

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Reprodução Assistida



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

Instruções

- Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
- Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A32**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
- Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
- Duração da prova: **1 hora**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
- O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
- Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
- Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
- Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
- Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K ⁺ – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg ²⁺ – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
<u>VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL</u>	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
<u>VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS</u>	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

01

A doação de gametas por pessoas vivas no Brasil, segundo a Resolução CFM nº 2.320/2022, deve seguir, obrigatoriamente, o princípio da

- (A) possibilidade de compensação financeira proporcional ao risco do procedimento.
- (B) divulgação ao receptor da identidade do doador mediante termo de consentimento.
- (C) gratuidade, anonimato e não consanguinidade direta entre doador e receptor.
- (D) prioridade de doação dirigida entre parentes de até segundo grau.

03

O protocolo com agonista de GnRH, é uma estratégia utilizada em ciclos de fertilização. Em quais situações?

- (A) O bloqueio hipofisário ocorre rapidamente após a administração inicial do agonista, permitindo início imediato de gonadotrofinas na fase lútea tardia.
- (B) O uso do agonista na fase lútea do ciclo anterior previne a ovulação espontânea e permite melhor sincronização folicular.
- (C) O protocolo longo apresenta menor risco de Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO) comparado ao protocolo com antagonista.
- (D) O prolongamento com o uso do agonista aumenta a sensibilidade ovariana às gonadotrofinas exógenas, o que leva aumento do número de folículos estimulados.

02

Mulher, 37 anos de idade, com histórico de infertilidade há 4 anos. Relata ciclos menstruais de 45 dias, com 5 dias de sangramento. Avaliação complementar: Ferriman-Gallwey 7, USG TV com CFA 35. Investigação do parceiro mostrou espermograma com os seguintes parâmetros: concentração de espermatozoides 15 milhões/mL, PR 50%, K 2%. O exame de histerossalpingografia da paciente é apresentado a seguir:



Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Fertilização *in vitro* com uso de FSHr, bloqueio com antagonista de GnRH, *trigger* com agonista de GnRH, congelamento de todos os embriões.
- (B) Fertilização *in vitro* com uso de FSHr + Lhr, bloqueio com progesterona, *trigger* com alfa-chorionadotropia, congelamento de todos os embriões.
- (C) Inseminação intrauterina com indução da ovulação com inibidor da aromatase.
- (D) Inseminação intrauterina com indução da ovulação com citrato de clomifeno.

04

Sobre a estimulação ovariana com baixas doses de gonadotrofinas, assinale a alternativa correta.

- (A) É uma estratégia indicada retirar para pacientes com risco aumentado de Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO).
- (B) Utiliza doses de FSH de aproximadamente 300 UI/dia para garantir o recrutamento folicular.
- (C) Não pode ser indicada para pacientes com baixa reserva ovariana.
- (D) O uso de antagonistas para bloquear o pico de LH é obrigatório.

05

Segundo a Resolução CFM nº 2.320/2022, a gestação compartilhada entre parceiras homoafetivas femininas

- (A) só pode ocorrer se uma delas tiver laudo clínico de infertilidade documentada.
- (B) é vedada quando não houver união civil formalizada no cartório.
- (C) exige autorização judicial mesmo com consentimento informado mútuo.
- (D) pode ser realizada mesmo que não haja diagnóstico de infertilidade, desde que ambas estejam de acordo.

06

Segundo o *guideline* da ASRM (2024), qual é a abordagem recomendada para pacientes com infertilidade e presença de septo uterino?

- (A) Indicação formal de histeroscopia para ressecção do septo uterino, independente de outros fatores.
- (B) Contraindicação à ressecção do septo uterino, pois não há impacto conhecido na taxa de fertilidade.
- (C) Considerar ressecção histeroscópica com base em decisão compartilhada, após aconselhamento adequado.
- (D) Adiar intervenção até que ocorra ao menos duas perdas gestacionais.

07

A indicação de criopreservação de tecido ovariano é fundamentada e bem estabelecida para mulheres

- (A) com 39 anos de idade, com câncer de mama HER2+, com tempo hábil para estimulação ovariana.
- (B) de 28 anos de idade, nulípara, com câncer de colo uterino inicial, sem previsão de tratamento adjuvante.
- (C) adolescentes de 14 anos de idade com linfoma de Hodgkin, pré-púberes, com necessidade de quimioterapia imediata.
- (D) com 33 anos de idade, com câncer de tireoide, em uso de supressão hormonal prolongada.

11

Casal, mulher de 36 anos de idade e seu parceiro de 41 anos de idade, com histórico de três abortos espontâneos no primeiro trimestre, passou por investigação que mostrou útero com morfologia adequada, cariotipos e dosagens hormonais normais. Neste cenário e segundo as diretrizes da ASRM, qual é a principal limitação do uso da análise genética pré-implantacional para aneuploidias (PGT-A) neste cenário?

- (A) O PGT-A não melhora a taxa de nascidos vivos quando usado como tratamento primário para perda gestacional recorrente.
- (B) O risco de não haver nenhum embrião euploide no ciclo de FIV limita sua indicação.
- (C) A idade materna abaixo de 40 anos de idade contraindica o PGT-A.
- (D) A fertilização *in vitro* com PGT-A aumenta significativamente o risco de gestações múltiplas, o que seria um risco adicional significativo para a paciente.

08

Em relação ao uso do bloqueio com progesterona na estimulação ovariana para FIV, pode-se afirmar:

- (A) A progesterona é utilizada para promover a ovulação prematura durante o protocolo de estímulo ovariano.
- (B) O bloqueio com progesterona é uma alternativa para evitar o pico de LH, promovendo um bloqueio central.
- (C) A progesterona causa estimulação do eixo hipotálamo-hipofisário, aumentando a produção de gonadotrofinas endógenas.
- (D) O bloqueio com progesterona é contraindicado em ciclos de FIV, devido à interferência na maturação folicular.

09

O protocolo longo com agonista de GnRH para estimulação ovariana na FIV, caracteriza-se por:

- (A) Início do agonista na fase folicular do ciclo menstrual atual, seguido de estimulação imediata com gonadotrofinas.
- (B) Uso de antagonista de GnRH para bloqueio rápido da secreção de LH.
- (C) Indicado exclusivamente para pacientes com baixa reserva ovariana.
- (D) Supressão hipofisária prolongada iniciada na fase lútea do ciclo anterior, com estimulação iniciada após confirmação de supressão.

10

Paciente de 40 anos de idade, com 10 folículos antrais em cada ovário e infertilidade por fator masculino, deseja entender o papel do PGT-A em seu tratamento, é correto afirmar:

- (A) O PGT-A não aumenta a taxa cumulativa de gestação por ciclo de FIV, mas pode reduzir a taxa de aborto.
- (B) A boa reserva ovariana é um indicativo de boa qualidade ovular, não tendo, portanto, indicação de biópsia embrionária.
- (C) Embriões euploides são considerados de alta qualidade, apresentando as mesmas taxas de sucesso independentemente da classificação morfológica e do tempo de cultivo até a biópsia.
- (D) Por ser um exame com potencial de identificação e correção de aneuploidias, o PGT-A aumenta a taxa de gravidez cumulativa por ciclo.

12

Segundo o *Guideline ESHRE* de 2022, o uso de técnicas de reprodução assistida em pacientes com endometriose deve seguir:

- (A) O uso prolongado de agonista de GnRH por pelo menos 3 meses antes de tratamentos de reprodução assistida é recomendado para aumentar taxas de gravidez.
- (B) Pacientes com endometriose devem ser alertadas que o uso de técnicas de reprodução assistida está associado ao aumento da recorrência da doença.
- (C) Não existem evidências que mostrem superioridade do protocolo com agonistas em relação ao protocolo com antagonistas para supressão hipofisária durante estimulação ovariana em pacientes com endometriose.
- (D) Pacientes com endometriose profunda se beneficiam de uso prolongado de contraceptivos hormonais antes da estimulação ovariana, já que se observa o aumento das taxas de nascido vivo.

13

Paciente de 43 anos de idade, com insuficiência ovariana, realiza tratamento de FIV com óvulos doados. Dos 8 óvulos injetados, dois blastocistos de boa qualidade foram obtidos. Segundo as evidências disponíveis, qual é a conduta recomendada sobre o uso rotineiro do PGT-A nesses casos?

- (A) É recomendado para aumentar taxas de implantação.
- (B) Deve ser realizado para reduzir o risco de aneuploidias, como a síndrome de Down, devido ao risco elevado pela idade da paciente, maior que 40 anos de idade.
- (C) Deve ser realizado, somente, quando houver mais de 3 blastocistos disponíveis para análise.
- (D) Não é recomendado devido à ausência de benefício comprovado, independentemente da idade da receptora.

14

Casal possui um filho anterior com síndrome do X-frágil. O casal deseja uma nova gestação, porém tem medo de que o próximo filho também apresente a doença. Qual estratégia é clinicamente aceitável neste contexto?

- (A) Realizar PGT-A para identificar e transferir apenas embriões euploides.
- (B) A realização do PGT-M permite detectar embriões do sexo feminino, com menor risco de apresentação clássica da doença.
- (C) Utilizar tecnologia de morfocinética espermática para realizar a FIV com sêmen sexado para aumentar a chance de formar embriões femininos.
- (D) Transferir apenas embriões do sexo masculino, uma vez que é uma doença genética ligada ao cromossomo X.

18

Em relação à possibilidade de reprodução assistida em pacientes com diagnóstico de Síndrome de Insensibilidade Completa aos Androgênios (CAIS), é correto afirmar:

- (A) Pacientes com CAIS podem utilizar seus próprios ovários, desde que estimulados com altas doses hormonais.
- (B) A reprodução assistida com uso de gametas próprios é possível, desde que realizada com útero de substituição.
- (C) A adoção é a única alternativa permitida para essas pacientes, devido à proibição legal da reprodução assistida em casos de cariótipo 46,XY.
- (D) Como essas pacientes possuem cariótipo XY e ausência de útero e ovários funcionais, a possibilidade reprodutiva é com doação de óvulos e cessão temporária de útero.

15

Na criopreservação de óvulos em mulheres com câncer,

- (A) os resultados de sucesso do congelamento de óvulos são inferiores aos das pacientes sem câncer, independentemente da idade.
- (B) a taxa de embriões formados por óvulo descongelado é diferente entre mulheres com câncer e sem câncer.
- (C) mulheres que criopreservam óvulos antes da quimioterapia não apresentam melhora significativa em chances futuras de gestação.
- (D) a idade da paciente no momento do congelamento é o principal fator preditivo de sucesso reprodutivo futuro, independentemente do tipo de câncer.

19

Em relação a cirurgia de endometrioma antes da FIV, qual é a recomendação segundo o *guideline ESHRE* de 2022 sobre endometriose?

- (A) A cirurgia deve ser evitada antes da FIV, pois pode comprometer a reserva ovariana e não melhora a taxa de nascidos vivos.
- (B) A cirurgia é recomendada retirar antes da FIV, pois aumenta a taxa de fertilização.
- (C) A cirurgia só é recomendada quando houver falha prévia em ciclos de FIV.
- (D) A cirurgia não deve ser cogitada quando o endometrioma dificultar o acesso aos folículos durante punção ovariana.

16

Em relação à Estimulação Ovariana Controlada (EOC) para preservação da fertilidade em pacientes com neoplasia sensível a hormônios, como o câncer de mama receptor hormonal positivo, a conduta a ser considerada é:

- (A) Associação de inibidores da aromatase, como o letrozol, ao protocolo de EOC para minimizar o pico estrogênico.
- (B) Utilização exclusiva de FSH recombinante em altas doses para encurtar a duração do ciclo.
- (C) Contraindicação absoluta de qualquer tipo de estimulação ovariana para não elevar os níveis de estradiol.
- (D) Indução com HMG seguida de clomifeno para reduzir os níveis de estradiol e aumentar a segurança oncológica.

20

Em relação à indicação de videolaparoscopia para aumentar as chances de gravidez natural em pacientes com endometriose, assinale a alternativa correta segundo o *Guideline ESHRE* de 2022 sobre endometriose.

- (A) A cirurgia pode ser indicada em casos de endometriose estágio I/II ASRM já que pode aumentar as chances de gravidez natural.
- (B) Não se deve levar em consideração a idade da paciente ou presença de outros fatores de infertilidade, pois esses não são preditores importantes de gravidez em pacientes com endometriose.
- (C) As melhores chances de gravidez natural ocorrem após um ano do procedimento.
- (D) Todas as pacientes que têm endometriose e infertilidade devem ser abordadas cirurgicamente, pois o procedimento melhora a qualidade dos óvulos e, portanto, aumentam a chance de gravidez, seja de forma natural ou através de técnicas de reprodução assistida.

17

Na indução da ovulação no protocolo com antagonista para prevenir a Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO), a orientação seria usar:

- (A) Agonista de GnRH, que provoca pico endógeno rápido e transitório de LH.
- (B) Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG) por sua longa meia-vida e ação luteotrófica prolongada.
- (C) Agonista de GnRH, por sua longa meia-vida e ação luteotrófica prolongada.
- (D) Doses altas de FSH recombinante para aumentar o número de folículos maduros.

