

Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo

Quality of life and psychosocial aspects of polycystic ovary syndrome: a quali-quantitative approach

Artigo Original

Palavras-chave

Síndrome do ovário policístico
Psicologia
Qualidade de vida
Equipe de assistência ao paciente

Keywords

Polycystic ovary syndrome
Psychology
Quality of life
Patient care team

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida das mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) e compreender a experiência vivida por essas mulheres diante dos sintomas que apresentam. **Métodos:** Este estudo compreendeu duas abordagens metodológicas — quantitativa e qualitativa, de forma complementar. Foi avaliada a qualidade de vida de 213 mulheres (abordagem quantitativa) por meio do SF-36, sendo 109 com SOP (Grupo Caso: 26,8±5,4 anos) e 104 mulheres saudáveis (Grupo Controle: 23,9±6,7 anos). A análise estatística compreendeu a utilização dos testes *t* de Student e qui-quadrado, além dos testes de correlação de **Pearson**. O nível de significância adotado foi de 5%. Das mulheres do Grupo SOP, 15 participaram do estudo qualitativo, tendo sido entrevistadas mediante uso de roteiro semiestruturado. Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica análise de conteúdo temática categorial. **Resultados:** Mulheres com SOP apresentaram comprometimento na qualidade de vida quando comparadas ao Grupo Controle (capacidade funcional: 76,5±20,5 e 84,6±15,9, respectivamente; aspectos físicos: 56,4±43,3 e 72,6±33,3; estado geral de saúde: 55,2±21,0 e 62,5±17,2; vitalidade: 49,6±21,3 e 55,3±21,3; aspectos sociais: 55,3±32,4 e 66,2±26,7; aspectos emocionais: 34,2±39,7 e 52,9±38,2; saúde mental: 50,6±22,8 e 59,2±20,2). Em relação aos dados qualitativos, a análise temática categorial aponta que sentimentos de “anormalidade”, tristeza, medo e ansiedade estiveram associados aos principais sintomas da SOP: hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade e obesidade. Esses sintomas repercutiram na vida social, na esfera profissional e no relacionamento conjugal dessas mulheres. **Conclusão:** A SOP compromete a qualidade de vida das mulheres, levando-as a se sentirem diferentes das outras mulheres. Por causa disso, a mulher com SOP não necessita apenas de tratamento médico para as repercussões reprodutivas, estéticas e metabólicas, mas de atendimento multiprofissional.

Abstract

Purpose: To evaluate the quality of life of women with polycystic ovary syndrome (POS) and to learn about the experience of these women regarding the symptoms of their disease. **Methods:** The study complementarily employed two methodological approaches — quantitative and qualitative ones. The quality of life of 213 women was evaluated (quantitative approach) using the SF-36 questionnaire. Of these, 109 had POS (Case Group: 26.8±5.4 years of age) and 104 were healthy (Control Group: 23.9±6.7 years of age). Data were analyzed statistically by the Student *t*-test, the chi-square test and the Pearson correlation test, with the level of significance set at 5%. Fifteen women with POS participated in the quantitative study and were interviewed using a semi-structured questionnaire. The qualitative data were analyzed by the technique of categorial thematic analysis. **Results:** The women with POS showed impaired quality of life compared to Control (functional capacity: 76.5±20.5 and 84.6±15.9, respectively; physical aspects 56.4±43.3 and 72.6±33.3; general health status: 55.2±21.0 and 62.5±17.2; vitality: 49.6±21.3 and 55.3±21.3; social aspects: 55.3±32.4 and 66.2±26.7; emotional aspects: 34.2±39.7 and 52.9±38.2; mental health: 50.6±22.8

Correspondência

Simone da Nóbrega Tomaz Moreira
Departamento de Medicina Clínica, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Avenida Nilo Peçanha, 620
CEP: 59010-180
Natal (RN), Brasil

Recebido

09/10/2013

Aceito com modificações

19/11/2013

Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

¹ Departamento de Medicina Clínica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

³ Departamento de Educação Física, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

⁴ Departamento de Morfologia, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

and 59.2 ± 20.2). Regarding the qualitative data, thematic categorical analysis revealed that feelings of "abnormality", sadness, fear and anxiety were associated with the main symptoms of POS, i.e., hirsutism, menstrual irregularity, infertility and obesity. These symptoms affected the social, professional and marital life of these women. **Conclusion:** POS compromises the quality of life of affected women, causing them to feel that they are different from other women. Thus, women with POS do not simply require medical treatment regarding the reproductive, aesthetic and metabolic effects of the disease, but also need multiprofessional care.

Introdução

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino-ginecológico, caracterizada, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo, que afeta cerca de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva¹. Não foi estabelecida ainda a causa específica dessa síndrome. No entanto, sabe-se que há aumento na produção de andrógenos, acarretando manifestações clínicas de hiperandrogenismo, como aumento de pelos (hirsutismo), acne e alopecia androgenética. Estudos recentes têm relacionado a SOP com um maior risco de doenças cardiovasculares, grande parte em decorrência da associação com resistência periférica à ação da insulina, o que pode levar à intolerância à glicose e ao *diabetes mellitus* tipo 2².

Assim, os sintomas mais comuns que estão associados com a SOP são: amenorreia (ausência de menstruação por mais de três ciclos), hirsutismo (aparecimentos de pelos mais grossos e em locais dependentes da ação de andrógenos como o tórax, o queixo, entre o nariz e o lábio superior, o abdome inferior e as coxas), obesidade e acne, além de infertilidade^{2,3}. Estudos apontam que esses sintomas podem comprometer significativamente a qualidade de vida das mulheres que os apresentam³⁻⁶.

Sabe-se, entretanto, que esses sintomas podem interferir tanto no bem-estar das mulheres como nas suas relações familiares e sociais⁷. A obesidade, por exemplo, tem sido apontada como um dos sintomas que mais compromete a qualidade de vida dessas mulheres⁸. A acne e o hirsutismo estão relacionados como as principais causas de estresse emocional e social⁵, enquanto a infertilidade e os distúrbios menstruais resultam em estresse psicológico e na diminuição da sensação de bem-estar⁹⁻¹¹ possivelmente pelo sentimento de ser diferente das outras mulheres⁷ e pelo grande sofrimento que a infertilidade provoca, aumentando a prevalência de depressão entre essas mulheres¹².

Apesar do grande impacto que os sintomas da SOP provocam na vida das mulheres, repercutindo nos seus aspectos psicossociais¹³⁻¹⁶, a maioria dos estudos tem sido desenvolvida em uma perspectiva biológica, não sendo capaz de explorar a própria experiência dessas mulheres.

Para obter tal compreensão, faz-se necessário utilizar uma abordagem metodológica qualitativa, que é capaz de compreender sentimentos, pensamentos e atitudes, incorporando, dessa forma, a perspectiva dos indivíduos

em seu contexto social¹⁷. A complexidade envolvida no processo de doença e os aspectos relacionados com as manifestações clínicas da SOP confirmam a importância de estudos psicossociais que incorporem a perspectiva dos indivíduos em seu contexto social¹⁵.

Assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a Qualidade de Vida (QV) de mulheres com SOP e também compreender a experiência vivida por essas mulheres diante dos sintomas que apresentam.

Métodos

Estudo realizado com duas abordagens metodológicas: quantitativa e qualitativa, de forma complementar, a fim de obter uma compreensão mais profunda do fenômeno estudado^{18,19}. As distintas abordagens traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o individual e o coletivo presentes nos processos de saúde-doença e contribuem com dados importantes para que os profissionais de saúde considerem as pessoas de forma integral e as atendam com uma postura interdisciplinar de assistência, em que as propostas de ação sejam condizentes com a realidade vivida pela população estudada¹⁷.

O estudo foi realizado em dois momentos distintos. Primeiramente, foi realizado estudo transversal, no qual a Qualidade de Vida das mulheres com SOP (Grupo Caso) foi comparada com a de mulheres saudáveis e na mesma faixa etária (Grupo Controle).

Após isso, a fim de compreender a experiência das mulheres com SOP diante dos seus sintomas, foram selecionadas 15 mulheres do Grupo Caso, que expressaram uma não adaptação a sua condição de saúde (escolha proposital) para a realização de entrevistas em profundidade, mediante um roteiro semiestruturado.

O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (Protocolo número 166/04) e todas as voluntárias assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Participantes da pesquisa

Para avaliar a QV das mulheres, 213 mulheres participaram do estudo — 109 mulheres com SOP (Grupo SOP) e 104 mulheres saudáveis (Grupo Controle).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para o grupo SOP: (1) idade entre 14 e 40 anos,

(2) diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos, de acordo com critérios do recente Consenso de Rotterdam (*The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, 2004*)²⁰, (3) capacidade cognitiva adequada para o entendimento dos propósitos da pesquisa, (4) concordância em participar do estudo, após informação detalhada sobre os propósitos da pesquisa e (5) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para a formação do Grupo Controle, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: apresentar o diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos e/ou doença crônica, vivenciar situações estressantes ou ansiogênicas, como luto, separação ou desemprego. Esse grupo foi recrutado em escolas públicas no turno noturno, em que havia uma população com a faixa etária adequada aos propósitos da pesquisa.

O Grupo SOP foi recrutado no ambulatório de Ginecologia Endócrina da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), uma Unidade Suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Para caracterizar a população do estudo, foi utilizada uma “Ficha de Identificação”, que incluiu questões sobre idade, naturalidade, profissão, religião, grau de instrução, renda mensal, estado civil, tempo de casada na relação atual, tempo do diagnóstico e presença de filhos.

Para um melhor entendimento sobre o diagnóstico da doença e dos sintomas apresentados, uma “Ficha de Avaliação Médica” foi preenchida a partir dos registros médicos da paciente. Essa ficha constou de questões referentes ao diagnóstico e à sintomatologia apresentada: tempo do diagnóstico, presença do diagnóstico de infertilidade, existência de filhos naturais, presença de hirsutismo, acne, obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*.

Para avaliar a qualidade de vida da população do estudo, foi utilizado o questionário SF-36, traduzido para o português e validado para nossa população por Ciconelli et al.²¹. Esse instrumento contém 36 itens, podendo ser aplicado em indivíduos a partir dos 14 anos de idade, e tem o propósito de avaliar oito domínios divididos em dois grandes componentes: físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde) e mental (saúde mental, aspectos emocionais, sociais e vitalidade). O estado geral da saúde e a vitalidade estão indiretamente relacionados aos dois segmentos.

Em relação ao componente físico, a capacidade funcional é avaliada pela presença e extensão das limitações relacionadas à capacidade física, a partir de três níveis de resposta (muita limitação, pouca e sem limitação), e os aspectos físicos são avaliados pelas limitações físicas na realização do trabalho e das atividades diárias. A dor é pesquisada por meio de sua intensidade, extensão e/ou interferência nas atividades diárias, e o estado geral de saúde é avaliado pela autopercepção.

Quanto ao componente mental, a saúde mental é avaliada pela presença de ansiedade, depressão, alterações de comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Os aspectos emocionais são avaliados pelas dificuldades emocionais que limitam o trabalho e as atividades da vida diária, enquanto os aspectos sociais, pela integração do indivíduo nas atividades sociais. A vitalidade é avaliada pelo nível de energia e fadiga na realização das atividades da vida diária.

Em relação à abordagem qualitativa, as participantes foram escolhidas de forma proposital aos objetivos do estudo, tendo sido adotado como critério de definição da amostra a técnica de saturação²². Participaram do estudo 15 mulheres do Grupo Caso, com sintomas heterogêneos, porém com grande impacto sobre suas vidas. Após o consentimento das participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para facilitar a análise. Essas entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e foram conduzidas mediante um roteiro de entrevista semiestruturado.

■ Análise dos resultados

Em relação à abordagem quantitativa, os resultados foram apresentados em tabelas, nas quais as variáveis foram expressas em média \pm desvio padrão e mediana (percentil25 – percentil75) para variáveis quantitativas e em frequências simples para variáveis qualitativas. Para verificação da normalidade dos valores amostrais, foi utilizado o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov. Para comparações de resultados intergrupos, foram utilizados os testes *t* de Student (para variáveis com distribuição normal) e teste de Mann-Whitney (para variáveis com distribuição não paramétrica). As correlações entre variáveis foram avaliadas pelo teste de correlação de Pearson.

As comparações intergrupos das frequências das diversas categorias do estudo foram realizadas pelo teste χ^2 (análise bivariada) e por metodologia de regressão logística, com cálculo do Odds Ratio e intervalos de confiança (95%). Para cada variável resposta, os modelos de regressão logística foram obtidos a partir de um processo de seleção construído pela inserção progressiva das variáveis, denominado de *FORWARD method*, com base na estatística de Wald.

O nível de significância considerado em todos os tratamentos estatísticos foi de 5%. As análises foram implementadas utilizando-se os softwares *GraphPad Prism version 3.00 for Windows* (GraphPad Software, San Diego, California, USA), *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (version 10.0 for Windows)* e *STATISTICA*.

Em relação à abordagem qualitativa, a análise foi realizada de modo descritivo a partir das falas das entrevistadas. A técnica utilizada foi análise de conteúdo temática categorial, por meio da qual foi realizada a

categorização e subcategorização dos dados obtidos, a partir das unidades de análise²³.

Resultados

Caracterização das participantes

Os Grupos SOP e Controle não apresentaram diferenças estatisticamente significantes nas suas características sociodemográficas, diferiram apenas em relação ao estado civil — o Grupo SOP compreendeu mais mulheres casadas do que o Grupo Controle (Tabela 1).

Em relação ao Grupo SOP, a maioria das participantes relatou que os sintomas da doença estão presentes desde a puberdade, não coincidindo, muitas vezes, com a elucidação do diagnóstico. A prevalência do excesso de peso (índice de massa corpórea ≥ 25 kg/m²), oligomenorreia, hirsutismo e infertilidade foram 59% (n=64), 91% (n=99), 46% (n=50), e 35% (n=38), respectivamente.

As mulheres do Grupo SOP apresentaram reduções significativas em quase todos os domínios do instrumento SF-36 de QV quando comparadas com o Grupo Controle (Tabela 2).

Considerando os valores normativos obtidos para o Grupo Controle, determinou-se a proporção de valores no Grupo SOP abaixo da mediana do Grupo Controle para cada domínio do SF-36. De acordo com esse parâmetro, os piores escores foram observados para os domínios “Aspectos Físicos” e “Saúde Mental”, em que 76 e 80% das mulheres com SOP apresentaram escores abaixo da mediana do Grupo Controle.

Para os outros domínios, as proporções foram: “Capacidade Funcional” (57%), “Dor” (62%), “Estado geral de Saúde” (56%), “Vitalidade” (65%), “Aspecto social” (60%). Essa análise reforça o comprometimento da QV no Grupo SOP em comparação com o Grupo Controle.

Para analisar a influência de cada sintoma da SOP nos escores dos domínios do SF-36, foi realizada uma análise intragrupo em que as mulheres com um sintoma específico (por exemplo, hirsutismo) foram comparadas com o Grupo Controle. Essa análise foi realizada considerando outros sintomas da SOP, como: oligomenorreia, infertilidade e excesso de peso. A Figura mostra a média dos domínios do SF-36 para os Grupos SOP e Controle.

Análise de conteúdo Temática Categorial

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras exaustivas do material produzido, do qual emergiram duas categorias e sete subcategorias. Em relação à categoria “Sentimentos associados aos sintomas”, as mulheres com SOP relataram sentimentos de anormalidade ou diferente das outras mulheres, tristeza, medo e ansiedade. Esses sentimentos foram relacionados aos

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres do Grupo Síndrome dos Ovários Policísticos e Controle

	SOP (n=109) Média±DP	Controle (n=104) Média±DP	Valor p
Idade (anos)	26,9±5,4	23,9±6,7	NS
Educação (anos de estudo)	9,8±3,3	8,6±2,7	NS
Tempo de casada (anos)	4,7±5,0	1,8±4,1	NS
Estado civil	% (n)	% (n)	
Casada	68 (74,0)	22 (23,0)	<0,0001
Divorciada	3 (3,0)	12 (12,0)	
Solteira	29 (32,0)	66 (69,0)	

DP: Desvio padrão; SOP: Síndrome dos Ovários Policísticos. NS: Não Significante

Tabela 2. Comparação dos domínios da qualidade de vida entre os Grupos Síndrome dos Ovários Policísticos e Controle por meio do instrumento SF-36.

Domínios do SF-36	Grupo SOP		Grupo Controle		Valor p
	Média±DP	Mediana (percentil 25–75)	Média±DP	Mediana (percentil 25–75)	
Capacidade funcional	76,6±20,5	80 (62–90)	84,7±15,6	90 (75–100)	0,001*
Aspectos físicos	56,4±43,4	50 (0–100)	72,7±33,3	75 (50–100)	0,002*
Dor	56,5±29,4	51 (32–74)	61,4±22,0	62 (42–74)	0,170
Saúde geral	55,2±21,0	57 (37–72)	62,6±17,2	60 (52–72)	0,005*
Vitalidade	49,6±21,3	50 (35–65)	55,4±21,4	55 (40–75)	0,005*
Aspectos sociais	55,3±32,4	50 (25–87)	66,2±26,8	62,5 (50–87)	0,007*
Aspectos emocionais	34,2±39,7	33 (0–67)	52,9±38,3	67 (16–100)	0,001*
Saúde mental	50,6±22,3	52 (32–68)	59,2±20,0	56 (46–76)	0,003*

(Percentil 25–75)* = diferença significante quando comparado com o Grupo Controle (p<0,05 – teste de Mann-Whitney); SOP: Síndrome dos Ovários Policísticos; DP: desvio padrão.

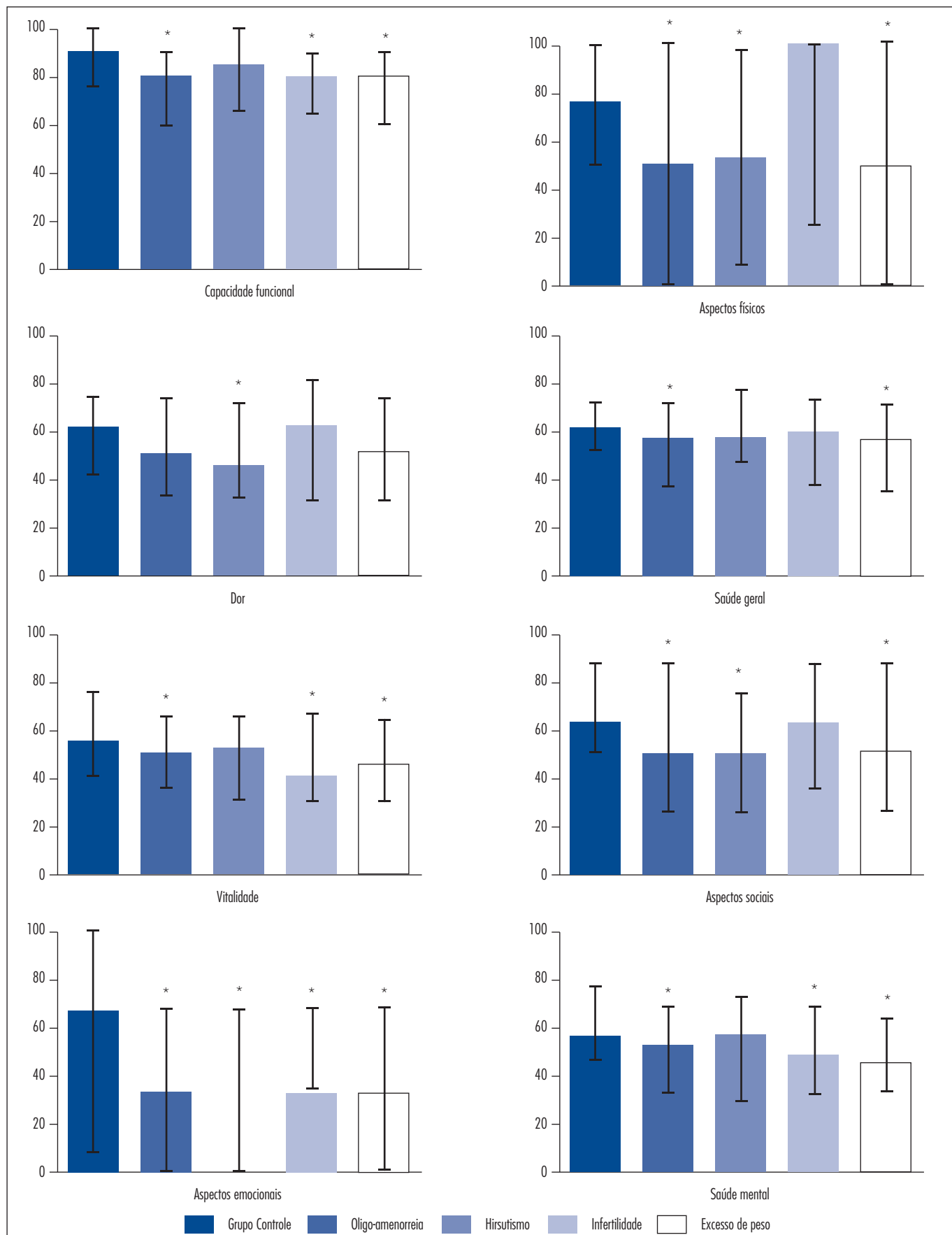
Tabela 3. Distribuição das categorias e subcategorias a partir das Unidades de Análise

Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
Sentimentos associados aos sintomas	Anormal ou diferente	17
	Tristeza	12
	Ansiedade	8
	Medo	7
Repercussões psicossociais da SOP	Isolamento social	16
	Relacionamento conjugal	13
	Comprometimento emocional	10

SOP: Síndrome dos Ovários Policísticos.

seguintes sintomas da SOP: hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade e obesidade (Tabela 3).

A partir das falas das entrevistadas, pôde-se perceber que os sintomas da SOP comprometem o bem-estar das mulheres. A infertilidade, por exemplo, é considerada uma situação de muito sofrimento e tristeza, levando-as a se sentirem anormais e diferentes de todas as outras mulheres que podem engravidar. Inclusive, as mulheres



*diferenças significantes quando comparadas como o Grupo Controle (p<0,05 – teste de Mann-Whitney).

Figura 1. Comparação dos domínios do SF-36 entre os Grupos Síndrome dos Ovários Policísticos e Controle

que ainda não pensam em engravidar, mas sonham em ser mãe, sentem medo de não conseguir engravidar no momento em que decidirem ter um filho.

Além disso, elas relatam que o fato de estarem acima do peso interfere diretamente na autoestima e nas suas relações afetivas e sociais. Muitas buscam o isolamento social por acharem que estão fora do padrão de beleza, sentem-se estranhas no seu próprio corpo, conforme relatou uma mulher que havia engordado 18 kg em apenas 2 meses.

Sintomas como irregularidade menstrual, amenorreia e hirsutismo estiveram associados a sentimentos de perda da feminilidade, pois, segundo as entrevistadas, toda mulher precisa menstruar regularmente, e o fato de apresentarem pelos em abundância compromete a autoimagem dessas mulheres, que não se conformam com o aumento exagerado deles, principalmente na face.

As mulheres entrevistadas expressaram muita ansiedade pelo fato de estarem acima do peso e também pela dificuldade de engravidar. Muitas, inclusive, relataram que os médicos orientavam-na emagrecer, o que as deixava ainda mais ansiosas, pois, mesmo tendo consciência que precisavam perder peso, não conseguiam parar de comer.

Em relação à categoria “Repercussões psicossociais da SOP”, observou-se que os sintomas da SOP podem afetar significativamente vários aspectos da vida da mulher, interferindo no relacionamento conjugal e social, e também na vida profissional (Tabela 3). Por exemplo, a infertilidade pode afetar de forma significativa a relação conjugal, comprometendo, inclusive, a relação sexual. Muitas mulheres relataram que a atividade sexual estava associada à reprodução, interferindo no desejo e no prazer dos casais.

Além disso, o fato de muitas mulheres com SOP terem um fluxo muito intenso, deixavam-na desconfortáveis, levando-as a evitar a relação sexual. Esse comportamento das mulheres não foi compreendido pelos maridos, que acreditavam que elas estavam sempre inventando desculpas, o que gerou desconfiança e ressentimentos.

As mulheres relataram que alguns sintomas, como fluxo menstrual intenso, obesidade e aumento de pelos no corpo, afetaram significativamente a sua vida social, levando-as ao isolamento social. Esse comportamento se deu pelo sentimento de baixa autoestima, acreditando que as outras pessoas não têm interesse na sua amizade e na sua companhia. Além disso, o fluxo menstrual intenso acompanhado de fortes cólicas menstruais constrangeram as mulheres, impedindo-as de sair de casa para se divertir.

Em relação à vida profissional, o intenso fluxo menstrual e a obesidade foram os sintomas que mais comprometeram a vida dessas mulheres. O intenso fluxo menstrual as impediam de trabalhar, o que, muitas vezes, era percebido pelos empregadores com desconfiança e intolerância. Além

disso, a obesidade limitava a atividade dessas mulheres, por exemplo, uma mulher que tinha como atividade lavar roupa precisou diminuir a quantidade de roupa que lavava, diminuindo também a renda familiar.

Discussão

A presente pesquisa aponta que as mulheres com SOP apresentam diminuição na QV quando comparadas com mulheres saudáveis, achado semelhante a outros estudos^{3,4,9}. A QV das mulheres com SOP foi avaliada por meio do instrumento genérico, o SF-36¹⁹ pelo fato de que o instrumento específico para SOP ainda não foi validado para nossa população²⁴. No entanto, acredita-se que a metodologia qualitativa pôde complementar o estudo quantitativo, contribuindo para melhor entendimento da experiência dessas mulheres, valorizando significados, sentimentos e atitudes¹⁷.

Sabe-se que a manifestação dos sintomas da SOP se dá de forma heterogênea, ou seja, mulheres com SOP podem apresentar diferentes sintomas, como também reagir a eles de forma diferente. Diante disso, a abordagem qualitativa utilizada neste estudo contribuiu para melhor compreensão do impacto dos sintomas da SOP nos aspectos psicossociais dessas mulheres, como sugerido por alguns autores^{17,18}.

Acredita-se que a incorporação da metodologia qualitativa é importante para o reconhecimento de que a SOP interfere não apenas na condição física da mulher, mas também nos seus aspectos psicológicos e sociais. Estudo realizado em consonância com a metodologia referida¹⁵ relaciona os sintomas de amenorreia e irregularidade menstrual a sentimentos de inadequação à condição feminina¹⁵, o que testifica com os resultados do presente estudo. Esse aspecto interfere nas relações conjugal e social da mulher, pois diminui a autoestima dela, além de gerar desconforto.

Sabe-se que a infertilidade está presente em quase 70% das mulheres com SOP, podendo comprometer a QV dessas mulheres²⁵. Além disso, diferentes culturas atribuem significados diferentes ao fato de a mulher não conseguir engravidar. Existem culturas e religiões que estigmatizam as mulheres inférteis, atribuindo a elas culpa. Um estudo realizado com mulheres inférteis relacionou a infertilidade a sentimentos de tristeza e anormalidade à condição feminina, além de ter sido considerada como o evento mais estressante da sua vida¹⁰. Esses resultados corroboram com os resultados da presente pesquisa, quando as mulheres expressaram sentimentos de anormalidade e de serem diferentes das outras mulheres pelo fato de não conseguirem engravidar.

As mulheres com SOP se sentem estigmatizadas, pois muitas delas não correspondem às normas da sociedade

quanto ao padrão de beleza física²⁶. Sintomas que interferem diretamente na aparência física das mulheres, como obesidade e os resultantes de hiperandrogenismo (hirsutismo e/ou acne), podem desencadear diminuição na satisfação sexual e também interferir na identidade feminina¹⁵. Em nosso estudo, observamos que o sintoma de obesidade esteve associado a sentimentos de tristeza e ansiedade, inclusive as mulheres tinham consciência da necessidade de mudar estilo de vida, incorporando exercício físico às suas atividades cotidianas e realizando reeducação alimentar, mas não conseguiam fazê-lo e atribuíam a resistência às mudanças ao sentimento de ansiedade.

Estudos nos quais se analisou variáveis psicossociais das mulheres com SOP constataram que os sintomas de obesidade e hirsutismo estiveram relacionados à redução significativa da QV^{3,26}. Acrescido a isso, Barnard et al.²⁷ apontam uma considerável presença de sintomas depressivos entre essas mulheres.

Assim, após análise detalhada das falas das mulheres entrevistadas, pôde-se observar um desconforto em relação a sua condição física, variando em cada mulher e também dependendo dos sintomas que apresentaram. Diante disso, torna-se relevante que os médicos considerem os aspectos psicossociais dessas mulheres, buscando compreendê-las para ajudá-las a desenvolver estratégias satisfatórias que propiciem mudanças no seu estilo de vida, garantindo, dessa forma, uma vida de qualidade.

Neste estudo, as abordagens metodológicas quantitativa e qualitativa atuaram de forma complementar, de modo que se pôde constatar, a partir do estudo quantitativo, que as mulheres com SOP tiveram uma qualidade de vida pior do que o grupo de mulheres saudáveis. O estudo qualitativo, portanto, permitiu compreender como os sintomas da SOP interferiram nos aspectos psicossociais dessas mulheres, comprometendo sua QV.

Esse entendimento permite aos profissionais de saúde o planejamento de práticas de saúde mais eficazes, que contemplem não apenas a condição biológica mas também a psicossocial da mulher com SOP. Além disso, é importante salientar que valorizar e reconhecer os sentimentos advindos dos seus sintomas pode contribuir significativamente para a adesão da mulher ao tratamento proposto. Não basta informar a mulher de que ela precisa mudar o estilo de vida, se faz necessário também entender os sentimentos de ansiedade que estão presentes para que a proposta terapêutica seja feita de acordo com a realidade e as possibilidades dela.

Diante disso, acredita-se que grupos terapêuticos específicos a mulheres com SOP poderiam ser benéficos para ajudá-las a desenvolver estratégias psicológicas saudáveis para o enfrentamento da sua condição e realidade. Dessa forma, elas se sentirão mais motivadas para mudar estilo de vida, praticando exercícios físicos regulares e participando de um programa de reeducação alimentar, podendo ter efetivamente uma vida de qualidade.

Referências

1. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril*. 2012;97(1):28-38.
2. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS, Hickey TE. Polycystic ovary syndrome. *Lancet*. 2007;370(9588):685-97.
3. Hahn S, Janssen OE, Tan S, Pleger K, Mann K, Schedlowski M, et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol*. 2005;153(6):853-60.
4. Trent M, Austin SB, Rich M, Gordon CM. Overweight status of adolescent girls with polycystic ovary syndrome: body mass index as mediator of quality of life. *Ambul Pediatr*. 2005;5(2):107-11.
5. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger WL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2008;14(1):15-25.
6. Hahn S, Benson S, Elsenbruch S, Pleger K, Tan S, Mann K, et al. Metformin treatment of polycystic ovary syndrome improves health-related quality-of-life, emotional distress and sexuality. *Hum Reprod*. 2006;21(7):1925-34.
7. Moreira S, Soares E, Tomaz G, Maranhão T, Azevedo G. Síndrome dos ovários policísticos: enfoque psicossocial. *Acta Med Port*. 2010;23(2):237-42.
8. Tang T, Glanville J, Hayden CJ, White D, Barth JH, Balen AH. Combined lifestyle modification and metformin in obese patients with polycystic ovary syndrome. A randomized, placebo-controlled, double-blind multicentre study. *Hum Reprod*. 2006;21(1):80-9.
9. Li Y, Li Y, Yu Ng EH, Stener-Victorin E, Hou L, Wu T, et al. Polycystic ovary syndrome is associated with negatively variable impacts on domains of health-related quality of life: evidence from a meta-analysis. *Fertil Steril*. 2011;96(2):452-8.
10. Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD. Stress and anxiety in infertile women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(6):358-64.
11. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, et al. Determinants of emotional distress in women of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2006;21(4):1092-9.
12. Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a comprehensive investigation. *Fertil Steril*. 2010;93(7):2421-3.

13. Moran L, Gibson-Helm M, Teede H, Deeks A. Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31(1):24-31.
14. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased prevalence of anxiety symptoms in women with polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012;97(1):225-30.e2.
15. Snyder BS. The lived experience of women diagnosed with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(3):385-92.
16. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. *BMC Med*. 2010;8:41.
17. Moreira SN, Azevedo GD. Incorporating qualitative approaches is the path to adequate understanding of the psychosocial impact of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2006;21(10):2723-4.
18. Keegan A, Liao LM, Boyle M. 'Hirsutism': a psychological analysis. *J Health Psychol*. 2003;8(3):327-45.
19. Foss C, Ellefsen B. The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *J Adv Nur*. 2002;40(2):242-8.
20. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod*. 2004;19(1):41-7.
21. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
24. Guyatt G, Weaver B, Cronin L, Dooley JA, Azziz R. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(12):1279-87.
25. Schmid J, Kirchengast S, Vytiska-Binstorfer E, Huber J. Infertility caused by PCOS - health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. *Hum Reprod*. 2004;19(10):2251-7.
26. Ching HL, Burke V, Stuckey BG. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007;66(3):373-9.
27. Barnard L, Ferriday D, Guenther N, Strauss B, Balen AH, Dye L. Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2279-86.