



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026

USP-SP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 18

Mulher, 25 anos de idade, com dor pélvica e febre há 3 dias. Usuária de DIU de cobre. Dor à mobilização do colo e à palpação anexial. Ultrassonografia pélvica indica DIU adequadamente posicionado na cavidade endometrial, ausência de coleções. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Manutenção do DIU e metronidazol.
- B. Retirada do DIU e ceftriaxone + metronidazol.
- C. Retirada do DIU e doxíciclina + ceftriaxone.
- D. Manutenção do DIU e doxíciclina.

Recurso:

A questão nos traz a tríade clínica clássica de doença inflamatória pélvica (DIP): dor pélvica, febre e dor à mobilização cervical e nos mostra ainda DIU bem posicionado sem coleções ou instabilidade hemodinâmica da paciente, não indicando a sua remoção imediata.

Os principais patógenos envolvidos na DIP são *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e bactérias anaeróbicas (flora polimicrobiana).

Conforme consta em documento n25 da FEBRASGO, página 16:

"Os esquemas de antibioticoterapia são considerados de forma empírica, devem ser de amplo espectro e instituídos precocemente. Devem focalizar em cobrir aeróbios e anaeróbios participantes da flora vaginal que se encontrem envolvidos no processo infeccioso e, na mesma ocasião, atingir clamídia, gonococo e micoplasmas"

Segundo consta no mesmo protocolo:

"O tratamento antibiótico completo e de primeira escolha:

Ceftriaxona 250 mg IV DU + Doxíciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias, com ou sem Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 12/12h, por 14 dias "



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Solicito recurso para **anulação** da questão considerando que todas as alternativas constam esquemas antibióticos incompletos.

Referência para o recurso: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-ginecologia.pdf/n25---G---Doenca-inflamatoria-pelvica.pdf>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 20

Mulher, 32 anos de idade, GOPO, sem comorbidades, apresenta histórico familiar significativo: sua mãe faleceu aos 48 anos de idade por câncer colorretal, e uma irmã foi diagnosticada com câncer de endométrio aos 42 anos de idade. A paciente foi submetida ao teste genético, que revelou mutação patogênica no gene MSH6, confirmando síndrome de Lynch (HNPCC). Realiza seguimento anual com Papanicolau normal. Deseja orientação. Em relação à vigilância do risco uterino neste momento, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada neste momento.

- A. Histeroscopia semestral.
- B. Ultrassonografia transvaginal e biópsia endometrial anuais.
- C. Ultrassonografia anual e biópsia caso sangramento anormal.
- D. Ressonância magnética pélvica anual.

Recurso:

Solicito revisão do gabarito da questão. Embora a resposta oficial indique a alternativa B, é importante ressaltar que nenhuma diretriz de referência recomenda rastreamento rotineiro com biópsia endometrial anual para mulheres com síndrome de Lynch. Tanto o ACOG quanto o NCCN e as diretrizes ESGO/ESTRO/ESP enfatizam que não há evidência suficiente para a realização sistemática de biópsias endometriais periódicas em pacientes assintomáticas. O ACOG afirma que não existem dados que sustentem biópsia anual como rotina, e o NCCN descreve essa estratégia apenas como opção, reforçando sua baixa sensibilidade e a ausência de comprovação de redução de mortalidade. Já as diretrizes europeias destacam que o mais importante é orientar a paciente a procurar avaliação diante de qualquer sangramento uterino anormal.

Assim, exigir biópsia anual em mulher jovem e assintomática, como propõe a alternativa B, não reflete as recomendações mais atuais nem a prática clínica usual. Por outro lado, a alternativa C — ultrassonografia anual e biópsia apenas se houver sangramento anormal — corresponde exatamente ao manejo recomendado pelas principais diretrizes: vigilância baseada em sintomas, educação da paciente e investigação imediata caso haja sangramento. Essa abordagem evita procedimentos invasivos desnecessários e está mais alinhada ao que o enunciado solicita como “conduta mais apropriada neste momento”.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Diante disso, solicita-se a revisão do gabarito, uma vez que a alternativa C representa de forma mais fidedigna o manejo recomendado atualmente para o acompanhamento do risco uterino em mulheres portadoras de síndrome de Lynch.

Referências:

1. ACOG Practice Bulletin No. 147 – Lynch Syndrome. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics & Gynecology. 2014.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal. Version 2024. National Comprehensive Cancer Network.
3. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the Management of Endometrial Cancer (2021). European Society of Gynaecological Oncology; European Society for Radiotherapy & Oncology; European Society of Pathology.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 24

Mulher, 62 anos de idade, obesa (IMC de 34 kg/m²), é submetida à histerectomia laparoscópica para tratamento de miomatose uterina sintomática. No pós-operatório imediato, ela relata parestesia e fraqueza na face anterior da coxa direita. Considerando o provável comprometimento nervoso associado à lesão, qual é o mecanismo mais provável da lesão nervosa apresentada?

- A. Compressão devido à hiperflexão de quadril.
- B. Compressão por posição em litotomia prolongada.
- C. Lesão direta durante a incisão trocarte lateral.
- D. Lesão direta durante dissecação da fossa obturadora.

Recurso:

Segundo o livro de anatomia Snell RS. Neuroanatomia Clínica. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001, o nervo femoral é o nervo responsável pela contração do músculo quadríceps femoral (página 130) e emite os ramos sensitivos cutâneos Nervo cutâneo femoral anterior medial e Nervo cutâneo femoral anterior intermédio, responsável pela inervação da face anterior da coxa (página 118). Sendo assim, queixa de parestesia e fraqueza na face anterior de coxa significa lesão do nervo femoral, responsável pela sensibilidade anterior e pela força da coxa .

Segundo **American Society of Anesthesiologists (ASA)**. *Practice Advisory for the Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies 2018: An Updated Report by the ASA Task Force on Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies*. Anesthesiology. 2018; 128(1): 11-26., há casos descritos de lesão de nervo femoral em pacientes em litotomia com quadril hiperfletida. Dessa forma, como a posição de litotomia prevê a flexão do quadril, solicita-se ampliação do gabarito para alternativas A e B.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 29

Mulher, 64 anos de idade, apresenta sintomas de urgência miccional e perdas associadas a esforço físico. Foi diagnosticada com incontinência urinária mista. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. iniciar tratamento da urgência com anticolinérgicos.
- B. indicar a cirurgia de sling transobturatório.
- C. iniciar tratamento local com estrogênio vaginal.
- D. indicar fisioterapia pélvica inicial.

Recurso:

Segundo posicionamento do comitê de opinião da IUGA(1), o manejo da incontinência urinária mista deve ser iniciado pelo sintoma mais predominante na paciente. A questão não informa qual o tipo de incontinência predominante. Dessa forma o único tratamento cabível aos dois tipos de incontinência é a fisioterapia pélvica. A fisioterapia pélvica é tratamento de primeira linha tanto para incontinência de esforço quanto urgência, de acordo com PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO NEUROGÊNICA (2) pelo Ministério da Saúde, de acordo com a SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CONTINÊNCIA (3) e revisão Cochrane 2014 (4).

O uso de anticolinérgicos é terapia de segunda linha para urgência urinária, não sendo a conduta inicial mais adequada. Solicito troca do gabarito para alternativa D.

Referências:

1. **International Urogynecology Association (IUGA).** *Management of mixed urinary incontinence: IUGA committee opinion.* International Urogynecology Journal. 2024; 35(2): 291–301. DOI: 10.1007/s00192-023-05694-z

2. **Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.** *Protocolo Clínico e*



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

3. Moore K, Dumoulin C, Bradley C et al. Adult Conservative Management. In: Incontinence (5th Edition). Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). Health Publication Ltd, Paris, France, 2013; 1101-228.

4. Dumoulin C, Hay-Smith J, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. In: The Cochrane Library, Issue 4, Art. N° CD005654.



@medway.residenciamedica



Medway