

LUCIANA CARLA BELÉM DOS SANTOS

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE FEMININA POR MOTIVO ONCOLÓGICO:
ANÁLISE SOB O ENFOQUE DO REFERENCIAL DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM
SAÚDE

BRASÍLIA

2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LUCIANA CARLA BELÉM DOS SANTOS

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE FEMININA POR MOTIVO ONCOLÓGICO:
ANÁLISE SOB O ENFOQUE DO REFERENCIAL DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM
SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade
de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Bioética.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Albuquerque Sant'Anna
de Oliveira

BRASÍLIA

2025

Página para ficha catalográfica

TERMO DE APROVAÇÃO

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todos que acreditam no poder transformador da educação e do conhecimento como caminho de mudança e evolução, e, em especial, às mulheres que me inspiram diariamente em minha prática clínica, renovando em mim o propósito de aprender, cuidar e servir.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta trajetória, recordo-me de um antigo ditado chinês que afirma: *“Você não pode evitar que os pássaros da tristeza voem sobre sua cabeça, mas pode evitar que eles construam ninhos em seus cabelos.”* O diagnóstico oncológico inevitavelmente traz dor, medo e tristeza — os “pássaros” que sobrevoam a mente e o coração do (a) paciente e seus familiares. Esses sentimentos não podem ser totalmente evitados, pois fazem parte do impacto do adoecimento. Entretanto, é possível impedir que se transformem em um sofrimento permanente e paralisante — o “ninho nos cabelos”. A possibilidade de preservação da fertilidade mostra que não é preciso permitir que essa tristeza se instale de forma definitiva, pois há caminhos para ressignificar a experiência e manter viva a perspectiva de futuro.

Na elaboração desta dissertação, encontrei não apenas um exercício acadêmico, mas também uma forma de reafirmar que, mesmo diante da adversidade, é possível transformar perdas potenciais em esperança e projetos de vida. Tudo teve início na vivência prática durante minha trajetória como residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Materno-Infantil de Brasília Dr. Antônio Lisboa. Recordo-me, em especial, de dois casos semelhantes de pacientes jovens atendidas no Ambulatório de Reprodução Humana durante o mesmo mês de estágio neste setor, ambas com o desejo de gestar, mas sem o devido esclarecimento de que o tratamento oncológico previamente realizado havia comprometido de forma irreversível a quantidade e a qualidade de seus folículos. O que mais me marcou, naquele momento, foi constatar não apenas a ausência de informação clara sobre os impactos reprodutivos do tratamento que lhes salvou a vida, mas também a dificuldade de acesso, no âmbito do Sistema Único de Saúde, às técnicas de Reprodução Assistida indicadas nos casos de oncofertilidade. Foram oportunidades perdidas, impossíveis de serem recuperadas para aquelas mulheres e suas famílias. E foi nesse contexto que me vi impelida a mergulhar em um universo denso e profundamente complexo: a Bioética Clínica, com especial atenção a uma de suas vertentes mais recentes, a Bioética do Cuidado em Saúde — desenvolvida e continuamente aprimorada na Universidade de Brasília, instituição pela qual nutro sincera admiração e respeito.

A todos aqueles que estiveram comigo e me apoiaram neste período da vida que coincidiu com o mestrado — um tempo tão marcante, profundo e transformador quanto a própria Bioética Clínica. Nesse mesmo percurso, vivi momentos que moldaram minha trajetória: a conclusão da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia; o início e conclusão da subespecialidade em Reprodução Humana; o início da pós-graduação em Direitos do Paciente; o diagnóstico oncológico de meu pai; nosso casamento; nossa mudança definitiva

para Brasília; e, mais recentemente, a dádiva da nossa primeira gestação. Cada experiência contribuiu para meu crescimento e resiliência, e por isso expressei minha gratidão mais sincera. A todos que me acompanharam, ofereceram apoio e me inspiraram a não deixar que os “pássaros da tristeza” fizessem ninho em meus cabelos, registro meu profundo reconhecimento.

Agradeço primeiramente a Deus, pela força que sustenta meu interior; aos meus pais, Darcy e Luiz, por não permitirem que eu me afastasse desta missão; à minha orientadora, Dra. Aline Albuquerque, por acreditar em mim mesmo diante de tantas dificuldades e desafios; ao meu coorientador, Dr. Bruno Ramalho, por ser exemplo de perseverança em prol de uma grande causa; à minha coordenadora de residência médica, Dra. Larissa Maciel, pela dedicação em ajustar minha escala de forma compatível com o mestrado; aos meus chefes do *Fellowship* em Reprodução Humana, Dr. Jean Pierre Brasileiro e Dr. Vinícius Medina Lopes, pela valorização do aprendizado contínuo e por serem exemplo de excelência profissional, ética, compromisso e seriedade com as pacientes e pares; ao meu esposo, Misael Neto, por sua paciência e apoio incondicional; à nossa filha Maria Letícia, que, mesmo ainda no meu ventre já me ensina a entregar o melhor de mim; aos professores e aos colegas do mestrado, por não largarem a mão um do outro; à banca examinadora, pela disponibilidade, pela leitura cuidadosa e pelas contribuições que foram fundamentais para a lapidação deste trabalho; à minha família, por constituírem minha base sólida e indissolúvel; aos amigos — em especial ao Dr. Luís Victor Moura, que me alertou sobre a inscrição neste programa de mestrado e me acompanhou em toda a trajetória — e, sobretudo, às minhas pacientes, que são minha grande inspiração diária. Nem acredito, mas consegui. Sem pássaros, nem ninhos. Apenas gratidão.

“Você não pode evitar que os pássaros da tristeza voem sobre sua cabeça, mas pode evitar que eles construam ninhos em seus cabelos”.

Ditado chinês

RESUMO

Os cânceres representam um importante desafio de saúde pública no Brasil e no mundo, em virtude de seus impactos físicos, emocionais, sociais e econômicos. O diagnóstico oncológico costuma ser avassalador na vida do paciente, exigindo intervenções imediatas tendo em vista o potencial de rápida e fatal progressão da doença. Com os avanços nas terapias antineoplásicas, tem-se observado um aumento significativo na sobrevivência, especialmente entre mulheres jovens em idade reprodutiva. Esse novo cenário torna a qualidade de vida no período pós-tratamento uma preocupação central, com destaque para a preservação da fertilidade. Tratamentos como quimioterapia, radioterapia e cirurgias podem levar à falência gonadal precoce e à infertilidade, afetando diretamente o projeto reprodutivo dessas mulheres. Neste contexto, torna-se essencial incluir estratégias de preservação da fertilidade como parte do cuidado integral à paciente, visando a promoção da dignidade e do bem-estar. A proteção da fertilidade deve ser orientada por uma abordagem fundamentada na Bioética do Cuidado em Saúde, que priorize a comunicação empática, acolhedora e baseada em informações claras, possibilitando uma tomada de decisão compartilhada e consciente. Apesar da relevância do tema, ainda são escassas as discussões na literatura que explorem os aspectos bioéticos relacionados aos efeitos do tratamento oncológico sobre a fertilidade. Este trabalho, de natureza teórica, propõe-se a realizar uma revisão bibliográfica com o objetivo de fundamentar reflexões bioéticas sobre a temática sob a ótica do Cuidado em Saúde, contribuindo com elementos essenciais para mitigar os impactos do câncer na saúde reprodutiva e mental das pacientes submetidas a tratamento oncológico. A preservação da fertilidade em mulheres em idade fértil, sem prole constituída ou com desejo reprodutivo, diagnosticada com câncer é uma demanda crescente e legítima. Ao reconhecer a fertilidade como projeto de vida de muitas pacientes, é imprescindível que os profissionais de saúde incorporem esse cuidado como componente do tratamento oncológico, e não como uma preocupação secundária. A abordagem fundamentada na Bioética do Cuidado em Saúde se mostra particularmente potente neste contexto, ao valorizar o diálogo, a escuta ativa, o respeito às individualidades e a promoção da dignidade humana. Ao lançar luz sobre os aspectos bioéticos envolvidos nas decisões sobre fertilidade em oncologia, este trabalho busca contribuir para a construção de práticas mais sensíveis, informadas e integradas, que considerem não apenas a sobrevivência, mas também a qualidade de vida das mulheres após o enfrentamento do câncer.

Palavras-chave: Câncer; oncofertilidade; criopreservação; qualidade de vida; informação.

ABSTRACT

Cancers represent an important public health challenge in Brazil and around the world, due to their physical, emotional, social, and economic impacts. The oncological diagnosis can be overwhelming in the patient's life, requiring immediate interventions given the potential for rapid and fatal progression of the disease. With advances in anticancer therapies, there has been a significant increase in survival rates, especially among young women of reproductive age. This new scenario makes quality of life during the post-treatment period a central concern, particularly regarding the preservation of fertility. Treatments such as chemotherapy, radiotherapy, and surgeries can lead to premature gonadal failure and infertility, directly affecting these women's reproductive plans. In this context, it becomes essential to include fertility preservation strategies as part of the comprehensive care for patients, aiming not only to maintain physical health but also to promote dignity and well-being. Fertility protection should be guided by an approach grounded in the Healthcare Bioethics, which prioritizes empathetic, welcoming communication based on clear information, enabling shared and conscious decision-making. Despite the relevance of the topic, discussions in the literature exploring the bioethical aspects related to the effects of oncological treatment on fertility are still scarce. This theoretical work aims to conduct a bibliographic review with the goal of grounding bioethical reflections from the perspective of Health Care on the subject, contributing essential elements to mitigate the impacts of cancer on the reproductive and mental health of patients undergoing oncological treatment. Fertility preservation in young women without children or with reproductive desire, diagnosed with cancer is a growing and legitimate demand. Recognizing fertility as a lifelong goal for many patients, it is imperative that healthcare professionals incorporate this care as a component of cancer treatment, not as a secondary concern. The approach based on Bioethics of Healthcare proves particularly powerful in this context, valuing dialogue, active listening, respect for individuality, and the promotion of human dignity. By shedding light on the bioethical aspects involved in fertility decisions in oncology, this work seeks to contribute to the development of more sensitive, informed, and integrated practices that consider not only survival but also the quality of life of women after battling cancer.

Keywords: Cancer; oncofertility; cryopreservation; quality of life; information.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ASCO | - American Society of Clinical Oncology |
| BCS | - Bioética do Cuidado em Saúde |
| ESHRE | - European Society of Human Reproduction and Embryology |
| FEBRASGO | - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia |
| GLOBOCAN | - Global Cancer Observatory |
| IARC | - International Agency for Research on Cancer |
| INCA | - Instituto Nacional de Câncer |
| NICE | - National Institute for Health and Care Excellence |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES COM CUIDADOS ONCOLÓGICOS | 16 |
| 3 PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES COM CUIDADOS ONCOLÓGICOS SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE | 26 |
| 3.1 ENFOQUE EM BIOÉTICA CLÍNICA E BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE | 285 |
| 3.2 OS DIREITOS DO PACIENTE | 26 |
| 3.3 ELEMENTOS ESSENCIAIS DOS CUIDADOS EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCONFERTIIDADE | 298 |
| 3.3.1 O DIREITO À INFORMAÇÃO | 298 |
| 3.3.2 O CUIDADO CENTRADO NA PACIENTE..... | 35 |
| 3.3.3 A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA | 37 |
| 4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICAS COM DESEJO REPRODUTIVO | 35 |
| 4.1 BOAS PRÁTICAS INTERNACIONAIS | 35 |
| 4.2 PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PACIENTE NO BRASIL | 44 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 52 |
| REFERÊNCIAS | 53 |
| ANEXO | 58 |

1 INTRODUÇÃO

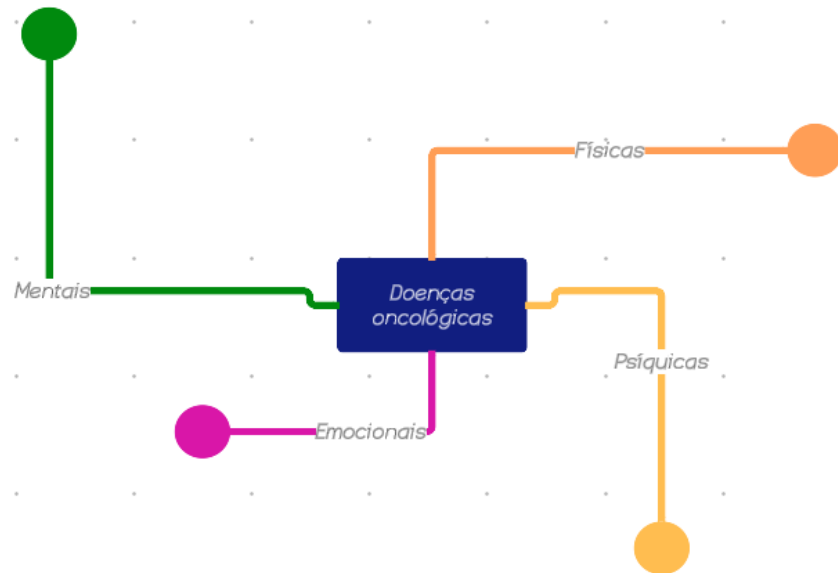


Figura 1. Repercussões do câncer na saúde da pessoa acometida.

As doenças neoplásicas ou oncológicas correspondem às formas não controladas de crescimento celular que causam grandes repercussões físicas, psíquicas, mentais, emocionais e financeiras na saúde da pessoa acometida, da família e da comunidade. Devido à morbimortalidade do câncer, todo indivíduo acometido pela doença necessita de cuidados em saúde e, por definição, torna-se paciente e usuário dos serviços de saúde. Mulheres que recebem o diagnóstico de câncer podem confrontar-se com a dualidade entre enfrentar uma doença que ameaça a sua vida a curto prazo e o desejo profundamente humano de sobreviver e ter sua capacidade reprodutiva preservada frente à doença e aos efeitos deletérios do tratamento contra o câncer na função endócrina das gônadas. No entanto, muitas delas desconhecem o efeito que a própria doença ou o tratamento oncológico pode acarretar sobre sua capacidade de conceber.

Na prática clínica, observa-se que essa desinformação é especialmente prevalente entre mulheres atendidas no sistema público de saúde, que frequentemente não recebem aconselhamento reprodutivo antes do início da terapia oncológica. Como resultado, após o tratamento, buscam tardiamente alternativas para gestar, deparam-se com a infertilidade e enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de reprodução assistida. Existem, portanto, lacunas importantes na comunicação e na integração entre os cuidados oncológicos e

reprodutivos, que comprometem o direito dessas mulheres a um cuidado seguro, de qualidade e que contemple sua saúde integral e seus projetos de vida.

Atualmente, a despeito do aumento da incidência de casos de câncer no mundo em cerca de 0,3%, os índices anuais de cura expandiram por volta de 0,6%. Assim, a taxa de sobrevivência das pacientes com câncer tem aumentado significativamente. Com isso, novos desafios relacionados à qualidade de vida pós-tratamento de câncer têm se tornado alvo de debates nos meios acadêmicos e científicos em nível nacional e internacional. Ao longo do tempo, comunidades científicas têm sido formadas, a exemplo da criação da rede de oncofertilidade *The Oncofertility Consortium* em 2007, com o intuito de abordar os complexos cuidados em saúde de pacientes com câncer, em idade reprodutiva, cuja fertilidade pode ser ameaçada pela própria doença ou pelo tratamento oncológico em si (1).

A oncofertilidade é um movimento mundial e nova área médica que une uma equipe multidisciplinar com as especialidades de oncologia e reprodução humana, urologia, cirurgia videolaparoscópica, psicologia e genética, com o objetivo de maximizar o potencial futuro reprodutivo de pacientes que enfrentam ou enfrentaram uma doença oncológica (2).

As gônadas femininas contêm os folículos ovarianos que, por sua vez, são o patrimônio genético e reprodutivo da mulher. Todavia, frente a uma afecção devastadora como tumores malignos de qualquer órgão do corpo, tal patrimônio pode ser irreversivelmente agredido pelo tratamento oncológico sistêmico, acarretando perda permanente da capacidade funcional das gônadas femininas. Tal depleção folicular decorrente seja de excisão cirúrgica de ovários atingidos pelo câncer seja da ação sistêmica da quimioterapia e/ou ação direta da radioterapia nas gônadas femininas leva ao quadro clínico de insuficiência ovariana prematura iatrogênica. Isso significa que, mulheres em idade fértil com câncer possuem risco elevado de desenvolver incapacidade reprodutiva permanente (1-4).

Frente a esta nova realidade no campo da oncofertilidade, surgem novas estratégias de soluções para melhoria da qualidade de vida de mulheres sobreviventes ao câncer, porém submetidas a tratamentos gonadotóxicos. Dentre as possibilidades terapêuticas vigentes de preservação da fertilidade em mulheres, a criopreservação de oócitos (óvulos), de tecido ovariano ou de embriões, a proteção física contra a irradiação da pelve, a transposição cirúrgica dos ovários e o bloqueio hormonal são as opções viáveis. Embora a primeira possibilidade já seja usada rotineiramente, questões bioéticas permeiam o tema (5). Diante da rápida evolução das técnicas de preservação da fertilidade, torna-se essencial a constante avaliação das diretrizes vigentes, de modo a oferecer opções individualizadas, ponderando sua relação risco-benefício e respeitando, simultaneamente, os valores e princípios morais de cada paciente (2).

Assim, paralelamente aos desafios tecno-científicos, surgem também novos questionamentos bioéticos na busca de soluções eficientes, seguras e acessíveis a este dilema emergente. Dentro do campo da Bioética Brasileira, verifica-se a pertinência da aplicação dos direitos humanos aos cuidados em saúde, em destaque fundamental para o direito à informação da paciente e o direito de participar da tomada de decisão.

Nesse contexto, destaca-se a Bioética do Cuidado em Saúde (BCS) como uma vertente emergente da Bioética Clínica. A BCS está voltada à construção de novos aportes éticos para a prática assistencial e implica em uma proposta de mudança de condutas entre pacientes e profissionais de saúde. Fundamentada na chamada Revolução do Paciente e em seus desdobramentos teóricos, a BCS propõe um método de deliberação ética que privilegia o cuidado como eixo central das decisões clínicas, reafirmando o compromisso moral com a dignidade e a segurança do paciente. Seus pressupostos centrais envolvem o reconhecimento do primado do cuidado do paciente na deliberação ética. Essa abordagem busca oferecer a profissionais, pesquisadores, pacientes, e cuidadores instrumentos teóricos que favoreçam a reflexão e a tomada de decisão ética em saúde, especialmente em um cenário marcado por eventos adversos evitáveis, violações ao consentimento informado e práticas que ainda reproduzem estigmas e desigualdades no atendimento. A BCS, portanto, reafirma o papel da Bioética Clínica como campo comprometido com a efetiva humanização do cuidado e com a promoção dos direitos fundamentais dos pacientes (6).

Deste modo, frente a um tema em saúde emergente, complexo e interdisciplinar, o processo decisório dos cuidados oncológicos em mulheres em idade reprodutiva, deve ter o enfoque do referencial dos direitos humanos do paciente e integrado às condutas terapêuticas que incluam a preservação da fertilidade se esta for a escolha dela. O desejo genuinamente humano de ter um filho deve ser abordado frente a um diagnóstico ameaçador à vida tanto na saúde pública quanto na privada, e o sistema de saúde em si deve ser capaz de ofertar um serviço que garanta a dignidade humana.

Este trabalho, de natureza teórica, propõe-se a realizar uma revisão bibliográfica com os objetivos de analisar o cenário da preservação da fertilidade por motivo oncológico e fundamentar reflexões bioéticas sob a ótica do Cuidado em Saúde sobre a temática, contribuindo com elementos essenciais para mitigar os impactos do câncer na saúde reprodutiva e mental das pacientes submetidas a tratamento oncológico.

2 PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES COM CUIDADOS ONCOLÓGICOS

Este capítulo tem como objetivo discutir a preservação da fertilidade em pacientes submetidas a tratamentos oncológicos. Destacam-se, ainda, os mecanismos e impactos do tratamento antineoplásico sobre a função reprodutiva feminina; expor as opções terapêuticas atualmente disponíveis para a preservação da fertilidade; bem como a relevância dessas estratégias para a manutenção da qualidade de vida e dos projetos reprodutivos das mulheres com câncer.

Com os avanços no diagnóstico e tratamento do câncer, a taxa de sobrevivência de pacientes oncológicos também está em ascensão. No entanto, a sobrevivida pode ter uma qualidade diminuída devido à falência funcional precoce das gônadas que está relacionada aos efeitos do hipostrogenismo e, conseqüentemente, à infertilidade (1,7). O dano gonadotóxico pode ocorrer em decorrência do tratamento quimioterápico largamente indicado como tratamento adjuvante ou neoadjuvante (1,8-10). Até o momento, não é possível prever a extensão ou a gravidade do dano e, principalmente, os transtornos definitivos à saúde da mulher (8-10).

Os cânceres são o principal problema de saúde pública no Brasil e no mundo (5,11). O expressivo aumento da prevalência global do câncer se deve tanto à maior capacidade diagnóstica quanto ao aumento da incidência, à redução da mortalidade e ao aumento das taxas de sobrevivência de indivíduos jovens com câncer (11). Este fato decorre do desenvolvimento de técnicas de detecção mais precoce e de tratamentos mais eficazes (5). Sob este ponto de vista, por exemplo, a sobrevivida em 5 anos de jovens tratados para leucemia era de 33% entre 1971 e 1976. Já no período de 1986 a 1990, essa taxa cresceu para 80% (11,12). Assim, as taxas anuais de remissão da doença, de forma geral, já superam as taxas de sua incidência (9,11). Tanto mulheres quanto homens submetidos à tratamento antineoplásico conseguem dar continuidade às suas vidas graças aos avanços biotecnocientíficos (9,10).

No entanto, algumas repercussões dos tratamentos contra o câncer ainda são um desafio no cuidado integral, sobretudo no Sistema Único de Saúde (SUS), a exemplo da infertilidade (5). Como dito, a fertilidade – capacidade de conceber e produzir descendência - pode ser ameaçada tanto pela doença quanto pelo tratamento oncológico em si (5). Sendo assim, o cuidado oncológico deve ter o paciente no centro da tomada de decisão, garantindo informação e autonomia (1,8,9). A discussão sobre as possibilidades de inclusão de técnicas avançadas de

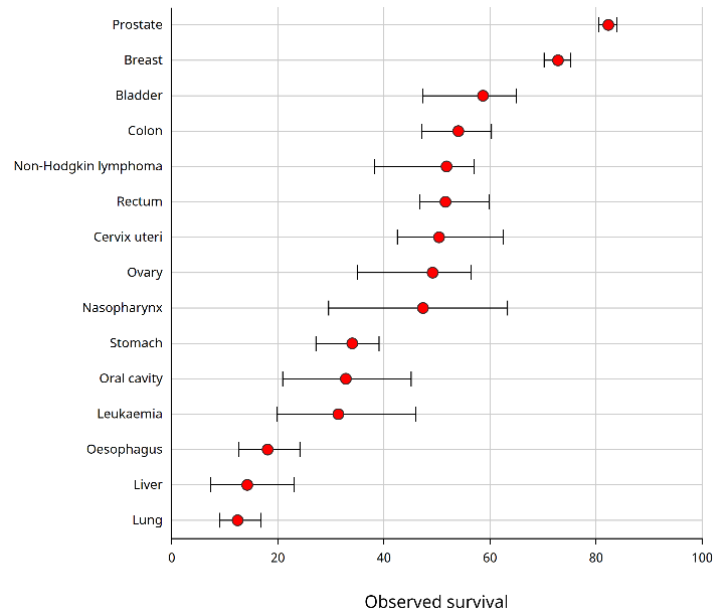
preservação de gametas e tecidos gonadais para as pessoas em idade reprodutiva, possíveis sobreviventes ao câncer, deve ser levado em consideração diante do diagnóstico (1,5,8,9,10).

Baseado nas estimativas do *Global Cancer Observatory* (Globocan), elaboradas pela *International Agency for Researchon Cancer* (IARC), em 2020 ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo (11,12). Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil mais recente do Instituto Nacional de Câncer (INCA) são esperados anualmente 704 mil casos novos de câncer no Brasil nos anos de 2024 e 2025, incluindo alguns tipos de câncer ginecológico como de mama, ovários, colo de útero e corpo de útero (11). Tal incidência acomete cada vez mais indivíduos jovens em idade reprodutiva (5,10). Na América Latina, 20% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com idade entre 0 e 44 anos (5). No Brasil, 28% dos casos novos de câncer ocorreram em mulheres com até 49 anos de idade (5).

Em contrapartida, as taxas globais de sobrevida em cinco anos têm aumentado, principalmente entre as crianças e adolescentes. Segundo a IARC, a sobrevida mediana do câncer de mama em pessoas do sexo feminino, no período de 2008 a 2012, no Brasil foi de 93,3% [IC95% 91,5-94,7%] em 1 ano, 80,8% [IC95% 78-83,3%] em 3 anos e 72,9% [IC95% 70,3-75,3%] em 5 anos. A sobrevida mediana do câncer de colo de útero em pessoas do sexo feminino no mesmo período, no Brasil foi de 76,9% [IC95% 70,4-83,4%] em 1 ano, 56,7% [IC95% 49,6-66,9%] em 3 anos e 50,6% [IC95% 42,7-62,6%] em 5 anos (12). Já em relação à sobrevida mediana do câncer de ovário em pessoas do sexo feminino no mesmo período, no Brasil foi de 70,6% [IC95% 57,8-76,3%] em 1 ano, 54,5% [IC95% 38,3-62%] em 3 anos e 49,2% [IC95% 35,2-56,5%] em 5 anos (12). Na figura 1 consta a taxa de sobrevida em 5 anos por tipo de câncer observada nos casos diagnosticados no Brasil, em ambos os sexos, no período entre 2008 e 2012 (12).

Os números denotam avanços incontestáveis na sobrevida de indivíduos submetidos aos tratamentos antineoplásicos mais modernos (9), no entanto, a qualidade de vida dos sobreviventes ao câncer em idade reprodutiva ainda é bem diminuída em decorrência da infertilidade secundária à falência funcional precoce das gônadas (5,8-10). Diante do aumento da sobrevida após o tratamento do câncer e da possibilidade da retomada de uma vida normal, pode-se afirmar que teremos cada vez mais sobreviventes do câncer com o desejo de conceber (9). Aproximadamente 55 a 75% dos indivíduos com câncer com idade inferior a 35 anos, que ainda não têm filhos, desejam ter prole futura (13). Nesse contexto, o desejo reprodutivo deve ser reconhecido como parte essencial do cuidado oncológico, integrando o direito humano de ser assistido com segurança e qualidade, assegurando não apenas a sobrevida, mas também a qualidade de vida e o acesso a um cuidado integral e reprodutivamente seguro.

FIGURA 2 – TAXA DE SOBREVIDA EM 5 ANOS POR TIPO DE CÂNCER NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2008 E 2012.



FONTE: Soerjomataram et al. (2023) (12).

Assim, a preservação da fertilidade é uma questão importante para as pessoas com diagnóstico de câncer durante ou antes de seus anos reprodutivos (5,9,10), no entanto, menos de 25% deles relatam seu encaminhamento a especialistas em reprodução para orientação sobre as estratégias de preservação da fertilidade disponíveis (5). A Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) publicou uma diretriz de práticas clínicas sobre preservação da fertilidade para adultos e crianças com câncer que aborda quatro questões clínicas abrangentes, sendo a primeira delas o questionamento se o paciente com câncer está interessado em intervenções para preservação da fertilidade. Se tal público for prontamente encaminhado a um especialista em fertilidade, provavelmente haverá pouco ou nenhum atraso no início do tratamento oncológico (5,9,10).

A preocupação com a preservação da fertilidade de pacientes em idade reprodutiva com diagnóstico recente de câncer se deve ao fato de que o tratamento oncológico afeta temporária ou definitivamente a fertilidade em virtude da remoção dos órgãos reprodutivos, por ação de agentes citotóxicos, supressão hormonal ou por radiação (5,9,10). Dentre as propostas de melhoria da qualidade de vida de pacientes oncológicos no que concerne às estratégias de preservação da função gonadal, as opções atuais e futuras para preservação da fertilidade em mulheres são: a criopreservação de embriões e oócitos (com estimulação hormonal), transposição cirúrgica dos ovários, supressão ovariana por bloqueio hipofisário e

criopreservação de tecido ovariano (5,9,10,14-16). A indicação de tais opções depende da idade da paciente, do diagnóstico, da localização da doença, do tipo de tratamento, da presença ou da participação do parceiro/banco de doação de espermatozoides, do tempo disponível para que não haja atraso no tratamento oncológico (5,9,10,14-16).

As técnicas cientificamente validadas na atualidade sobre preservação da fertilidade na mulher cientificamente são a criopreservação de embriões, a criopreservação de oócitos maduros e a criopreservação de tecido ovariano (9,10,16). Para a criopreservação de embriões ou oócitos maduros, é necessário induzir a ovulação o que, incita, impreterivelmente, preocupações relacionadas ao atraso para o início do tratamento antineoplásico além dos riscos relacionados ao estímulo adverso do crescimento tumoral no caso dos tumores dependentes de estrogênio (9,10,16).

Já a criopreservação de tecido ovariano consiste na obtenção de tecido cortical ovariano através de laparoscopia ou laparotomia, dissecação do tecido em diminutos fragmentos e criopreservação por técnica de resfriamento lento ou vitrificação (15,16). O protocolo de criopreservação de tecido ovariano constitui uma estratégia consolidada de preservação da fertilidade em pacientes submetidas a terapias gonadotóxicas em alguns países como o Reino Unido (15,17,18). A primeira etapa consiste na remoção do tecido ovariano, procedimento realizado por laparoscopia, mini laparotomia ou laparotomia, no qual se retira, em geral, ao menos metade de um ovário, preservando-se o outro para eventual reimplantação. Subsequentemente, procede-se à avaliação histopatológica da amostra, etapa imprescindível para descartar a presença de células malignas e, assim, minimizar o risco de reintrodução da neoplasia no momento do transplante. O tecido livre de comprometimento é submetido à criopreservação, que possibilita o armazenamento em longo prazo até o término do tratamento oncológico. A etapa final corresponde à reimplantação, que pode ser realizada de forma ortotópica, em sítios pélvicos como o remanescente ovariano ou a fossa ovariana, ou de forma heterotópica, em locais extrapélvicos, como a parede abdominal ou o antebraço. Nestes últimos casos, frequentemente se faz necessária a estimulação ovariana subsequente, associada a técnicas de fertilização *in vitro*, para viabilizar a concepção (15,16,17).

Esta é, até o momento, a única técnica de preservação da fertilidade em meninas pré-púberes aceita internacionalmente (15,19,20), uma vez que a estimulação ovariana e as técnicas de fertilização *in vitro* não são indicadas em meninas que ainda não apresentaram ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. No entanto, é importante destacar que, no Brasil, a criopreservação de tecido ovariano ainda é considerada uma técnica experimental e, por isso, não está disponível no âmbito do SUS (15). Além das meninas pré-púberes, mulheres que não

podem atrasar o tratamento oncológico também podem se beneficiar da criopreservação de tecido ovariano (16). Teoricamente, essa técnica representa uma eficiente maneira de preservar milhares de folículos ovarianos em um só momento (15,16). Na prática, o transplante de tecido ovariano ortotópico em pacientes com afecções malignas e não-malignas submetidos a terapêuticas gonadotóxicas tem ocasionado gestações e nascidos vivos, sendo já considerado um método bem-sucedido em alguns países como o Reino Unido e até mesmo no Brasil (15,16,21,22). Estudos relataram mais de 130 nascidos vivos após transplante ortotópico de tecido ovariano previamente criopreservado e descongelado (16,19).

Qualquer que seja a técnica de criopreservação indicada, deve-se adotar critérios rigorosos para cada caso seguindo o consenso dos especialistas (9). Deve-se ter em mente que, do ponto de vista técnico, pacientes oncológicos não necessariamente se tornarão inférteis após o seu tratamento (23). O acometimento das funções endócrina e reprodutiva depende de variáveis como idade da paciente no momento do tratamento gonadotóxico, localização da doença sítio-específica e terapêutica utilizada (9,24). Alguns quimioterápicos apresentam grande risco de falência ovariana por serem drogas não ciclo-específicas que podem causar danos aos oócitos em repouso de forma permanente devido à redução drástica na reserva ovariana (5).

Assim, o encaminhamento do paciente para orientação sobre a fertilidade apenas após a remissão da doença é preocupante (9), pois os efeitos da doença, dos quimioterápicos e/ou radioterápicos possivelmente já reduziram significativamente as capacidades natural e assistida de procriação. É naturalmente comum que pacientes, familiares e profissionais de saúde fiquem centrados no diagnóstico, tratamento e prognóstico do câncer (5). Nesse cenário, no entanto, é importante que o profissional de saúde a informe sobre as chances de cura e formas possíveis de prevenção de sequelas do tratamento antineoplásico relacionadas à fertilidade futura (5).

A preservação da fertilidade pré-tratamento antineoplásico transita entre a indicação médica com o intuito de prevenção e o desejo pessoal com o intuito de evitar o impacto biopsicossocial da incapacidade de procriar (9). Assim, tanto o risco de infertilidade como as medidas de preservação da fertilidade devem ser expostos e discutidos com os pacientes de ambos os sexos e seus familiares (5). A reprodução assistida, no contexto da oncofertilidade, consiste em oferecer perspectivas de reversão da infertilidade decorrente da doença e/ou dos tratamentos antineoplásicos (1). A disseminação desse conhecimento entre profissionais direta e indiretamente relacionados aos cuidados oncológicos, bem como direcionada ao público geral, visa assegurar a inclusão do aconselhamento em oncofertilidade como etapa pré-

terapêutica, a fim de amenizar as sombras de um futuro indefinido pela perspectiva de uma sobrevida com qualidade (12).

Dentre os maiores desafios da comunidade médica em relação à preservação da fertilidade em mulheres com câncer, destacam-se a melhoria de tratamentos específicos do câncer para preservação da vida; a identificação e substituição dos medicamentos que ameaçam a fertilidade; o estabelecimento das opções terapêuticas seguras para a preservação da capacidade funcional das gônadas; e, o manejo de sintomas de pacientes que perderam a função endócrina dos órgãos reprodutores como consequência do tratamento do câncer (9,16).

Em suma, quanto às opções atuais e emergentes de preservação da fertilidade em mulheres e homens, são listados: a estimulação hormonal e posterior congelamento de óvulos ou embriões/sêmen; criopreservação de tecido ovariano cortical e transplante de tecido; técnicas de maturação folicular *in vitro*. Na prática médica, a opção mais viável e factível é a indução hormonal por duas a três semanas visando o desenvolvimento e a maturação dos folículos seguido de aspiração e congelamento de oócitos maduros aptos para a fertilização *in vitro* a posteriori ou aspiração, fertilização e congelamento de embriões morfológicamente viáveis. Já a criopreservação de tecido ovariano e a maturação folicular *ex vivo* são técnicas consideradas ainda experimentais no Brasil.

Destarte, um novo campo do conhecimento – a Oncofertilidade – surgiu em decorrência destes novos avanços tecno científicos e está em constante transformação, cujos questionamentos bioéticos se fazem necessários a fim de desenvolver e aperfeiçoar estratégias de preservação da função reprodutiva em sobreviventes do câncer. Com o intuito de preservar a fertilidade, inúmeros são os ganhos para o paciente e para os serviços a começarem pelos aspectos psicoemocionais e sociais, uma vez que o fato da impossibilidade da maternidade biológica gera angústia, sofrimento e sensação de impotência perante o câncer e causa, invariavelmente, transtornos nas relações humanas e no convívio familiar e social (1). Além disso, o serviço de saúde, ao centrar o cuidado no paciente e ao valorizar os desejos do paciente, indo além do tratamento imperativo do câncer e garantindo maior satisfação e qualidade de vida da paciente, inquestionavelmente, será reconhecido como um serviço de qualidade (1,7).

Dessa forma, os tratamentos oncológicos, embora essenciais para a sobrevida das pacientes, podem comprometer de forma significativa a função reprodutiva e impactar projetos de vida ligados à maternidade. Reconhecer os principais tipos de câncer que acometem mulheres em idade reprodutiva, compreender os efeitos adversos das diferentes terapias e valorizar a preservação da fertilidade são passos fundamentais para oferecer um cuidado mais

completo, que considere não apenas a sobrevivência, mas também a qualidade de vidas das pacientes.

Tais reflexões preparam o terreno para o Capítulo 3, no qual a preservação da fertilidade será explorada sob a ótica da Bioética do Cuidado em Saúde. Serão abordados aspectos como a primazia da centralidade do paciente nas deliberações morais realizadas pelos profissionais de saúde, que contam com ferramentas como a comunicação empática e a tomada de decisão compartilhada. Essa abordagem busca promover práticas mais adequadas, humanas e sensíveis no contexto clínico.

3 PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM MULHERES COM CUIDADOS ONCOLÓGICOS SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

Neste capítulo, objetiva-se tratar da aplicação da Bioética no contexto clínico da paciente em idade fértil com cuidados oncológicos sob o ponto de vista da BCS.

A doença oncológica gera crises no indivíduo e na família que implicam desorganização psíquica, reorganização em curto prazo de vida e readaptação a uma nova e inesperada situação. O diagnóstico de câncer é uma situação considerada crise maior na listagem de *life events*, uma vez que a pessoa apresenta um estado de perturbação mental profunda associado a sentimentos negativos como angústia, tristeza, dúvidas, medo, raiva, mágoa, insegurança, a despeito dos avanços significativos da biotecnologia e da medicina que geram aumento significativo do número de sobreviventes. Sendo assim, o diagnóstico de câncer vem associado à ideia de morte e o processo de tratamento envolve intenso sofrimento físico e psíquico (25-27).

Tanto o diagnóstico de câncer quanto a falência gonadal incitam duas questões antagônicas: morte e projeto de vida (13,25,28). A doença oncológica remete à finitude da vida e aos projetos de vida inacabados. Assim, a crise decorrente de uma reação emocional à doença envolve fases como choque – negação – raiva – depressão – aceitação. E, mesmo após um tratamento bem-sucedido com cura ao câncer, àqueles indivíduos que se encontram na idade reprodutiva podem deparar-se com uma nova crise maior, decorrente da sequela do tratamento oncológico e que os obriga a uma nova desorganização e reorganização psicológica: a infertilidade. A infertilidade, apesar de não ser mortal, mata o projeto de continuidade e perpetuação da vida. Portanto, uma pessoa em idade fértil com diagnóstico oncológico, mesmo recuperada fisicamente, pode deparar-se frente a uma nova perda ao saber que sua reprodução está prejudicada (5,13,25,27-31).

A infertilidade consequente ou concomitante a uma situação oncológica, em geral, pode ser sentida como uma situação que desorganiza o projeto de vida e as perspectivas futuras do indivíduo. Na grande maioria dos homens e mulheres, o desejo de gestar e/ou ter um filho desenvolve-se intimamente, desde a infância. Este desejo surge a partir da identificação de figuras parentais e através de motivações como filiação ou vínculo entre pais e filhos; excitação, criatividade e responsabilidade; representação genética em futuras gerações; realização pessoal; aceitação social; aquisição de identidade sexual; aquisição do estatuto de indivíduo adulto; possibilidade de exercer influência no desenvolvimento de outro ser humano, dentre outras. Sabe-se que o diagnóstico de infertilidade está associado a sofrimento psicológico, depressão e alterações nos relacionamentos afetivos, na sexualidade e na qualidade de vida. Diante disso,

indivíduos submetidos a tratamento oncológico que tem sua fertilidade ameaçada podem, inevitavelmente, ter uma sensação de perda de controle sobre o seu próprio corpo e sua vida (25,26,32).

O artigo "*Motherhood after cancer: fertility and utilisation of fertility preservation methods*", publicado na *Archives of Gynecology and Obstetrics*, aborda a preservação da fertilidade em mulheres em idade reprodutiva após tratamento oncológico. Realizado entre 2007 e 2015, o estudo acompanhou 162 mulheres que receberam aconselhamento sobre preservação da fertilidade em um centro universitário de fertilidade. As participantes foram avaliadas por meio de questionários aplicados três e seis anos após o diagnóstico de câncer, abordando aspectos como fertilidade, planejamento familiar e histórico de gravidez (33).

Os resultados indicaram que a técnica de preservação mais utilizada foi a criopreservação de tecido ovariano, adotada por 50% das participantes. Nenhuma delas optou pela estimulação ovariana para criopreservação de óvulos. Três anos após o tratamento, 51% das mulheres expressaram forte desejo de conceber, e 29% tentaram engravidar ativamente; 11% já estavam grávidas ou haviam tido filhos. Seis anos após o diagnóstico, 20% das participantes estavam grávidas ou haviam dado à luz, enquanto 39% não apresentavam ciclo menstrual. Apenas uma mulher utilizou o tecido ovariano criopreservado, mas não obteve sucesso na gravidez (33).

Tendo em vista que a doença neoplásica pode estar associada a uma experiência devastadora mesmo em vigência da restauração física e cura do tumor, a autoestima e a autoimagem podem ser profundamente abaladas e todos os processos que impeçam perdas maiores – como a possibilidade de se tornar infértil – poderão ser benéficos para o bem-estar do indivíduo (30). Nesse sentido, o ponto de partida deve ser a informação. Frente ao diagnóstico do câncer, é fundamental que o início do tratamento oncológico seja o foco principal. No entanto, é necessária a oportunidade de discutir também, de forma gradual e detalhada, as implicações para a preservação da fertilidade. Oferecer uma opção preventiva de infertilidade permite ao paciente e/ou familiares manter a autonomia e o controle do processo a fim de tomar a decisão que julguem ser a mais pertinente bem como proporciona confiança e otimismo no futuro (34-36).

3.1 ENFOQUE EM BIOÉTICA CLÍNICA E BIOÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

A Bioética Clínica ocupa-se de questões éticas que emergem no contexto da prática clínica sobre a relação entre o profissional de saúde e o paciente, sendo essa, portanto, um ramo da Bioética, que integra a Ética Aplicada. A sua designação inicial decorreu em 1971, por meio da publicação do livro “Princípios de Ética Biomédica”, de Beauchamp e Childress. A teoria de Beauchamp e Childress foi denominada de Princípioalismo ou Princípios de Ética Biomédica, que derivou do Relatório Belmont, portanto da Ética em Pesquisa, cuja finalidade é a obtenção do conhecimento científico (e não do cuidado em saúde).

Apesar da hegemonia do Princípioalismo dentre as teorias da Bioética Clínica, bem como de seu predomínio na formação dos profissionais de saúde e na atuação de Comitês Hospitalares de Bioética, vale destacar que o escopo deste trabalho não pretende abordar sobre tais princípios, na medida em que o escopo deste trabalho aborda uma nova vertente teórica da Bioética Clínica: a BCS que constitui uma nova teoria, para a esfera da prática clínica (37). A BCS vem sendo desenvolvida por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Tal referencial teórico apresenta potencial para promover mudanças concretas, sobretudo por ser aplicado de forma direcionada à prática. A BCS se fundamenta no novo paradigma do cuidado em saúde chamado de “Revolução do Paciente”, um movimento cultural, científico, social, jurídico, sanitário e ético, surgido no século XXI (38). Tal movimento pode ser compreendido como uma reconfiguração do papel do paciente que deixa de ser objeto de intervenções e de procedimentos para participante ativo e protagonista do seu próprio cuidado.

Tendo a Bioética Clínica a função precípua de conferir ferramentas éticas para lidar com questões que emergem dos cuidados em saúde (39), a “Revolução do Paciente” reconfigura o papel do paciente no seu próprio cuidado e traz como premissas: o Cuidado Centrado no Paciente, a Tomada de Decisão Compartilhada, a Empatia Clínica, a Participação e Engajamento do Paciente, o Direito do Paciente.

A BCS traz três eixos com função estrutural e substantiva, isto é, com função de constructo teórico e conceitual que contextualizam a teoria dentro da realidade do paciente enquanto indivíduo: centralidade do paciente, relação de parceria e empatia clínica. Além disso, a BCS traz um eixo normativo: o direito do paciente, ferramenta teórica utilizada para intervenção no mundo real, que necessita, por sua vez, da relação de parceria entre o paciente e o profissional de saúde. Vale ressaltar que, as teorias da Bioética Clínica são fundamentadas

em deveres/obrigações morais, e não na linguagem dos direitos (37), ou seja, não se trata de normas para profissionais ou organizações de saúde.

Em suma, a BCS é uma teoria bioética endereçada à prática clínica, que se fundamenta no primado ético da centralidade do paciente, na função moral da empatia clínica e no reconhecimento do valor per se da relação entre profissional e paciente. A BCS acata os direitos do paciente, que derivam dos direitos humanos que incidem nos cuidados em saúde, bem como as abordagens do cuidado centrado no paciente e da empatia clínica. Dentre os objetivos da BCS, destacam-se: o desenvolvimento das competências éticas dos profissionais de saúde, o respeito aos direitos dos pacientes, a qualidade do cuidado e a resolução de conflitos bioéticos.

3.2. OS DIREITOS DO PACIENTE

Os direitos dos pacientes encontram respaldo na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, bem como em diversas resoluções, portarias e normas complementares do ordenamento jurídico brasileiro. Esses dispositivos asseguram não apenas o direito universal à saúde, mas também um conjunto de prerrogativas que visam garantir a autonomia, a dignidade e a proteção integral da pessoa em situação de cuidado.

Entre os principais direitos reconhecidos aos pacientes, destacam-se:

- Direito à saúde integral e de qualidade;
- Direito à informação clara e acessível, incluindo o diagnóstico, tratamento, riscos e alternativas terapêuticas;
- Direito à autonomia e ao consentimento informado, bem como à recusa de tratamento;
- Direito à participação na tomada de decisão, com possibilidade de segunda opinião e livre escolha do profissional e/ou serviço de saúde;
- Direito à não discriminação, à dignidade, ao respeito, à privacidade e à confidencialidade das informações de saúde;
- Direito à segurança do paciente e à presença de acompanhante, quando cabível;
- Direito de acesso ao prontuário médico e à informação adequada sobre o uso de medicamentos;
- Direito à continuidade do cuidado, com atendimento humanizado e integral;

- Direito à legibilidade dos documentos de saúde e à remoção em casos de emergência;
- Direito a mecanismos de ouvidoria e à reparação de danos em situações de falha na assistência.

Esse conjunto normativo reforça que o paciente deve ser compreendido como sujeito de direitos e não apenas como receptor passivo de cuidados médicos, reafirmando a centralidade da ética, da autonomia e do cuidado humanizado nas práticas em saúde.

Assim, a BCS fundamenta-se nos direitos dos pacientes como prescrições éticas objetivas (40), os quais se aplicam exclusivamente no contexto da relação entre profissional de saúde e paciente. Ressalta-se, portanto, que a BCS não parte da deontologia ou das obrigações dirigidas aos profissionais e às organizações de saúde, mas do reconhecimento da vulnerabilidade do paciente e da necessidade de estabelecer uma relação pautada na confiança, no respeito e na corresponsabilidade.

Nesse sentido, a Bioética do Cuidado em Saúde desloca o foco das normas abstratas para a realidade concreta do encontro clínico, valorizando o diálogo, a escuta qualificada e a tomada de decisão compartilhada. Mais do que estabelecer deveres para os profissionais, busca criar condições para que o paciente exerça plenamente sua autonomia, sempre em consonância com seu contexto individual, social e cultural.

Dessa forma, a BCS se apresenta como um referencial ético que integra direitos fundamentais à prática assistencial, contribuindo para a construção de um cuidado mais humano, justo e equitativo, especialmente em situações complexas como a preservação da fertilidade em mulheres oncológicas.

O direito à informação e o direito de participar da tomada de decisão assumem papel central quando se pensa a assistência em saúde sob a ótica da Bioética do Cuidado em Saúde (BCS). Esses direitos não se limitam a garantias formais, mas constituem prescrições éticas objetivas que orientam a prática clínica no sentido de reconhecer o paciente como sujeito ativo do processo de cuidado (40).

A BCS enfatiza que a informação não deve ser reduzida a um repasse técnico de dados, mas apresentada de forma clara, acessível e compreensível, de modo que o paciente possa realmente se apropriar do conhecimento necessário para exercer sua autonomia. Isso se traduz diretamente no Cuidado Centrado no Paciente, no qual o diálogo e a escuta qualificada são instrumentos fundamentais para promover confiança, corresponsabilidade e respeito às escolhas individuais.

Do mesmo modo, o direito de participar da tomada de decisão vai além do simples consentimento formal. Ele reflete o princípio da decisão compartilhada, em que médico e paciente constroem juntos o caminho terapêutico, considerando não apenas a perspectiva biomédica, mas também os valores, desejos e projetos de vida do paciente. Nesse contexto, a BCS reforça que cuidar é mais do que tratar a doença: é reconhecer a vulnerabilidade humana, respeitar a singularidade de cada pessoa e criar condições para que suas escolhas sejam de fato exercidas.

3.3 ELEMENTOS ESSENCIAIS DOS CUIDADOS EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOFERTILIDADE

O cuidado em saúde no contexto da oncofertilidade exige uma abordagem integral, centrada no paciente e fundamentada na comunicação efetiva entre as equipes oncológica e reprodutiva. Diante dos avanços terapêuticos que ampliaram a sobrevida dos indivíduos com câncer, torna-se imprescindível garantir que o planejamento reprodutivo e a preservação da fertilidade sejam considerados parte do cuidado oncológico. Assim, o acompanhamento deve contemplar não apenas a cura da doença, mas também a qualidade de vida, a segurança do cuidado e o respeito aos direitos reprodutivos e humanos das pessoas acometidas.

3.3.1. O DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação inclui a transmissão da informação sobre sua condição de saúde, direito ao acesso ao prontuário, direito ao consentimento informado e direito à segunda opinião, relacionando-se não só aos direitos do paciente, mas também aos direitos do profissional de saúde. No contexto do cuidado em saúde, a informação constitui-se em ferramenta essencial para a prestação de um cuidado seguro, favorecendo o estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional, além de configurar-se como pré-requisito para a tomada de decisão informada pelo paciente. Pesquisas indicam que informações pormenorizadas e adequadas aos pacientes sobre cirurgias se associam a um número menor de complicações pós-operatórias e, no caso de radioterapia, vinculam-se à redução do estresse do paciente (7).

Em contextos oncológicos, a informação de qualidade, baseada em evidências clínicas, acessível, universal e clara, é essencial para uma relação de confiança entre o profissional de

saúde e o paciente e, principalmente, para que haja garantia dos direitos do paciente. Tais direitos do paciente são derivados dos direitos humanos que existem, por sua vez, para atingir a dignidade humana de modo que todo indivíduo seja capaz de desenvolver suas capacidades pessoais e decidir sobre seu futuro. Está cada vez mais evidente que quando os direitos humanos estão embutidos nas intervenções de saúde, o cuidado em saúde tem melhores resultados e a paciente tem mais ganho tanto do ponto de vista físico quanto em qualidade de vida.

A ameaça da infertilidade consequente ou concomitante a uma doença oncológica pode promover na maioria das pessoas sentimento de perda mesmo naquelas que não planejavam ter filhos antes da doença oncológica (29). Estudos mostram que o sentimento de paternidade e maternidade aflora após a doença (29,41). 75% dos sobreviventes ao câncer que estavam sem filhos ao diagnóstico de câncer, gostariam de tê-los no futuro (42). Um estudo com enfoque sociocultural envolvendo mulheres diagnosticadas com câncer de mama evidenciou que ser mãe, após esse diagnóstico, é a realização de um sonho (43). Em relação a projetos de vida, engravidar – para estas mulheres – passou a significar saúde, superação do medo da morte, recebimento de uma dádiva divina; maternidade passou a significar vida, esperança, confiança, bons presságios (43).

Estudos evidenciam que receber aconselhamento especializado sobre o risco de perda reprodutiva devido ao tratamento oncológico bem como informações acerca da preservação da fertilidade tornam a experiência vivida com sentimento de menos pesar e maior qualidade de vida para os sobreviventes ao câncer em idade reprodutiva (25,44). A ausência de informações precisas e claras sobre as opções de criopreservação têm maior risco de apresentar sofrimento psíquico no futuro (25,45). Mulheres que têm maior chance de ter falência ovariana prematura secundária a neoplasia e que tiveram oportunidade de realizar criopreservação previamente ao tratamento oncológico relataram menos angústia e estresse e empregaram mais estratégias ativas de enfrentamento (32). Outro estudo com os mesmos autores evidenciou que mulheres empregaram mais estratégias para o enfrentamento da falência ovariana do que para o enfrentamento do câncer propriamente dito (46).

Sendo assim, apesar do tratamento do câncer ser urgente e prioritário na maioria dos casos, é importante oferecer, dentro da abordagem individualizada ao paciente oncológico, de forma sistemática e interdisciplinar, a informação sobre possíveis danos à fertilidade, opções de preservação e encaminhamento ao especialista dos pacientes interessados (34,35). É comum que o momento inicial do diagnóstico oncológico, esse traga sentimentos de alarme e medo, que raramente permitem o paciente e/ou familiares pensarem nas consequências futuras das opções terapêuticas (5). No entanto, é importante destacar que tais reflexões são também sinal

de respeito à perda que isso envolve e sinal de esperança pela possibilidade de um futuro (5). Desenvolver empatia pelos pacientes oncológicos significa pensar na reação de uma paciente recuperada pelo câncer ao saber que não lhe foram oferecidas quaisquer chances de preservação da fertilidade antes do seu tratamento (35). Significa uma oportunidade perdida cujo direito à informação não foi respeitado.

A ASCO desde 2006 emite diretrizes sobre preservação da fertilidade com recomendações que os oncologistas – médicos especialistas que diagnosticam e tratam doentes oncológicos – informem sobre as opções de preservação e encaminhem os pacientes interessados para os especialistas em reprodução assistida (47). Na atualização de 2013, a ASCO enfatiza que os profissionais de saúde abordem com seus pacientes em idade reprodutiva sobre a possibilidade de perda da função reprodutiva em vigência do tratamento oncológico mesmo que estes ou seus responsáveis estejam focados inicialmente no diagnóstico e no tratamento do câncer (47). É recomendado, inclusive, que esta informação faça parte do plano de cuidado e que seja incluída no termo de consentimento informado a ser apresentado e assinado antes do tratamento (47). Recomenda-se também que a discussão sobre possíveis ameaças à fertilidade devem ser documentada e realizada o mais cedo possível (47), de forma gradual (48), a fim de proporcionar mais variedade de opções de tratamento (47).

Contudo, verifica-se que o direito da paciente de ser informada sobre a importância de buscar um especialista em oncofertilidade ainda não é uma realidade. As taxas acerca do encaminhamento do paciente a esse especialista permanecem baixas (49). Estudos têm demonstrado que as pacientes são mais propensas a se submeterem ao congelamento de óvulos quando recebem aconselhamento adequado sobre fertilidade, por um enfermeiro especialista em fertilidade, um endocrinologista reprodutivo ou ginecologista. No entanto, a quantidade de informação provida à paciente é consideravelmente variada.

Na prática clínica, há um evidente hiato de informação entre o paciente e o profissional de saúde (50) acerca da importância da criopreservação em situação oncológica (29). O paciente – por definição – é um ser vulnerável (7) devido à sua condição de saúde que impõe procedimentos muitas vezes incompreensíveis a depender do nível de instrução educacional do paciente e das circunstâncias e o modo que as informações são transmitidas pelos profissionais de saúde (51). Tais informações devem ser disponíveis, acessíveis, relevantes, oportunas, não discriminatórias, completas, informais, confiáveis e de fácil entendimento (7,52).

No ordenamento jurídico brasileiro, o Estatuto da Pessoa com Câncer (Lei nº 14.238/2021) estabelece a obrigação de fornecer informações claras e compreensíveis sobre diagnóstico, prognóstico, alternativas terapêuticas – inclusive a possibilidade de não tratar –,

resultados esperados, riscos e benefícios. A norma garante ainda o direito de buscar segunda opinião, recusar participação em ensino ou pesquisa e conhecer eventuais conflitos de interesse, reforçando a centralidade da comunicação transparente e a proteção da autonomia do paciente.

O direito à informação deve ser assegurado pelo Estado, cujo cerne da comunicação entre o cuidador e o paciente deve envolver os tratamentos apropriados e disponíveis, seus riscos e benefícios (53). Nesse sentido, vale destacar a definição de letramento em saúde do paciente: nível de sua capacidade para obter, comunicar, processar e entender informação básica sobre a sua saúde e os serviços para tomar decisões apropriadas sobre saúde (54,55). O letramento em saúde do paciente vai além do compartilhamento da informação. A mera informação sobre riscos e benefícios pode não ser suficiente para satisfazer o direito/dever à informação, sendo necessário que o profissional de saúde adote algumas medidas razoáveis para permitir a transmissibilidade, o entendimento e compreensão do paciente, garantindo que o paciente compreendeu as informações transmitidas (37). Assim, não se trata de exacerbação informativa, mas trata-se sim de conectar a informação técnica com a vida do paciente, entender como aquela informação afeta o estilo de vida do mesmo, qual o modo de comunicação mais efetivo, qual a melhor circunstância para transmitir a informação necessária, quais informações, de fato, são necessárias para o paciente e familiares em questão.

O direito à informação, no âmbito da atenção à saúde, compreende um conjunto de prerrogativas voltadas a assegurar a autonomia e a tomada de decisão consciente por parte do paciente. Abrange o acesso a informações claras, precisas, atualizadas e completas acerca de sua condição de saúde, das alternativas terapêuticas existentes, dos riscos e benefícios de cada intervenção, bem como dos potenciais efeitos adversos decorrentes do uso de medicamentos. Inclui, igualmente, a garantia de que tais informações sejam transmitidas de forma compreensível e adaptada às necessidades específicas do paciente, assegurando plena acessibilidade, e que lhe seja concedido tempo hábil para processar e refletir sobre o conteúdo recebido antes de deliberar. Integra, ainda, o direito à obtenção de segunda opinião profissional, com vistas a ampliar o conhecimento e conferir maior segurança ao processo decisório, bem como o direito de optar por não ser informado, quando assim manifestar expressamente. Abrange, por fim, a obtenção de orientações claras quanto aos cuidados pós-alta hospitalar, o acesso integral ao prontuário e aos registros de saúde, a possibilidade de formular perguntas e obter esclarecimentos, além da disponibilização de intérprete ou de recursos que assegurem a acessibilidade da informação, especialmente no caso de pessoas com deficiência (7).

No contexto do cuidado em saúde, o paciente apresenta sua própria agenda e demandas, enquanto o profissional de saúde contribui com informações e orientações relevantes para

aquele indivíduo, estimulando seu engajamento ativo no processo terapêutico. A efetividade dessa interação depende do grau em que a informação fornecida se conecta à realidade do paciente, ao seu estilo de vida e às suas prioridades. Sob uma abordagem centrada no paciente, a informação deve ser adaptada às suas necessidades, desejos e valores, considerando sua situação específica e a percepção individualizada dos riscos, pois somente assim ele poderá deliberar e determinar o curso das ações relativas aos seus cuidados (37). Dessa forma, o conteúdo informacional é construído a partir do caso concreto, levando em conta o que efetivamente importa para o paciente e suas prioridades no momento do cuidado. Assim como a extensão da informação a ser fornecida deve ser estabelecida considerando o caso concreto a partir da perspectiva do paciente.

É importante ressaltar que o paciente tem direito à informação bem como direito de não ser informado quando se trata de prognóstico ruim, sobre doença incurável (7). No entanto, o direito de não ser informado precisa ser explicitado pelo paciente, não pode ser presumido pelo profissional. O direito de não ser informado não está dentro do escopo deste trabalho.

3.3.2. O CUIDADO CENTRADO NA PACIENTE

É imprescindível destacar sobre o Cuidado Centrado no Paciente (CCP). Esta abordagem ética, elaborada e discutida em diferentes escolas do mundo que, já tem sido atribuído como um modelo de qualidade do cuidado em saúde (44). Abrange uma visão mais holística, inclui um enfoque biopsicossocial, e garante o respeito do paciente através da transmissão de informações importantes do ponto de vista físico e emocional para que o paciente decida sobre seu tratamento e sua vida (35). O modelo de CCP envolve palavras-chaves como dignidade e respeito; compartilhamento de informação; participação; e colaboração (43). Tais noções aplicadas à prática clínica visam ofertar um serviço em saúde que abranja não apenas a necessidade biológica do paciente, mas também às necessidades social e emocional, haja vista a definição mais atual de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde: estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (35,45).

Dentre os constituintes do princípio do CCP, destacam-se no escopo deste trabalho:

- a) comunicação entre profissionais de saúde e paciente;

- b) informação em relação ao cuidado, bem como suas nuances como indicações, contraindicações, efeitos colaterais, técnicas em si, seguimento, possíveis consequências;
- c) participação do paciente na elaboração do seu plano terapêutico de acordo com seus valores e crenças (35,44).

Tais componentes se imbricam com o direito à informação citado anteriormente (35).

Como visto, a abordagem do CCP é um componente da BCS. O cuidado endereçado à preservação da fertilidade em pacientes oncológicas deve ser orientado pela tomada de decisão do paciente, preferencialmente de forma compartilhada com o profissional, expressando a parceria entre ambos, pelo seu direito de ser informado, o direito ao cuidado de qualidade e ao cuidado seguro e o direito à segunda opinião. Deve-se haver uma abordagem clínica de forma que as decisões sobre a preservação da fertilidade sejam respeitadas e responsivas às necessidades, vontade e preferências da paciente, garantindo que a sua perspectiva oriente as decisões clínicas (56).

Considerando-se que o referencial ético adotado neste estudo se fundamenta na BCS, que por sua vez trata-se de uma vertente Bioética alicerçada na centralidade da paciente, há a recomendação de que as pacientes em risco de infertilidade sejam orientadas a recorrer a um aconselhamento de oncofertilidade, o mais cedo possível no bojo do processo de planejamento do trabalho, a despeito do tipo e do estágio da doença (51).

Desse modo, as pacientes interessadas na preservação da sua fertilidade devem ser encaminhadas a um especialista em oncofertilidade, que abordará o padrão de tratamento e as abordagens experimentais (52), bem como a discussão sobre o desejo atual e futuro das pacientes sobre ter filhos, o impacto potencial da doença e/ou tratamento anticâncer proposto em sua função gonadal e fertilidade, chances de concepção futura, resultados da gravidez e descendência, bem como a necessidade de contracepção eficaz no contexto do tratamento oncológico (51).

Através desse processo colaborativo entre o profissional de saúde e o paciente que permite a participação ativa de ambos os atores envolvidos sobre a escolha das condutas clínicas, temos a tomada de decisão compartilhada. Dentre os benefícios da tomada de decisão compartilhada, destacam-se a maior adesão ao tratamento, emponderamento do paciente, relação médico-paciente mais forte e respeitosa e redução de arrependimentos futuros.

3.3.3. A TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

Outro componente da Bioética Clínica é a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) entre o profissional de saúde e o paciente. O modelo da TDC atualmente preconizado, tornando o modelo do consentimento informado anacrônico é destinado a situações específicas. Consiste num processo no qual o paciente ou o seu representante e um profissional compartilham informação e adotam uma deliberação baseada em consensos, construídos por etapas, visando alcançar um acordo sobre um plano de tratamento, procedimento, exame ou outro curso de ação.

Quanto ao direito da paciente de participar da tomada de decisão, esses direitos englobam:

- a) o direito de ser informado sobre seus cuidados em saúde, opções, riscos, benefícios e outros;
- b) o direito de que sua vontade, necessidades e preferências informem seriamente o processo decisional;
- c) o direito de tomar uma decisão informada, incluindo recusar qualquer uma das opções;
- d) o direito de ter a sua decisão respeitada (59).

O objetivo da TDC em pacientes oncológicas é preservar a autonomia do paciente e melhorar a comunicação sobre a preservação da fertilidade, uma vez que, a tomada de decisão quanto à preservação da fertilidade quando diagnosticada com câncer é um processo complexo. A TDC tem como objetivo gerar um cuidado de qualidade e seguro, uma vez que as decisões serão baseadas em evidências científicas e seus riscos e benefícios serão adequadamente informados.

Sendo assim, as pacientes devem ser adequadamente informadas sobre os tratamentos vigentes, mas também sobre os tratamentos e procedimentos experimentais, para que possam avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios conforme sua vontade e preferências. Segundo o *Ethic Committee of the American Society for Reproductive Medicine* (2018), a criopreservação de oócitos é uma opção viável antes da terapia gonadotóxica para mulheres solteiras ou casadas, meninas pós-púberes e para aquelas que têm objeções à criopreservação de embriões. A criopreservação de tecido ovariano em meninas, mulheres (bem como de tecido testicular em homens pré-púberes) está ainda inserido sob o contexto de pesquisa. Assim, diante da necessidade de discussão multidisciplinar sobre os riscos e benefícios das intervenções de

preservação da fertilidade, torna clara a importância da TDC bem como o respeito ao direito da paciente de participar da tomada de decisão sobre preservação da fertilidade neste contexto do cuidado oncológico.

Vale salientar que todos os participantes da TDC devem entender as informações fornecidas (60). Além disso, as discussões sobre riscos de fertilidade devem começar imediatamente após o diagnóstico. As informações básicas prestadas imediatamente devem ser sobre as opções disponíveis e os seus procedimentos correlatos (principalmente riscos relativos a eventual adiamento do início do tratamento antineoplásico), os custos aproximados (relacionados ao tratamento de estimulação ovariana, captação de óvulos e criopreservação dos gametas), as chances de sucesso reprodutivo, uso e descarte de gametas e/ou embriões e/ou tecidos, quando for o caso (61). Para tanto, folhetos informativos e outros materiais, a exemplo das Ajudas Decisionais devem ser fornecidos à paciente (62). A informação oportuna e baseada em evidências científicas para pacientes e familiares bem como o engajamento no processo de tomada de decisão sobre o prosseguimento da preservação da fertilidade são cruciais para um cuidado de qualidade.

4. ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO DE PACIENTES ONCOLÓGICAS COM DESEJO REPRODUTIVO

Neste capítulo, serão analisadas as práticas adotadas por diferentes países no manejo da preservação da fertilidade em pacientes oncológicas, com o objetivo de identificar estratégias eficazes e propor um fluxograma adaptado à realidade do Brasil, sob a ótica da Bioética do Cuidado em Saúde, especificamente dos direitos da paciente e do Cuidado Centrado no Paciente.

4.1. BOAS PRÁTICAS INTERNACIONAIS

Na prática internacional, há várias experiências em que a preservação da fertilidade em mulheres com câncer é abordada de forma integrada, ágil e centrada na paciente. Nos Estados Unidos, as diretrizes da ASCO e da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) recomendam que toda mulher em idade fértil diagnosticada com câncer seja informada imediatamente sobre opções de preservação, com consultas agilizadas entre centros oncológicos e clínicas de reprodução. Na Europa, países como França, Itália e Espanha implementaram *fast-tracks*, permitindo iniciar a estimulação ovariana rapidamente, mesmo fora da fase ideal do ciclo, por meio de protocolos de *random-start*, sem atrasar a quimioterapia (63,64).

A forma de prestação dos serviços de oncofertilidade varia: França, Israel e Reino Unido oferecem preservação da fertilidade pelo sistema público de saúde (18), enquanto nos EUA a obrigatoriedade de cobertura depende do Estado e do plano de saúde. Bancos públicos de gametas e tecido ovariano em países como Israel, Dinamarca e Canadá garantem acesso a pacientes em risco, incluindo programas integrados de oncologia e reprodução (18).

No cenário internacional, observa-se a consolidação de protocolos padronizados que buscam garantir segurança oncológica e eficácia reprodutiva na criopreservação e reimplantação de tecido ovariano. Diretrizes de entidades como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) no Reino Unido e a *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) na Europa estabelecem recomendações quanto à seleção criteriosa de pacientes, técnicas de remoção e critérios para avaliação histopatológica do tecido, de modo a reduzir riscos associados à reintrodução da doença (18,65).

Nos Estados Unidos, as sociedades ASCO e ASRM reforçam a necessidade de aconselhamento precoce em preservação da fertilidade e destacam a criopreservação de tecido

ovariano como alternativa viável, sobretudo em pacientes pré-púberes ou naquelas em que não há tempo hábil para indução da ovulação (18,65). Na França e em outros países europeus, existem programas públicos de oncofertilidade, que oferecem a técnica de forma sistemática em centros de referência, assegurando acesso universal e acompanhamento multidisciplinar (66). Essas práticas demonstram que a integração entre oncologia e medicina reprodutiva, associada à normatização dos procedimentos e à garantia de acesso equitativo, constitui elemento essencial para a efetividade e a segurança dessa estratégia de preservação da fertilidade.

A participação ativa da paciente nos cuidados em saúde mostra-se fundamental, sobretudo quando o tempo para intervenção é limitado. Nessas situações, a criopreservação de tecido ovariano configura-se como alternativa viável, havendo relatos de nascimentos bem-sucedidos após retransplante, inclusive em pacientes submetidas ao procedimento ainda na infância ou adolescência (65,67). Além disso, países como Estados Unidos, Canadá e nações nórdicas enfatizam o cuidado psicossocial e a abordagem bioética, promovendo a Tomada de Decisão Compartilhada, em que a paciente assume papel central nas escolhas reprodutivas (68).

Sob o enfoque dos cuidados em saúde, observa-se que hospitais de referência internacionais adotam protocolos padronizados e *checklists* para assegurar que a discussão sobre preservação da fertilidade seja realizada já na primeira consulta oncológica. Essa prática não apenas reforça o direito da paciente à informação clara e tempestiva, mas também promove a integração entre as especialidades envolvidas (oncologia, ginecologia, psicologia e reprodução assistida), favorecendo um cuidado centrado na paciente e orientado pela bioética do cuidado. Estudos e diretrizes internacionais ressaltam que a padronização desses fluxos clínicos é essencial para reduzir barreiras de acesso e assegurar equidade no processo de tomada de decisão reprodutiva (17,62,65).

No Reino Unido, a preservação da fertilidade em pacientes submetidas a tratamentos com potencial risco de comprometer a função ovariana, como determinados regimes quimioterápicos para câncer, está contemplada em diretrizes oficiais, que orientam a prática clínica e garantem o direito à informação e ao acesso às opções disponíveis (23). Este procedimento visa preservar a fertilidade de mulheres que podem perder a função ovariana devido aos tratamentos gonadotóxicos. Consiste na remoção cirúrgica do tecido ovariano antes do início do tratamento, sua preservação por congelamento e posterior reimplantação para restaurar a função ovariana e possibilitar a concepção natural ou assistida. É indicado para mulheres que ainda não atingiram a puberdade, apresentam câncer ou outras condições médicas

que exigem tratamento gonadotóxico e/ou não têm tempo para estímulo ovariano convencional antes do tratamento.

Este procedimento pode ser a única opção de preservação da fertilidade para essas pacientes. A evidência sugere que o procedimento pode resultar em retorno da função endócrina ovariana, menstruação regular, gravidez e nascimento de filhos vivos e possibilidade de concepção natural ou assistida. Não foram identificados riscos significativos associados ao procedimento. É recomendado que o procedimento seja realizado em ambientes com infraestrutura adequada, incluindo governança clínica, consentimento informado, auditoria e coleta de dados sobre resultados e segurança. A seleção de pacientes deve ser feita por uma equipe multidisciplinar experiente, utilizando critérios nacionalmente acordados (18).

À luz dos cuidados em saúde, as diretrizes da NICE (17) apresentam recomendações específicas para a preservação da fertilidade em pessoas diagnosticadas com câncer. Desde o momento do diagnóstico, orienta-se que seja discutido com o paciente o impacto da doença e das terapias oncológicas sobre a capacidade reprodutiva futura. A decisão de ofertar técnicas de preservação deve considerar variáveis como diagnóstico, plano terapêutico, prognóstico, viabilidade do material criopreservado e expectativa de sucesso em eventual tratamento de reprodução assistida. Destaca-se que critérios tradicionalmente aplicados na infertilidade não devem ser utilizados nesse cenário, não sendo recomendada, por exemplo, a imposição de limite etário inferior para a criopreservação em pacientes oncológicos (17).

No que diz respeito às técnicas, recomenda-se a utilização de sêmen, oócitos ou embriões como material para preservação. Para homens e adolescentes em risco de infertilidade decorrente do tratamento, deve-se oferecer a criopreservação de sêmen, preferencialmente pelo congelamento em vapor de nitrogênio líquido. Para mulheres em idade reprodutiva, incluindo adolescentes, a criopreservação de oócitos ou embriões deve ser proposta quando a paciente apresentar condições clínicas adequadas para estimulação ovariana e coleta dos óvulos, desde que tal intervenção não agrave o quadro oncológico e haja tempo hábil antes do início da quimioterapia ou radioterapia. Nesses casos, a vitrificação é indicada como técnica preferencial, sempre que disponível, em substituição ao congelamento lento (17).

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde, as recomendações da NICE (17) também abrangem diretrizes específicas sobre o armazenamento do material criopreservado. O período inicial sugerido é de dez anos, podendo ser prorrogado, no caso dos homens, quando houver risco persistente de infertilidade significativa. Dessa forma, a instituição consolida um conjunto de orientações que prioriza a equidade no acesso, a flexibilização de critérios e a incorporação

de técnicas modernas de criopreservação, assegurando ao paciente oncológico a possibilidade de preservar seu potencial reprodutivo de forma ética, efetiva e centrada na autonomia (17).

É importante ressaltar a escassez de dados na literatura referente as estratégias de preservação da fertilidade em meninas e adolescentes com câncer. Em muitos casos, os métodos padrão de criopreservação – como oócitos, embriões ou tecido ovariano – são inviáveis devido às limitações clínicas, logísticas ou falta de infraestrutura adequada, sobretudo no contexto pediátrico. Nessas situações, a administração de GnRHa (*Gonadotropin-Releasing Hormone analogues*) – fármaco análogo do hormônio liberador de gonadotrofinas que, quando usado por período prolongado suprime a função ovariana - surge como uma alternativa não invasiva e geralmente bem tolerada, capaz de oferecer benefícios significativos a longo prazo na manutenção da função ovariana e possibilidade de preservação da fertilidade (69). Contudo, esse uso é considerado *off-label* – ou seja, fora das indicações autorizadas – caracterizando-se como uma prática não padronizada. A Itália, por exemplo, reconheceu oficialmente o uso *off-label* de GnRHa em mulheres adultas com risco de menopausa prematura induzida pela quimioterapia. Entretanto, para adolescentes, essa prática ainda não está consolidada, devido à escassez de alternativas viáveis e à necessidade de ajustes regulamentares e clínicos específicos (69).

Ainda no Reino Unido, o artigo de Panagiota Nakou, publicado na revista *The New Bioethics*, analisa a recente extensão do limite de armazenamento de óvulos congelados, discutindo se essa medida realmente amplia as escolhas reprodutivas das mulheres ou se desvia a atenção de questões mais profundas. Embora a ampliação do período de armazenamento possa beneficiar algumas mulheres, a autora argumenta que a verdadeira autonomia reprodutiva está ligada ao acesso a informações compreensíveis sobre o processo de congelamento de óvulos. A autora evidencia que a ausência de informações claras e adequadas pode conduzir as mulheres a decisões baseadas em expectativas de “segurança” que nem sempre se concretizam, comprometendo sua autonomia reprodutiva. Nesse contexto, a autora enfatiza que estratégias centradas na paciente, como a educação detalhada e a transparência das informações sobre o congelamento de óvulos, são fundamentais para promover escolhas conscientes e fortalecem o exercício da autonomia no processo de cuidado (70).

Na Austrália, as *Diretrizes australianas de preservação da fertilidade para pessoas com câncer de 2022*, elaboradas pelo grupo de trabalho da *Clinical Oncology Society of Australia* (COSA), representam um marco no cuidado oncológico, ao integrar de forma sistemática a dimensão reprodutiva no manejo de pacientes com câncer. Sob o enfoque dos cuidados em saúde, a preservação da fertilidade deve ser discutida de forma precoce, preferencialmente antes

do início do tratamento oncológico, considerando os potenciais efeitos gonadotóxicos da quimioterapia, radioterapia ou procedimentos cirúrgicos. Nesse contexto, o aconselhamento reprodutivo é um componente ético e clínico essencial, garantindo que o paciente – ou os pais, no caso de crianças – receba informações claras sobre os riscos de infertilidade e sobre as opções disponíveis para preservação da capacidade reprodutiva, fortalecendo a autonomia e a tomada de decisão compartilhada (71).

Para as mulheres, as opções recomendadas incluem congelamento de óvulos ou embriões, criopreservação de tecido ovariano e transposição ovariana quando indicada. Para homens, destacam-se o congelamento de sêmen, biópsia testicular e criopreservação de tecido testicular em meninos pré-púberes. Essas estratégias permitem que pacientes oncológicos preservem suas chances reprodutivas, mesmo diante de tratamentos potencialmente destrutivos para os gametas (71). Sob o enfoque da bioética do cuidado em saúde, outro aspecto fundamental das diretrizes é a atenção ao apoio psicológico. O aconselhamento especializado vai além de informar sobre técnicas de preservação da fertilidade, atuando também como suporte na tomada de decisão, contribuindo para reduzir ansiedade, dúvidas e possíveis arrependimentos futuros. Paralelamente, as diretrizes destacam a necessidade de educação continuada dos profissionais de saúde, garantindo que estejam aptos a fornecer informações atualizadas e consistentes sobre os riscos de infertilidade e as alternativas de preservação reprodutiva, fortalecendo assim a autonomia e o bem-estar do paciente (71).

O acompanhamento pós-tratamento também é enfatizado. Pacientes, especialmente homens pós-púberes, devem ser monitorados reprodutivamente, garantindo avaliação de função gonadal e detecção precoce de complicações. Por fim, as diretrizes incentivam a implementação de programas estruturados de oncofertilidade e a coleta de dados clínicos, visando melhorar continuamente a prática clínica e gerar evidências sobre os resultados de longo prazo das intervenções. Em síntese, as recomendações da COSA reforçam a importância de uma abordagem proativa e centrada no paciente, integrando preservação da fertilidade ao cuidado oncológico. Essa perspectiva não apenas amplia as opções reprodutivas futuras dos pacientes, mas também reafirma o direito à autonomia reprodutiva e à tomada de decisão informada, alinhando a prática clínica à ética do cuidado em saúde (71).

Na China, o guia de diretrizes “*Practice guideline on ovarian tissue cryopreservation and transplantation in the prevention and treatment of iatrogenic premature ovarian insufficiency*” (72) apresenta recomendações práticas para o uso de criopreservação de tecido ovariano e transplante de tecido ovariano na prevenção e no tratamento da insuficiência ovariana prematura iatrogênica. Indicadas técnicas para meninas pré-púberes e mulheres em

idade reprodutiva que enfrentarão terapias gonadotóxicas e não podem postergar o tratamento oncológico, reconhecendo essas técnicas como as mais promissoras para manter função endócrina e potencial reprodutivo quando oócitos/embriões não são viáveis. Recomenda retirada laparoscópica de córtex ovariano, processamento padronizado e criopreservação (tipicamente congelamento lento) com controle de qualidade e rastreabilidade; antes do reimplante, orienta triagem rigorosa de doença residual (histologia, imunohistoquímica e, quando pertinente, testes moleculares), sobretudo em neoplasias com alto risco de infiltração ovariana (por exemplo, leucemias). Para restaurar fertilidade, privilegia-se transplante ortotópico (ovário/bolsa ovárica); para fins predominantemente hormonais, locais heterotópicos podem ser considerados. O documento sumariza desfechos esperados (retorno de função em meses, vida média do enxerto de ~2-5 anos, possibilidade de concepção espontânea ou via reprodução assistida) e riscos (reintrodução tumoral, falha do enxerto), além de enfatizar aconselhamento informado, consentimento/assentimento em menores, abordagem multidisciplinar e centros para monitoramento de longo prazo.

As recomendações de Xiangyan et al. (72) refletem a harmonização com diretrizes internacionais sobre insuficiência ovariana prematura e preservação da fertilidade. Ao reforçar critérios de seleção, *timing* adequado, segurança oncológica e equidade no acesso, as orientações buscam garantir que os pacientes recebam cuidados centrados em suas necessidades, com decisões informadas e acesso justo às intervenções disponíveis (72).

Um artigo austríaco destaca que, apesar das altas taxas de sobrevivência e da manutenção da qualidade de vida após o câncer, fatores como tratamento oncológico contínuo, ausência de parceiro, irregularidades menstruais e outras causas de infertilidade podem impactar significativamente a capacidade de concepção. O estudo enfatiza ainda a importância do aconselhamento precoce sobre preservação da fertilidade, garantindo que as mulheres recebam informações claras sobre as opções disponíveis e os riscos associados, promovendo decisões informadas e centradas na autonomia da paciente (33).

O artigo canadense “*Fertility Preservation in Patients Undergoing Gonadotoxic Treatments: A Canadian Fertility and Andrology Society Clinical Practice Guideline*” (73) aborda as práticas recomendadas para a preservação da fertilidade em mulheres em idade reprodutiva submetidas a tratamentos que podem comprometer a função ovariana, como quimioterapia e radioterapia. A diretriz enfatiza a importância do aconselhamento precoce sobre as opções de preservação da fertilidade, incluindo criopreservação de óvulos, embriões e tecido ovariano, bem como o uso de análogos de GnRH para proteção ovariana durante o tratamento. Além disso, destaca a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo

oncologistas, especialistas em fertilidade e profissionais de saúde mental, para fornecer um cuidado abrangente e personalizado às pacientes. A diretriz também discute os desafios éticos e financeiros associados à preservação da fertilidade e a importância de políticas públicas que garantam o acesso equitativo a essas opções para todas as pacientes (73).

O *Clinical Consensus Statement No. 459: Oncofertility – Bridging the Geographical Gap in Pediatric and Adolescent Gynaecology in Canada*, publicado no *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* (68) aborda a preservação da fertilidade em pacientes pediátricas e adolescentes que recebem tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos com potencial efeito tóxico sobre a função ovariana. O documento enfatiza a necessidade de estratégias para superar as barreiras geográficas e estruturais que limitam o acesso a serviços de oncofertilidade em diversas regiões do Canadá. Destaca-se que, embora técnicas como criopreservação de oócitos, embriões e tecido ovariano sejam reconhecidas e recomendadas, a implementação dessas práticas enfrenta desafios significativos, especialmente em áreas remotas ou com recursos limitados. O consenso propõe a criação de redes colaborativas entre centros especializados, desenvolvimento de protocolos padronizados e a formação de equipes multidisciplinares para garantir que todas as pacientes, independentemente de sua localização, tenham acesso equitativo às opções de preservação da fertilidade (68).

No Japão, um estudo nacional investigou o status da oncofertilidade e as técnicas de preservação da fertilidade, com foco no papel dos embriologistas nesse campo. A pesquisa revelou que, embora 56,8% das instituições ofereçam algum tipo de criopreservação para pacientes com câncer, o nível de conhecimento dos embriologistas sobre preservação da fertilidade é limitado, com 62,8% relatando um conhecimento de 50% ou menos. Apesar disso, os embriologistas reconhecem a importância de sua função na oncofertilidade, destacando a necessidade de qualificação profissional e educação contínua. O estudo também apontou a ausência de diretrizes nacionais claras sobre a preservação da fertilidade, sugerindo a necessidade de desenvolvimento de protocolos padronizados e sistemas de armazenamento de longo prazo para amostras criopreservadas (74).

A análise das boas práticas internacionais evidencia avanços importantes na preservação da fertilidade, incluindo protocolos padronizados, redes de referência e atenção multidisciplinar. No entanto, a transposição desses modelos para a realidade brasileira exige adaptações que considerem particularidades clínicas, regulatórias e socioeconômicas. Dessa forma, torna-se essencial propor uma estruturação específica da trajetória da paciente no Brasil, garantindo cuidado centrado na pessoa, decisões compartilhadas e equidade no acesso aos serviços (75).

Uma pesquisa pioneira no Brasil avaliou as percepções e atitudes de especialistas em infertilidade em relação à preservação da fertilidade em mulheres com câncer. Através de um inquérito online com profissionais filiados à FEBRASGO, obteve-se uma taxa de resposta de 30,9% (100 de 323 especialistas), majoritariamente das regiões sul e sudeste, com média de experiência em reprodução humana de 15,5 anos ($\pm 10,2$). Entre as pacientes em idade reprodutiva que tinham indicação para preservação, 60,3% ($\pm 28,8$) realizaram o procedimento. Identificaram-se como principais barreiras: custo (41%), falta de conhecimento ou aceitação por parte dos oncologistas (35%) e acessibilidade aos serviços (9%) (75).

A maioria dos especialistas (58%) considerou 40 anos como limite etário para indicação de preservação; somente 11% não definiu limite de idade. Os cânceres mais priorizados foram: leucemia, linfoma, mama e ovário, enquanto pulmão, tireoide, gástrico e cerebral foram considerados menos relevantes para essa finalidade. As técnicas mais utilizadas foram: congelamento de óvulos (81%), seguido por embriões (6%), supressão ovariana com GnRH agonista (6%) e criopreservação de tecido ovariano (2%). Embora 99% dos profissionais concordem que a preservação da fertilidade deve ser considerada em pacientes com câncer, e 93% afirmem que é segura e não compromete o prognóstico oncológico, muitos especialistas relataram perda de acompanhamento dos resultados reprodutivos: 50% desconheciam as taxas de gravidez e 86% não tinham dados sobre nascimentos (75).

Por fim, o estudo ressalta a fragmentação do atendimento em oncofertilidade, uma vez que pacientes tratadas predominantemente no sistema público enfrentam barreiras de acesso, enquanto os especialistas atuam majoritariamente no setor privado. Embora o estudo aponte para a importância da integração entre oncologia e reprodução, destaca a necessidade de fluxos de trabalho mais estruturados e integrados para ampliar o acesso à preservação da fertilidade no Brasil (75).

4.2.PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PACIENTE NO BRASIL

Uma vez diagnosticado o câncer, o paciente deve ser atendido em consulta com o médico especialista (oncologista) o mais rapidamente possível. Nessa consulta, deve-se planejar o tratamento oncológico considerando todos os aspectos clínicos pertinentes. Considerando a vontade, as necessidades e as preferências do paciente, o médico oncologista deve questionar se o mesmo tem interesse em preservar a fertilidade. Caso o tratamento proposto apresente risco de comprometimento da fertilidade, é essencial que o paciente seja informado de forma clara, objetiva e empática, incluindo explicações sobre os possíveis efeitos, alternativas de preservação da fertilidade, riscos, benefícios e expectativa de sucesso. Além disso, essa discussão deve ser documentada formalmente no prontuário, garantindo transparência, rastreabilidade e proteção legal, e fortalecendo a autonomia do paciente no processo de tomada de decisão (17,71).

A atuação do oncologista é determinante na preservação da fertilidade de pacientes com câncer, sobretudo porque a omissão desse tema contribui para a vulnerabilização do paciente, implica violação do seu direito à informação, uma vez que pacientes em geral desconhecem os danos potenciais das terapias oncológicas sobre a função reprodutiva e as alternativas disponíveis para sua preservação. Assim, no momento do diagnóstico do câncer e do planejamento terapêutico, os potenciais riscos à fertilidade devem ser explicitados ao paciente, devendo-se, igualmente, indagar acerca de seu interesse em uma gestação futura.

Em casos pertinentes, deve-se oferecer encaminhamento para aconselhamento de preservação da fertilidade em clínica ou centro especializado em Reprodução Humana logo após o diagnóstico do câncer. Nesse encaminhamento, é responsabilidade do oncologista fornecer ao especialista em reprodução assistida todas as informações relevantes, incluindo contraindicações cirúrgicas, tempo disponível antes do início da quimioterapia, restrições relacionadas a tratamentos hormonais em tumores hormônio-dependentes e risco de gonadotoxicidade associado ao tratamento. A disponibilização completa e precisa desses dados garante ao paciente o exercício pleno de seu direito à informação e participação na tomada de decisão sobre estratégias de preservação da fertilidade, assegurando escolhas fundamentadas e seguras quanto ao seu cuidado reprodutivo.

O encaminhamento ao especialista em reprodução assistida deve ocorrer necessariamente antes do início da quimioterapia, radioterapia ou de procedimentos cirúrgicos, especialmente em casos de câncer ginecológico. A brevidade no contato entre o oncologista e

o especialista em reprodução humana é fundamental, dada a necessidade de iniciar o tratamento oncológico de forma imediata para maximizar as chances de controle e cura da doença. Ademais, a técnica de preservação da fertilidade deve ser realizada previamente aos tratamentos citotóxicos ou cirúrgicos, uma vez que esses procedimentos limitam significativamente as opções disponíveis. Como visto, a criopreservação de oócitos ou sêmen torna-se inviável após a quimioterapia, devido aos efeitos deletérios do tratamento sobre os gametas.

Ao iniciar a consulta com o especialista em reprodução assistida, é fundamental que este esteja atento às particularidades das pacientes oncológicas, cujas necessidades diferem significativamente daquelas que procuram atendimento por infertilidade por outros motivos. O profissional deve oferecer informações individualizadas, escutar as preferências e preocupações da paciente, adaptar as estratégias de preservação da fertilidade ao contexto clínico e emocional e promover a tomada de decisão compartilhada, assegurando que o cuidado seja personalizado, ético e centrado na autonomia da paciente. Em primeiro lugar, essas pacientes enfrentam uma situação de risco de vida, e o diagnóstico oncológico acarreta elevado estresse emocional. Nesse contexto, decisões rápidas precisam ser tomadas em um momento de tensão e medo, o que pode comprometer a compreensão clara das informações fornecidas. Torna-se, portanto, essencial que o profissional observe cuidadosamente a linguagem verbal e não verbal da paciente, suas emoções, ideias e expectativas, reconhecendo que muitas estão concentradas na perspectiva de cura, encontram-se mentalmente sobrecarregadas ou apresentam sentimento de revolta e depressão. O suporte psicológico adequado é, assim, elemento fundamental para auxiliar na tomada de decisão e no enfrentamento do tratamento.

Além disso, a janela de oportunidade para a preservação da fertilidade é estreita, e o número de tentativas geralmente é limitado. Após o diagnóstico de câncer, existe um curto período em que a paciente pode ser submetida às técnicas de preservação, geralmente entre duas e seis semanas, considerando o intervalo entre a cirurgia e a quimioterapia adjuvante. Dessa forma, o fator tempo é crítico e deve ser utilizado de maneira otimizada. Procedimentos como a coleta de oócitos podem ser realizados apenas uma vez, de modo que resultados insatisfatórios podem impactar negativamente as chances futuras da paciente. É imprescindível, portanto, avaliar adequadamente cada caso e planejar o protocolo mais apropriado, apresentando todas as técnicas possíveis e promovendo uma decisão compartilhada entre oncologista, especialista em reprodução assistida e paciente. Esse processo deve garantir segurança, assertividade, mínimo risco de cancelamento e máxima probabilidade de sucesso. Por todas essas razões, é fundamental que haja comunicação direta entre o especialista em reprodução e o oncologista,

assegurando a definição conjunta das melhores estratégias de preservação da fertilidade antes do início do tratamento oncológico.

Por fim, as condições médicas do paciente devem ser levadas em conta, a exemplo, do diagnóstico de tumor hormônio-dependente em que o protocolo de estimulação ovariana deve adequar-se a esquemas que não elevem muito os hormônios e que sejam seguros às pacientes que já são debilitadas. Assim, o estabelecimento de uma relação médico-paciente consistente permite ao paciente compreender as chances reais de gravidez futura com as possíveis técnicas utilizadas bem como as limitações das mesmas. As informações abordadas devem ser fornecidas de forma clara e em linguagem compatível com o nível de compreensão da paciente, de modo que a tomada de decisão considere não apenas os procedimentos em si, mas também seus riscos, implicações e as probabilidades de sucesso. Nesse sentido, em todas as pacientes submetidas à criopreservação da fertilidade –especialmente aquelas com câncer, em que existe risco real de mortalidade – deve-se abordar, de forma clara e ética, o destino do material criopreservado em caso de falecimento da paciente, garantindo que decisões sobre uso futuro sejam registradas e respeitadas.

É fundamental reconhecer que existem diferentes técnicas de preservação da fertilidade, cada uma com suas vantagens, desvantagens, indicações e limitações. A paciente deve receber informações claras, acessíveis e fundamentadas nas melhores evidências científicas sobre todas as opções disponíveis, de modo que, em conjunto com a equipe médica, possa escolher a alternativa mais adequada ao seu caso. A abordagem deve ser sempre individualizada, considerando aspectos centrais como: a disponibilização de dados completos sobre técnicas, riscos, benefícios, probabilidades de sucesso e possíveis efeitos adversos; a promoção da autonomia e da tomada de decisão compartilhada, respeitando valores, preferências e contexto de vida da paciente; o oferecimento de apoio psicossocial, prevenindo ansiedade e fortalecendo a confiança no processo decisório; o acompanhamento contínuo, com monitoramento antes, durante e após os procedimentos, garantindo ajustes conforme a necessidade clínica; a equidade no acesso, assegurando oportunidades iguais independentemente de fatores socioeconômicos ou geográficos; e a integração multidisciplinar, coordenando oncologia, ginecologia, reprodução assistida, psicologia e demais especialidades envolvidas, de forma a proporcionar um cuidado integral, seguro e centrado na paciente.

A abordagem individualizada deve sempre considerar os seguintes aspectos centrais:

1. **Risco de infertilidade associado ao tratamento oncológico**– Quando o risco de infertilidade é baixo e as opções de preservação envolvem procedimentos invasivos ou de eficácia limitada, o custo-benefício pode não justificar a

intervenção. Por outro lado, diante de risco elevado de perda permanente da fertilidade e considerando o forte desejo reprodutivo da paciente, é essencial que a decisão sobre investir em métodos mais agressivos seja tomada de forma compartilhada, envolvendo a paciente e a equipe médica, respeitando seus valores, preferências e autonomia.

2. **Probabilidade de gravidez futura** – Quando a paciente apresenta boa chance de gestação, mas com reserva ovariana reduzida, a criopreservação de tecido ovariano pode ser a única opção viável. Nessa situação, é fundamental que a equipe médica apresente de forma clara e compreensível os riscos associados ao procedimento cirúrgico, comparando-os com o potencial benefício reprodutivo. A explicação deve ser acessível e incluir informações sobre possíveis complicações, chances de sucesso e alternativas disponíveis, permitindo que a paciente participe ativamente da decisão, ponderando riscos e benefícios conforme seus valores e desejos reprodutivos.
3. **Histórico de uso prévio de quimioterapia** – Do ponto de vista bioético, quando a paciente já iniciou quimioterapia, a criopreservação de oócitos geralmente não é indicada devido à possível redução da viabilidade ovariana. Nesses casos, pode-se considerar a criopreservação de tecido ovariano como alternativa, sempre comunicando claramente os riscos, benefícios e limitações de cada opção. Ressalta-se que, idealmente, os procedimentos de preservação devem ser realizados antes do início da quimioterapia, ampliando as chances de sucesso e garantindo decisões informadas que respeitem a autonomia da paciente, promovam seu bem-estar (beneficência) e assegurem acesso equitativo às opções disponíveis (justiça).
4. **Tempo disponível para postergar o tratamento oncológico** – Sob o enfoque bioético, é fundamental que a paciente seja informada sobre o tempo necessário para cada técnica de preservação da fertilidade. A criopreservação de oócitos e embriões geralmente requer cerca de duas semanas, enquanto a coleta e congelamento de tecido ovariano ou a obtenção de oócitos imaturos para maturação in vitro podem ser realizadas em poucos dias. Essa informação permite que a paciente participe de maneira consciente da decisão, ponderando o risco de atrasar o tratamento oncológico frente ao potencial benefício reprodutivo, respeitando sua autonomia, promovendo o bem-estar (beneficência) e garantindo decisões alinhadas a seus valores pessoais.

5. **Viabilidade de estímulo hormonal** – Para a criopreservação de oócitos e embriões é necessário o uso de estímulo hormonal. Esse processo pode representar risco teórico em casos de tumores hormônio-dependentes, embora existam protocolos de estimulação específicos capazes de reduzir significativamente esse risco. É essencial que a paciente seja informada sobre a necessidade de estímulo hormonal para a criopreservação de oócitos e embriões, bem como sobre os riscos teóricos associados, especialmente em casos de tumores hormônio-dependentes. É igualmente importante apresentar os protocolos de estimulação adaptados que reduzem significativamente esses riscos. Dessa forma, a paciente pode tomar uma decisão informada, equilibrando potenciais benefícios reprodutivos com possíveis riscos à sua saúde, respeitando sua autonomia e promovendo seu bem-estar.

Em síntese, a preservação da fertilidade em pacientes oncológicas é um campo em constante evolução, que exige decisões rápidas, individualizadas e construídas em conjunto com a paciente. As diferentes técnicas disponíveis apresentam particularidades que devem ser discutidas de maneira clara, acessível e baseada em evidências, permitindo que a paciente compreenda os riscos, benefícios e limitações de cada opção. Mais do que uma intervenção médica, trata-se de um cuidado integral, que reconhece e acolhe o impacto do diagnóstico de câncer sem negligenciar o futuro reprodutivo da mulher. Esse olhar além do tratamento oncológico abre caminho para outra questão igualmente desafiadora: a vivência da gravidez após o câncer. Se preservar a fertilidade garante a possibilidade de escolha, gestar depois da cura representa a concretização desse desejo, envolvendo também decisões complexas com implicações médicas, éticas e emocionais, todas a serem ponderadas de forma compartilhada entre paciente e equipe de saúde (Vide Anexo).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo-se que os tratamentos antineoplásicos podem levar à falência gonadal precoce e à infertilidade, de forma imprevisível em cada indivíduo, e considerando que a sobrevivência ao câncer é uma realidade cada vez mais alcançável, a preservação da fertilidade deve ser reconhecida como parte essencial do cuidado integral às mulheres em idade reprodutiva.

Nesse cenário, a possibilidade de gestação após uma doença potencialmente fatal transcende o aspecto biológico. Com o avanço das terapias oncológicas e das técnicas de preservação da fertilidade, emergem também novos dilemas éticos e bioéticos. É nesse ponto que a BCS assume papel central, ao propor um olhar mais humano e relacional, que valoriza o direito à informação, o cuidado centrado na paciente e a tomada de decisão compartilhada.

Diante desse contexto, a elaboração de planos de cuidado estruturados, que integrem oncologia e reprodução assistida, torna-se indispensável. A proposta de estruturação da trajetória da paciente oncológica no Brasil apresentada neste trabalho pretende contribuir como ferramenta prática, orientando profissionais da saúde a oferecer uma abordagem clara, ágil e segura, sem perder de vista a singularidade de cada paciente.

Assim, a preservação da fertilidade em mulheres com câncer deve ser compreendida não apenas como um recurso técnico, mas como uma prática que reafirma a dignidade humana, amplia a qualidade de vida e fortalece a perspectiva de futuro. Integrar ciência, ética e cuidado é o caminho para assegurar que a medicina oncológica não se limite à cura da doença, mas também permita às mulheres a realização de seus projetos reprodutivos após o câncer.

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

- (1) De Carvalho BR. Oncofertilidade: bases para a reflexão bioética. *Reprodução & Climatério* [Internet]. 2015; 30 (3): 132–139. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2015.11.003>
- (2) Cambiaghi, AS. Oncofertilidade na prática médica. São Paulo: Editora LaVidapress; 2014.
- (3) Fritz, MA, Speroff L. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade*. 8 ed. Trad. Mallman, S. Rio de Janeiro: Revinter; 2015.
- (4) Larcher V. The ethical obligation to preserve fertility in the face of all therapies that might adversely affect it. *Archives Of Disease In Childhood* [Internet]. 2012; 97 (9): 767–768. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-301836>
- (5) Marinho RM, Rosa e Silva ACJS, Caetano JPJ, Rodrigues JK. *Preservação da fertilidade – uma nova fronteira em Medicina Reprodutiva e Oncologia*. Rio de Janeiro: Medbook; 2015.
- (6) ALBUQUERQUE, A. Bioética do cuidado em saúde: novo método de deliberação ética na prática clínica. *Revista Redbioética/UNESCO – RedLatinoamericana y del Caribe de Bioética* [Internet]. 2024; 1-2 (27-28):12-27. ISSN 2077-9445. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/383021122>

CAPÍTULO II

- (7) Albuquerque A. *Direitos Humanos dos Pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.
- (8) Carvalho BR, Rodrigues JK, Woodruff TK. Oncofertility: Ethics and Hope after Cancer. In: Julie Chor; Katie Watson. (Org.). *Reproductive Ethics in Clinical Practice*. 1ed. New York, USA: Oxford Press, 2021, v. 1, p. 136-150.
- (9) Carvalho BR. Preservação da fertilidade mulheres com câncer: o que preciso saber? *Femina* [Internet]. 2015; 45 (5):242–245. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2014/v42n5/a4649.pdf>
- (10) Silva ACJSR, Carvalho BR, Silva JCRE, Sa MFS. Ovarian Function Preservation After Cancer. In: Margarite T. Moorland (editor). (Org.). *Cancer in Female Adolescents*. 1ed. New York, USA: Nova Science Publishers, Inc, 2008, v. , p. 139-153.

- (11) Instituto Nacional de Câncer (INCA) - Estimativa 2023 Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em 06/01/2024.
- (12) Soerjomataram I, Lam F, Bardot A, Bray F, Ervik M. SURVCAN-3 online tool: International Cancer Survival Benchmarking [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2023. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/survival/survcan>
- (13) Schover, LR. Psychosocial aspects of infertility and decisions about reproduction in young cancer survivors: A review. *Medical and Pediatric Oncology*. [Internet], 1999; 33 (1): 53–59. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10401498/>
- (14) Rodrigues JK, Carvalho BR, Rosa-e-Silva ACJS, Nery SF, Campos JR, Marinho RM, Caetano JPJ, Azambuja RM, Badalotti M, Petracoo A, Chehin MB, Lopes JRC, Reis FM. Managing Fertility Preservation in Childhood Cancer Patients in Brazilian Scenario. In: Teresa K. Woodruff; Yasmin C. Gosiengfiao. (Org.). *Pediatric and Adolescent Oncofertility. Best Practices and Emerging Technologies*. 1ed. New York: Springer International Publishing AG, 2017, v. 1, p. 289-299.
- (15) Rosa e Silva ACJS, Carvalho BR. Criopreservação e Transplante de Tecido Ovariano. In: Ricardo Mello Marinho; Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva; João Pedro Junqueira Caetano; Jhenifer Kliemchen Rodrigues. (Org.). *Preservação da fertilidade. Uma Nova Fronteira em Medicina Reprodutiva e Oncologia*. 1ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2015, v. 1, p. 149-155.
- (16) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion. *Fertility And Sterility* [Internet]. 2019; 112 (6):1022–1033. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.013>.
- (17) National Institute For Health and Care Excellence (NICE). Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline – CG156. [Internet] London: NICE; 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>
- (18) National Institute For Health and Care Excellence (NICE). Removal, preservation and reimplantation of ovarian tissue for restoring fertility after gonadotoxic treatment. *Interventional procedures guidance – IPG772*. [Internet] London: NICE; 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg772>
- (19) Silber S, Kagawa N, Kuwayama M, Gosden R. Duration of fertility after fresh and frozen ovary transplantation. *Fertility And Sterility* [Internet]. 2010; 94 (6): 2191–2196. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.12.073>

- (20) Donnez J, Jadoul P, Squifflet J, Van Langendonck A, Donnez O, Van Eyck AS, et al. Ovarian tissue cryopreservation and transplantation in cancer patients. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2009; 24 (1): 87–100. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.09.003>
- (21) Carvalho BR, Cintra GF, Franceschi TM, Cabral IO, Resende LSA, Gumz BP, Pinto TDA. Ex vivo Retrieval of Mature Oocytes for Fertility Preservation in a Patient with Bilateral Borderline Ovarian Tumor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (impresso), p. 225, 2021.
- (22) Carvalho BR, Cintra GF, Cabral IO, Francheschi TM, Resende LSA, Huguenin JFL, Barros ATOS. First pregnancy and live birth from ex vivo retrieved MII oocytes from a woman with bilateral ovarian carcinoma: case report. *Fertility and Sterility*. v. 121, p. 1031-1039, 2024.
- (23) Basco D, Campo-Engelstein L, Rodriguez S. Insuring Against Infertility: Expanding State Infertility Mandates to Include Fertility Preservation Technology for Cancer Patients. *The Journal Of Law Medicine & Ethics* [Internet]. 2010; 38 (4): 832–839. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2010.00536.x>
- (24) Pentheroudakis G, Orecchia R, Hoekstra HJ, Pavlidis N. Cancer, fertility and pregnancy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals Of Oncology* [Internet]. 2010; 21: v266–273. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq198>

CAPÍTULO III

- (25) Avelar, CC. Tratamento do câncer e desejo de gravidez - aspectos psicológicos. In: Marinho RM, Rosa e Silva ACJS, Caetano JPJ, Rodrigues JK. *Preservação da fertilidade – uma nova fronteira em Medicina Reprodutiva e Oncologia*. Rio de Janeiro: Medbook; 2015. p. 37–40.
- (26) Avelar CM, De Moraes LAM, Marinho RM, Caetano JPJ. Infertilidade e emoção. *Reprodução & Climatério*. 2000;15 (4): 203–205.
- (27) Garcia MAA, Tafuri MJ, Nogueira R de C, Carcinoni TM. A depressão em pacientes com câncer: uma revisão. *Revista de Ciências Médicas*. [Internet] 2000; 9 (2): 80–85. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1333>
- (28) Gardino SL, Emanuel LL. Choosing Life When Facing Death: Understanding Fertility Preservation Decision-Making for Cancer Patients. *Oncofertility Cancer Treatment And Research* [Internet]. 2010; 156: 447–458. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6518-9_34

- (29) Duffy C, Allen S. Medical and Psychosocial Aspects of Fertility After Cancer. *The Cancer Journal* [Internet]. 2009; 15 (1): 27–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ppo.0b013e3181976602>
- (30) Avelar CM Criopreservação oncológica: aspectos psicológicos. In: Straube KM, Melamed RM. *Temas contemporâneos de psicologia em reprodução assistida*. São Paulo/Rio de Janeiro: Livre Expressão; 2013: p. 111–117.
- (31) Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- (32) Costa R, Sáez-Mansilla C, Andreu Y, Galdón MJ, Pellicer A, Sánchez-Serrano M. Coping with infertility in young cancer patients that undergo ovarian tissue cryopreservation relationship with perceived stress and anger. In: *Psychology behavior and ethics of fertility preservation*. *Journal Of Assisted Reproduction and Genetics* [Internet]. 2011; 28 (11): 1031–1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9667-9>
- (33) Goeckenjan M, Freis A, Glaß K, Schaar J, Trinkaus I, Torcka S, et al. Motherhood after cancer: fertility and utilisation of fertility-preservation methods. *Archives Of Gynecology And Obstetrics* [Internet]. 2020; 301 (6): 1579–1588. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05563-w>
- (34) Stern K, Barak S, Orme L, Conyers R, Seymour J, Agresta F. Reproductive concerns of children and adolescents with cancer: challenges and potential solutions. *Clinical Oncology In Adolescents And Young Adults* [Internet]. 2013; 3:63–78. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/coaya.s29766>
- (35) Castellotti DS, Cambiaghi AS. Preservação da fertilidade em pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* [Internet]. 2008; 30 (5): 406–410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-84842008000500014>
- (36) De Sá Rosa e Silva ACJ. Preservação de fertilidade. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2006; 28 (6): 365–372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032006000600008>
- (37) Albuquerque A, Eler K. Bioética do Cuidado em Saúde: novo referencial para a prática clínica. *Revista da AASP*. 2025.
- (38) Albuquerque A, Tanure C. Healthcare bioethics: a new proposal of ethics for clinical practice. *History And Philosophy Of Medicine* [Internet]. 2023; 5 (2): 10. Disponível em: <https://doi.org/10.53388/hpm2023010>
- (39) Albuquerque A. Direito à privacidade do paciente. In: Melgaço N, Albuquerque A (Org.). *Direito do Paciente: formação e atualização*. 1ed. Ponta Grossa: Atena; 2023. p. 1–13.

- (40) Musse LB. Direito a não discriminação do paciente: uma utopia?. In: Melgaço N, Albuquerque A (Org.). *Direito do Paciente: formação e atualização*. 1ed. Ponta Grossa: Atena; 2023. p. 1–150
- (41) Sáez-Mansilla C, Costa R, Durá E, Rubio JM, Pellicer A, Sánchez-Serrano M. Psychosocial characteristics in young women with câncer undergoing variantes sue cryopreservation. In: *Psychology behavior and ethics of fertility preservation*. Journal Of Assisted Reproduction and Genetics [Internet]. 2011; 28 (11): 1031–1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9667-9>
- (42) Schover LR. Patient attitudes toward fertility preservation. *Pediatric Blood & Cancer* [Internet]. 2009; 53 (2): 281–284. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pbc.22001>
- (43) Godinho AA. *Câncer de mama associado à gravidez: um olhar sociocultural* [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- (44) Letourneau JM, Ebbel EE, Katz PP, Katz A, Ai WZ, Chien AJ, et al. Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. *Cancer* [Internet]. 2011; 118 (6): 1710–1717. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.26459>
- (45) Rosen A, Rodriguez-Wallberg KA, Rosenzweig L. Psychosocial Distress in Young Cancer Survivors. *Seminars In Oncology Nursing* [Internet]. 2009; 25 (4): 268–277. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.08.004>
- (46) Costa, R. Sáez-Mansilla, C.; Andreu, Y.; Galdón, M.J.; Pellicer, A.; Sánchez-Serrano, M. Cancer concerns vs reproductive concerns and the use of coping skills. A Preliminary study. In: *Psychology behavior and ethics of fertility preservation*. Journal Of Assisted Reproduction and Genetics [Internet]. 2011; 28 (11): 1031–1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9667-9>
- (47) Loren AW, Mangu PB, Beck LN, Brennan L, Magdalinski AJ, Partridge AH, et al. Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal Of Clinical Oncology* [Internet]. 2013; 31 (19): 2500–2510. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/jco.2013.49.2678>
- (48) Bitzer J. Psychological, ethical aspects of fertility preservation in children with malignant disease and their impact on counseling. In: *Psychology behavior and ethics of fertility preservation*. Journal Of Assisted Reproduction and Genetics [Internet]. 2011; 28 (11): 1031–1036. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9667-9>

- (49) Yuen S, McCool K, Bharucha M, Narloch K, Zhu J, Yong H. Evaluating Trends in Fertility Counseling among Reproductive-Age Patients with Breast Cancer. *Annals Of Surgical Oncology* [Internet]. 2025; Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-025-17857-x>
- (50) Hogg C. *Patients, Power & Politics: from patients to citizens*. Londres: Sage; 1999.
- (51) Furlan M, Bernardi A, Pegoraro R. *Ética delle Professioni Sanitarie*. Padova: Piccini; 2009.
- (52) Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. Washington, D.C: Organización de los Estados Americanos, 2011. [Internet] OEA documentos oficiales; OEA Ser. L/V/II. Disponível em: <https://cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>
- (53) Coulter A. *Engaging patients in health care*. Berkshire: Open University Press; 2011.
- (54) Albuquerque A. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI; 2020.
- (55) Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta dos Direitos de Segurança do Paciente. 2024. [Acesso em 19 jul. 2024] Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/60627/9789275728710_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- (56) Inhorn MC, Birenbaum-Carmeli D, Westphal LM, Doyle J, Gleicher N, Meirrow D, et al. Medical egg freezing: the importance of a patient-centered approach to fertility preservation. *Journal Of Assisted Reproduction And Genetics* [Internet]. 2018; 35 (1): 49–59. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-017-1081-5>
- (57) Lambertini M, Peccatori FA, Demeestere I, Amant F, Wyns C, Stukenborg J b., et al. Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals Of Oncology* [Internet]. 2020; 31 (12): 1664–1678. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.09.006>
- (58) Doungkamchan C, Orwig KE. Recent advances: fertility preservation and fertility restoration options for males and females. *Faculty Reviews* [Internet]. 2021; 10 (55). Disponível em: <https://doi.org/10.12703/r/10-55>
- (59) Queensland Health. *Guide to Informed Decision-making in Health Care*. 2. ed. Brisbane: Queensland Health; 2024. [Acesso em 02 set. 2025] Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/143074/ic-guide.pdf.
- (60) Geng L, Shi Z, Chai XY, Nie HW, Cong HB, Li SP. Patient and clinician perspectives on shared decision-making in infertility treatment: A qualitative study. *Patient Education And*

Counseling [Internet]. 2023; 116: 107948. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107948>

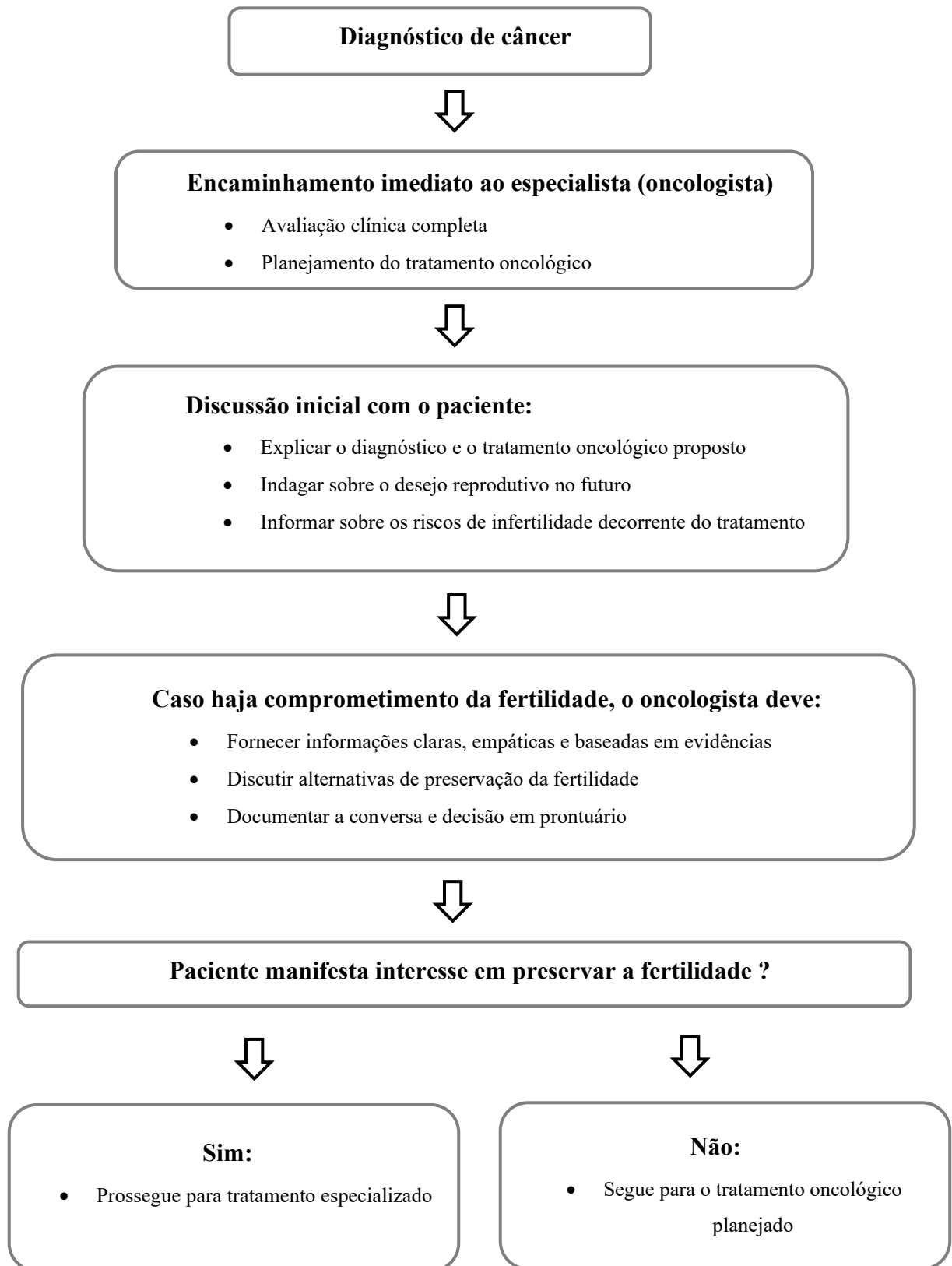
- (61) Hong YH, Park C, Paik H, Lee KH, Lee JR, Han W, et al. Fertility Preservation in Young Women With Breast Cancer: A Review. *Journal Of Breast Cancer* [Internet]. 2023; 26 (3): 221. Disponível em: <https://doi.org/10.4048/jbc.2023.26.e28>
- (62) The ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation, Anderson RA, Amant F, Braat D, D'Angelo A, De Sousa Lopes SMC, Demeestere I, et al. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Human Reproduction Open* [Internet]. 2020; 4: hoaa052. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa052>

CAPÍTULO IV

- (63) Oktay K, Harvey BE, Partridge AH, Quinn GP, Reinecke J, Taylor HS, et al. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *JournalOfClinicalOncology* [Internet]. 2018; 36 (19): 1994–2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/jco.2018.78.1914>
- (64) Su HI, Lacchetti C, Letourneau J, Partridge AH, Qamar R, Quinn GP, et al. Fertility Preservation in People With Cancer: ASCO Guideline Update. *Journal Of Clinical Oncology* [Internet]. 2025; 43 (12): 1488–1515 Disponível em: <https://doi.org/10.1200/jco-24-02782>
- (65) The ESHRE Guideline Group on Female Fertility Preservation, Mitchell RT, Eguizabal C, Goossens E, Grynberg M, Jahnukainen K, Clef NL, et al. ESHRE good practice recommendations on fertility preservation involving testicular tissue cryopreservation in children receiving gonadotoxic therapies. *Human Reproduction* [Internet]. 2025; 40 (8): 1391–1431 Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf106>
- (66) Chehimi M, Boursier A, Lefebvre-Khalil V, Decanter C, Keller L, Fournier V, et al. Sociodemographic profile of women seeking elective egg freezing when financed by the public healthcare system. *Reproductive BioMedicine Online* [Internet]. 2024; 50 (5): 104705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104705>
- (67) Kocherova, I., Bryja, A., Mozdziak, P., AngelovaVolponi, A., Dyszkiewicz-Konwińska, M., Piotrowska-Kempisty, H., Antosik, P., Bukowska, D., Bruska, M., Izycki, D., Zabel, M., Nowicki, M., & Kempisty, B. (2019). Human Umbilical Vein Endothelial Cells (HUVECs) Co-Culture with Osteogenic Cells: From Molecular Communication to Engineering Prevascularised Bone Grafts. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1602. <https://doi.org/10.3390/jcm8101602>

- (68) McQuillan S, Todd N. Clinical Consensus Statement No. 459: Oncofertility – Bridging the Geographical Gap in Pediatric and Adolescent Gynaecology in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 2025; 47 (3): 102807. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2025.102807>
- (69) Brancati S, Gozzo L, Longo L, Vitale DC, Russo G, Drago F. Fertility Preservation in Female Pediatric Patients With Cancer: A Clinical and Regulatory Issue. *Frontiers In Oncology* [Internet]. 2021; 11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.641450>
- (70) Nakou P. Women’s reproductive choice and (elective) egg freezing: is an extension of the storage limit missing a bigger issue? *The New Bioethics* [Internet]. 2024; 30 (1): 11–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20502877.2023.2300233>
- (71) Kieu V, Stern C, Harris J, Jayasinghe Y, Bradford N, Cui W, et al. Australian fertility preservation guidelines for people with cancer 2022: review and recommendations. *The Medical Journal Of Australia* [Internet]. 2022; 217 (11): 564–569. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/mja2.51751>
- (72) Xiangyan R, Xu C, Huang H, Xu B, Du J, Cheng J, et al. Practice guideline on ovarian tissue cryopreservation and transplantation in the prevention and treatment of iatrogenic premature ovarian insufficiency. *Maturitas* [Internet]. 2024; 182: 107922. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.107922>
- (73) Roberts JE, Benoit J, Foong S, Saumet J, Korkidakis A, Marr K, et al. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic treatments: a Canadian Fertility and Andrology Society clinical practice guideline. *ReproductiveBioMedicine Online* [Internet]. 2023; 48 (5): 103767. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.103767>
- (74) Tomari H, Okitsu O, Mizuno S, Yabuuchi A, Okimura T, Kikuchi H, et al. Nationwide Survey on the Status of Oncofertility in Japan and Involvement of Embryologists in the Practice of Fertility Preservation. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology* [Internet]. 2025; 14 (2):172–179. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jayao.2024.0032>
- (75) Ranniger RL, Lamaita RM, D’Abreu BF, Tolentino MR, Cândido EB, Andrade WP, et al. Fertility preservation in female cancer patients in Brazil: perceptions and attitudes of infertility specialists. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2024; 46: e-rbgo25. Disponível em: <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo25>

ANEXO – FLUXOGRAMA SOBRE A PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PACIENTE NO BRASIL



ANEXO – FLUXOGRAMA SOBRE A PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PACIENTE NO BRASIL (continuação)

Se desejo de preservação da fertilidade, encaminhamento ao especialista em Reprodução Humana:

- Preferencialmente antes do início da quimioterapia, radioterapia ou cirurgia
- Oncologista deve fornecer dados relevantes (tipo e estágio do tumor, risco de gonadotoxicidade, tempo disponível até início do tratamento, possíveis contraindicações)



Consulta com o especialista em Reprodução Humana:

- Avaliação individualizada da paciente
- Discussão sobre técnicas possíveis (criopreservação de oócitos e/ou embriões)
- Explicações sobre riscos, benefícios, tempo e chances de sucesso
- Tomada de decisão compartilhada (paciente, oncologista, fertileuta)
- Encaminhamento para suporte psicológico



Execução da técnica de preservação da fertilidade:

- Procedimento realizado antes do início da terapia oncológica
- Avaliação contínua de segurança e condições clínicas



Início do tratamento oncológico conforme plano definido:

- Comunicação contínua entre oncologista e especialista em reprodução
- Registro formal de todas as etapas



Acompanhamento pós-tratamento:

- Monitoramento da saúde reprodutiva
- Reavaliação de possibilidades futuras de gestação
- Discussão ética e legal sobre destino do material criopreservado quando aplicável.