



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026

USP-SP - 2026

medway



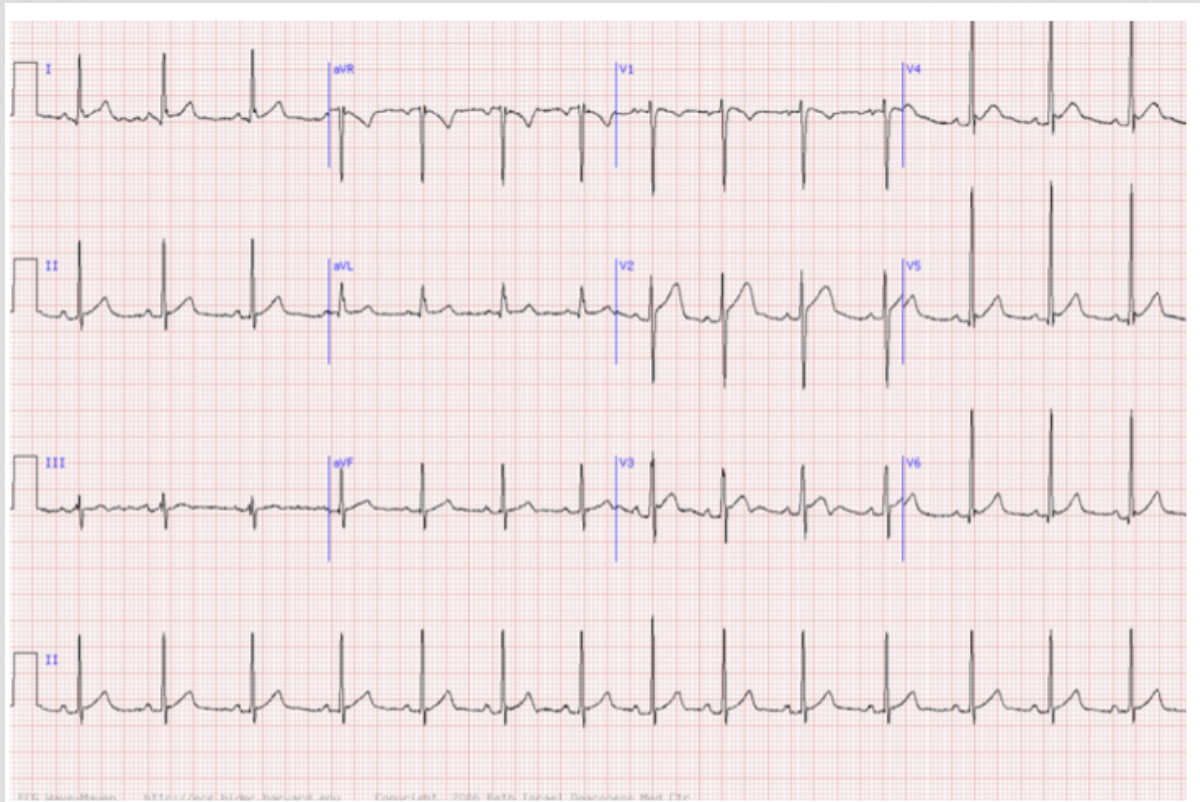
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 21

Mulher, 23 anos de idade, possui antecedente de lúpus eritematoso sistêmico com atividade prévia mucocutânea e articular em uso de hidroxicloroquina e prednisona, além de constipação crônica. Perdeu seguimento ambulatorial por 2 anos. Procura o departamento de emergência por cansaço inespecífico. Ao exame físico, apresentou PA de 152×88 mmHg, FC de 90 bpm, FR de 23 irpm, SpO2 de 94% em ar ambiente, ausculta cardiopulmonar sem alterações, hiperemia malar e em tronco. • Exames laboratoriais: Hb: 8,9 mg/dL Leucócitos: 3.600/mm³ Plaquetas: 123 mil/mm³ Cr: 3,7 mg/dL Ur: 127 mg/dL K+: 5,8 mEq/mL Na+: 135 mEq/mL Foi realizado o eletrocardiograma apresentado a seguir: Com base no caso clínico descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata pertinente.



- A. Gluconato de cálcio.
- B. Furosemida.
- C. Desmopressina.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

D. Poliestireno sulfonato de sódio.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a revisão da questão 21 da prova ADI e ampliação de gabarito: diante do quadro apresentado, tanto a administração de gluconato de cálcio, quanto de furosemida são condutas possíveis.

A paciente possui lúpus eritematoso sistêmico sem seguimento, creatinina de 3,7 mg/dL, ureia de 127 mg/dL e potássio de 5,8 mEq/L, caracterizando um cenário de possível doença renal aguda com capacidade reduzida de excreção de potássio. Embora o ECG não demonstre as alterações classicamente associada à hiperpotassemia — como ondas T apiculadas, alargamento de QRS ou desaparecimento da onda P — tampouco a literatura é unânime em afirmar que essas alterações estarão presentes em todos os casos de hipercalemia com potencial de evolução desfavorável.

Como ressaltam Long, Warix e Koyfman (2018), estudos antigos e recentes demonstram que diversos fatores influenciarão o traçado eletrocardiográfico da paciente - tais quais pH sérico, nível de catecolaminas sérico, insulina, cálcio, sódio e osmolalidade - e a maioria delas não é informada no enunciado (alguns não são passíveis de mensuração rotineira em serviços de emergência). Por outro lado, o principal fator que parece influenciar na apresentação clínica e eletrocardiográfica da hipercalemia é a velocidade de instalação do distúrbio hidroeletrolítico, algo que não temos como extrair do enunciado, pela perda de seguimento e clínica frustra apresentada pela paciente em questão.

Em situações de hipercalemia moderada associada a comprometimento renal agudo, é sabida a recomendação de gluconato de cálcio para a estabilização imediata da membrana miocárdica, mesmo na ausência de alterações eletrocardiográficas típicas, justamente por ser um medicamento de ação rápida, seguro e capaz de prevenir deterioração elétrica súbita enquanto se instituem medidas excretórias ou dialíticas conforme necessário. No contexto da questão, ressaltamos ainda o baixo potencial deletério da administração de cálcio na dosagem utilizada para hipercalemia.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Pontuo, ainda, que a furosemida pode e deve ser utilizada como medida de espoliação de potássio e, conseqüentemente, perfeitamente cabível nesse contexto. Na realidade brasileira, ambas as medicações podem e corriqueiramente são administradas quase que simultaneamente, se mostrando condizentes com o requisito do enunciado pela "conduta imediata" a ser realizada.

Dessa maneira, solicito cordialmente a ampliação do gabarito para A e B.

Cordialmente,

Referências:

Long B; Warix JR; Koyfman A. Controversies in management of hyperkalemia. *The Journal of Emergency Medicine*. 2018; 55(2):192-205. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.004.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 22

Homem, 67 anos de idade, possui antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica dialítica e cefaleia tensional. Está internado na enfermaria de clínica médica em término de tratamento de pneumonia. Durante a evolução, foram identificados, nos controles das últimas 48 horas, múltiplas aferições de pressão arterial próximas a 180×120 mmHg. Apresentou um episódio de sua cefaleia habitual. Assinale a alternativa que apresenta uma etapa do exame físico fundamental para a conduta imediata.

- A. Exame do fundo de olho.
- B. Medida do peso corpóreo.
- C. Aferição da circunferência cervical.
- D. Pesquisa de sopro abdominal.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a revisão da questão 22 da prova AD1 e ampliação de gabarito, uma vez que, diante do quadro clínico apresentado, tanto o exame de fundo de olho quanto a medida do peso corporal constituem condutas imediatas, adequadas e justificáveis.

O paciente é um homem de 67 anos, com hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica dialítica, internado por pneumonia. Nas últimas 48 horas, apresentou múltiplas aferições pressóricas próximas de 180×120 mmHg, além de episódio de cefaleia. Esse padrão pressórico, repetido e persistentemente elevado, exige avaliação imediata de possível lesão aguda de órgão-alvo, conforme estabelecido pela literatura recente.

O artigo intitulado The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association sobre manejo da pressão arterial no cenário agudo (Bress et al., 2024) enfatiza que, diante de pressão marcadamente elevada ($\geq 180/110-120$ mmHg), a conduta inicial deve obrigatoriamente incluir investigação direcionada para acometimento de órgãos-alvo. Nessa avaliação, o exame clínico recomendado inclui fundoscopia, pois a retinopatia hipertensiva grau III-IV é reconhecida como manifestação de microvasculopatia aguda, capaz de reclassificar o caso como emergência hi-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

pertensiva e alterar de forma decisiva a conduta terapêutica. Trata-se, portanto, de passo essencial da abordagem diagnóstica imediata desse paciente.

No entanto, a alternativa B também apresenta pertinência clínica inquestionável. O paciente é dialítico, e a aferição diária do peso corporal é parte fundamental do manejo desses indivíduos, pois reflete de maneira direta o estado volêmico. Em pacientes com doença renal crônica em programa dialítico, variações de volemia podem desempenhar papel determinante na gênese e manutenção de hipertensão severa. Assim, a medida diária do peso não apenas é coerente com o cenário clínico, como integra a rotina assistencial imediata para tomada de decisão em relação a ultrafiltração, ajuste de volume e controle pressórico.

Portanto, observa-se que ambas as alternativas — A e B — respondem de forma técnica, imediata e adequada ao problema clínico apresentado, cada uma abordando dimensões distintas e complementares do cuidado: investigação de órgão-alvo e controle volêmico em paciente dialítico.

Dessa maneira, solicito cordialmente a ampliação do gabarito para incluir A e B.

Cordialmente,

Referência: BRESS, Adam P. et al. The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension, v. 81, p. e94–e106, 2024. DOI: 10.1161/HYP.0000000000000238. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/hyp>. Acesso em: 8 dez. 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 28

Mulher, 49 anos de idade, está no primeiro pós-operatório de cirurgia de bypass gástrico para obesidade por videolaparoscopia. Ao exame físico, encontra-se descorada, com FC de 130 bpm, PA de 100×80 mmHg e FR de 23 irpm, SpO₂ de 94%; abdome flácido e indolor à palpação, exceto nos locais das punções. Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

- A. Hérnia interna.
- B. Atelectasia pulmonar.
- C. Deiscência da anastomose.
- D. Sangramento da anastomose.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a anulação da questão, pois o enunciado **não apresenta informações clínicas ou laboratoriais suficientes** para sustentar o diagnóstico de sangramento da anastomose como principal hipótese. No primeiro pós-operatório de bypass gástrico, **taquicardia isolada** pode representar apenas a **Resposta Endócrino-Metabólica ao Trauma (REMIT)**, fenômeno amplamente descrito na literatura cirúrgica e considerado fisiológico nas primeiras 24–48 horas, não significando necessariamente complicação hemorrágica.

Para o diagnóstico de sangramento pós-operatório, diferentes diretrizes e séries clínicas destacam que são necessários **dados objetivos** como queda de hemoglobina/hematócrito, instabilidade hemodinâmica progressiva, sangramento em drenos/sondas, aumento de dor abdominal, sinais de peritonite ou achados em exames complementares — nenhum deles fornecido pelo enunciado.

Além disso, a própria questão descreve **abdome flácido e indolor**, achado que **não seria compatível** com hemoperitônio significativo a ponto de causar instabilidade hemodinâmica. Dessa forma, a apresentação clínica é **inespecífica** e permite diagnósticos diferenciais igualmente plausíveis, tornando impossível afirmar uma única alternativa correta com base nas informações fornecidas.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Assim, devido à **insuficiência de dados diagnósticos**, à **possibilidade de explicação fisiológica (REMIT)** e à **falta de critérios objetivos para confirmar sangramento anastomótico**, a questão torna-se **interpretativa**, comprometendo sua validade e exigindo sua **anulação**.

Referências

1. SANTO MA, PAJECKI D, RICCIOPPO D, CLEVA R, KAWAMOTO F, CECCONELLO I. EARLY COMPLICATIONS IN BARIATRIC SURGERY:. Arq Gastroenterol [Internet]. 2013-Jan;50(1):50–5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032013000100010>
2. APA. Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2016). Sabiston textbook of surgery (20th ed.).
3. Brunicardi, F. C., Andersen, D. K., Billiar, T. R., Dunn, D. L., Hunter, J. G., Matthews, J. B., & Pollock, R. E. (2019). Schwartz's principles of surgery. Eleventh Postoperative care and endocrine–metabolic response to trauma. McGraw-Hill.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 31

Mulher, 67 anos de idade, notou lesão pigmentada na face anterior da perna esquerda. Foi realizada biópsia excisional que revelou tratar-se de melanoma com Breslow de 4,5 mm e ulceração. Qual é o próximo passo na condução do caso?

- A. Ampliação de margens de 1 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- B. Ampliação de margens de 2 cm e pesquisa de linfonodo sentinela.
- C. Ultrassom de região inguinal e ressonância de abdome total.
- D. Tomografia de tórax, abdome superior e pelve com contraste.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a aceitação da alternativa **B** como opção correta para a questão de número 31.

A paciente em questão possui melanoma invasivo com Breslow de 4,5 mm e ulceração, porém **não apresenta sinais ou sintomas clínicos de metástase**. Nessa circunstância, as principais diretrizes internacionais — incluindo **American Academy of Dermatology (AAD)**, **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)** e **American College of Surgeons (ACS)** — são consistentes ao estabelecer que o **manejo inicial padrão** do melanoma localizado, mesmo em tumores espessos (T4b), consiste em:

- **Ampliação das margens cirúrgicas para 2 cm**, e
- **Pesquisa do linfonodo sentinela**, método fundamental para estadiamento regional e definição de terapias adjuvantes.

Diversas diretrizes e consensos enfatizam que **exames de imagem (TC, RM, PET-CT) não são recomendados rotineiramente como estadiamento inicial (“baseline imaging”) em pacientes assintomáticos**, independentemente da espessura tumoral. Tais exames apresentam baixo rendimento e elevado risco de falso-positivos, além de **não modificarem a conduta cirúrgica inicial**, podendo inclusive atrasar o tratamento definitivo.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

"For baseline evaluation in patients with newly diagnosed asymptomatic primary CM of any Breslow thickness, cross-sectional (CT, MRI) and functional/metabolic (PET) or hybrid (PET-CT) imaging is not indicated, except in uncommon situations such as the inability to assess nodal status by regular physical examination, in which case ultrasound evaluation could be obtained."
(Swetter et al, 2019)

Portanto, para pacientes assintomáticos — como no caso clínico — a **conduta prioritária e recomendada** é a ampliação das margens e a pesquisa do linfonodo sentinela.

Reconhecemos que a alternativa D também pode ser considerada aceitável, uma vez que alguns serviços optam por realizar estadiamento radiológico em melanomas de alto risco. No entanto, à luz das diretrizes supracitadas, a alternativa **B** representa igualmente uma conduta correta, baseada em recomendações formais, amplamente aceitas e sustentadas por evidências de alto nível.

Diante disso, solicito respeitosamente que a alternativa **B** seja aceita como resposta válida.

Atenciosamente,

Referências

1. Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK, et al. **Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma**. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):208-250.
2. Long GV, Swetter SM, Menzies AM, Gershenwald JE, Scolyer RA. **Cutaneous melanoma**. *Lancet*. 2023;402:485-502.
3. Tsao H, Atkins MB, Sober AJ. **Management of cutaneous melanoma**. *N Engl J Med*. 2004;351:998-1012.
4. Curti BD, Faries MB. **Recent advances in the treatment of melanoma**. *N Engl J Med*. 2021;384:2229-2240.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

5. American College of Surgeons. **Optimal Resources for Cancer Care**. ACS; 2024.
6. Utjés D, Malmstedt J, Teras J, et al. **2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm**. *Lancet*. 2019;394:471-477.
7. Pavri SN, Clune J, Ariyan S, Narayan D. **Malignant melanoma: beyond the basics**. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138:330e-340e.
8. Lamboo LG, Haydu LE, Scolyer RA, et al. **Regional node management for T3-T4 melanomas**. *Ann Surg*. 2014;260:1095-102.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 39

Mulher, 40 anos de idade, procura o serviço de emergência com dor lombar há 3 dias e aumento da intensidade nas últimas 12h. No momento relata dor 10 em 10 e incapacidade de trabalhar. Relata múltiplos episódios prévios semelhantes em momentos de aumento da carga de trabalho. Tem obesidade (IMC de 41 kg/m²), insônia e tabagismo de 20 anos-maço. Faz uso de benzodiazepínico para dormir. Nega outras comorbidades. Ao exame físico, após analgesia, apresenta dor localizada na região lombar, com irradiação para o membro inferior direito, força motora e sensibilidade dos membros inferiores sem alterações. Qual das características apresentadas pela paciente representa fator de risco para cronificação do episódio de dor lombar?

- A. Dor intensa gerando incapacidade funcional.
- B. Índice de massa corpórea maior que 35 kg/m².
- C. Tabagismo com elevada carga tabágica.
- D. Insônia com uso de benzodiazepínico.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a **anulação da questão**, uma vez que **todas as alternativas apresentadas representam fatores de risco reconhecidos para cronificação da dor lombar**, de acordo com evidências robustas provenientes de revisões sistemáticas, coortes prospectivas e diretrizes internacionais, e o enunciado não solicita o de maior relevância.

A literatura demonstra que a transição da dor lombar aguda para crônica é **multifatorial**, envolvendo elementos biológicos, psicológicos, comportamentais e sociais. Assim:

- **Dor intensa com incapacidade funcional (Alternativa A)** é um dos principais preditores de cronificação, amplamente documentado em estudos populacionais e análises prospectivas (*Lancet 2021; NEJM 2022; JAMA Network Open 2021*).
- **Obesidade (IMC > 35 kg/m²) (Alternativa B)** é fator biomecânico e inflamatório associado a maior risco de dor lombar persistente (*Lancet 2021; AAPM Guidelines 2020*).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- **Tabagismo com longa duração (Alternativa C)** é fator de risco reconhecido tanto para incidência quanto para persistência e pior prognóstico da dor lombar (*Lancet* 2021; *NEJM* 2022).
- **Insônia e uso de benzodiazepínico (Alternativa D)** figuram entre os principais **fatores psicossociais preditores de cronificação**, incluindo sono não reparador, ansiedade e pior aceitação da dor, evidenciados em revisões e estudos de neuroplasticidade relacionados a dor crônica (*Pain* 2023; *IJERPH* 2022).

Portanto, **todas as alternativas são corretas** segundo a literatura científica atual, não havendo elemento único que se destaque como “principal” fator de risco. A ausência de critério de desempate torna a questão **impossível de ser respondida com objetividade**, violando o princípio de existência de **apenas um gabarito válido**.

Diante disso, solicito a **anulação da questão**.

Referências

1. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. **Low Back Pain**. *Lancet*. 2021;398(10294):78-92. doi:10.1016/S0140-6736(21)00733-9.
2. Otero-Ketterer E, Peñacoba-Puente C, Pinheiro-Araujo CF, Valera-Calero JA, Ortega-Santiago R. **Biopsychosocial Factors for Chronicity in Individuals With Non-Specific Low Back Pain: An Umbrella Review**. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10145. doi:10.3390/ijerph191610145.
3. Chiarotto A, Koes BW. **Nonspecific Low Back Pain**. *N Engl J Med*. 2022;386(18):1732-1740. doi:10.1056/NEJMc2032396.
4. Kreiner DS, Matz P, Resnick DK, et al. **Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care**. American Academy of Pain Medicine; 2020.
5. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, et al. **Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care**. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):e2037371. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37371.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

6. Jenkins LC, Chang WJ, Buscemi V, et al. **Cortical Function and Sensorimotor Plasticity as Prognostic Factors for Future Low Back Pain.** *Pain.* 2023;164(1):14-26. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002684.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 48

Homem, 28 anos de idade, foi vítima de queda de motocicleta. Na admissão intra-hospitalar, está consciente e estável hemodinamicamente. Ao exame físico, tem deformidade da coxa esquerda, com ausência de pulso distal, diminuição da temperatura e palidez. Relata intensa dor no membro inferior esquerdo. O exame radiológico pode ser observado na imagem a seguir: Assinale a alternativa que apresenta a melhor sequência de tratamento.



- A. Revascularização do membro seguida de fixação cirúrgica da fratura.
- B. Redução da fratura com tala seguida de revascularização do membro.
- C. Embolectomia com cateter de Fogarty seguida de fixação cirúrgica da fratura.
- D. Fixação cirúrgica da fratura seguida de revascularização do membro.

Recurso:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Prezada banca examinadora,

Solicito a **aceitação das alternativas A e D como corretas**, pois ambas representam sequências de manejo **aceitas, validadas e equivalentes** segundo a literatura científica atual para o tratamento de fraturas de ossos longos associadas a lesão arterial de membro inferior.

Historicamente, preconizava-se fixação ortopédica prévia seguida de revascularização. Entretanto, **estudos recentes, diretrizes de trauma e análises multicêntricas contemporâneas** demonstram que **não há diferença significativa de desfechos (viabilidade do membro, amputação, complicações ou mortalidade)** entre realizar **revascularização antes da fixação** ou **fixação ortopédica antes da revascularização**, desde que o tempo total de isquemia se mantenha adequado.

Além disso, evidências emergentes — especialmente em fraturas expostas ou instáveis — sugerem que **revascularizar precocemente pode reduzir o tempo de isquemia e o risco de lesões isquêmicas tardias**, reforçando a validade da alternativa **A**.

Da mesma forma, estudos de 2024–2025 demonstram que a **ordem do reparo (fixação → revascularização ou revascularização → fixação)** **não influencia os desfechos clínicos**, tornando a alternativa **D** igualmente correta.

Portanto, com base na literatura contemporânea, **não existe superioridade comprovada entre as sequências**, tornando ambas as alternativas **A e D aceitáveis como corretas**.

Referências

1. **Lewis RH, Perkins M, Fischer PE, Beebe MJ, Magnotti LJ.** Timing Is Everything: Impact of Combined Long Bone Fracture and Major Arterial Injury on Outcomes. *J Trauma Acute Care Surg.* 2022;92(1):21-27. doi:10.1097/TA.0000000000003430.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

– Mostra que a ordem do reparo (ortopédico vs. vascular) **não altera desfechos**, desde que o tempo total de isquemia seja controlado.

2. **Fox N, Rajani RR, Bokhari F, et al.** Evaluation and Management of Penetrating Lower Extremity Arterial Trauma: An Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(5 Suppl 4):S315-20. doi:10.1097/TA.0b013e31827018e4.
– Diretriz clássica que admite **ambas as possibilidades**, dependendo da estabilidade da fratura e do mecanismo da lesão.
3. **Huynh TT, Pham M, Griffin LW, et al.** Management of Distal Femoral and Popliteal Arterial Injuries: An Update. *Am J Surg.* 2006;192(6):773-8. doi:10.1016/j.amjsurg.2006.08.043.
– Sugere que **revascularização inicial pode ser vantajosa** para reduzir tempo de isquemia, sustentando a alternativa **A**.
4. **Spitler CA, Patch DA, McFarland GE, Smith WR.** Assessment and Interventions for Vascular Injuries Associated With Fractures. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022;30(9):387-394. doi:10.5435/JAAOS-D-21-00660.
– Reforça que **não há consenso definitivo** sobre a ordem e que ela deve ser adaptada ao cenário clínico.
5. **Castro AM, Connors GM, Soderquist M, Galos DK.** Long Bone Fractures With Associated Vascular Injury: Who Should Go First? *Injury.* 2025;56(3):112174. doi:10.1016/j.injury.2025.112174.
– Estudo novo, com dados atualizados, mostrando que **ortopedia primeiro** ou **vascular primeiro** têm **resultados equivalentes**, apoiando a alternativa **D**.
6. **Trinh SY, Boggs HK, Kiang SC, et al.** The Order of Operative Repair Does Not Influence Outcomes in Patients With Concomitant Popliteal Artery and Orthopedic Injuries. *Ann Vasc Surg.* 2024;101:23-28. doi:10.1016/j.avsg.2023.10.024.
– Conclusão direta: **a ordem do reparo não influencia desfechos**, validando **A e D** como respostas corretas.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 101

Mulher, 39 anos de idade, 26 semanas de gestação, refere que notou aumento assimétrico das mamas ao longo do último mês. Ao exame, nota-se nodulação de aproximadamente 2,5 cm em junção de quadrantes inferiores de mama esquerda, profundo, pouco móvel, sem calor local. Neste caso, recomenda-se:

- A. Punção aspirativa guiada por ultrassonografia.
- B. Prosseguir investigação com mamografia.
- C. Iniciar tratamento com clindamicina.
- D. Reavaliar clinicamente em 2 semanas.

Recurso:

Prezados membros da Banca Examinadora,

Referente à questão que apresenta mulher grávida de 26 semanas com nódulo mamário de aproximadamente 2,5 cm, em junção de quadrantes inferiores da mama esquerda, profundo, pouco móvel, sem sinais inflamatórios aparentes, e que solicita a conduta recomendada, venho por meio deste apresentar recurso justificando a possibilidade de duas respostas corretas (letras **A** e **B**), e solicitar a revisão da alternativa considerada como “única correta”.

Em primeiro lugar, podemos assegurar a segurança da mamografia durante a gestação, o que faz com que o uso da mamografia em mulheres grávidas *não seja contraindicado*, desde que seja realizada com proteção abdominal (aventil de chumbo) para resguardar o feto. (Peterson et al, 2023); diante disso, a preocupação com risco fetal não constitui impedimento absoluto para a realização de mamografia diagnóstica quando há indicação clínica.

Além disso, há uma grande relevância no uso da mamografia como exame complementar diagnóstico, especialmente em nódulos suspeitos de malignidades, como é o caso apresentado no enunciado (nódulo pouco móvel, de volume considerável). Desse modo, a mamografia permite detectar microcalcificações, distorções arquiteturais, assimetrias focais ou massas, além de alterações bilaterais ou multifocais — informações que nem sempre são captadas pela ultrassonografia. Inclusive, diretrizes de imagem para mulheres grá-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

vidas com massa palpável recomendam que, além da ultrassonografia, a mamografia diagnóstica deve ser considerada para complementar a avaliação local e contralateral e aumentar a eficácia de identificação de câncer de mama associado à gestação (diFlorio-Alexander et al., 2018). **No caso clínico apresentado, há nódulo palpável de tamanho relevante (≈ 2,5 cm), o que justifica a investigação por imagem de maior especificidade — especialmente para caracterizar padrões de malignidade, densidade, microcalcificações, ou lesões multicêntricas. Por tais motivos, defende-se que a conduta “prosseguir investigação com mamografia” representa uma resposta válida e apropriada, mesmo em gestante, e não deve ser desconsiderada.**

Em relação à alternativa A, "punção aspirativa guiada por ultrassonografia", sabemos que a PAAF guiada por ultrassonografia constitui uma opção de avaliação para nódulos palpáveis, podendo distinguir lesão cística (ou com conteúdo líquido) de massa sólida. Isso pode guiar condutas subsequentes. **Em contexto gestacional, a ultrassonografia é tipicamente o exame inicial preferencial, por não envolver radiação e por permitir avaliação morfológica do nódulo e de linfonodos axilares** (Peterson et al, 2023). No caso apresentado, é descrita uma "nodulação" palpável, o que não permite diferenciar clinicamente uma lesão cística de uma lesão sólida. A abordagem inicial com PAAF, nesse contexto, poderia ajudar nessa definição e, caso se trate de um nódulo cístico, a investigação tomaria outros rumos. **Dessa forma, a alternativa A não pode ser completamente excluída como resposta aceitável, já que cumpre função diagnóstica inicial — especialmente se o objetivo for discriminar entre cisto versus massa sólida e planejar investigações posteriores.**

Como não há dado de imagem prévio (ultrassom, mamografia) no enunciado, tanto a opção de realizar PAAF (para avaliar citologia/aspirado) quanto a opção de mamografia diagnóstica (para caracterizar lesão de forma mais completa) emergem como condutas plausíveis e justificadas. Diante do exposto, solicito que a banca considere revisitar a questão, reconhecendo a possibilidade de dupla resposta correta (A e B), uma vez que ambas condutas têm respaldo na literatura e nas recomendações contemporâneas para avaliação de nódulo mamário em gestante.

Obrigado pela atenção.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Referências:

1. Expert Panel on Breast Imaging;; diFlorio-Alexander RM, Slanetz PJ, Moy L, Baron P, Didwania AD, Heller SL, Holbrook AI, Lewin AA, Lourenco AP, Mehta TS, Niell BL, Stuckey AR, Tuscano DS, Vincoff NS, Weinstein SP, Newell MS. ACR Appropriateness Criteria[®] Breast Imaging of Pregnant and Lactating Women. J Am Coll Radiol. 2018 Nov;15(11S):S263-S275. doi: 10.1016/j.jacr.2018.09.013. PMID: 30392595.

2. Peterson MS, Gegios AR, Elezaby MA, Salkowski LR, Woods RW, Narayan AK, Strigel RM, Roy M, Fowler AM. Breast Imaging and Intervention during Pregnancy and Lactation. Radiographics. 2023 Oct;43(10):e230014. doi: 10.1148/rg.230014. PMID: 37708073; PMCID: PMC10560982.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 107

Adolescente, sexo feminino, 15 anos de idade, sem desenvolvimento mamário ou menarca. Altura está no z-score -2. Avaliação hormonal revela LH de 0,2 mUI/mL, FSH de 1,1 mUI/mL e estradiol indetectável. Qual a hipótese mais provável?

Note e adote:

Valor de referência para pré-pubes:

LH: < 0,3 mUI/mL

FSH: < 4,0 mUI/mL

- A. Hiperprolactinemia.
- B. Disgenesia gonadal.
- C. Hiperplasia adrenal congênita.
- D. Síndrome de insensibilidade androgênica.

Recurso:

Prezados membros da banca examinadora,

Venho solicitar revisão da questão referente ao caso clínico de adolescente de 15 anos, sem desenvolvimento mamário, sem menarca, com z-score de altura -2, e resultados hormonais demonstrando **LH = 0,2 mUI/mL, FSH = 1,1 mUI/mL e estradiol indetectável**. Esses dados configuram um quadro de **amenorreia primária com ausência de caracteres sexuais secundários associada a baixos gonadotrofinas**, o que indica claramente uma etiologia **central** (hipotalâmica ou hipofisária), ou seja, **hipogonadismo hipogonadotrófico**.

Esse padrão laboratorial não é compatível com nenhuma das alternativas listadas:

- **Disgenesia gonadal** (alternativa B) cursa com **LH e FSH elevados**, por ausência de feedback estrogênico — portanto incompatível com o caso.
- **Hiperplasia adrenal congênita** (alternativa C) não cursa com hipogonadismo hipogonadotrófico e tampouco explicaria estradiol indetectável com gonadotrofinas baixas.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- **Síndrome de insensibilidade androgênica** (alternativa D) ocorre em indivíduos 46,XY com testículos funcionantes e apresenta **desenvolvimento mamário**, além de níveis elevados de testosterona — quadro totalmente discordante do apresentado.
- **Hiperprolactinemia** (alternativa A - considerada como correta), apesar de ser uma causa de hipogonadismo hipogonadotrófico (como descrito no caso da questão), **não é causa frequente de amenorreia primária sem caracteres sexuais secundários**, situação que representa um grupo clínico de etiologias centrais muito específicas, não podendo ser considerada a "causa mais provável" como solicitado na questão.

A literatura demonstra que, quando há **amenorreia primária com ausência de desenvolvimento puberal**, as causas centrais predominam — especialmente **deficiências congênitas isoladas ou múltiplas de gonadotrofinas**, síndromes genéticas ou defeitos estruturais da região hipotálamo-hipofisária. Segundo o *UpToDate* ("Causes of primary amenorrhea"), baseado em Reindollar et al, 1981, as causas de amenorreia primária sem desenvolvimento puberal são, na maioria, **alterações genéticas ou centrais**, incluindo: disgenesia gonadal (43%), agenesia mülleriana (15%), atraso constitucional (14%) e **deficiência isolada de GnRH (5%)**, enquanto causas como **hiperprolactinemia, hiperplasia adrenal congênita e insensibilidade androgênica** são classificadas como menos comuns ($\leq 1\%$ cada). Ademais, hiperprolactinemia é causa **rara** de amenorreia primária sem caracteres sexuais secundários.

Dessa forma, a questão solicita que o candidato escolha a "hipótese mais provável", mas **nenhuma das alternativas contempla a etiologia mais provável segundo o quadro hormonal e o fenótipo descrito**, que seria **hipogonadismo hipogonadotrófico de causa central**, diagnóstico ausente nas opções. Assim, a alternativa considerada "correta" não atende ao enunciado, tornando a questão passível de anulação.

Solicito, portanto, a **anulação da questão**, dado que **nenhuma alternativa corresponde ao diagnóstico mais provável** conforme os achados clínicos, laboratoriais e prevalências estabelecidas na literatura.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Referências:

1. Reindollar RH, Byrd JR, McDonough PG. Delayed sexual development: a study of 252 patients. *Am J Obstet Gynecol*. 1981 Jun 15;140(4):371-80. doi: 10.1016/0002-9378(81)90029-6. PMID: 7246652.
2. Corrine K Welt, MD Robert L Barbieri, MD, *UpToDate* - "Causes of primary amenorrhea" - 2025 (acesso em 08/12/2025)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 109

Adolescente, 17 anos de idade, chega ao hospital acompanhada da mãe, relatando violência sexual ocorrida há aproximadamente 80 horas. O teste rápido para HIV foi negativo. Qual das condutas é mais apropriada em relação à Profilaxia Pós-exposição (PEP) ao HIV?

- A. Iniciar PEP com esquema de 28 dias.
- B. Não iniciar PEP, pois o prazo máximo é 72 horas.
- C. Não há indicação, pois o teste rápido para HIV é negativo.
- D. Aguardar a avaliação da soroconversão em sete dias.

Recurso:

Prezados membros da banca,

Venho solicitar revisão da alternativa considerada correta para a questão referente à indicação de PEP em adolescente vítima de violência sexual com **80 horas** desde a exposição. O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*, do Ministério da Saúde, é explícito quanto ao **prazo máximo** para início da PEP.

O documento afirma, de maneira literal:

- **“A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição de risco.”**
- Em outro trecho, reafirma: **“Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a PEP.”**

Dessa forma, o próprio Ministério da Saúde determina que **não existe indicação de PEP quando o intervalo entre a exposição e a chegada ao serviço ultrapassa 72 horas**, independentemente da vulnerabilidade, do tipo de exposição ou do resultado inicial do teste rápido (que não interfere na decisão imediata de início de PEP).





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Portanto, no caso apresentado — **exposição sexual há 80 horas** — **não há indicação de iniciar PEP**, e a alternativa mais apropriada é:

B — Não iniciar PEP, pois o prazo máximo é 72 horas.

Assim, solicito a **alteração da alternativa correta de A para B**, uma vez que a alternativa A contraria diretamente as diretrizes oficiais do Ministério da Saúde e não representa conduta alinhada ao protocolo nacional vigente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 110

Mulher, 24 anos de idade, com queixa de corrimento vaginal amarelado e aumento da secreção nas últimas 48 horas, sem prurido vaginal. Refere dor leve no hipogástrio, sem febre. Ao exame especular, observa-se conteúdo mucopurulento na endocérvice e discreto sangramento. Ao toque, o colo é friável. O teste rápido de Amplificação de Ácido Nucleico (NAAT) é positivo para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento mais adequado e eficaz atualmente.

- A. Doxíciclina 100 mg VO por 7 dias em monoterapia.
- B. Ceftriaxona 500 mg IM em dose única e doxíciclina 100 mg VO por 7 dias.
- C. Ceftriaxona 500 mg IM em dose única e azitromicina 1 g VO em dose única.
- D. Azitromicina 1 g VO em duas doses com 7 dias de intervalo.

Recurso:

Prezados membros da banca examinadora,

Solicito revisão da resposta considerada correta (alternativa **B**), uma vez que **não corresponde ao esquema recomendado pelas diretrizes internacionais mais atualizadas**, especialmente o **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** — referência mundial para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis.

O **CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines – 2021**, no capítulo de **Cervicitis**, orienta que o tratamento para *Chlamydia trachomatis* deve ser:

- **“Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days.”**
Como alternativa terapêutica equivalente, o protocolo descreve:
- **“Azithromycin 1 g orally in a single dose.”**

No mesmo documento, ao discutir condutas em regiões com alta prevalência de gonococo, é recomendado:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- “Consider concurrent treatment for *N. gonorrhoeae* when community prevalence is high.”

Nesses casos, o tratamento indicado é:

- “Ceftriaxone 500 mg IM in a single dose.”

Assim, há dois pontos essenciais que demonstram que a alternativa **B** não pode ser considerada correta:

1. A dose de doxiciclina apresentada na alternativa B está incorreta.

A alternativa descreve **doxiciclina 100 mg VO por 7 dias**, mas **não especifica a posologia correta**, que deve ser **100 mg VO duas vezes ao dia**, conforme explicitamente recomendado pelo CDC.

Portanto, o esquema da letra B **é incompleto e inadequado**.

2. A alternativa C apresenta ambas as medicações nas doses corretas.

- **Azitromicina 1 g VO em dose única** — dose correta e reconhecida como alternativa eficaz para clamídia segundo o CDC.
- **Ceftriaxona 500 mg IM em dose única** — dose correta para cobertura de gonococo.

Portanto, considerando que o CDC aceita **azitromicina 1g em dose única** como tratamento válido para clamídia e recomenda **ceftriaxona 500 mg IM** quando há infecção ou risco de infecção por *N. gonorrhoeae*, a **única alternativa que apresenta ambos os fármacos nas doses corretas** é a alternativa **C**.

Diante disso, solicito a **alteração da alternativa correta de B para C**, pois esta é a única que contempla **posologias corretas** e está **alinhada às diretrizes internacionais vigentes**.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 114

Mulher, 36 anos de idade, HIV-positiva, com carga viral indetectável e CD4 = 830 células/mm³. Não teve alterações em duas citologias cervicovaginais oncológicas anteriores. Assinale a alternativa que apresenta a melhor estratégia de rastreamento para câncer do colo do útero, para esta paciente.

- A. Citologia oncológica anual.
- B. Citologia e teste de HPV a cada 3 anos.
- C. Colposcopia e citologia oncológica anual.
- D. Teste de HPV a cada 5 anos.

Recurso:

Solicito a revisão do gabarito da questão sobre rastreamento do câncer do colo do útero em mulher de 36 anos, HIV-positiva, imunologicamente estável e com duas citologias anteriores normais. A alternativa considerada correta pela banca (letra B – citologia e teste de HPV a cada 3 anos) apresenta inconsistências importantes quando comparada às diretrizes oficiais. O principal problema da questão é que o enunciado não especifica qual protocolo deveria embasar a resposta — se as recomendações tradicionais do Ministério da Saúde, vigentes até 2024, ou o novo Protocolo Brasileiro de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicado em 2025. Essa omissão cria uma ambiguidade real e incontornável, já que os dois documentos trazem condutas diferentes.

Segundo o protocolo anterior (Caderno de Atenção Básica nº 13, Ministério da Saúde, 2016), o rastreamento em mulheres vivendo com HIV era feito exclusivamente por citologia oncológica, com periodicidade modulada pelo nível de imunidade. Mulheres com CD4 acima de 200 células/mm³ deveriam realizar citologia semestral após o início da vida sexual e, se dois exames fossem normais, seguir com citologia anual — exatamente o cenário da paciente apresentada. Dessa forma, de acordo com essa diretriz, a alternativa correta seria a letra A.

Por outro lado, o Protocolo Brasileiro para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero de 2025 promove uma mudança estrutural ao recomendar o teste de DNA-HPV como método preferencial para mulheres vivendo com HIV, com repetição a cada 3 anos se o resultado for negativo. Ainda assim, é importante ressaltar que o novo documento não recomenda o coteste (citologia associada a HPV), estratégia sugerida pela alternativa B. Ou seja, apesar de a banca ter entendido essa alternativa como “mais alinhada” ao novo protocolo, ela não





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

representa fielmente nenhuma das diretrizes: não corresponde ao que era preconizado em 2016 e tampouco segue o que o protocolo de 2025 efetivamente recomenda.

Esse cenário evidencia que nenhuma alternativa reproduz adequadamente o conteúdo das diretrizes mais antigas ou mais recentes, ao passo que a letra A é a única que se encaixa integralmente em um protocolo oficial reconhecido. Como a prova foi aplicada no final de 2025 e o enunciado não deixa claro se a atualização já deveria ser utilizada, era obrigação da banca especificar qual referencial normativo seria adotado. A falta dessa informação torna a questão ambígua e impede a seleção objetiva de uma única resposta correta, comprometendo a imparcialidade da avaliação.

Diante disso, solicito a anulação da questão devido à ambiguidade gerada pela coexistência de dois protocolos válidos e pela ausência de referência explícita no enunciado.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 116

Mulher, 30 anos de idade, faz acompanhamento por lúpus eritematoso sistêmico com síndrome do anticorpo anti-fosfolípide. Teve atividade articular, cutânea e renal, além de duas trombozes venosas profundas. Faz uso atual de varfarina, prednisona, hidroxicloroquina e azatioprina. Está em remissão e deseja iniciar contracepção. Assinale a alternativa que apresenta a opção mais segura.

- A. Dispositivo intrauterino de cobre.
- B. Dispositivo intrauterino com levonorgestrel.
- C. Pílula com etinilestradiol e levonorgestrel.
- D. Contraceptivo transdérmico combinado.

Recurso:

Solicito a revisão do gabarito da questão referente à escolha do método contraceptivo mais seguro para paciente de 30 anos com lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) e histórico de duas trombozes venosas profundas, em uso de varfarina. A banca considerou correta a alternativa B (DIU com levonorgestrel), porém essa escolha não está plenamente alinhada às principais referências internacionais de elegibilidade médica para contracepção, especialmente porque a questão não especificou qual diretriz deveria ser utilizada como base. Isso torna a pergunta ambígua, já que existem duas recomendações amplamente aceitas — a da Organização Mundial da Saúde (OMS, MEC 2025) e a do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, USMEC 2024) — que divergem especificamente na classificação dos métodos permitidos para mulheres com SAAF.

A segurança contraceptiva dessa paciente se fundamenta, prioritariamente, no risco trombotico extremamente elevado — situação em que qualquer método contendo estrogênio é formalmente contraindicado. Assim, as alternativas C e D estão erradas de acordo com ambas as diretrizes. O problema central da questão está na comparação entre DIU de cobre e DIU com levonorgestrel: enquanto o CDC classifica o DIU de LNG como Categoria 2 para pacientes com SAAF, a OMS o classifica como Categoria 3, indicando que seus riscos superam as vantagens. Já o DIU de cobre permanece como Categoria 1 em ambas as referências, sendo o único método universalmente aceito como totalmente seguro para essa condição clínica. Apesar de ser verdade que o DIU de LNG pode produzir benefício clínico ao reduzir sangramentos potencializados pelo uso de varfarina, isso não altera sua categoriza-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

ção dentro da OMS — e, portanto, não o torna a opção mais segura estritamente do ponto de vista da elegibilidade médica.

A ausência de indicação explícita sobre qual diretriz deveria servir de base prejudica a segurança da resposta, já que a alternativa escolhida pela banca (DIU de LNG) somente é claramente aceitável quando se adota exclusivamente o USMEC, mas deixa de ser a opção mais segura quando se utiliza o MEC da OMS — o qual continua sendo uma das referências oficiais adotadas no Brasil. Isso cria dupla interpretação possível e inviabiliza a seleção inequívoca da alternativa correta sem que o examinador tenha definido previamente a norma de referência.

Diante desse cenário, solicito a ampliação do gabarito da questão por ambiguidade entre diretrizes internacionalmente reconhecidas e não especificadas no enunciado (**devem ser consideradas corretas as alternativas A e B**).

Referências:

1. World Health Organization (WHO), Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 6th ed. (2025).
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (USMEC), 2024. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA: CDC, 2024.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 118

Mulher, 29 anos de idade, com cólica menstrual e menstruação excessiva, apresenta diagnóstico confirmado de endometriose peritoneal por laparoscopia, ocasião em que as lesões peritoneais visíveis foram excisadas. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta terapêutica neste momento.

- A. Anti-inflamatório não hormonal.
- B. Contraceptivo hormonal oral combinado.
- C. Dispositivo intrauterino de progestagênio.
- D. Análogo do GnRH.

Recurso:

Solicito a revisão do gabarito da questão que aborda a melhor conduta terapêutica para uma paciente de 29 anos, com diagnóstico confirmado de endometriose peritoneal e lesões excisadas por laparoscopia, que apresenta cólicas menstruais e menstruação excessiva. A banca definiu uma única alternativa correta, porém tanto a literatura mais atualizada quanto as diretrizes internacionais apontam que **duas opções terapêuticas são igualmente recomendadas e equivalentes em eficácia**, o que torna a pergunta ambígua e passível de mais de uma resposta correta.

As principais referências sobre o manejo clínico da endometriose reforçam essa interpretação. O ensaio clínico randomizado PRE-EMPT, publicado no *BMJ* em 2024, comparou contraceptivos hormonais combinados com métodos à base de progestagênio de longa ação — incluindo o DIU-LNG — e demonstrou que **ambas as estratégias apresentam eficácia semelhante na prevenção da recorrência da dor relacionada à endometriose**, sem superioridade consistente de um método sobre o outro. Esses achados reforçam que, **após a excisão cirúrgica das lesões, tanto contraceptivos combinados quanto métodos exclusivamente progestagênicos são opções igualmente válidas para tratamento e controle da dor**.

Além disso, as diretrizes da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE, 2022) são claras ao afirmar que **tanto os contraceptivos hormonais combinados quanto o DIU de levonorgestrel são tratamentos eficazes para o controle da dor pélvica associada à endometriose**. O guideline destaca, inclusive, que a escolha entre um método e outro deve ser baseada em **decisão compartilhada**, considerando tolerabilidade, perfil



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

de efeitos adversos e preferência individual da paciente – não existindo recomendação que coloque um desses métodos como universalmente superior ao outro.

Dessa forma, diante da equivalência clínica entre as opções apresentadas nas alternativas B e C, ambas respaldadas por evidência científica robusta e diretrizes internacionais de referência, e considerando que a questão exige selecionar uma única resposta apesar da existência de duas alternativas corretas, solicita-se a **ampliação de gabarito da questão, devendo ser consideradas como corretas as alternativas B e C.**

Referências:

1. Cooper KG, Bhattacharya S, Daniels JP, Horne AW, Clark TJ, Saridogan E, Cheed V, Pirie D, Melyda M, Monahan M, Roberts TE, Cox E, Stubbs C, Middleton LJ; PRE-EMPT Collaborative Group. Long acting progestogens versus combined oral contraceptive pill for preventing recurrence of endometriosis related pain: the PRE-EMPT pragmatic, parallel group, open label, randomised controlled trial. *BMJ*. 2024 May 15;385:e079006. doi: 10.1136/bmj-2023-079006. PMID: 38749550; PMCID: PMC11094611.

2. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE Endometriosis Guideline Group . ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open* 2022;2022:hoac009. 10.1093/hropen/hoac009



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 120

Tercigesta secundípara, com estenose mitral reumática, comparece na maternidade com gestação de 37 semanas e 6 dias em trabalho de parto espontâneo. Refere perda de líquido amniótico típica há 8 horas. Pesquisa de Estreptococo grupo B não realizada. Considerando parto vaginal não complicado, qual é a profilaxia antibiótica indicada?

- A. Ampicilina.
- B. Cefazolina.
- C. Ampicilina e clindamicina.
- D. Não há indicação.

Recurso:

Solicito a revisão do gabarito da questão apresentada, pois a alternativa correta não é a letra **C**, e sim a letra **D (Não há indicação)**. A argumentação está fundamentada nas diretrizes mais recentes da **American Heart Association (AHA)**, **American College of Cardiology (ACC)** e da **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**.

A questão nos apresenta uma paciente com estenose mitral reumática, gestante de > 37 semanas, com bolsa rota há 8 horas e em trabalho de parto e solicita a avaliação a respeito de profilaxia antibiótica. A indicação de profilaxia antibiótica nesta paciente deve ser analisada sob dois aspectos principais: **Profilaxia contra Estreptococo do Grupo B (GBS)** e **Profilaxia contra Endocardite Infecciosa (EI)**.

1. Profilaxia contra Estreptococo do Grupo B (GBS)

A paciente apresenta os seguintes critérios de risco para infecção neonatal por GBS:

- **Idade Gestacional:** 37 semanas e 6 dias (> 37 semanas).
- **Status de GBS:** Desconhecido.
- **Ruptura de Membranas:** Bolsa rota há 8 horas (< 18 horas).
- **Febre Intraparto:** Ausente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

A profilaxia antibiótica intraparto para GBS está indicada em pacientes com status de GBS desconhecido se houver **fatores de risco** adicionais, como:

- Idade gestacional **< 37 semanas**.
- **Febre intraparto** (>38 graus).
- Tempo de **bolsa rota > 18 horas**.

Como a paciente tem mais de 37 semanas e bolsa rota há menos de 18 horas, **não há indicação** de profilaxia antibiótica para GBS neste cenário (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2010).

2. Profilaxia contra Endocardite Infecciosa (EI)

A paciente é portadora de **estenose mitral reumática**, uma valvopatia considerada de **risco intermediário** (ou seja, não de altíssimo risco) para Endocardite Infecciosa.

As diretrizes mais recentes do American Heart Association (AHA) e do American College of Cardiology (ACC) (Nishimura et al., 2017), corroborado pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) restringiram drasticamente a indicação de profilaxia para Endocardite Infecciosa para procedimentos ginecológicos e obstétricos, incluindo o parto vaginal.

A profilaxia de EI no parto vaginal não complicado deve ser reservada **apenas** para pacientes com **risco extremamente elevado** de EI, o que inclui:

- **Próteses valvares** (metálicas ou biológicas).
- **História prévia de EI**.
- Cardiopatia congênita cianótica **não reparada**.
- Presença de material protético após cirurgia cardíaca (ex: conduits).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- **Transplante cardíaco** com valvopatia.

Uma valvopatia nativa, como a estenose mitral reumática, **não está mais listada** como indicação para profilaxia de EI em partos vaginais.

3. Conclusão

A paciente **não preenche critérios para profilaxia de GBS e não possui indicação de profilaxia para endocardite infecciosa**, uma vez que a estenose mitral reumática **não figura** entre as cardiopatias de alto risco determinadas pela **AHA/ACC** e confirmadas pelo **ACOG**.

Assim, **não há qualquer indicação de antibioticoprofilaxia** no cenário apresentado.

Em vista disso, solicito a alteração do gabarito para letra D - "não há indicação".

Referências:

1. Verani JR, McGee L, Schrag SJ; Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010 Nov 19;59(RR-10):1-36. PMID: 21088663.
2. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol. 2018 Sep;132(3):e103-e119. doi: 10.1097/AOG.0000000000002833. Erratum in: Obstet Gynecol. 2019 Oct;134(4):883-884. doi: 10.1097/AOG.0000000000003499. PMID: 30134425.
3. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III, Fleisher LA, Jneid H, Mack MJ, McLeod CJ, O'Gara PT, Rigolin VH, Sundt TM III, Thompson A. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart di-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

sease: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2017;135:e1159–95



@medway.residenciamedica



Medway