinamento, observância regulatória, exclusão de gestação e, conforme o regime, monitoramento; por isso, a APS deve reconhecer cedo, otimizar saúde pré-concepcional e coordenar acesso à reprodução assistida ou ginecologia quando necessário.

Antes da concepção, recomenda-se otimizar pressão arterial, estado glicêmico, alimentação, atividade física, sono, saúde mental, tabagismo, álcool, folato e revisão de medicamentos. O teste oral de tolerância à glicose deve ser oferecido no planejamento ou, se não realizado, na primeira consulta de pré-natal e novamente entre 24 e

28 semanas. Durante a gestação, a SOMP associa-se a maior risco de diabetes gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, parto prematuro e outros desfechos; a metanálise de 2024 reforça que o risco não é explicado apenas pelo índice de massa corporal (Bahri Khomami *et al.*, 2024). Evidências de 2026 enfatizam continuidade entre fisiopatologia, riscos maternos e desfechos da prole, sem justificar intervenções não comprovadas (Teede *et al.*, 2026b).

Metformina durante a gestação não demonstrou prevenir de forma consistente diabetes gestacional, perda gestacional tardia, hipertensão, pré-eclâmpsia ou macrossomia; seu uso pode ser considerado em situações selecionadas, após discussão de incertezas e possíveis efeitos de longo prazo na prole. A decisão deve ser compartilhada com a equipe obstétrica.

9. SAÚDE MENTAL SEXUALIDADE ESTIGMA E QUALIDADE DE VIDA

Sintomas depressivos e ansiosos moderados ou graves são mais frequentes na SOMP, e a diretriz recomenda rastreá-los em adultas e adolescentes, com avaliação de risco, tratamento e encaminhamento conforme necessidade (Cooney *et al.*, 2017; Teede *et al.*, 2023). O momento do diagnóstico, mudanças corporais, infertilidade, acne, hirsutismo, estigma ponderal e experiências negativas no sistema de saúde podem agravar sofrimento. Perguntas sobre ideação suicida não devem ser omitidas quando o rastreamento ou a entrevista indicar risco.

Transtornos alimentares e comer desordenado exigem atenção especial, inclusive antes de prescrever intervenções intensivas de perda de peso. A combinação de restrição, culpa, estigma e

expectativas irreais pode piorar o comportamento alimentar (Burnatowska *et al.*, 2023). A conversa deve privilegiar saúde, função e metas definidas pela pessoa, e não valor moral atribuído ao peso.

Sexualidade deve ser abordada com permissão e confidencialidade. Dor, desejo, excitação, imagem corporal, satisfação relacional, contracepção e projeto reprodutivo podem ser afetados, mas não devem ser presumidos. A comunicação do diagnóstico influencia bem-estar; explicações claras, validação dos sintomas e plano concreto reduzem sensação de abandono (Ogden; Bridge, 2022).

10. ESTILO DE VIDA E INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

Estilo de vida é componente central para todas as pessoas com SOMP, independentemente de peso, mas não deve ser apresentado como culpa, condição para acesso a outros tratamentos ou promessa de "cura". A evidência não sustenta uma composição dietética única superior para todos os desfechos. Recomenda-se padrão alimentar saudável, sustentável e culturalmente adequado, atividade física conforme diretrizes populacionais, redução do sedentarismo, sono e estratégias comportamentais (Cowan *et al.*, 2023; Teede *et al.*, 2023).

Benefícios podem ocorrer mesmo sem perda ponderal. Quando a redução de peso é uma meta desejada e clinicamente pertinente, intervenções estruturadas podem melhorar marcadores e sintomas, mas a magnitude e a certeza variam entre desfechos. Revisão de ensaios publicada em 2024 encontrou efeitos favoráveis de intervenções de perda de peso sobre alguns componentes sintomáticos e biomarcadores, com limitações de evidência (Scragg *et al.*, 2024). A APS pode apoiar metas graduais, automonitoramento,

resolução de barreiras e seguimento, articulando nutrição, educação física e psicologia quando disponíveis.

Abordagem inclusiva de peso implica pedir permissão para discutir peso, oferecer equipamentos adequados, evitar suposições sobre hábitos e considerar determinantes sociais. Planos inviáveis financeiramente ou incompatíveis com trabalho, cuidado familiar e território são clinicamente frágeis.

11. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico é orientado por objetivos e contraindicações. Contraceptivos hormonais combinados podem ser recomendados para irregularidade menstrual e hiperandrogenismo em adultas e adolescentes, após avaliação usual de elegibilidade e risco tromboembólico. Formulações com menor dose efetiva de etinilestradiol são geralmente preferidas; não há uma preparação universalmente superior. Acetato de ciproterona em doses mais altas não deve ser primeira escolha em razão do risco tromboembólico (Teede *et al.*, 2023).

Metformina deve ser considerada para resultados antropométricos e metabólicos em adultas com índice de massa corporal igual ou superior a 25 kg/m² e pode ser considerada em outros contextos conforme risco e preferência. Efeitos gastrointestinais, titulação gradual, formulação de liberação prolongada e possível deficiência de vitamina B12 devem ser discutidos. Para ciclos irregulares, o contraceptivo combinado tende a ser preferido; para indicações metabólicas, metformina é mais pertinente. A combinação pode acrescentar pouco em pessoas com menor risco, mas ser considerada quando o risco metabólico é maior (Melin *et al.*, 2024).

Antiandrogênios podem ser considerados para hirsutismo persistente após pelo menos seis meses de terapia cosmética e contraceptivo combinado, ou quando este não é tolerado, sempre com contracepção eficaz devido ao risco fetal. Espironolactona em doses usuais apresenta perfil relativamente favorável; outras opções requerem avaliação de segurança. O tratamento de acne e alopecia pode exigir dermatologia.

Medicamentos antiobesidade, incluindo agonistas do receptor de GLP-1, podem ser considerados conforme diretrizes gerais de obesidade, juntamente com intervenção de estilo de vida. É necessário discutir contracepção, efeitos adversos, custo, possibilidade de uso prolongado e reganho após suspensão. Embora metanálises recentes indiquem benefícios de peso e parâmetros metabólicos, ainda há limitações de tamanho, duração e desfechos reprodutivos na população com SOMP (Forslund *et al.*, 2026). Cirurgia metabólica segue critérios gerais e exige aconselhamento reprodutivo.

Inositol pode ser considerado conforme preferências, mas os benefícios clínicos são incertos e as evidências não permitem recomendar tipo, dose ou combinação específicos. A metformina possui evidência mais robusta para indicações metabólicas, embora cause mais efeitos gastrointestinais (Fitz *et al.*, 2024). Suplementos e fitoterápicos não devem atrasar tratamentos eficazes nem escapar à avaliação de qualidade e interações.

12. SEGUIMENTO LONGITUDINAL CUIDADO INTERPROFISSIONAL E COORDENAÇÃO DA REDE

A consulta inicial pode ser distribuída em etapas. No primeiro contato, prioridades são reconhecer sinais de alerta, confirmar ou organizar o diagnóstico, compreender a principal preocupação e pactuar próximos passos. Consultas subsequentes podem completar avaliação metabólica, plano menstrual, saúde mental, estilo de vida e projeto reprodutivo. Essa organização reduz sobrecarga informacional e converte o diagnóstico em plano de cuidado.

O seguimento deve registrar critérios diagnósticos presentes, exames que excluíram alternativas, metas, tratamento, efeitos adversos, método contraceptivo, desejo de gestação e calendário de avaliações. Lembretes no prontuário podem reduzir perda de rastreamento glicêmico, lipídico, pressórico e psicológico. Periodicidades devem seguir a diretriz e ser adaptadas ao risco, não multiplicadas por rotina local sem base.

Enfermagem pode apoiar educação, monitoramento e coordenação; nutrição, alimentação sustentável e relação com a comida; educação física ou fisioterapia, atividade segura; psicologia e psiquiatria, sofrimento, transtornos alimentares e sexualidade; farmácia, adesão e segurança; ginecologia e reprodução humana, sangramento anormal e infertilidade; endocrinologia, diagnósticos complexos e risco metabólico; dermatologia, manifestações refratárias; medicina do sono, suspeita de apneia. A equipe não precisa estar reunida fisicamente, mas deve compartilhar objetivos e informação.

Encaminhar não significa transferir integralmente o cuidado. A APS mantém prevenção, comorbidades, saúde mental, contracepção e integração das recomendações. Retorno com pergunta clínica clara, resultados disponíveis e plano de contrarreferência favorece

continuidade. A literatura sobre profissionais descreve barreiras de conhecimento, tempo, adesão, cultura e acesso; planos de cuidado crônico, comunicação e capacitação são facilitadores (Guan *et al.*, 2024).

Quadro 1. Abordagem prática da SOMP na Atenção Primária à Saúde

O quadro separa recomendações formais da Diretriz Internacional de 2023 e uma síntese operacional proposta pelos autores. Itens marcados como síntese devem ser adaptados a protocolos locais, disponibilidade de recursos, competência profissional e regulação assistencial.

Dimensão	O que investigar e avaliar	Acompanhamento na APS	Atenção e encaminhamento	Natureza da orientação
Diagnóstico	História menstrual, hiperandrogenismo clínico/bioquímico, medicamentos, gestação possível e causas alternativas. Em adultas, dois de três critérios após exclusão; AMH ou ultrassom apenas quando necessários.	Confirmar critérios e registrar fenótipo; evitar ultrassom/AMH quando ciclos irregulares e hiperandrogenismo já completam o diagnóstico. Em adolescentes, exigir irregularidade e por tempo pós-menarca e	Virilização, progressão rápida, andrógenos muito elevados, sinais de Cushing/acromegalia ou incerteza persistente.	Diretriz 2023; encaminhamento: síntese dos autores.

		hiperandrogenismo.		
Metabólica	Pressão arterial, estado glicêmico, perfil lipídico, tabagismo, história familiar, sono e fatores de risco. OGTT 75 g é o teste glicêmico mais acurado.	Glicemia no diagnóstico e a cada 1–3 anos conforme risco; lipídios no diagnóstico e repetição conforme resultado/risco; pressão ao menos anual.	Diabetes, hipertensão ou dislipidemia de difícil controle; suspeita de apneia; risco cardiovascular elevado ou apresentação atípica.	Periodicidades formais da diretriz 2023; fluxos: síntese dos autores.
Ciclos e endométrio	Frequência e duração dos ciclos, amenorreia, sangramento anormal, contracepção e risco endometrial.	Pactuar proteção endometrial e controle de ciclos; não realizar rastreamento endometrial rotineiro em assintomáticas.	Sangramento anormal, amenorreia prolongada com fatores de risco, espessamento endometrial excessivo ou suspeita de hiperplasia.	Diretriz 2023; prioridade de encaminhamento depende do quadro.

Hiperandrogenismo	Hirsutismo, acne, alopecia, impacto psicossocial e evolução temporal.	Contraceptivo combinado quando elegível; métodos cosméticos; considerar antiandrogênio após resposta insuficiente e com contracepção eficaz.	Refratariedade, efeitos adversos, alopecia/acne grave, virilização ou dúvida etiológica.	Diretriz 2023; escolha compartilhada.
Saúde mental e alimentação	Depressão, ansiedade, imagem corporal, estigma, sexualidade, transtorno alimentar e risco de autoagressão.	Rastrear no diagnóstico; repetir conforme julgamento clínico, fatores de risco e eventos de vida; tratar ou encaminhar.	Risco de suicídio, transtorno alimentar com instabilidade, sofrimento grave ou falha do manejo inicial.	Diretriz 2023; urgência conforme protocolos de saúde mental.
Reprodução	Desejo atual e futuro de gestação, contracepção, tempo de tentativa, fatores do casal e condições pré-concepcionais.	Revisar plano reprodutivo; otimizar risco antes da gestação; letrozol é primeira linha farmacológica para infertilidade anovulatória sem outros fatores.	Infertilidade, necessidade de indução de ovulação, idade/tempo reprodutivo relevante, fatores tubários ou masculinos.	Diretriz 2023; execução conforme regulação e competência local.

Gestação	Pressão, glicemia, medicamentos, saúde mental e riscos obstétricos.	OGTT no planejamento ou primeira consulta pré-natal e novamente entre 24–28 semanas; comunicar SOMP à equipe obstétrica.	Qualquer complicação obstétrica, hiperglicemia ou hipertensão; necessidade de decisão sobre metformina.	Diretriz 2023 e metanálises recentes.
Estilo de vida e peso	Alimentação, atividade, sono, sedentarismo, contexto social, prontidão e preferência para discutir peso.	Plano sustentável com metas de saúde; não há dieta ou exercício único superior; benefícios independem de perda de peso.	Obesidade complexa, transtorno alimentar, necessidade de farmacoterapia ou cirurgia metabólica.	Diretriz 2023; organização interprofissional: síntese dos autores.
Coordenação	Prioridade da paciente, acesso, adesão, profissionais envolvidos e informações pendentes.	Plano compartilhado, registro estruturado, consultas em etapas e reconciliação das recomendações especializadas.	Encaminhar com pergunta clínica clara; manter seguimento na APS e solicitar contrarreferência.	Síntese prática proposta pelos autores.

Fonte: elaboração dos autores com base em Teede *et al.* (2023), Ee (2023) e literatura revisada.

13. SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Avaliação urgente ou prioritária é indicada diante de virilização ou hiperandrogenismo rapidamente progressivo; andrógenos marcadamente elevados ou discrepantes do fenótipo; suspeita de tumor ovariano/adrenal, síndrome de Cushing, acromegalia ou outra endocrinopatia; sangramento uterino anormal com risco endometrial; sofrimento psíquico grave, risco de suicídio ou transtorno alimentar com instabilidade; gestação com complicações; ou urgência clínica associada.

Encaminhamento programado pode ser considerado quando há incerteza diagnóstica, sintomas refratários, contraindicação ou intolerância às opções usuais, diabetes ou risco cardiometabólico de difícil controle, desejo de gestação com anovulação ou infertilidade, necessidade de indução de ovulação, manifestações dermatológicas importantes, suspeita de apneia, necessidade de cirurgia metabólica ou barreiras psicossociais complexas. Esses critérios constituem síntese prática dos autores baseada na diretriz e na organização do cuidado; não substituem protocolos locais nem pontos de corte regulatórios.

14. DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA NOVA NOMENCLATURA

A adoção de SOMP/PMOS exige mais que substituição lexical. Sistemas de classificação, descritores, códigos de faturamento, formulários, protocolos e materiais educativos serão atualizados em ritmos diferentes. Durante a transição, busca apenas por PMOS perderá grande parte da literatura e dos registros históricos. Prontuários devem manter equivalência explícita e evitar duplicação de problemas ativos.

Em português, a tradução “síndrome ovariana metabólica poliendócrina” preserva a ordem semântica solicitada pelos autores, mas precisa ser acompanhada da sigla internacional e do termo histórico na primeira menção. A baixa participação relativa de algumas regiões no processo global de consenso recomenda avaliar compreensão, tradução e efeitos culturais localmente (Teede *et al.*, 2026a).

O risco de ampliação conceitual indevida também precisa ser contido. A nova nomenclatura não autoriza diagnosticar SOMP com base em resistência à insulina, obesidade, sofrimento mental ou irregularidade menstrual isoladamente. Os critérios vigentes permanecem; o ganho esperado é reconhecer necessidades além do ovário depois de um diagnóstico corretamente estabelecido.

15. LIMITAÇÕES DA REVISÃO

Por ser narrativa, esta revisão não pretende exaustividade, não quantifica estudos incluídos e não realizou avaliação formal de risco de viés. A seleção e a síntese dependem de julgamento dos autores. Não houve acesso institucional ao Scopus, e a produção publicada após a mudança de nomenclatura ainda é limitada. Parte das recomendações provém da diretriz de 2023, elaborada sob o nome PCOS, cuja base de evidências é predominantemente de qualidade baixa a moderada.

A aplicabilidade ao Brasil pode ser afetada por disponibilidade de exames, medicamentos, profissionais e fluxos de referência. Os critérios de encaminhamento e a organização em etapas apresentados neste artigo são síntese prática para a APS e devem

ser adaptados ao território. A atualização internacional prevista para 2028 poderá modificar terminologia, prioridades e recomendações.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição de SOP/PCOS para SOMP/PMOS corrige uma denominação estreita e potencialmente enganosa, sem criar uma doença diferente. Sua principal contribuição clínica é tornar visível a necessidade de integrar metabolismo, endocrinologia, reprodução e saúde mental ao longo da vida. A manutenção temporária dos termos históricos é indispensável para recuperar evidências e preservar continuidade.

A APS é o ponto mais consistente para transformar esse conceito em cuidado: reconhecer apresentações diversas, confirmar o diagnóstico sem excesso de exames, rastrear risco cardiometabólico, proteger o endométrio, apoiar decisões reprodutivas, identificar sofrimento mental, oferecer intervenções de estilo de vida sem estigma e coordenar atenção especializada. A abordagem deve ser centrada na mulher, orientada por objetivos e sustentada por decisão compartilhada.

Protocolos simples, registro estruturado, equipe interprofissional e vias claras de referência podem reduzir atraso diagnóstico e fragmentação. A qualidade do cuidado dependerá menos de uma consulta excepcional e mais de uma relação longitudinal capaz de revisar riscos e prioridades conforme o ciclo de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHRI KHOMAMI, Mahnaz *et al.* Systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary

syndrome. Nature Communications, v. 15, art. 5591, 2024. DOI: 10.1038/s41467-024-49749-1.

BRIL, Fernando *et al.* Adipose tissue dysfunction in polycystic ovary syndrome. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 109, n. 1, p. 10-24, 2024. DOI: 10.1210/clinem/dgad356.

BURNATOWSKA, Ewelina *et al.* Emotional eating and binge eating disorders and night eating syndrome in polycystic ovary syndrome: a vicious circle of disease: a systematic review. Nutrients, v. 15, n. 2, art. 295, 2023. DOI: 10.3390/nu15020295.

COONEY, Laura G. *et al.* High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Human Reproduction, v. 32, n. 5, p. 1075-1091, 2017. DOI: 10.1093/humrep/dex044.

COWAN, Stephanie *et al.* Lifestyle management in polycystic ovary syndrome: beyond diet and physical activity. BMC Endocrine Disorders, v. 23, art. 14, 2023. DOI: 10.1186/s12902-022-01208-y.

DUMESIC, Daniel A. *et al.* Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic ovary syndrome. Endocrine Reviews, v. 36, n. 5, p. 487-525, 2015. DOI: 10.1210/er.2015-1018.

EE, Carolyn. The role of the primary care physician in the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Seminars in Reproductive Medicine, v. 41, n. 1/2, p. 20-25, 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1776419.

FITZ, Victoria *et al.* Inositol for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis to inform the 2023 update of the International Evidence-based PCOS Guidelines. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 109, n. 6, p. 1630-1655, 2024. DOI: 10.1210/clinem/dgad762.

FORSLUND, Maria *et al.* GLP-1 receptor agonist treatment in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Endocrinology, v. 194, n. 3, p. 25-39, 2026. DOI: 10.1093/ejendo/lvag033.

GUAN, Minhui *et al.* Healthcare professionals' perspectives on the challenges with managing polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-synthesis. Patient Education and Counseling, v. 123, art. 108197, 2024. DOI: 10.1016/j.pec.2024.108197.

JOHAM, Anju E. *et al.* Approach to the patient: diagnostic challenges in the workup for polycystic ovary syndrome. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 110, n. 7, p. e2298-e2308, 2025. DOI: 10.1210/clinem/dgae910.

LEGRO, Richard S. *et al.* Letrozole versus clomiphene for infertility in the polycystic ovary syndrome. New England Journal of Medicine, v. 371, n. 2, p. 119-129, 2014. DOI: 10.1056/NEJMoa1313517.

MELIN, Johanna *et al.* Metformin and combined oral contraceptive pills in the management of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 109, n. 2, p. e817-e836, 2024. DOI: 10.1210/clinem/dgad465.

MONASH UNIVERSITY. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023. Melbourne: Monash University, 2023. DOI: 10.26180/24003834.v1.

MYERSON, Merle L. *et al.* Polycystic ovary syndrome: a review of diagnosis and management, with special focus on atherosclerotic cardiovascular disease prevention. Journal of Clinical Lipidology, v. 18, n. 4, p. e488-e500, 2024. DOI: 10.1016/j.jacl.2024.04.131.

OGDEN, Jane; BRIDGE, Lucy. How communicating a diagnosis of polycystic ovarian syndrome impacts wellbeing: a retrospective community survey. BJGP Open, v. 6, n. 3, art. BJGPO.2022.0014, 2022. DOI: 10.3399/BJGPO.2022.0014.

PEÑA, Alexia S. *et al.* International evidence-based recommendations for polycystic ovary syndrome in adolescents. BMC Medicine, v. 23, art. 151, 2025. DOI: 10.1186/s12916-025-03901-w.

SALARI, Nader *et al.* Global prevalence of polycystic ovary syndrome in women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 310, n. 3, p. 1303-1314, 2024. DOI: 10.1007/s00404-024-07607-x.

SCRAGG, Jadine *et al.* Effect of weight loss interventions on the symptomatic burden and biomarkers of polycystic ovary syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. Annals of Internal Medicine, v. 177, n. 12, p. 1664-1674, 2024. DOI: 10.7326/M23-3179.

STENER-VICTORIN, Elisabet *et al.* Polycystic ovary syndrome. Nature Reviews Disease Primers, v. 10, art. 27, 2024. DOI: 10.1038/s41572-024-00511-3.

TAY, Chau Thien *et al.* 2023 International Evidence-Based Polycystic Ovary Syndrome Guideline Update: insights from a systematic review and meta-analysis on elevated clinical cardiovascular disease in polycystic ovary syndrome. Journal of the American Heart Association, v. 13, n. 16, art. e033572, 2024. DOI: 10.1161/JAHA.123.033572.

TEEDE, Helena J. *et al.* Polyendocrine metabolic ovarian syndrome in pregnancy: pathophysiology and outcomes. Nature Reviews Endocrinology, v. 22, n. 9, p. 516-529, 2026b. DOI: 10.1038/s41574-026-01261-w.

TEEDE, Helena J. *et al.* Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. The Lancet, v. 407, n. 10545, p. 2329-2339, 2026a. DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8.

TEEDE, Helena J. *et al.* Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 108, n. 10, p. 2447-2469, 2023. DOI: 10.1210/clinem/dgad463.

VAN DER HAM, Kim *et al.* Anti-müllerian hormone as a diagnostic biomarker for polycystic ovary syndrome and polycystic ovarian morphology: a systematic review and meta-analysis. Fertility and Sterility, v. 122, n. 4, p. 727-739, 2024. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.05.163.

WU, Pensée *et al.* Improving awareness and care in polyendocrine metabolic ovarian syndrome formerly polycystic ovary syndrome. BMJ, v. 393, art. s893, 2026. DOI: 10.1136/bmj.s893.

[1] Médico Graduado pela Universidad Técnica Privada Cosmos (UNITEPC), Cochabamba, Bolívia. Médico do Projeto Mais Médicos para o Brasil e Especializando em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7560-6491. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Médica Graduada pela Universidad Técnica Privada Cosmos, Cochabamba, Bolívia. Pesquisadora Independente. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8475-092X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.