



COMITÊ NACIONAL DE INFERTILIDADE

Abordagem da infertilidade em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos

Thomaz Gabriel Miklos^{1,2}, George Vaz^{1,3}, Paula Andrea Navarro^{4,5}

1. Membro do Comitê de Infertilidade da SBRH
2. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Universidade Santo Amaro
3. Professor assistente da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
4. Coordenadora do Comitê de Infertilidade da SBRH
5. Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Setor de Reprodução Humana

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é a endocrinopatia mais comum que afeta mulheres em idade reprodutiva, com impactos ao longo da vida, desde a adolescência até a pós-menopausa, com prevalência entre 10 a 13%. A etiologia da SOP é complexa e a apresentação clínica é heterogênea com aspectos reprodutivos, metabólicos e psicológicos.

Em 2023 foram atualizadas as recomendações do *guideline* internacional baseado em evidências para avaliação e manejo da Síndrome dos Ovários Policísticos, que além de abordar diversos aspectos da SOP, faz recomendações relativas à abordagem e tratamento da infertilidade

Este documento é uma tradução livre e resumida das recomendações com foco nos aspectos reprodutivos do *guideline*, capítulo cinco: Assessment and treatment of infertility, International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023. O documento original está disponível na íntegra no endereço eletrônico: https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0003/3379521/Evidence-Based-Guidelines-2023.pdf

Fatores de risco pré-concepcionais

Pacientes com SOP devem receber cuidados pré-concepcionais específicos a fim de minimizar o risco de diabetes gestacional, parto prematuro, pré-eclâmpsia, aborto espontâneo, maior tempo para concepção e maior risco de síndrome de hiperestimulação ovariana. Ansiedade e depressão também são características da SOP, com triagem de rotina recomendada. A imagem corporal e os transtornos alimentares também são mais prevalentes na SOP e devem ser considerados e explorados. Em conjunto, estes fatores podem impactar a saúde do relacionamento e a intimidade sexual e impactar a adesão ao tratamento de fertilidade.

Identificar e corrigir fatores de risco modificáveis como alteração ponderal, tabagismo, consumo de álcool, drogas recreativas, infecções sexualmente transmissíveis não tratadas, bem como compensar patologias como diabetes, hipertensão, ansiedade, depressão entre outras, é

recomendado. Enfatizar a suplementação de ácido fólico e adequar o estado nutricional bem como a vitamina D.

Estudos clínicos randomizados e controlados (RCTs) mostram o impacto do peso sobre a fertilidade; pacientes com SOP e IMC > 25 Kg/m² apresentam uma menor taxa de gestação e maior taxa de aborto quando comparadas àquelas com SOP de IMC normal. Pacientes devem ser encorajadas a mudar o estilo de vida e corrigir o excesso de peso.

Teste de permeabilidade tubária

A infertilidade por fator tubário ocorre em aproximadamente 30% dos casos e não há evidências de que pacientes com SOP apresentem maior incidência de infertilidade por fator tubário.

A pesquisa do fator tubário pode ser realizada pela histerossalpingografia, histerossalpingografia ou cromotubagem durante videolaparoscopia. Esta pesquisa é fundamental para as pacientes de risco da patologia tubária como antecedentes de peritonite, cirurgias pélvicas, endometriose, doença inflamatória pélvica, infecções sexualmente transmissíveis, entre outras.

A recomendação de consenso é que em mulheres com SOP e infertilidade devido apenas à anovulação com análise seminal normal, os riscos, benefícios e custos, tempo e técnicas de testes de permeabilidade tubária em relação ao custo e complexidade do tratamento devem ser considerados individualmente, dependendo da história pessoal e prevalência populacional, antes de iniciar a indução da ovulação com coito programado ou inseminação intrauterina.

Letrozol

O Letrozol e o Anastrozol, inibidores da aromatase, são agentes eficazes na indução da ovulação, sendo o Letrozol o mais utilizado. Estas medicações inibem a conversão de androgênios em estrogênios, estimulando a liberação de FSH endógeno e, portanto, estimulando a ovulação. Inicialmente havia o temor que o Letrozol pudesse induzir a formação de anomalias fetais. Vários estudos, meta-análises e revisões sistemáticas refutaram esta tese, mostrando que o risco de anomalias fetais com Letrozol é semelhante à concepção natural ou uso de outros fármacos utilizados em reprodução.

Recomendações

- O Letrozol deve ser o tratamento farmacológico de primeira escolha para a indução da ovulação em mulheres inférteis com SOP, sem outros fatores de infertilidade.
- O uso de Letrozol ainda é *off-label* em muitos países. Quando o seu uso não é permitido, outros agentes de indução da ovulação podem ser utilizados.
- O Letrozol não deve ser administrado quando houver qualquer possibilidade de gestação, embora não haja evidências de aumento de teratogenicidade em comparação a outros agentes indutores da ovulação.

Citrato de Clomifeno e Metformina

O CC é um modulador seletivo do receptor estrogênico com propriedades estrogênicas e antiestrogênicas, aprovado pela primeira vez para o uso em pacientes com anovulação em 1967. Apresenta boas taxas de ovulação, porém menores taxas de gestação atribuída ao seu efeito antiestrogênico sobre o endométrio e muco cervical. As taxas de gemelaridade e trigemelaridade são 5-7% e 3% respectivamente, e a síndrome do hiperestímulo ovariano menor que 1%. Foi observado o potencial aumento limítrofe do risco de tumores ovarianos com 12 ciclos ou mais.

A Metformina é uma medicação sensibilizadora da insulina usada para o tratamento de resistência à insulina, agravo este comum na SOP. Ela promove a redução da produção androgênica ovariana, estimulada pela hiperinsulinemia, o que pode favorecer a ovulação.

Recomendações

- Metformina versus placebo:

- A metformina pode ser usada isoladamente em mulheres com SOP e infertilidade, sem outros fatores de infertilidade associados, para melhorar as taxas de gestação e nascidos vivos, informando as pacientes que existem outros agentes para indução da ovulação mais eficazes.
- As mulheres devem ser aconselhadas sobre os potenciais efeitos colaterais gastrointestinais leves com metformina.
- Os encargos com cuidados de saúde, incluindo monitorização, viagens e custos, são menores com a metformina.
- Considerar a idade e o rastreamento de outros fatores de infertilidade associados precisa ser discutido antes da prescrição de metformina.

- Citrato de clomifeno versus metformina

- O CC pode ser usado como indutor da ovulação, em preferência à metformina, na infertilidade anovulatória por SOP, sem outros fatores de infertilidade, para aumentar a ovulação, gestação clínica e taxa de nascidos vivos.
- Devido o risco de gestação múltipla ser aumentado com o CC (sozinho ou associado a metformina), é aconselhado o monitoramento ultrassonográfico.

- Citrato de clomifeno e metformina versus CC sozinho

- Citrato de clomifeno combinado com metformina pode ser usado em vez de citrato de clomifeno sozinho em mulheres com SOP com infertilidade anovulatória e nenhum outro fator de infertilidade para melhorar as taxas de ovulação e gravidez clínica.

- Citrato de clomifeno e metformina versus metformina sozinha

- Citrato de clomifeno combinado com metformina pode ser usado em vez de metformina sozinha em mulheres com SOP com infertilidade anovulatória e nenhum outro fator de infertilidade para melhorar as taxas de nascidos vivos.
- O monitoramento dos ciclos combinados precisará ser realizado similarmente ao proposto para o citrato de clomifeno sozinho.

- Citrato de clomifeno versus letrozol

- Letrozol deve ser usado em vez de citrato de clomifeno em mulheres com SOP com infertilidade anovulatória e nenhum outro fator de infertilidade para melhorar a ovulação, a gravidez clínica e as taxas de nascidos vivos.
- Evidências atuais não demonstram diferença nas taxas de anormalidade fetal entre a indução da ovulação com letrozol ou citrato de clomifeno ou a concepção natural.

Gonadotrofinas

A indução da ovulação com gonadotrofinas é usada em mulheres anovulatórias com SOP que não apresentaram ovulação induzida pelos indutores orais de primeira linha previamente descritos. Para evitar a superestimulação e a gravidez múltipla, os regimes tradicionais de aumento de dose (regimes de *step-up*) devem ser substituídos por regimes de *step-up* com baixas doses de gonadotrofinas ou regimes de *step-down* com gonadotrofinas usadas sozinhas. Diferentes preparações de gonadotrofinas parecem funcionar igualmente bem. Pode ser difícil prever respostas de estimulação na SOP e atingir um único folículo dominante

para reduzir a gravidez múltipla e a hiperestimulação ovariana, e o monitoramento cuidadoso do desenvolvimento folicular por ultrassom é necessário. Prescrever o gatilho ovulatório apenas com dois ou menos folículos acima de 14 mm. A eficácia, segurança e papel das gonadotrofinas em comparação com outros agentes, incluindo agentes de indução de ovulação oral únicos ou combinados ou diatermia/perfuração laparoscópica (*drilling* laparoscópico), não são claras.

Recomendações

- As gonadotrofinas podem ser utilizadas como terapia farmacológica de segunda linha para mulheres com SOP que são anovulatórias e inférteis, sem outros fatores de infertilidade e que falharam na indução oral da ovulação de primeira linha.
- Tanto gonadotrofinas quanto cirurgia ovariana laparoscópica podem ser usadas em mulheres com SOP que são anovulatórias e inférteis, com resistência ao citrato de clomifeno e sem outros fatores de infertilidade, após aconselhamento sobre maior taxa de nascidos vivos e maiores taxas de gravidez múltipla com gonadotrofinas.
- As gonadotrofinas sozinhas podem ser consideradas em vez do citrato de clomifeno no tratamento de mulheres com SOP sem tratamento prévio, com infertilidade anovulatória e sem outros fatores de infertilidade, para melhorar a ovulação, a gravidez clínica e as taxas de nascidos vivos.
- As gonadotrofinas sozinhas podem ser usadas em vez de gonadotrofinas combinadas com citrato de clomifeno em mulheres com SOP que são anovulatórias e inférteis com resistência ou falha ao citrato de clomifeno e nenhum outro fator de infertilidade.
- Gonadotrofinas podem ser consideradas em vez da combinação de citrato de clomifeno e metformina em mulheres com SOP que são anovulatórias e inférteis, com resistência ao citrato de clomifeno e sem outros fatores de infertilidade.
- Quando as gonadotrofinas forem ser prescritas, deve ser considerado:
 - ◇ O custo da intervenção para indução da ovulação.
 - ◇ Experiência necessária para o uso da intervenção para indução da ovulação.
 - ◇ O grau de monitoramento intensivo por ultrassom que é necessário.
 - ◇ Um protocolo de gonadotrofina de baixa dose deve ser usado para otimizar a chance de desenvolvimento monofolicular.
 - ◇ Implicações de potencial gravidez múltipla.
- Parece não haver diferença na eficácia clínica das preparações de gonadotrofina disponíveis.
- Ao usar gonadotrofinas, deve-se procurar evitar gravidez múltipla. Considerações aqui incluem cancelar ciclos quando há mais de dois folículos maiores que 14 mm de diâmetro, aconselhando evitar relações sexuais desprotegidas.
- A taxa de nascidos vivos, a taxa de gravidez clínica por paciente e a taxa de ovulação por ciclo são maiores com gonadotrofinas do que com citrato de clomifeno.
- Um protocolo de baixa dosagem de gonadotrofina deve ser usado para otimizar a chance de crescimento monofolicular e minimizar a gravidez múltipla.
- A necessidade de monitoramento ecográfico do ciclo e os custos dos medicamentos, juntamente com a necessidade de injeções múltiplas, influenciarão a escolha pelo uso de gonadotrofina.

Cirurgia Ovariana Laparoscópica

Observações de que mulheres com SOP retomaram a ovulação regular após biópsias ovarianas levaram ao desenvolvimento de ressecção cirúrgica em cunha por laparotomia. Dados observacionais pareciam promissores, mas a cirurgia foi superada por agentes de indução da ovulação, até que uma cirurgia laparoscópica menos invasiva surgiu. Pequenas variações metodológicas são relatadas (eletrocautério, vaporização a laser, biópsias ovarianas múltiplas e outras), todas com efeitos endócrinos aparentes. Para o propósito desta revisão, a perfuração ovariana laparoscópica (LOD), às vezes também chamada de diatermia ovariana laparoscópica ou cirurgia ovariana laparoscópica (LOS), é um procedimento cirúrgico no qual um instrumento de diatermia (geralmente uma agulha monopolar) é usado para perfurar o córtex ovariano, seguido pela administração de uma corrente elétrica ao estroma ovariano. Com esses procedimentos, a síndrome de hiperestimulação ovariana e os riscos de gravidez múltipla parecem ser menores do que com outras opções, mas outros riscos são potencialmente maiores, e o esclarecimento do papel da LOS, particularmente em comparação a outros tratamentos, é necessário em mulheres com SOP e infertilidade.

Recomendações

- A cirurgia ovariana laparoscópica pode ser uma terapia de segunda linha para mulheres com SOP que são anovulatórias e inférteis, com resistência ao citrato de clomifeno e sem outros fatores de infertilidade.
- Ao usar cirurgia ovariana laparoscópica, o seguinte deve ser considerado:
 - ◇ Custo comparativo da intervenção para indução da ovulação.
 - ◇ Expertise necessária para o uso seguro da intervenção para indução da ovulação.
 - ◇ Riscos intraoperatórios e pós-operatórios, que são maiores em mulheres acima do peso saudável.

Fertilização in vitro e maturação in vitro

As terapias de indução da ovulação são a primeira e a segunda linhas no tratamento da infertilidade em mulheres com SOP, anovulação e nenhum outro fator de fertilidade. No entanto, quando há resistência ou falha das terapias de indução da ovulação, assim como a incapacidade de superar outras causas concomitantes de infertilidade, as terapias de Tecnologia de Reprodução Assistida (ART), incluindo fertilização in vitro (FIV) e injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), usada na infertilidade por fator masculino, têm um papel na SOP. A FIV tem custos, riscos e limitações, mas também oferece a oportunidade de gravidez e nascimento vivo. Existem desafios em toda a diversidade de protocolos disponíveis e as preocupações na SOP incluem síndrome de hiperestimulação ovariana, altos níveis de estradiol, maturação endometrial acelerada e, de forma ideal, o uso de intervenções de "congelamento total". Uma alternativa à FIV completa é a maturação in vitro (IVM) de oócitos seguida de FIV, usando injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). O protocolo IVM, particularmente nas circunstâncias em que não são usadas gonadotrofinas, elimina o risco de síndrome de hiperestimulação ovariana, reduz a carga do paciente e oferece uma alternativa potencial de tratamento antes da FIV/ICSI estimulada. As questões de prática clínica aqui incluem indicações, tempo (onde a ART se encaixa nas opções de tratamento) e eficácia comparativa com outros tratamentos e se os resultados da IVM não estimulada com ICSI são comparáveis à FIV/ICSI estimulada.

Recomendações

- Na ausência de uma indicação absoluta para fertilização in vitro (FIV)/ injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), a FIV pode ser oferecida em mulheres com SOP

e infertilidade anovulatória, se as terapias de indução da ovulação de primeira ou segunda linha falharem.

- Em mulheres com SOP anovulatórias, o uso de fertilização in vitro é eficaz e, quando a transferência eletiva de um único embrião é usada, gestações múltiplas podem ser minimizadas.
- Mulheres com SOP submetidas a tratamento de fertilização in vitro/ ICSI devem ser aconselhadas antes de iniciar o tratamento sobre o risco aumentado de síndrome de hiperestimulação ovariana e devem ser oferecidas opções para reduzir o risco.

Protocolo de hormônio liberador de gonadotrofina

Mulheres com SOP correm alto risco de síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) com tratamento de FIV ± ICSI, o que requer cautela e leva à exploração de diferentes protocolos. Um dos métodos propostos para reduzir o risco de SHO é usar um protocolo com antagonista de GnRH (em oposição a um agonista de GnRH) para evitar o pico endógeno de LH.

Recomendações

- O uso de um protocolo de antagonista de GnRH para mulheres com SOP submetidas a FIV/ICSI é recomendado, pois permite o uso de um gatilho com agonista do GnRH, com o congelamento de todos os embriões gerados, se necessário, sem comprometer a taxa cumulativa de nascidos vivos, para reduzir de maneira significativa o risco de SHO.
- O protocolo de antagonista do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) comparado ao protocolo longo com agonista do GnRH para mulheres com SOP submetidas à fertilização in vitro/ICSI não melhora a taxa clínica de gravidez ou de nascidos vivos, mas reduz o risco de SHO.

Tipo de Gatilho

A SHO é reduzida quando o gatilho (*trigger*) é realizado com um análogo agonista do GnRH, que estimula a liberação endógena do FSH e LH, ao invés da administração do hCG. Melhores resultados são obtidos com a transferências de embriões pós descongelamento em ciclos posteriores ao inicial.

Recomendações

- Recomenda-se desencadear a maturação final do oócito com um agonista de GnRH e congelar todos os embriões viáveis em um ciclo de fertilização in vitro/ICSI com um protocolo de antagonista de GnRH, quando não se pretende transferir embrião fresco ou quando há um risco aumentado de SHO.

Escolha do Hormônio Foliculo Estimulante

O FSH pode ser purificado da urina humana (uFSH) ou sintetizado a partir de técnicas de DNA recombinante (rFSH). Preparações urinárias têm impurezas, apresentando atividade de LH conhecida por estimular a produção de andrógenos nas células da teca e completar a maturação dos folículos. No entanto, sabe-se que menos de 1% dos receptores de LH foliculares precisam ser ocupados para provocar a esteroidogênese máxima e, portanto, é possível que o LH endógeno seja suficiente durante a estimulação ovariana controlada para promover a síntese de andrógenos e a maturação do oócito sem a necessidade de atividade extra de LH em preparações de FSH. Os benefícios clínicos de rFSH versus uFSH são tópicos de debate contínuo e ambos os tipos de preparações continuam sendo comumente usados.

Recomendações

- O hormônio foliculo estimulante (FSH) urinário ou recombinante pode ser usado em mulheres com SOP submetidas à (hiper)estimulação ovariana (controlada) para fertilização in

vitro/ICSI, com evidências insuficientes para recomendar um tipo específico de preparação de FSH.

Hormônio Luteinizante Exógeno

O aumento da secreção de LH ou a elevada relação LH/FSH na SOP podem influenciar na fertilidade, com a inibição da maturação de oócitos, efeitos deletérios na esteroidogênese das células da granulosa e na receptividade endometrial e potencial aumento de aborto precoce. Assim, fica a dúvida se o uso de LH exógeno promoveria melhores ou piores resultados das TRA.

Recomendações

- O tratamento com hormônio luteinizante recombinante exógeno não deve ser usado rotineiramente em combinação com FSH em mulheres com SOP submetidas a hiperestimulação ovariana controlada para fertilização in vitro/ICSI.

Das recomendações do consenso, não se deve usar de forma rotineira o uso de LH exógeno em protocolos para FIV/ICSI.

Metformina Adjuvante

Foi demonstrado que a metformina pode restaurar a ovulação e aumentar as taxas de gravidez na SOP com mecanismos que fornecem uma justificativa fisiológica para o gerenciamento da resistência à insulina na FIV e na SOP. Também foi sugerido que a metformina pode reduzir os níveis séricos de estradiol durante a estimulação ovariana e também foi levantada a hipótese de que a metformina pode reduzir a produção do fator de crescimento endotelial vascular, ambos fatores importantes envolvidos na fisiopatologia da SHO. Desta forma, é importante explorar a eficácia e a segurança da metformina como um co-tratamento em mulheres com SOP, para atingir a gravidez ou nascimento vivo e reduzir a hiperestimulação ovariana na FIV.

Recomendações

- A terapia adjuvante com metformina pode ser usada antes e/ou durante a estimulação ovariana com FSH em mulheres com SOP submetidas a tratamento de fertilização in vitro/ICSI com protocolo longo de agonista de GnRH, para reduzir o risco de desenvolver SHO e aborto espontâneo.

- Uma boa prática nos protocolos de FIV em mulheres com SOP é o uso de um protocolo com antagonista de GnRH, pois ele dá a flexibilidade de usar um agonista de GnRH como gatilho, com o congelamento de todos os embriões, visando reduzir o risco de SHO. No entanto, se estiver usando um protocolo longo de agonista de GnRH, a metformina pode ser considerada. Se estiver usando metformina, o seguinte pode ser considerado:

- ◇ Começar a metformina no início do tratamento com agonista de GnRH.
- ◇ Titular gradualmente a metformina até uma dose entre 1000 mg a 2500 mg diariamente para minimizar os efeitos colaterais.
- ◇ Interromper a terapia com metformina no momento do teste de gravidez ou menstruação, a menos que a terapia com metformina seja indicada por outros fatores.

Maturação In Vitro (MIV)

Quando a FIV é indicada na SOP, os riscos de hiperestimulação ovariana aumentam com a estimulação pelas gonadotrofinas. A MIV de oócitos evita ou minimiza a estimulação ovariana antes da recuperação do oócito, uma vez que a maturação dos oócitos ocorre após a

recuperação, evitando assim o risco de SHO. A definição de um ciclo de MIV requer harmonização, pois os ciclos que empregam uma injeção de gatilho de hCG são geralmente associados a taxas de maturação de oócitos assíncronas, taxas de implantação de embriões ruins e taxas de gravidez mais baixas. Dado que a MIV é usada na prática e tem benefícios teóricos, esta questão também foi avaliada.

Recomendações

- O uso de maturação in vitro (MIV) e ICSI pode ser considerado em mulheres com SOP, como uma alternativa a um ciclo de FIV/ICSI estimulado, onde o(s) embrião é (são) congelado(s) e transferido(s) em um ciclo subsequente, reconhecendo que não há risco de SHO, mas a taxa cumulativa de nascidos vivos é menor.
- O uso de MIV e ICSI pode ser considerado antes dos ciclos de FIV/ICSI estimulados, reconhecendo tanto os benefícios quanto as limitações.
- A MIV só deve ser considerada em serviços com experiência suficiente.
- A MIV pode ser oferecida como uma opção em mulheres com SHO prévia e onde o risco de SHO grave é considerado inaceitavelmente alto, desde que haja experiência em técnicas de MIV.
- Evidências sugerem que a MIV/ICSI é menos eficaz do que a FIV/ICSI padrão em termos de gravidez clínica por paciente e taxa de nascidos vivos por paciente.

Inositol

O inositol é um suplemento nutricional que atua como um segundo mensageiro na sinalização de insulina e FSH e tem nove estereoisômeros. O mio-inositol promove a captação de glicose e também está envolvido em vias mediadas por FSH que regulam a proliferação e a maturação das células da granulosa. Foi levantada a hipótese de que a superprodução de insulina na SOP aumenta a conversão de mio-inositol em dichiroinositol, alterando as suas proporções.

Recomendações

- O inositol, em qualquer forma, sozinho ou em combinação com outras terapias, deve ser considerado uma terapia experimental em mulheres com SOP e infertilidade, com benefícios e riscos atualmente muito incertos para recomendar o uso desses agentes como terapias de fertilidade.
- Há evidências limitadas, com resultados incertos, sobre o efeito do inositol na ovulação, gravidez clínica e taxas de nascidos vivos.
- Os efeitos colaterais e a segurança do inositol não são conhecidos.
- As mulheres precisam estar cientes de que esses agentes podem ter regulação limitada, com dosagem, qualidade, consistência e combinação com outros agentes variáveis.
- Os objetivos e preferências pessoais das mulheres devem ser considerados ao discutir terapias complementares.

Agentes anti-obesidade

O excesso de peso é uma grande preocupação para muitas mulheres com SOP. Embora a mudança de estilo de vida tenha um papel fundamental no tratamento da obesidade, a eficácia e a sustentabilidade da perda de peso induzida pelo estilo de vida em pessoas com obesidade significativa são limitadas e o papel dos agentes farmacológicos antiobesidade na obtenção da perda de peso e potenciais benefícios à saúde associados é bem reconhecido na população em geral em revisões sistemáticas e diretrizes. Semaglutida, liraglutida, fentermina/topiramato, naltrexona/bupropiona e orlistate são medicamentos antiobesidade aprovados em adultos, cada um dos quais foi comparado ao placebo em RCTs. Esses medicamentos estão sendo cada vez mais usados em adultos para assistência à perda de peso. No entanto, há dados limitados disponíveis em mulheres com SOP e em mulheres em idade reprodutiva.

Recomendações

- Recomendamos o uso de agentes antiobesidade na SOP para resultados reprodutivos apenas em ambientes de pesquisa para estabelecer a eficácia e a segurança.

Bibliografia

International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome (PCOS). <https://www.monash.edu/medicine/mchri/pcos/guideline>

Helena J Teede, Chau Thien Tay, Joop J E Laven, Anuja Dokras, Lisa J Moran, Terhi T Piltonen, Michael F Costello, Jacky Boivin, Leanne M Redman, Jacqueline A Boyle, Robert J Norman, Aya Mousa, and Anju E Joham, on behalf of the International PCOS Network. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023; 108(10): 2447–2469.