

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v6n1a2025.17>

Endometriose e a reprodução humana assistida

Endometriosis and assisted human reproduction

Ana Luísa Dovigue da Silva¹, Bárbara Kelly dos Santos¹, Jheniffer Venâncio Cardoso¹, Sabrina de Jesus Lima da Cruz¹, Ana Rosa Crisci², Adriana de Oliveira Afonso², Maria Helena Simões²

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença complexa com patogênese multifatorial que envolve a disseminação de tecido endometrial para outras cavidades e órgãos, além do útero. O surgimento da doença é baseado na teoria da “menstruação retrógrada”, idealizada originalmente pelo ginecologista americano John Albertson Sampson, na qual relata que a provável causa da endometriose seja o refluxo de sangue menstrual através das tubas uterinas para a cavidade peritoneal, podendo implantar-se no peritônio ou na superfície ovariana (Nácul; Spritzer, 2010).

Considerando o contexto da etiologia da endometriose, por volta de 1927, estudos reforçam a teoria da “implantação”, onde evidenciou que a endometriose surge através da implantação de pedaços de mucosa ovariana ou tubária, que foram transportadas pelo sangue menstrual e escaparam pelas tubas uterinas para a cavidade peritoneal (Dastur; Tank, 2010).

Por apresentar uma sintomatologia difusa, o diagnóstico é realizado mediante intervenção cirúrgica, usualmente feita por videolaparoscopia, uma vez que não é possível basear-se apenas na casuística da doença. Logo, para que se chegasse a um diagnóstico preciso a American Society for Reproductive Medicine (ASRM) definiu,

¹ Acadêmicos do curso de Biomedicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato: dovigueana@gmail.com

² Docentes do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato#: maria.simoese@baraodemaua.br

em 1996, um sistema de estadiamento da endometriose com base na extensão da doença e na presença de aderências (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Esse sistema de classificação divide a endometriose em quatro estágios: mínima, leve, moderada e grave. A classificação é feita de acordo com a profundidade e a localização dos implantes endometriais, a presença de aderências e a formação de cistos ovarianos, conhecidos como endometriomas.

- Estágio I (Mínima): Implantes pequenos, superficiais e poucas ou nenhuma aderência.
- Estágio II (Leve): Implantes superficiais com menos de 5 cm e pequenas aderências.
- Estágio III (Moderada): Implantes múltiplos, com aderências peritubárias e periovarianas.
- Estágio IV (Grave): Implantes profundos, com grandes aderências e endometriomas nos ovários. (BRASIL, 2016).

Dessa forma, esta revisão busca contribuir para a compreensão da interface entre a endometriose e a reprodução assistida, oferecendo subsídios para a tomada de decisões clínicas e para o avanço das práticas terapêuticas voltadas à infertilidade feminina."

OBJETIVOS

O presente estudo é uma revisão narrativa que visa sintetizar as publicações de estudos que abordem o surgimento da endometriose e a utilização das técnicas de reprodução humana assistida como meio para tratamento da infertilidade ocasionada pela doença.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para interpretação e análise de produções científicas já publicadas e obtenção de dados, que abordassem o tema

escolhido. Foram utilizados os descritores endometriose, reprodução humana assistida, fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática e infertilidade feminina, nas bases de dados EBSCO, Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Como critérios de inclusão, foram selecionados apenas artigos disponíveis na íntegra gratuitamente, em português ou inglês, que envolvessem os mecanismos de interesse.

RESULTADOS

A partir da revisão de literatura realizada, foi possível constatar que a endometriose está presente em aproximadamente 30% a 50% das mulheres inférteis, sendo uma das principais causas de infertilidade feminina. Os estudos analisados apontam que a presença de tecido endometrial fora do útero pode comprometer a função ovariana, tubária e a receptividade endometrial, dificultando a concepção espontânea (Nácul; Spritzer, 2010; Brasil, 2016).

Dentre as técnicas de reprodução humana assistida (RHA), a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) se destacaram como as principais abordagens terapêuticas utilizadas em mulheres com endometriose. Dados da literatura demonstram que a FIV apresenta bons resultados em pacientes com endometriose, especialmente quando a doença está em estágios graves. A FIV permite contornar as barreiras físicas impostas pela doença, como aderências e obstruções tubárias, oferecendo uma chance real de gravidez para essas mulheres. No entanto, a taxa de sucesso pode ser inferior quando comparada a mulheres sem endometriose, especialmente nos casos mais graves da patologia (Febrasgo, 2021). Além disso, observou-se que o suporte psicológico é fundamental durante todo o processo, já que tanto a endometriose quanto os tratamentos de fertilidade estão associados a altos níveis de estresse emocional e ansiedade. Já em relação a ICSI, a literatura mostra que a mesma foi especialmente relevante nos casos em que a endometriose estava associada a fatores masculinos de infertilidade.

Além disso, a maioria dos estudos destacou que o tempo de diagnóstico e o estadiamento da endometriose influenciam diretamente a escolha e a efetividade das técnicas de RHA. Também foi recorrente a discussão sobre a necessidade de

individualização dos tratamentos, considerando fatores como idade materna, reserva ovariana e presença de outras comorbidades.

Os resultados da pesquisa confirmam que, apesar dos desafios impostos pela endometriose à fertilidade, a reprodução humana assistida representa uma alternativa eficaz para muitas mulheres, contribuindo significativamente para a realização do desejo de maternidade. No entanto, o sucesso do tratamento depende de diversos fatores clínicos, individuais e emocionais, exigindo uma abordagem multidisciplinar e personalizada.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os estudos sobre a endometriose são limitados e necessitam de maior aprofundamento para esclarecer sua origem e patogênese. Além disso, é essencial promover uma abordagem mais humanizada em relação à infertilidade, que é vista como um tabu entre os casais afetados por essa condição. A vergonha vinculada à dificuldade de conceber, um processo geralmente visto como natural, como a gestação, pode desencadear problemas psicológicos significativos, como depressão, isolamento social e sentimentos de fracasso. Esse estigma também contribui para o atraso na busca por tratamentos de reprodução assistida, cuja eficácia está fortemente vinculada à idade e às taxas de fertilidade.

Palavras-chave: Endometriose. Reprodução humana assistida. Fertilização *in vitro*. Injeção intracitoplasmática. Infertilidade feminina.

Conflitos de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: endometriose. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016.

DASTUR, Adi E.; TANK, P. D. John A Sampson and the origins of endometriosis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology of India**, v. 60, n. 4, p. 299, 2010.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 298-307, 2010.

DE SOUZA ROCHA, V.; FERREIRA, J. M. Técnicas de Reprodução Humana Assistida para pacientes diagnosticadas com endometriose. **Atas de Ciências da Saúde** (ISSN 2448-3753), v. 11, n. 2, 2023.

FEBRASGO. Position Statement: Fertilidade em mulheres com endometriose. **FPS**, n. 10, out. 2021.