

**ÁREAS DE ATUAÇÕES**  
**Reprodução Assistida****PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025****Instruções**

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. 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.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. 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.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. 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.
7. 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.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. 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 ABREVIACES E VALORES DE REFERÊNCIA

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

**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.

**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 alfacoriogonadotropia, 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.

**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.

**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) Contra-indicação 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-púbere, com necessidade de quimioterapia imediata.
- (D) com 33 anos de idade, com câncer de tireoide, em uso de supressão hormonal prolongada.

**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.

**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, cariótipos 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.

**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 endometrioses 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.

**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.

**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) Contra-indicação 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.

**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.

**18**

Em relação à possibilidade de reprodução assistida em pacientes com diagnóstico de Síndrome de Insensibilidade Completa aos Androgênicos (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.

**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.

**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 após a cirurgia de endometriose 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.

