



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 4

Mulher, 45 anos de idade, realizou cirurgia de Werthein Meigs para carcinoma epidermóide de colo de útero, estágio IB2, e comparece a consulta pós-operatória. Anátomo patológico: maior diâmetro tumoral: 35mm, margem vaginal e parametrial livres, linfonodos sentinelas pélvicos bilaterais negativos, invasão angiolinfática presente e extensa, profundidade de invasão neoplásica estromal até terço inferior. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Radioterapia (teleterapia) associada a quimioterapia sensibilizadora (platina)
- B. Braquiterapia de cúpula vaginal.
- C. Quimioterapia de indução com carboplatina e taxol e radioterapia (teleterapia).
- D. Radioterapia (tele e braquiterapia de cúpula).

Recurso:

Gostaria de solicitar revisão da questão referente à paciente de 45 anos, submetida à Werthein-Meigs para carcinoma epidermoide de colo uterino, estágio IB2, cujos achados anatomopatológicos foram: tumor de 35 mm de maior diâmetro, margens vaginal e parametrial livres, linfonodos sentinelas pélvicos negativos, invasão angiolinfática extensa e profundidade estromal até o terço inferior.

A alternativa considerada correta na questão foi a radioterapia adjuvante (teleterapia) associada à quimioterapia sensibilizadora (platina). Entretanto, ao analisarmos os critérios de Sedlis, que norteiam a indicação de radioterapia adjuvante em tumores de colo de útero em risco intermediário após histerectomia, observamos que:

Critérios de Sedlis para risco intermediário incluem:

- Invasão estromal profunda (>2/3 do estroma)
- Diâmetro tumoral ≥ 4 cm
- Invasão linfovascular (angioinvasão)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Para indicar radioterapia adjuvante, é necessária a presença de pelo menos dois destes fatores em combinação (vide tabela a seguir).

SEDLIS CRITERIA FOR EXTERNAL PELVIC RADIATION AFTER RADICAL HYSTERECTOMY IN NODE-NEGATIVE, MARGIN-NEGATIVE, PARAMETRIA-NEGATIVE CASES^{a-c,1,2}

LVSI	Stromal Invasion	Tumor Size (cm) (determined by clinical palpation)
+	Deep 1/3	Any
+	Middle 1/3	≥2
+	Superficial 1/3	≥5
-	Middle or deep 1/3	≥4

LVSI: Lymphovascular space invasion

NCCN guidelines. Version 1.2023, 2023.

No caso apresentado:

- Tumor: 35 mm → não preenche critério de tamanho ≥ 4 cm
- Profundidade estromal: até terço inferior → não caracteriza invasão profunda
- Invasão linfovascular: presente → apenas 1 critério

Consequentemente, a paciente não preenche a combinação mínima de fatores de risco intermediário que justificaria radioterapia adjuvante segundo Sedlis.

Quando os dados do caso são analisados nos nomogramas atualizados, como o do Memo-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

rial Sloan-Kettering (MSKCC) e ferramentas baseadas no GOG refinado, observa-se que pacientes com:

- Linfonodos negativos,
- Margens negativas,
- Paramétrios livres,
- Tumor <4 cm,
- Presença isolada de LVSI

Apresentam risco estimado de recorrência em torno de 8–14%, valor inferior ao limiar de benefício comprovado da radioterapia adjuvante (tradicionalmente ≥ 15 –20%).

Assim, mesmo em análises modernas de risco individualizado, a paciente permanece abaixo da faixa em que a radioterapia mostra ganho consistente, reforçando a indicação de observação ou acompanhamento isolado. Portanto, a alternativa que prevê radioterapia (teleterapia + braquiterapia) representa overtreatment, não sendo sustentada nem pelos critérios originais de Sedlis, nem pelos nomogramas contemporâneos.

Referências:

1. Sedlis A, et al. A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol.* 1999;73:177–183.
2. Bhatla N, et al. FIGO Cancer Report 2019: Cervical Cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(Suppl 2):22–36.
3. NCCN Guidelines Cervical Cancer, 2025.
4. Beyond Sedlis — A novel histology-specific nomogram for early-stage cervical cancer, Levinson et al., 2021 — nomograma específico por histologia (squamous vs adenocarcinoma), construído a partir dos dados-análise dos estudos do Gynecologic Oncology Group (GOG 49, 92 e 141).





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 5

Mulher, 21 anos de idade, refere não menstruar há 4 meses. Refere praticar corrida de longa distância há 1 ano, realizando preparo para correr sua primeira maratona. Vida sexual ativa, em uso de preservativo. Nega uso de medicações e tem-se alimentado pouco por ansiedade. Exame físico: IMC 18,2 kg/m², gordura corporal 14%, mamas normais, útero e anexos sem alterações. Refere exames normais de FSH, TSH e densitometria óssea, estradiol baixo e prolactina no limite da normalidade. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Prescrever pílula contraceptiva combinada.
- B. Indicar nutricionista para ajuste balanço energético.
- C. Prescrever agonista dopaminérgico.
- D. Solicitar teste de gravidez.

Recurso:

"Prezada banca examinadora,

Venho solicitar a ampliação do gabarito para incluir a alternativa D ou, alternativamente, a anulação da questão, uma vez que duas alternativas estão corretas.

A questão apresenta paciente jovem, em amenorreia há 4 meses, sexualmente ativa e sem método contraceptivo hormonal, apenas preservativo. Em qualquer cenário de **amenorreia secundária**, independentemente da probabilidade clínica, a **primeira conduta obrigatória é excluir gestação**, como propedêutica inicial de paciente na menacme.

Ainda que o quadro clínico sugira outras etiologias, é fundamental descartar gestação e o teste de gravidez não está entre os exames descritos no enunciado. Portanto, a alternativa **D. Solicitar teste de gravidez** é conduta válida e obrigatória.

Solicito, assim, **extensão de gabarito para incluir a alternativa D** como resposta aceitável conforme prática clínica padrão e diretrizes de avaliação de amenorreia.

Referência:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNIFESP - 2026

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Amenorreia. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 25/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina)."



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 20

Primigesta, 35 anos de idade, está com 35 semanas de idade gestacional. Apresenta restrição de crescimento fetal desde 34 semanas. Ultrassonografia: peso fetal estimado no percentil 2, líquido amniótico normal. Relação cérebro-umbilical no percentil 11. Cardiotocografia com padrão reativo. Não há comorbidades maternas. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Dopplervelocimetria 3x por semana e interrupção da gestação com 36 semanas.
- B. Dopplervelocimetria 2x por semana e interrupção da gestação com 37 semanas.
- C. Dopplervelocimetria 1x por semana e interrupção da gestação com 37 semanas.
- D. Realizar corticoterapia e interrupção da gravidez em 48 horas.

Recurso:

Solicito reconsideração da questão referente à gestante primigesta, 35 anos, 35 semanas, com restrição de crescimento fetal (RCIU) desde 34 semanas, peso fetal estimado no percentil 2, líquido amniótico normal e relação cérebro-umbilical no percentil 11. Cardiotocografia apresenta padrão reativo, e a paciente não possui comorbidades maternas.

A alternativa considerada correta foi B: Dopplervelocimetria 2x por semana e interrupção da gestação com 37 semanas. Entretanto, conforme análise das diretrizes internacionais (SMFM, ISUOG, ACOG), pacientes com RCIU leve, com Doppler normal da artéria umbilical e relação cérebro-umbilical $>5^{\circ}$ percentil, líquido amniótico normal e cardiotocografia reativa, são consideradas fetos com risco baixo de deterioração perinatal imediata.

Nestes casos, a conduta recomendada inclui:

- Vigilância fetal seriada, podendo ser realizada com Dopplervelocimetria 1x/semana, já que não há sinais de insuficiência placentária ou sofrimento fetal.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

- Interrupção da gestação planejada entre 37–38 semanas, podendo ser antecipada se surgirem sinais de deterioração (ex.: Doppler anormal, líquido amniótico oligohidramico, cardiotocografia não reativa).

Solicita-se, então, alteração do gabarito para alternativa C.

Referências:

1. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications: Management of Fetal Growth Restriction, 2022.
2. ISUOG Practice Guidelines: Diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus, Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;57: 715–731.
3. ACOG Practice Bulletin No. 227: Fetal Growth Restriction, Obstet Gynecol. 2021;137:e16–e29.



@medway.residenciamedica



Medway