

RESIDÊNCIA MÉDICA
Área de Atuação
Medicina Fetal



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



FACULDADE DE MEDICINA

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL COREME/FM Nº 05/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **20 questões** de múltipla escolha, compostas da raiz da questão e de quatro alternativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**.
6. Duração da prova: **01h00**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **00h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
7. Uma foto sua poderá ser coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

 ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE VALORES LABORATORIAIS NORMAIS

<p>LISTA DE ABREVIACÕES</p> <p>AA – ar ambiente AAS – ácido acetilsalicílico BCF – batimentos cardíacos fetais bpm – batimentos por minuto BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros Cr – creatinina DUM – data da última menstruação FC – frequência cardíaca FR – frequência respiratória Hb – hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – hematócrito IMC – índice de massa corpórea ipm – incursões por minuto IC_{95%} - intervalo de confiança de 95% MV – murmúrios vesiculares IRT – tripsina imunoreativa neonatal mmHg – milímetros de mercúrio MMII - membros inferiores P – pulso PA – pressão arterial PEEP – Pressão expiratória final positiva PSA - antígeno prostático específico PO – Pós-operatório pO₂ – pressão parcial de O₂ pCO₂ – pressão parcial de CO₂ PS – Pronto-Socorro RHZE - R(rifampicina), H(isoniazida), Z(pirazinamida) e E(etambutol) RN – Recém-nascido Sat - saturação Sat O₂ – saturação de oxigênio TEC – tempo de enchimento capilar Temp. – temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante U – ureia UTI – Unidade de Terapia Intensiva TTGO – teste de tolerância a glicose oral UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – velocidade de Hemossedimentação</p> <p>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS</p> <p>Recém-nascido= 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p> <p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</p> <p>Sangue (bioquímica e hormônios):</p> <p>Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l Cloretos = 98 - 106 mEq/l Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22-322 ng/mL mulheres: 10-291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL mulheres: 60-180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dl ou 0,81 a 1,55 mmol/l Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl HDL: superior a 40 mg/dL para homens superior a 50 mg/dL para mulheres Lactato = 5 – 15 mg/dl Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl Potássio = 3,5-5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl PSA < 4 ng/mL Sódio = 135-145 mEq/L TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL Ureia = 10 a 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma):</p> <p>Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p> <p>Gasometria Arterial:</p> <p>pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100mmHg pCO₂ = 35 a 45mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃ = 22 a 28 mEq/L SatO₂ > 95%</p> <p>Líquor (punção lombar):</p> <p>Células até 4/mm³ Lactato até 20mg/dL Proteína até</p>
--	--

Medicina Fetal

01

Os exames invasivos para obtenção de amostra de material fetal para análise são a amniocentese, a cordocentese e a biópsia de vilo corial. Sobre esses procedimentos, assinale a alternativa correta.

- (A) A cordocentese é realizada para obtenção de amostra de sangue fetal, permite a avaliação de possível anemia fetal e pode ser realizada em idade gestacional acima de 16 semanas de gestação.
- (B) A biópsia de vilo corial é realizada no primeiro trimestre da gravidez para obtenção de amostras de vilosidades para pesquisa de infecção e do cariótipo fetal.
- (C) A amniocentese e a biópsia de vilo corial podem ser realizadas no primeiro trimestre para obtenção de material fetal para análise do cariótipo fetal.
- (D) A coleta de líquido amniótico (amniocentese) pode ser realizada entre 16 e 22 semanas, com risco de perda fetal baixo.

02

Gestante LS de 32 anos, primigesta, portadora de hipertensão arterial crônica realiza o pré-natal em serviço de gestação de alto risco em uso de metildopa 1,0 g/dia. Na 34^a semana de gestação, vem para a consulta de rotina e o exame clínico está descrito a seguir:

PA de 130x100 mmHg, AU de 28 cm, edema de membros inferiores, BCF presente e movimentação fetal presente. Realiza exame de ultrassonografia com o seguinte resultado: Peso fetal de 1.680 gramas, peso fetal no percentil 4 na curva de Hadlock, quantidade de líquido amniótico está normal e Dopplervelocimetria da artéria umbilical com IP acima do percentil 95 e o IP da artéria cerebral média acima do percentil 30 para a idade gestacional. Qual a conduta adequada para este caso?

- (A) Solicitar novos exames para avaliação da função renal e de possível pré-eclâmpsia superajuntada.
- (B) Internar a paciente solicitar avaliação da vitalidade fetal diária.
- (C) Internar a paciente e manter vitalidade fetal semanal.
- (D) Resolver a gestação pelo sofrimento fetal.

03

Gestante AS, 20 anos, primigesta, chega no Pronto Atendimento de Obstetrícia com queixa de perda de líquido claro que escorre pelas pernas, há cerca de 2 horas. Idade gestacional de 27 semanas e 6 dias. Pré-natal de baixo risco. Considerando esse caso, assinale a alternativa correta.

- (A) A rotura prematura das membranas é definida como a rotura das membranas coriônica e amniótica antes do início do trabalho de parto.
- (B) A conduta inicial é avaliação ultrassonográfica para confirmar a idade gestacional, peso fetal e o índice de líquido amniótico, se este for normal, pode-se descartar o diagnóstico de RPMO.
- (C) A conduta deve ser ativa na presença de útero irritável e temperatura materna acima de 37°C.
- (D) A conduta inicial deve ser antibioticoterapia e coleta de hemograma e PCR semanal.

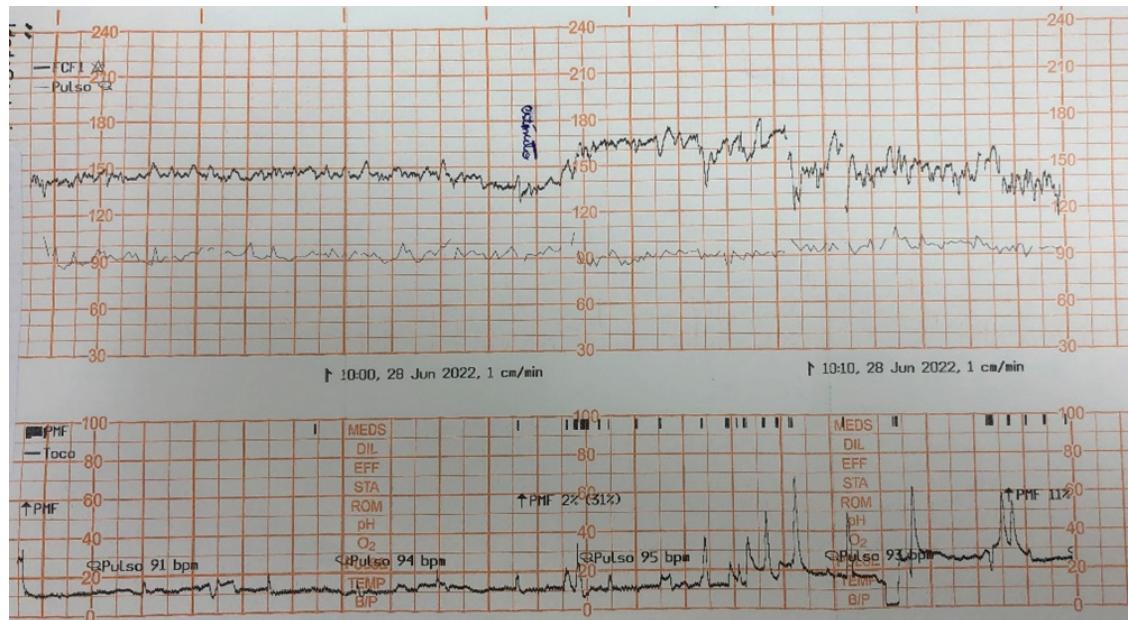
04

Gestante AP, 32 anos, tercigesta, chega ao Pronto Atendimento com lesões exantemáticas no tronco e membros, além de mal-estar. Não traz o cartão de pré-natal. Havendo a suspeita de quadro de sífilis secundária, qual é conduta recomendada?

- (A) Realiza-se o teste rápido para sífilis e, se este resultar negativo, pode-se descartar o caso.
- (B) Realiza-se o teste rápido para sífilis e, se este resultar positivo, é recomendado iniciar o tratamento.
- (C) Se após a primeira dose da penicilina, as lesões apresentarem piora, deve-se desconsiderar este diagnóstico.
- (D) A gestante deve ser encaminhada para a unidade básica de saúde e realizar o VRDL para controle de tratamento e, se este resultado for negativo, deve-se suspender o tratamento.

05

Gestante de 34 semanas chega ao Pronto Atendimento queixando-se de que seu bebê parou de se movimentar há mais de 4h. Após o exame obstétrico, a paciente é encaminhada para avaliação da vitalidade fetal. A cardiotocografia está apresentada seguir.



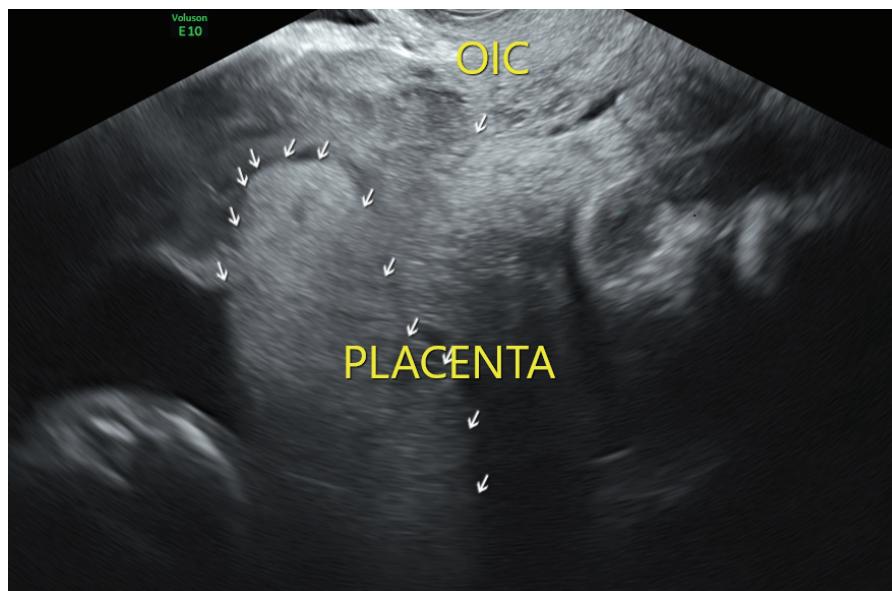
Seta – Estímulo sônico.

Qual a classificação deste traçado?

- (A) Feto hipoativo.
- (B) Feto hipoativo não-reativo.
- (C) Feto hipoativo hiporreativo monofásico.
- (D) Feto hipoativo hiporreativo, bifásico.

06

JAM, 4G3POA, 40 anos de idade, 30 semanas de gestação, procura pronto atendimento com queixa de sangramento vaginal, de início súbito, sem dor ou cólicas. Refere outro sangramento há 15 dias, em pequena intensidade, que cessou espontaneamente com repouso. Ao exame clínico: bom estado geral, corada, hidratada, afebril, PA: 120 x 80 mmHg; FC: 84 bpm; altura uterina: 30 cm; FCF: 144 bpm; dinâmica uterina ausente; exame especular com sangue em fundo de saco vaginal.



Qual é o diagnóstico provável e a conduta recomendada?

- (A) Descolamento prematuro de placenta, realizar cesárea de emergência.
 - (B) Placenta prévia, corticoterapia para maturação pulmonar fetal.
 - (C) Placenta prévia, realizar ultrassonografia e após cesárea.
 - (D) Placenta prévia, sulfato de magnésio e realizar cesárea em 12h.
-

07

Paciente inicia o pré-natal com 8 semanas de gestação calculada pela DUM e refere pequeno sangramento vaginal. Realiza exame de ultrassonografia de rotina, e o laudo mostra presença de saco gestacional tópico com diâmetro interno médio de 35 mm e comprimento crânio-nádega de 9 mm, sem batimento cardíaco ao estudo Doppler. Paciente retorna preocupada com a gestação. Qual é a conduta correta?

- (A) Considerar gestação não evolutiva e solicitar Beta-HCG sérico.
 - (B) Realiza novo exame de ultrassonografia para reavaliação em 7 dias.
 - (C) Considerar erro de datação e orientar aguardar 1 semana para novo exame de ultrassonografia.
 - (D) Considerar gestação não evolutiva e orientar conduta ativa ou expectante para o casal.
-

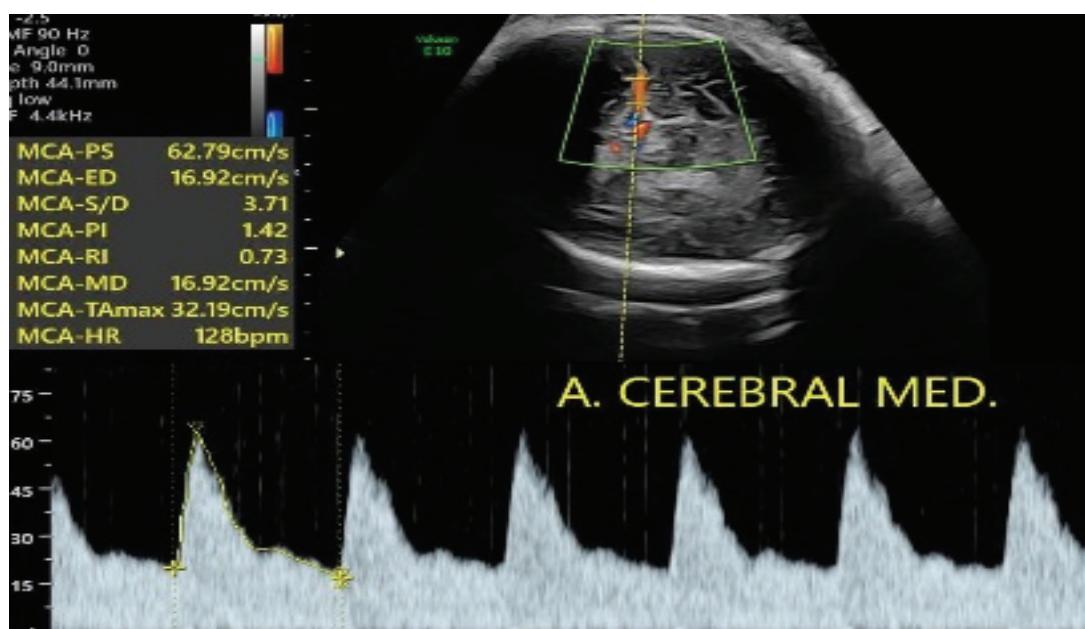
08

Paciente ESQ está na fase ativa do trabalho de parto. O médico assistente realiza o toque vaginal e descreve: colo pérvio para 10 cm, apresentação cefálica no plano zero de De Lee e variedade de apresentação OEA. No momento da rotação para ultimar o parto, qual o movimento do polo cefálico?

- (A) Sentido anti-horário, 90°.
 - (B) 2 Sentido horário, 90°.
 - (C) Sentido horário, 45°.
 - (D) Sentido anti-horário, 45°.
-

09

Na ultrassonografia, a avaliação da artéria cerebral média faz parte da análise do compartimento arterial fetal. Na imagem a seguir, há resultado dos índices de resistência (IR) e pulsatilidade (IP).



Qual é a definição de IP?

- (A) Relação entre a velocidade sistólica e a velocidade diastólica (VS/VD).
 - (B) Relação entre a velocidade sistólica e a velocidade média (VS/V média).
 - (C) Relação entre o resultado da subtração da velocidade sistólica da velocidade diastólica e a velocidade média (VS - VD/V média).
 - (D) Relação entre o resultado da subtração da velocidade sistólica da velocidade diastólica e a velocidade sistólica (VS - VD/VS).
-

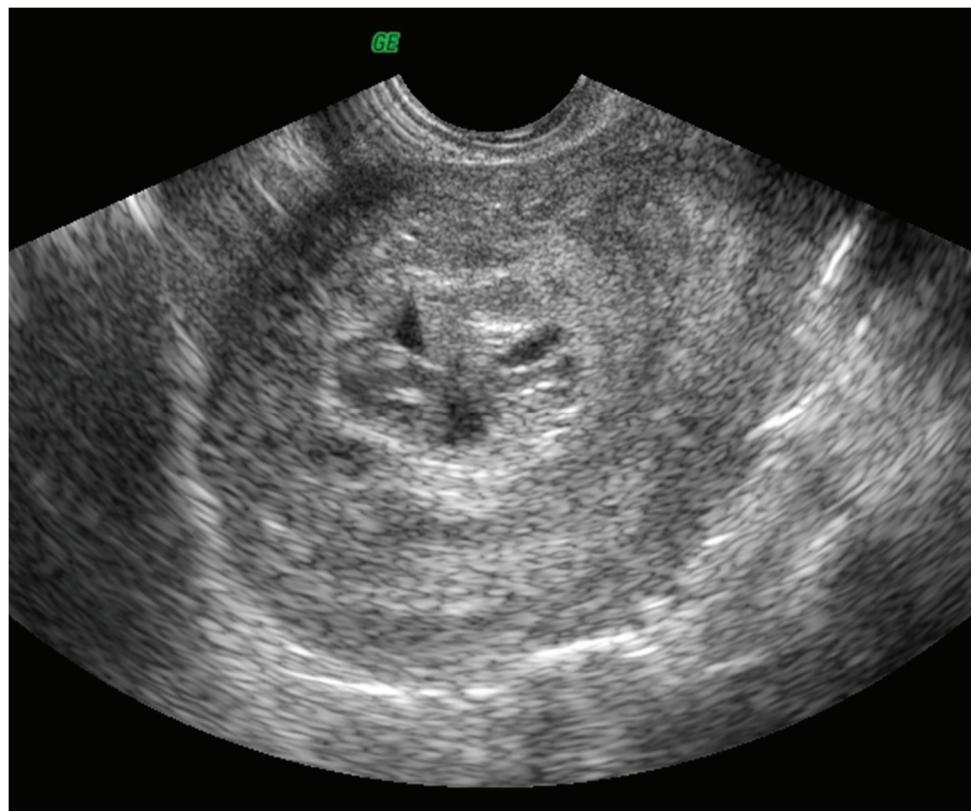
10

JAM, primigesta, 35 anos, retorna na segunda consulta de pré-natal, com os exames de rotina que foram colhidos na 12^a semana de gestação. O que está correto afirmar, de acordo com os resultados da glicemia de jejum?

- (A) Se o resultado da glicemia de jejum é 128 mg/dL, já se tem o diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional.
 - (B) Se o resultado da glicemia de jejum é 96 mg/dL, já se tem o diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional.
 - (C) Se o resultado da glicemia de jejum é 88 mg/dL, recomenda-se a realização do teste de tolerância à glicose oral com ingestão de 75g entre 20 e 24 semanas de gestação.
 - (D) Após a realização do teste de tolerância à glicose oral com ingestão de 75 g, e apenas um valor estiver alterado, não é suficiente para o diagnóstico de *diabetes mellitus* gestacional.
-

11

Mulher de 28 anos, sem doenças pré-existentes, com antecedente de 1 parto normal há 3 anos, dá entrada no serviço de emergência de Obstetrícia com história de atraso menstrual de aproximadamente 10 semanas e quadro de sangramento vaginal há 2 dias. Refere também anorexia, náuseas e vômitos frequentes. Ao exame clínico, apresenta pequena quantidade de sangue vivo coletado no fundo de saco posterior e colo uterino fechado. A pesquisa de beta-HCG na urina por fita foi positiva. À ultrassonografia transvaginal foi observada a seguinte imagem:



Qual a alternativa correta em relação ao diagnóstico e à conduta?

- (A) Na hipótese de esvaziamento uterino, a pesquisa do marcador imuno-histoquímico p57KIP2 pode auxiliar na diferenciação entre mola hidatiforme e aborto retido.
- (B) O marcador p57KIP2 indica a presença de carga genética feminina, auxiliando no diagnóstico diferencial entre mola hidatiforme parcial e completa.
- (C) Após o esvaziamento uterino e na presença de histologia compatível com aborto, a conduta deve ser a dosagem seriada de beta HCG até a negativação.
- (D) Nessas condições, o esvaziamento uterino está contraindicado, e a conduta deve ser a dosagem de beta HCG e repetição do ultrassom em 10 a 14 dias.

12

Gestante de 28 anos, primigesta, sem comorbidades, com idade gestacional de 32 semanas, apresentou sorologia para toxoplasmose com IgG e IgM positivos. No início do pré-natal, com 8 semanas de gestação, a pesquisa desses anticorpos era negativa. Foi então prescrita espiramicina, 3g ao dia, e a paciente foi encaminhada para reavaliação no serviço de medicina fetal. Qual a conduta correta?

- (A) Deve ser realizada uma ultrassonografia obstétrica; caso não haja sinais de infecção fetal, deve ser mantida a espiramicina até o parto.
- (B) Mesmo com ultrassom normal, a infecção fetal deve ser descartada pela amniocentese; caso negativa, mantém-se a espiramicina.
- (C) Mesmo com ultrassom normal, deve ser prescrito o tratamento com sulfadiazina e pirimetamina, mantendo-se até o parto.
- (D) Mesmo com o ultrassom alterado, a infecção fetal deve ser confirmada pela amniocentese, antes de se instituir o tratamento.

13

Gestante de 36 anos, G4P2A1, obesa, hipertensa crônica em uso de metildopa 750 mg/dia, diabética tipo 2 pré-gestacional em uso de insulina NPH 38U (café da manhã) – 16U (almoço) – 18 U (22 h), em seguimento regular com nutricionista. Comparece à consulta de pré-natal com idade gestacional de 33 semanas, referindo episódios frequentes de tontura e mal-estar. Ao exame clínico, apresenta PA 110x70 mmHg e altura uterina de 32 cm, com demais parâmetros dentro da normalidade. O perfil glicêmico (glicemia capilar) da última semana é o seguinte:

	jejum	1h após café	pré-almoço	1h após almoço	pré-jantar	1h após jantar
dia 1	85	100	92	62	95	60
dia 2	78	65	77	100	79	110
dia 3	75	98	95	102	98	100
dia 4	68	110	48	105	67	102
dia 5	92	57	89	58	88	107
dia 6	69	112	88	94	100	110

Qual a hipótese diagnóstica e melhor conduta no caso?

- (A) Macrossomia fetal – realizar ultrassonografia obstétrica para verificar o crescimento fetal e presença de polidriamnio.
- (B) Insuficiência placentária – internação para controle clínico, ultrassonografia obstétrica e vigilância da vitalidade fetal.
- (C) Dose excessiva de medicações – reduzir a insulina da manhã para 36 U, ajustar a ingesta calórica e reavaliar em 1 semana.
- (D) Dose excessiva de medicações – reduzir a insulina da manhã para 36 U e metildopa para 500 mg/dia, reavaliar em 1 semana.

14

Gestante de 13 semanas, primigesta, sem comorbidades, comparece à consulta de pré-natal referindo náuseas e vômitos no período da manhã, com frequência diária, sonolência e obstipação intestinal. Traz ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre normal, TSH = 3,3 mUI/L e T4 total = 9,1 µg/dL (referência 5,1 a 14,1 µg/dL, não gestantes); demais exames e sorologias normais. Qual a alternativa correta sobre o diagnóstico e conduta?

- (A) Hipotiroidismo subclínico – prescrever levotiroxina na dose 1,2 mcg/kg de peso/dia e dosar TSH em 4 semanas.
- (B) Hipotiroidismo clínico - prescrever levotiroxina na dose 2,0 µg/kg de peso/dia, no almoço, até cessarem os vômitos.
- (C) Hipotiroidismo subclínico – dosar anticorpos anti-tireoide; caso negativos, realizar suplementação com iodo.
- (D) Hipotiroidismo clínico – dosar anticorpos anti-tireoide; caso positivos, realizar suplementação com iodo.

15

Gestante de 34 anos, primigesta, 38 semanas, com diagnóstico de infecção pelo HIV realizado no início do pré-natal e em terapia com tenofovir, lamivudina e dolutegravir desde a 13ª semana de gestação. Não tem outras comorbidades, e o pré-natal cursou sem intercorrências, com adequado desenvolvimento fetal. A carga viral do HIV era indetectável com 34 semanas. A gestante dá entrada no pronto-socorro de obstetrícia com queixa de dor em baixo ventre de forte intensidade. Ao exame clínico, apresenta 2 contrações de moderada intensidade em 10 minutos, colo médio, medianizado, dilatação de 3 cm, apresentação cefálica e bolsa íntegra. A cardiotocografia é normal.

Qual é a conduta mais adequada?

- (A) Condução do trabalho de parto com administração de AZT parenteral até o clampeamento do cordão umbilical.
- (B) Administração de AZT parenteral por 3 horas e realização de cesariana, com suspensão do AZT após clampeamento do cordão.
- (C) Realização de cesariana imediatamente, extração fetal com membranas íntegras, sem necessidade de AZT intraparto.
- (D) Condução do trabalho de parto, amniotomia tardia, clampeamento imediato do cordão, sem necessidade de AZT intraparto.

16

Um jovem casal (25 e 26 anos) comparece ao ambulatório de obstetrícia para aconselhamento pré-gestacional. Ambos são hígidos, não têm filhos vivos, nem antecedentes pessoais dignos de nota. O antecedente obstétrico é:

- 1ª gestação (há 2 anos) – aborto retido de 9 semanas – realizada curetagem uterina;
- 2ª gestação (há 1 ano) – gestação anembriônica de 7 semanas – eliminação espontânea, sem necessidade de curetagem uterina;
- 3ª gestação (há 6 meses) – aborto retido de 8 semanas – realizada curetagem uterina – cariótipo do aborto: 69, XXX.

Qual a alternativa correta em relação à investigação e à conduta para o casal na próxima gestação?

- (A) A investigação deve incluir histerossalpingografia, anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antifosfatidil serina e glicemia.
- (B) Se a pesquisa de trombofilias hereditárias for positiva, a conduta é a anticoagulação com dose profilática de enoxaparina.
- (C) Mesmo se a investigação for negativa, com acompanhamento e suporte psicológico adequados, o prognóstico é favorável.
- (D) A investigação não está indicada, pois a aneuploidia do terceiro abortamento exclui o diagnóstico de aborto habitual.

17

Gestante de 28 anos, G2A1, idade gestacional de 8 semanas, comparece à primeira consulta de pré-natal. Tem antecedente de trombose não motivada da veia poplítea há 3 anos. À época, fazia uso de anticoncepcional oral combinado. A pesquisa de Síndrome antifosfolípide foi negativa, e a pesquisa de trombofilias hereditárias mostrou heterozigose para o fator V Leiden. A paciente não tem outras comorbidades e seu peso atual é 86 kg. Qual a conduta em relação à anticoagulação?

- (A) Enoxaparina 40 mg/dia durante a gestação e puerpério.
- (B) Enoxaparina 60 mg/dia durante a gestação e puerpério.
- (C) Enoxaparina 120 mg/dia durante a gestação e puerpério.
- (D) Enoxaparina 40 mg/dia apenas durante o puerpério.

18

Uma gestante de 31 anos, G2P1, com antecedente de parto prematuro espontâneo com 26 semanas, sem comorbidades, realiza ultrassonografia morfológica de segundo trimestre com 20 semanas, mostrando adequado desenvolvimento fetal. A imagem a seguir corresponde à avaliação transvaginal.



Qual é a melhor conduta?

- (A) Progesterona por via vaginal e repouso absoluto.
- (B) Cerclagem profilática do colo e repouso absoluto.
- (C) Pesquisa de infecção vaginal e cerclagem terapêutica.
- (D) Se colo impérvio, cerclagem de emergência e repouso.

19

Gestante de 38 anos, G3P2, sem comorbidades, idade gestacional de 13 semanas. No rastreamento pré-natal de rotina, apresentou lesão epitelial de baixo grau (LSIL) no exame de colpocitologia oncoética. Qual a conduta correta a seguir?

- (A) Repetição da colpocitologia oncoética 90 dias após o parto.
- (B) Realização de colposcopia, com biópsia de eventuais lesões.
- (C) Pesquisa de DNA HPV por PCR e, caso positiva, colposcopia.
- (D) Repetição da colpocitologia oncoética no terceiro trimestre.

20

Gestante de 39 anos, G4P2A1, idade gestacional de 35 semanas, hipertensa crônica em uso de metildopa 2 g/dia, sem outras comorbidades. Pré-natal sem intercorrências. Deu entrada no pronto-socorro de obstetrícia com queixa de prurido intenso há 1 semana, iniciando nas palmas das mãos e, no momento, generalizado, com piora à noite. Ao exame clínico: PA 140x90 mmHg, presença de múltiplas escoriações no abdome, flancos e nas faces anteriores dos antebraços, demais parâmetros sem alterações. Exame obstétrico normal para a idade gestacional. Avaliação laboratorial: bilirrubina total = 1,2 mg/dL; bilirrubina direta = 1,0 mg/dL; TGO = 52 U/L; TGP = 83 U/L; fosfatase alcalina = 215 U/L; gama-GT = 58 U/L; hemograma normal; urina 1 normal; proteinúria de fita negativa. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada?

- (A) Síndrome HELLP parcial; resolução imediata da gestação.
- (B) Erupção polimórfica da gravidez; corticosteroide tópico.
- (C) Colestase gravídica; tratamento com ácido ursodesoxicólico.
- (D) Prurido gestacional; tratamento com anti-histamínicos.

