



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-RP - 2026

USP-RP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 18

Gestante de 39 semanas, G5P4, chega ao pronto socorro em trabalho de parto avançado. Relata sensação de vontade de evacuar. Ao exame, encontra-se em período expulsivo, com apresentação pélvica visualizada na inspeção perineal. Não há tempo hábil para transferência à maternidade. Entre as alternativas abaixo, qual o posicionamento materno menos associado a partos distócicos?

- A. Posição de cócoras.
- B. Posição de quatro apoios.
- C. Posição de Trendelenburg.
- D. Decúbito lateral esquerdo.

Recurso:

RECURSO – Solicitação de Ampliação de Gabarito

Questão 18 – Posição materna menos associada a partos distócicos

Gabarito preliminar: alternativa B

Solicitação: ampliação para A e B

Solicito a ampliação do gabarito da questão 18 para contemplar as alternativas A (cócoras) e B (quatro apoios), conforme fundamentação técnica a seguir:

O FEBRASGO Position Statement Assistência ao Parto Pélvico (2024) afirma que as posições não litotômicas, incluindo cócoras e quatro apoios, estão associadas à redução de distócias, da necessidade de manobras e de lesões neonatais:

- “As posições não litotômicas (quatro apoios, cócoras) se associam à redução [...] da necessidade de manobras para extração fetal e da taxa de lesões neonatais.”
- “Comparado à litotomia, o parto pélvico em outras posições maternas se associa à redução da taxa de cesariana, do tempo expulsivo e da necessidade de manobras.”



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

- “Recomenda-se posicionar a parturiente em quatro apoios ou em cócoras [...] evitando distocia e favorecendo progressão fisiológica.”

Assim, o próprio documento oficial coloca ambas as posições no mesmo grupo de condutas que reduzem a ocorrência de distocias em partos pélvicos, sem apontar superioridade entre as posições. Portanto, ambas respondem corretamente ao enunciado da questão.

Diante disso, solicita-se a ampliação do gabarito para as alternativas A e B.

Fonte: Febrasgo Position Statement - Assistência ao Parto Pelvico.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 53

Mulher de 53 anos, G2P2C0, IMC 36 Kg/m², menopausa há 3 anos, sem terapia de reposição hormonal, sem antecedentes oncológicos pessoais ou familiares. Nos últimos 6 meses passou a apresentar distensão abdominal frequente associada a urgência miccional. Exame ginecológico sem alterações. Ultrassonografia transvaginal evidencia massa anexial esquerda sólido cística de 6,5 cm, multiloculada, com componente sólido vegetante de 15 mm, septações espessas, vascularização moderada (color score 3), com vasos nas paredes e no componente sólido. Qual a abordagem cirúrgica mais adequada para esta paciente?

- A. Ooforectomia unilateral laparoscópica com congelamento intraoperatória, prosseguindo com estadiamento.
- B. Histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral por via laparotômica, com estadiamento cirúrgico.
- C. Cistectomia laparoscópica da lesão, preservando o parênquima ovariano.
- D. Salpingo-ooforectomia bilateral laparoscópica sem histerectomia, caso a congelamento sugira benignidade.

Recurso:

A alternativa B não pode ser considerada a única correta, pois não corresponde às recomendações atuais para a abordagem inicial de uma massa anexial suspeita de malignidade sem diagnóstico histológico prévio.

1. Diagnóstico e tratamento são etapas distintas

As diretrizes internacionais (ACOG, ESGO, NCCN) deixam claro que, em pacientes com massa anexial suspeita, a primeira conduta é o procedimento diagnóstico com preservação dos princípios oncológicos, e não o estadiamento completo imediato. O estadiamento só é realizado após confirmação histológica de neoplasia maligna.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

2. A via minimamente invasiva é aceitável na cirurgia diagnóstica

A literatura atual permite cirurgia diagnóstica laparoscópica, desde que:

- não haja ruptura tumoral,
- se respeitem princípios oncológicos,
- a peça seja retirada em bolsa protetora,
- seja possível prosseguir com estadiamento imediato caso a congelação confirme malignidade.

Isso corresponde exatamente ao proposto na alternativa A, que prevê ooforectomia unilateral laparoscópica com congelação e estadiamento subsequente — abordagem correta, segura e amplamente aceita para massas anexiais suspeitas sem diagnóstico.

3. O estadiamento cirúrgico depende do diagnóstico histológico

O tipo de estadiamento (padrão para tumores epiteliais, germinativos ou sexo-cordão/es-troma) somente é definido após o laudo histológico.

Realizar estadiamento completo de imediato, sem diagnóstico (como sugerido na alternativa B), pode resultar em procedimento desnecessário, excessivo ou inadequado, violando o princípio do tratamento individualizado.

4. Estadiamento pode ser realizado após congelação ou mesmo em segundo tempo

A própria NCCN permite estadiamento em dois tempos quando:

- o diagnóstico intraoperatório não é conclusivo,
- há limitações técnicas,
- ou o centro não dispõe de equipe oncológica imediata.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Portanto, exigir histerectomia + SOU bilateral + estadiamento antes de diagnóstico não é recomendado nem obrigatório.

Conclusão

A alternativa B não é a única adequada e, para alguns casos, pode significar excesso de tratamento.

A alternativa A é tecnicamente correta, alinhada às diretrizes internacionais e ao princípio de que primeiro se estabelece o diagnóstico, depois se define o estadiamento e o tratamento definitivo.

Solicito, portanto, a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO**.

Referências

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Ovarian Cancer. Version 2024.
- ACOG Practice Bulletin No. 174. Evaluation and Management of Adnexal Masses. 2016 (reaffirmed 2021).
- ESGO/ISUOG/IOTA/ESR Consensus Statement on Adnexal Masses. 2021.
- ESMO Clinical Practice Guidelines for Newly Diagnosed and Relapsed Epithelial Ovarian Cancer. 2023.



@medway.residenciamedica



Medway