



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES-PE - 2026

SES-PE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 5

Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 33ª semana de gravidez e chegou na emergência obstétrica referindo náusea e vômitos. No cartão de pré-natal observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; pico sistólico da artéria cerebral média fetal menor de 1.5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão de 5.0 cm. A paciente foi submetida a operação cesariana. Na retirada do recém-nascido o obstetra teve dificuldade porque o mesmo estava em apresentação pélvica. O recém-nascido (RN) apresentou bom tônus e choro forte, escore de Apgar de 9/10. Após o nascimento, para prevenção do recém-nascido com anemia fetal em uma próxima gestação, qual a melhor conduta CORRETA

- A. Imunoglobulina anti-D pós-parto em até 72h.
- B. Repetir o Coombs indireto, mas quantitativo para avaliar a titulação.
- C. Registrar médico de todos os dados do pré-natal e parto na gestação atual, para um adequado acompanhamento na próxima gestação, fazendo orientações a paciente na alta hospitalar.
- D. Dopplervelocimetria do pico sistólico da artéria cerebral média do recém-nascido.
- E. Realizar o painel de hemácias materno e do atual recém-nascido.

Recurso:

Diante de um quadro de isoimunização materna como o apresentado na questão, é essencial a obtenção do o **painel de hemácias** (também chamado de identificação de anticorpos irregulares ou fenotipagem estendida). Este exame permite identificar EXATAMENTE qual ou quais anticorpos a mãe possui. Pode ser anti-D (mais comum), mas também pode haver outros anticorpos isolados ou concomitantes, como anti-cE e anti-Kell, anti-I, -P, -Lea e -Leb.

O exame de Coombs indireto é um teste inespecífico e detecta a presença de IgG antieritrocitária, sem identificação do tipo de anticorpo. Em casos cujo resultado é positivo, como exposto na questão, é imprescindível a realização do painel de anticorpos irregulares visando à definição do(s) antígeno(s) envolvidos. O mais comum e mais estudado, anti-D, por mais que seja provável neste caso considerando que a paciente é Rh negativa, não é uma certeza até este momento; no entanto, não é possível excluir que essa mãe seja sensibilizada para outros anticorpos, como anti-C, anti-E, anti-Kell, entre outros. Inclusive, é essencial





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

que seja feita essa diferenciação para uma assistência adequada no puerpério quanto em próximas gestações.

Além disso, realizar o painel de hemácias permite:

- Conhecer o fenótipo eritrocitário completo de mãe e filho;
- Confirmar qual antígeno causou a sensibilização, especialmente se esse anticorpo é anti-D ou não para avaliar necessidade de profilaxia pós-parto;
- Planejar se será necessária genotipagem paterna (para saber se é homozigoto ou heterozigoto para o antígeno em questão);
- Definir o protocolo de acompanhamento específico para a próxima gestação;
- Avaliar se há outros aloanticorpos clinicamente significantes além do suspeito.

Caso a paciente demonstrada na questão apresentasse anticorpo anti-Kell positivo com anti-D negativo, por exemplo, estaria indicada a realização de imunoglobulina anti-D mesmo no puerpério como em próximas gestações. Ou ainda se tivéssemos imunização contra anti-I ou anti-P, com baixo potencial hemolítico, não haveria necessidade de seguimento com ultrassonografia em gestação subsequente. Apenas com essas informações em mãos conseguiríamos aconselhar adequadamente a paciente sobre riscos futuros e estabelecer um plano de acompanhamento rigoroso desde o início da próxima gestação, com titulação de anticorpos, Doppler seriado e, se necessário, intervenções como transfusão intrauterina.

A alternativa indicada como correta em gabarito preliminar, afirmativa C, declara que a melhor conduta para prevenção de anemia fetal em uma nova gestação seria "Registrar médico de todos os dados do pré-natal e parto na gestação atual, para um adequado acompanhamento na próxima gestação, fazendo orientações a paciente na alta hospitalar". Por mais que seja uma conduta válida e recomendada, a realização do perfil de hemácias da mãe e do RN, como exposto na alternativa E, traria informações mais úteis e guiaria de forma mais adequada o seguimento em uma próxima gestação do que apenas a observação, como exposto acima. Caso tivéssemos a confirmação de essa isoimunização ser por anticorpos anti-D, a alternativa C poderia ser mais adequada, porém nem mesmo esta garantia temos pelo enunciado exposto na questão.

Dessa forma, solicito alteração do gabarito preliminar para a alternativa E.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

- Nardozza LM. Doença hemolítica perinatal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 36/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal);
- PROTOCOLO DE ISOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL PELO FATOR RH – CAISM/UNICAMP. Elaboração de Isabela Nelly Machado e Ricardo Barini . Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2020.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 11

Paciente, 16 anos, primigesta e nulipara e na 34ª semana de gravidez. Foi encaminhada a emergência obstétrica para interrupção da gravidez. Nega hipertensão prévia, diabetes, cardiopatias e outras doenças. Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina, ausente; feto em situação transversa, apresentação cônica e alto e móvel; batimentos fetais de 136 bpm; altura de fundo uterino de 30 cm; e pressão arterial (PA) 160 x 90 mmHg (confirmada por duas vezes e após repouso em decúbito lateral esquerdo). Índice de massa corpórea 26,4 kg/m³. Proteinúria de fita +++/4+. A mesma foi internada, a gestação foi interrompida por cesariana sem intercorrências e iniciado sulfato de magnésio - MgSO₄ (ataque: 6g e manutenção: 1g/h). Durante a primeira fase da manutenção do MgSO₄, evoluiu com PA: 130 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 16 irpm, diurese de 10 ml/h e reflexos profundos ausentes. Assinale a alternativa que representa a conduta CORRETA

- A. Suspende definitivamente o MgSO₄ e ficar reavaliando os sinais vitais e parâmetros clínicos - se sinais de iminência de eclampsia, reintroduzir.
- B. Suspende o MgSO₄ e realizar imediatamente gluconato de cálcio a 10% – reintroduzir após melhora da diurese e presença dos reflexos.
- C. Suspende definitivamente o MgSO₄, realizar imediatamente gluconato de cálcio a 10% e ficar reavaliando os sinais vitais e parâmetros clínicos - se sinais de iminência de eclampsia, reintroduzir.
- D. Suspende o MgSO₄ e realizar hidratação com cloreto de sódico a 5% - reavaliar após; e reintroduzir se melhora da diurese e presença dos reflexos.
- E. Suspende definitivamente o MgSO₄ e realizar hidratação com cloreto de sódico a 5% - como a pressão arterial normalizou, reintroduzir se sinais de iminência de eclampsia.

Recurso:

Segundo PROTOCOLO 03 – 2023 sobre Pré Eclâmpsia da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez, página 39, o " gluconato de cálcio (1g por via endovenosa – 10 mL a 10% – administrado lentamente) deve ser utilizado nos casos de sinais de intoxicação pelo magnésio".

Segue, do mesmo protocolo, os sinais de intoxicação por sulfato de magnésio: o reflexo patelar fica abolido com 8 a 10 mEq/L e há risco de parada respiratória a partir de 12 mEq/L.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

A monitorização dos seguintes parâmetros indica ausência de intoxicação: reflexo patelar presente, frequência respiratória ≥ 16 irpm e diurese ≥ 25 mL/h. Ainda segundo o protocolo acima: "Diante de alterações nesses parâmetros, recomenda-se a redução ou parada da infusão intravenosa ou não realização da dose intramuscular. Procede-se, então, à avaliação dos níveis de magnésio e da função renal. Diante de valores dentro dos limites de normalidade, deve-se reiniciar o tratamento. O gluconato de cálcio (1g por via endovenosa – 10 mL a 10% – administrado lentamente) deve ser utilizado nos casos de sinais de intoxicação pelo magnésio."

Tendo em vista caso claro de intoxicação proposto pela questão, com redução da diurese e abolição do reflexo patelar, o próximo passo seria depressão respiratória. Não aguardamos chegar à depressão respiratória para iniciar o antídoto, diante dos sinais de intoxicação ele já está recomendado. Portanto, a melhor alternativa seria a B, que indica a realização de gluconato de cálcio. Solicito mudança de gabarito.

A alternativa considerada correta propõe, no lugar do antídoto, hidratação com uma solução hipertônica inexistente: "cloreto de sódico 5%".





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 12

Paciente 30 anos, secundigesta e primípara, chega ao pré-natal na 26ª semana de gravidez, assintomática para segunda consulta pré-natal, trazendo os exames de rotina, realizados na semana anterior. A curva glicêmica realizada com 75g de dextrosol teve como resultado: jejum 93 mg/dL; 1h 250 mg/dL; 2h 155 mg/dL. Assinale a alternativa CORRETA quanto ao diagnóstico e quantos valores encontram-se alterados nessa curva glicêmica.

- A. Diabetes mellitus gestacional – três valores alterados.
- B. Diabetes mellitus pré-gestacional - três valores alterados.
- C. Diabetes mellitus gestacional - dois valores alterados.
- D. Diabetes mellitus pré-gestacional – dois valores alterados.
- E. Diabetes mellitus pré-gestacional – um valor alterado.

Recurso:

Segundo o Manual do Ministério da Saúde de Gestação de Alto Risco 6ª edição de 2022, os valores de corte para diagnóstico de diabetes no TOTG 75g são os seguintes:

- para o DMG, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL, respectivamente, para GJ, uma hora e duas horas, e pelo menos um valor alterado;

- se GJ ≥ 126 mg/dL e/ou **duas horas** ≥ 200 mg/dL: diabetes prévio, diagnosticado na gestação.

Dessa forma, observamos que não há valor de corte específico para o diagnóstico de DM prévio à gestação no TOTG de 1 hora. Portanto, a paciente em questão não atinge nenhum critério para fechar o diagnóstico de diabetes prévio à gestação. Solicito mudança do gabarito para alternativa A: Diabetes mellitus gestacional - três valores alterados.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 22

Paciente 22 anos, 39ª semana de gravidez, tercigesta e primípara, índice de massa corpórea de 30 kg/m², foi admitida na emergência obstétrica com dor em baixo ventre. Ao exame: dinâmica uterina 4 contrações/ 10 minutos/ 50 segundos, batimentos cardio fetais (BCF) de 100 bpm, pressão arterial de 110 x 80 mmHg e toque vaginal com colo dilatado para 10 cm, bolsa rota com líquido claro e grumos e feto em + 3 de De Lee e OP. A paciente foi levada a sala de parto com urgência, onde não houve melhora dos BCF e nem progressão na descida fetal. Assinale a alternativa CORRETA com relação ao parto e avaliação do risco fetal durante o período expulsivo do trabalho de parto.

- A. Cesariana - desproporção cefalo pélvica verdadeira.
- B. Decúbito lateral esquerdo, oxigênio materno, hidratação e aguardar o período expulsivo – desconforto respiratório.
- C. Fórceps de Simpson - distocia de ombro.
- D. Fórceps de Kielland - rotura uterina.
- E. Cesariana - distocia de ombro.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente com dilatação completa e posição occipito-posterior apresenta falha de progressão fetal associada a desaceleração cardíaca persistente, sugerindo *desproporção céfalo-pélvica* e sofrimento fetal agudo. Fonte: Diretrizes de Atenção ao Parto Normal, 2017.

Fundamentação técnica:

- A ausência de evolução da descida fetal após o período expulsivo inicial em posição OP caracteriza **distócia de insinuação** por desproporção céfalo-pélvica verdadeira, com indicação de cesariana de urgência. Fonte: Diretrizes de Atenção ao Parto Normal, 2017.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

- A tentativa de aplicação de fórceps ou manobra de rotação em casos de CPD não melhora a insinuação cefálica e eleva o risco de trauma materno e fetal. Fonte: Diretrizes de Atenção ao Parto Normal, 2017.
- A *distócia de ombro* ocorre após a saída da cabeça, quando os ombros ficam impactados; neste caso não houve expulsão cefálica, tornando imprópria qualquer manobra de ombro. Fonte: Consenso de Intervenções no Trabalho de Parto, 2015.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para (A).

Referências:

- Ministério da Saúde — Diretrizes de Atenção ao Parto Normal (5ª), 2017
- Sociedade Brasileira de Medicina Perinatal — Consenso de Intervenções no Trabalho de Parto, 2015



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 25

Assinale a alternativa CORRETA que representa a principal manobra simples e resolutive para distocia de ombro.

- A. Mc Roberts.
- B. Rubim I
- C. Rubim II
- D. Zavanelli
- E. Menticoglou/Shrug

Recurso:

A manobra de McRoberts atua por retificação do sacro e aumento do diâmetro anteroposterior da pelve, permitindo a liberação do ombro anterior impactado sob a sínfise púbica. Por esse motivo, é universalmente descrita como manobra inicial de escolha no manejo da distócia de ombro.

A manobra de Menticoglou (ou "shoulder shrug"), mencionada como correta na alternativa E, não é a manobra inicial nem a principal no manejo da distócia de ombro. Trata-se de uma manobra secundária, menos difundida, descrita como alternativa em cenários específicos ou após falha das manobras clássicas iniciais. Além disso, não é a mais simples nem a mais amplamente validada, tampouco a mais resolutive segundo protocolos obstétricos consagrados.

Solicita-se, portanto, alteração do gabarito para alternativa A.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 30

Nos embriões com gonadas femininas, os ductos mesonéfricos regredem, e os ductos paramesonéfricos se desenvolvem, respectivamente, às custas da ausência das seguintes substâncias:

- A. testosterona e hormônio anti-mulleriano
- B. estrogênio e diidrotestosterona
- C. DHEA e fator determinante de testículo
- D. estrogênio e células germinativas
- E. progesterona e androstenediona

Recurso:

Nos embriões com gônadas femininas, a diferenciação do trato genital interno ocorre pela ausência de hormônios masculinos. A regressão dos ductos mesonéfricos depende da ausência de testosterona, enquanto o desenvolvimento dos ductos paramesonéfricos ocorre pela ausência do hormônio anti-mülleriano. Esse processo é passivo e independe da ação de estrogênios ou progesterona, sendo amplamente descrito na embriologia clássica. A diidrotestosterona está relacionada à diferenciação da genitália externa masculina, não participando do desenvolvimento dos ductos paramesonéfricos.

Dessa forma, a alternativa B apresenta associação incorreta entre as substâncias citadas e os mecanismos embriológicos envolvidos. Solicita-se, portanto, a mudança do gabarito para a alternativa A, que representa corretamente o processo de diferenciação embrionária feminina.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 43

Na fase embriológica, o desenvolvimento das gônadas depende de uma complexa relação entre determinação genética e atuação hormonal. De acordo com a embriologia do aparelho genital, assinale a alternativa CORRETA.

- A. O braço curto do cromossomo Y abriga o código genético para diferenciação em gônada feminina
- B. O hormônio anti-mulleriano é produzido pelas células gonadais testiculares de Leydig
- C. A região genética conhecida como SRY é o responsável pela produção do Fator Determinante Testicular
- D. Os tubérculos genitais são responsáveis pelo desenvolvimento dos grandes lábios
- E. A prega urogenital é responsável pelo desenvolvimento do clitóris na mulher e pênis no homem.

Recurso:

Solicito, por meio deste recurso, a alteração do gabarito da questão 43 para a alternativa C ou a anulação da questão.

A **função do gene SRY** (Sex-determining Region Y) é atuar como o principal regulador da determinação do sexo masculino em mamíferos. O SRY é um gene localizado no braço curto do cromossomo Y e codifica uma proteína, o Fator Determinante Testicular (FDT), que funciona como fator de transcrição, iniciando a diferenciação da crista gonadal indiferenciada em testículo durante o desenvolvimento embrionário. Essa proteína ativa a expressão do gene Sox9, que é essencial para a diferenciação das células de Sertoli e, consequentemente, para a formação dos testículos e o desenvolvimento das características sexuais masculinas. A ação do SRY ocorre em um período crítico do desenvolvimento embrionário, promovendo a ativação de cascatas genéticas que levam, em última instância, à formação dos testículos e à supressão do desenvolvimento das estruturas genitais femininas. Mutações ou ausência do SRY resultam em falha na formação dos testículos e podem causar distúrbios do desenvolvimento sexual. Portanto, **conclui-se que o Fator Determinante Testicular é, de fato, produzido pelo gene SRY** e, dessa forma, a alternativa C, inicialmente considerada incorreta, está CORRETA.

Em relação à alternativa D, "Os tubérculos genitais são responsáveis pelo desenvolvimento dos grandes lábios", inicialmente considerada correta em gabarito preliminar, ela está IN-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

CORRETA. A estrutura embrionária que dá origem aos **grandes lábios** na mulher são as **pregas labioescrotais**. Durante o desenvolvimento embrionário, as pregas genitais se desenvolvem lateralmente ao tubérculo genital e, na ausência de ação androgênica, diferenciam-se nos grandes lábios na mulher. Já os tubérculos genitais, citados na alternativa, originam o **clitóris**. Além disso, a região adjacente ao tubérculo genital contribui para a formação das **lábios menores** e do **vestíbulo vaginal**.

Assim, diante do exposto acima, solicito a alteração do gabarito da questão 43 para a alternativa C ou a anulação da questão.

Referências:

- Waters PD, Wallis MC, Marshall Graves JA. Mammalian sex--Origin and evolution of the Y chromosome and SRY. Semin Cell Dev Biol. 2007 Jun;18(3):389-400. doi: 10.1016/j.semcdb.2007.02.007. Epub 2007 Feb 24;
- MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); [updated 2022 Sep 28]. SRY gene - sex determining region Y. Available from: <https://medlineplus.gov/genetics/gene/sry/>
- Baskin L et al. Development of the human penis and clitoris. Differentiation. 2018 Sep-Oct;103:74-85. doi: 10.1016/j.diff.2018.08.001;
- Herrera AM, Cohn MJ. Embryonic origin and compartmental organization of the external genitalia. Sci Rep. 2014 Nov 5;4:6896. doi: 10.1038/srep06896.



@medway.residenciamedica



Medway