



Preservação de fertilidade oncológica é um termo utilizado para o conjunto de procedimentos e técnicas que visam a manutenção da capacidade reprodutiva em pacientes onde o câncer ou seu tratamento podem afetar negativamente as chances futuras de ter filhos. Com o rápido avanço dos tratamentos oncológicos e taxas de sobrevivência e cura cada vez maiores, se faz necessária a discussão das possibilidades e técnicas com as pacientes preferencialmente antes do tratamento oncológico.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E AÇIONAMENTO DE EQUIPE DE ONCOFERTILIDADE (IMEDIATO)

- Equipe de oncologia OU Enfermeira Navegadora: Diagnóstico de câncer com tratamento que pode reduzir, prejudicar ou impedir o futuro reprodutivo do paciente. Risco gonadotóxico
- PERGUNTA: Você gostaria de passar com a equipe de Oncofertilidade do serviço para entender como o tratamento pode afetar seu futuro reprodutivo e o que pode ser feito para preservar sua fertilidade?
- Acionar equipe de Oncofertilidade pela enfermeira navegadora da paciente ou do grupo de Oncofertilidade/Sexualidade

2. ACONSELHAMENTO COM EQUIPE DE ONCOFERTILIDADE (ATÉ 24 HORAS)

- Consulta médica com o especialista de forma presencial preferencialmente ou telemedicina.
- Explicação de técnicas estabelecidas que sejam possíveis ou sugeridas para o caso específico
- Riscos e benefícios bem como taxas de sucesso em comparação com ausência de intervenção
- Discussão de caso com equipe de oncologia e Jornada do paciente em cada possível tratamento proposto

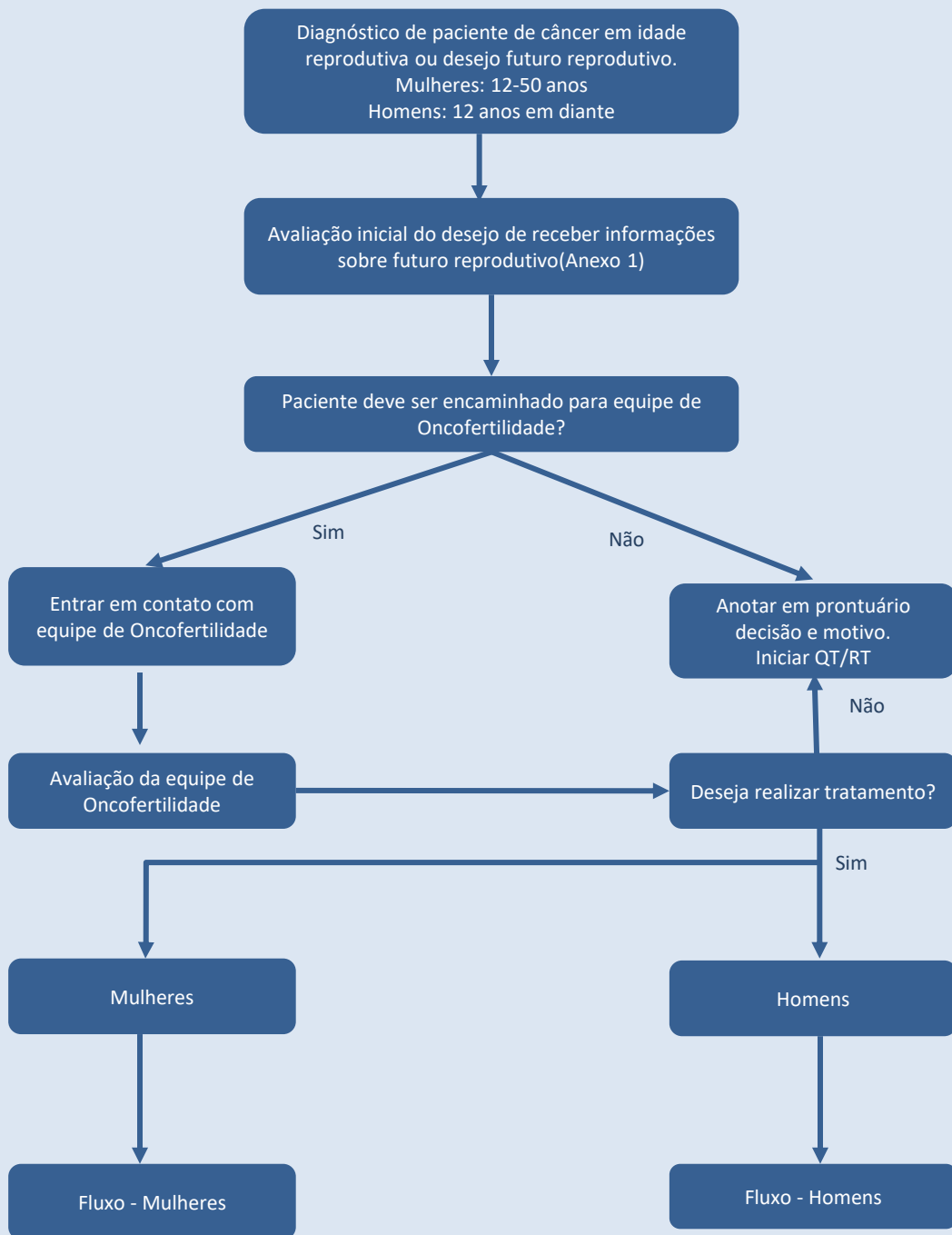
AVALIAÇÃO DE RISCO GONADOTÓXICO

RISCO	TIPO DE TRATAMENTO GONADOTÓXICO
Alto risco: (> 80% de risco de tratamento-induzido amenorreia)	- Protocolos com Ciclofosfamida (com antraciclinas e/ou taxanos: FEC/FAC isolados ou seguido por T ou P, TC) em pacientes com câncer de mama com idade ≥ 40 anos - Protocolos para transplante de medula com ciclofosfamida e/ou Radioterapia em pacientes hematológicos - Radioterapia em um campo que inclua os ovários
Risco intermediário: (40%-60% de risco de tratamento-induzido amenorreia)	- Protocolos com Ciclofosfamida (com antraciclinas e/ou taxanos: FEC/FAC isolados ou seguido por T ou P, TC) em pacientes com câncer de mama com idade 30-39 anos - Protocolos com agentes Alquilantes(ex.: MOPP, RSOB, BEACOPP, CHOP-CHOEP) em pacientes com linfoma
Baixo risco: (< 20% de risco de tratamento-induzido amenorreia)	- Protocolos com Ciclofosfamida (com antraciclinas e/ou taxanos: FEC/FAC isolados ou seguido por T ou P, TC) em pacientes com câncer de mama com idade < 30 anos - Protocolos com medicamentos Não-alkilantes (ex.: ABVD ou EBV) em pacientes com linfoma e idade ≥ 32 anos - BEP / EP em pacientes com câncer ovariano não epiteliais - FOLFOX, XELOX ou capecitabina em pacientes com câncer colorretal - Quimioterapia com Multi-agente (EMA-CO e combinações baseadas em platina) para tumores trofoblásticos - Radioativo iodo (I-131) em pacientes com câncer de tireoide
Muito baixo ou sem risco	- Agentes direcionados (trastuzumabe, lapatinibe e rituximabe) - Análogo GnRH - Regimes com agentes não-alkilante (ex.: ABVD ou EBV) em linfoma e, pacientes com idade < 32 anos - Agente único metotrexato
Risco desconhecido	- Quimioterapia com Platina e taxanos em pacientes com câncer ginecológico e pulmão - Maioria de terapias direcionadas (anticorpos monoclonais e pequenas moléculas like tyrosine kinase inhibitors) e imunoterapêuticos agentes

3. INDICAÇÃO E INÍCIO DE TRATAMENTO (0-2 DIAS)

- Se optado por tratamento com equipe de oncofertilidade:
- Inclusão do paciente em fluxo específico
- Coleta de exames imediata
- Retirada de medicamentos no próprio hospital e início do estímulo ovariano e/ou coleta de semen e/ou programação cirúrgica com time específico.

3.1 FLUXO DE INCLUSÃO:

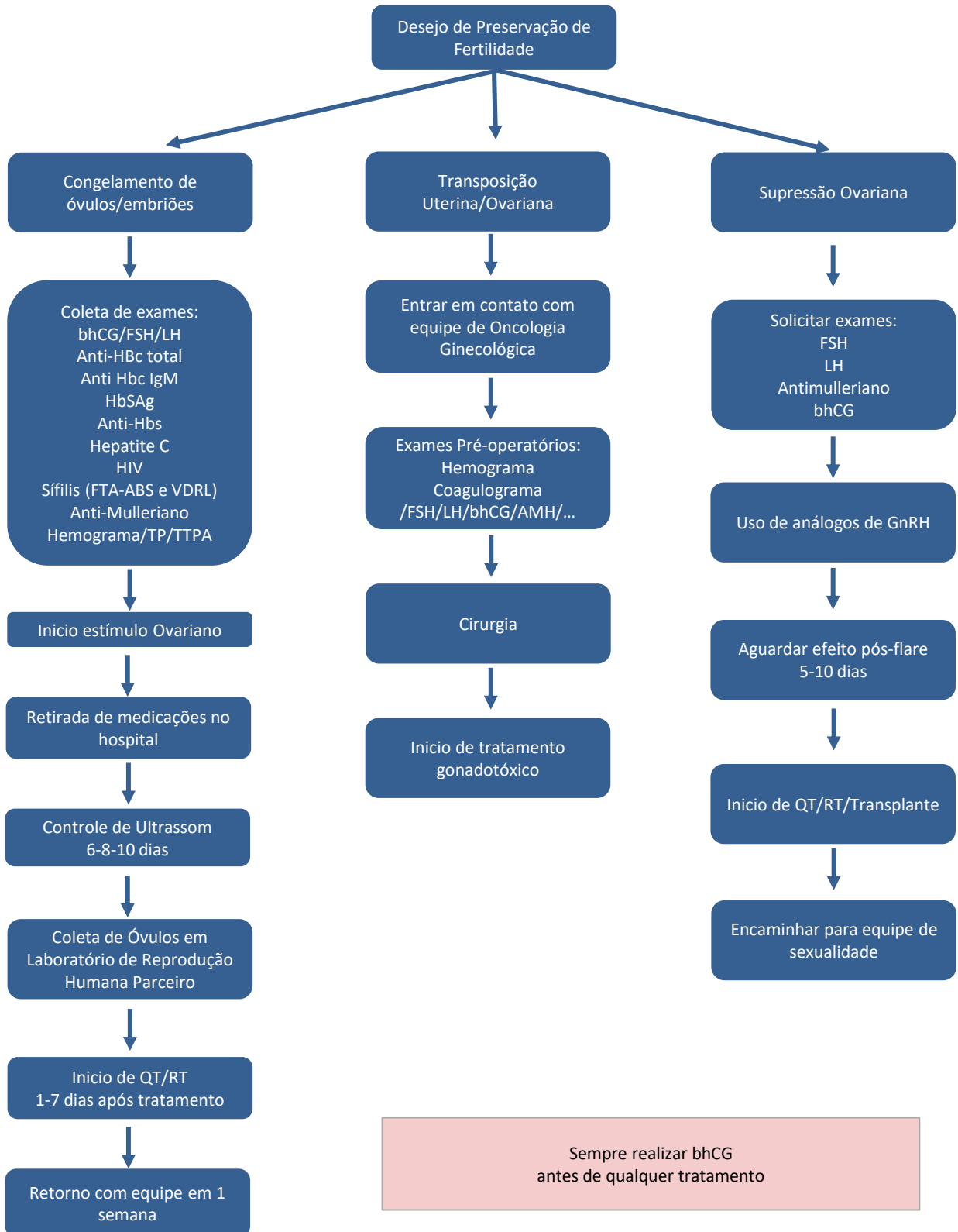


4. TRATAMENTOS

Tratamentos de preservação da fertilidade disponíveis

- Estímulo ovariano para criopreservação de oócitos maduros/embriões
- Cirurgia de transposição ovariana e/ou uterina
- Supressão Ovariana
- Coleta de semen (Masturbação/Cirúrgica)

4.1. FLUXO DE TRATAMENTO PARA MULHERES



4.2. PROTOCOLO PARA CONGELAMENTO DE ÓVULOS E EMBRIÕES

DOSES DE GONADOTROFINAS PARA ESTÍMULO OVARIANO

Número de folículos no momento do ultrassom	Dose de gonadotrofinas	Observações
CFA<8	300UI (15mcg)	Considerar associar hMG (225UI/12mcg+75UI)
CFA 8-12	225UI (12mcg)	Considerar associar hMG (150UI/8mcg+75UI)
CFA 12-16	100-150UI (6-8mcg)	Considerar uso de Rekovelle® com uso de dose pelo aplicativo se HAM
CFA >16	50-125UI (6mcg)	Considerar uso de Rekovelle® com uso de dose pelo aplicativo se HAM

ETAPAS DE MONITORAMENTO OVARIANO

- 1o dia - E1: Início do estímulo ovariano
- 5o/6o dias- E5/6: Retorno inicial para avaliação e ajuste de doses se necessário. Considerar início de antagonista de GnRH (Folículo>12mm)
- 8o/9o dias- E8/9: Ajuste de dose se necessário
- 10o/11o dias- E10/11: Considerar Trigger se folículo com mais de 18mm

BLOQUEIO HIPOFISÁRIO:

- Prioridade por Antagonistas de GnRH
- OPCIONAL: Em caso de pacientes sem patologia com receptores de progesterona considerar uso de Didrogesterona VO 10mg 12/12h (Duphaston®).

TRIGGER:

- Prioridade por **APENAS** Agonistas de GnRH (0,2-0,3mg)
 - Menor risco de SHO + Menstruação precoce (5 dias)
- Considerar associar Alfacorigonadotropina (Ovidrel®) em caso de má resposta + possibilidade de postergar menstruação.

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

Patologias com receptores positivos de Estradiol e Progesterona (Câncer de Mama):

Iniciar Letrozol 5mg/dia no 1o dia do ciclo.

Bloqueio hipofisário com Antagonista de GnRH

Risco aumentado de Trombose (Patologia de base e/ou histórico pessoal/familiar):

Discutir com equipe de Oncologia ou Hematologia o risco

Considerar Clexane 40mg/dia iniciando E5 até 1 dia antes da coleta retomando no dia seguinte até 3 dias após.

Iniciar uso de Letrozol 5mg/dia no 1o dia do ciclo.

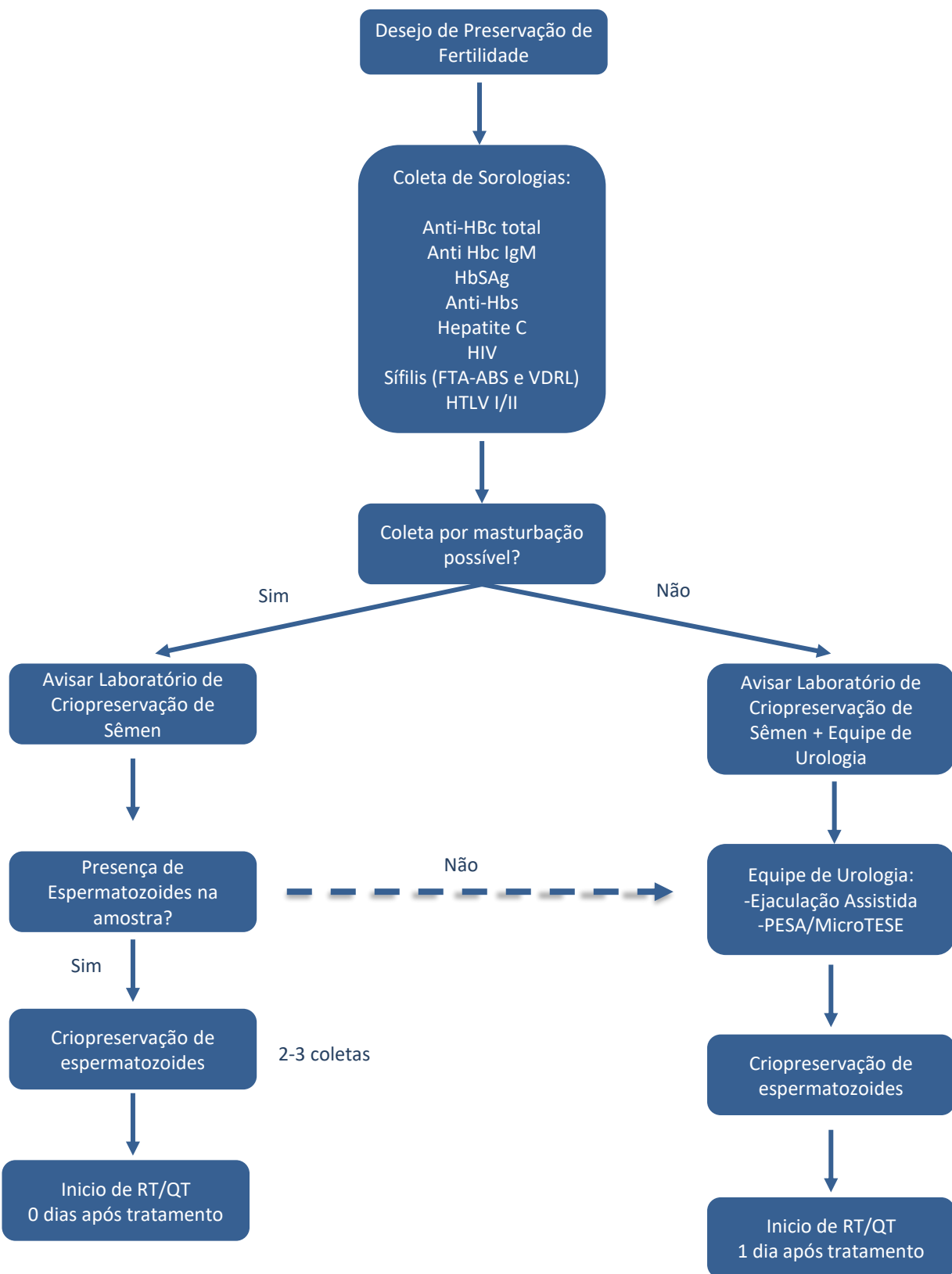
Hipogonadismo Hipogonadotrófico

Utilizar LH durante o estímulo: hMG ou Pergoveris

Cancelamento de ciclo

Caso não haja recrutamento após E8 cancelar estímulo

4.3 FLUXO DE TRATAMENTO PARA HOMENS



II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de encaminhamento para consulta de oncofertilidade
- Tempo para primeira avaliação da equipe de oncofertilidade.
- Taxa de pacientes que optam por iniciar tratamento de preservação da fertilidade.
- Tempo para início de tratamento gonadotóxico.

III. Referências

[1] H Irene Su et al. Fertility Preservation in People With Cancer: ASCO Guideline Update. JCO 0, JCO-24-02782.

DOI:[10.1200/JCO-24-02782](https://doi.org/10.1200/JCO-24-02782)

[2] ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation; Anderson RA, Amant F, Braat D, D'Angelo A, Chuva de Sousa Lopes SM, Demeestere I, Dwek S, Frith L, Lambertini M, Maslin C, Moura-Ramos M, Nogueira D, Rodriguez-Wallberg K, Vermeulen N. ESHRE guideline: female fertility preservation. Hum Reprod Open. 2020 Nov 14;2020(4):hoaa052. doi: 10.1093/hropen/hoaa052. PMID: 33225079; PMCID: PMC7666361.

[3] Protocolo assistência Febrasgo: Preservação da fertilidade em mulheres com câncer ginecológico. 2025

[4] Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion. Fertil Steril. 2019 Dec;112(6):1022-1033. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.09.013. PMID: 31843073

Código Documento:	Elaboradores:	Revisor PM:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW470.1	Denis Schapira Wajman José Pedro Parise Priscila Melantonio	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	20/08/2025	14/10/2025