PROCESSO SELETIVO UNIFICADO ES/SUL - RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM/ES - HECI - EDITAL Nº 01/2025

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GRUPO 02

DOMINGO MANHÃ

ORIENTAÇÕES

1. Este **Caderno de Prova**, contém **25 (vinte e cinco) questões objetivas**, com **4 (quatro) alternativas cada uma**, sempre na sequência **A, B, C, D**, das quais somente uma deve ser assinalada, sem repetição ou falha. Confira-o e, em caso de qualquer problema, informe **IMEDIATAMENTE** ao fiscal.
2. Após a conferência, assine, no espaço próprio da **Folha de Respostas**, com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, fabricada em material transparente. Não DOBRE, AMASSE ou MANCHE a **Folha de Respostas.** Ela **SOMENTE** poderá ser substituída se, no ato da entrega estiver danificada.
3. A duração da prova será de **03 (três) horas**, inclusos, nesse tempo, a distribuição da prova, a leitura das instruções e o preenchimento da Folha de Respostas, sendo responsabilidade do candidato observar os horários estabelecidos.
4. Somente será permitido ao candidato retirar-se definitivamente da sala de prova mediante a **entrega obrigatória de sua Folha de Respostas**, devidamente preenchida e assinada, ao Fiscal.
5. Os candidatos **não poderão** se ausentar da sala ou do local de provas para utilização dos banheiros ou beber água, antes de decorrida **01(uma) hora** do início ou **15(quinze) minutos** antes do término.
6. Ao término do prazo estabelecido para a prova, os **03(três) últimos candidatos** deverão permanecer na sala até que o último candidato termine sua prova, devendo todos assinar a Ata de Sala, atestando a idoneidade da fiscalização das provas e somente poderão deixar o local de provas, juntos, não sendo possível nem mesmo a utilização do banheiro e bebedouro.
7. Os candidatos **PODERÃO** levar consigo o Caderno de Questões.
8. O gabarito estará disponível no endereço eletrônico **novo.ibgpconcursos.com.br** no dia **09/11/2025** a partir das **20h**.

A Comissão Examinadora do IBGP Concursos lhe deseja uma boa prova!

PÁGINA EM BRANCO

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 01

Uma mulher de 45 anos de idade procura atendimento por palpitações, intolerância ao calor, perda de 5kg nos últimos 2 meses, apesar de apetite aumentado. Ao exame físico: frequência cardíaca de 116bpm, tremor fino de extremidades, bócio difuso e exoftalmia discreta. Os exames laboratoriais mostram TSH suprimido e T4 livre elevado.

Nesse caso, o diagnóstico **MAIS** provável é de:

A) Tireoidite de Hashimoto em fase inicial.
B) Doença de Graves.
C) Adenoma tóxico solitário.
D) Carcinoma papilífero da tireoide.

QUESTÃO 02

Um homem de 67 anos de idade está internado há 12 dias na Unidade de Terapia Intensiva, após acidente vascular cerebral isquêmico extenso. Encontra-se traqueostomizado e em ventilação mecânica. Há 48 horas, apresentou febre (38,5 °C), secreção purulenta abundante pelo tubo e piora da oxigenação. O exame físico mostra crepitações difusas em base direita. Os exames laboratoriais revelam leucocitose com desvio à esquerda, PCR 22mg/dL. A radiografia de tórax evidenciou nova consolidação em lobo inferior direito. Culturas prévias: colonização por *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*.

Nesse caso, a conduta antibiótica inicial **MAIS** adequada para esse paciente com pneumonia hospitalar grave, é:

A) Amoxicilina com Clavulanato em esquema oral.
B) Ceftriaxona associada à Azitromicina intravenosa.
C) Piperacilina-Tazobactam ou Meropenem, associando cobertura para MRSA se indicado.
D) Penicilina cristalina em combinação com Gentamicina.

QUESTÃO 03

Uma mulher de 34 anos de idade refere fadiga, palpitações ocasionais e queda de cabelo nos últimos meses. Relata menstruações abundantes desde a adolescência. Não faz uso de medicações. Ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa discreta, frequência cardíaca de 92bpm, PA de 110/70mmHg. Os exames laboratoriais realizados revelaram hemoglobina: 11,2g/dL (VR: 12–16); Hematócrito: 34%; VCM: 76fL (VR: 80–96); Ferritina sérica: 9ng/mL (VR: > 30ng/mL); Ferro sérico: 32µg/dL (VR: 50–150) e TIBC: aumentado.

Nesse caso, a conduta inicial **MAIS** adequada é:

A) Iniciar reposição de ferro por via oral e investigar a causa da deficiência.
B) Solicitar suplementação vitamínica com ácido fólico e B12.
C) Iniciar reposição de ferro endovenoso, independentemente da gravidade.
D) Observar clinicamente e repetir exames em 6 meses.

QUESTÃO 04

Um homem de 52 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial há 10 anos, apresenta controle pressórico irregular. Relata uso esporádico de losartana 50mg/dia. No consultório, apresenta PA de 172/102mmHg em duas medidas, realizadas com técnica adequada, após repouso de 5 minutos. O ECG mostra sinais de hipertrofia ventricular esquerda. Os exames laboratoriais revelam creatinina: 1,6mg/dL e K: 5,2mEq/L. O paciente refere tabagismo e histórico familiar de infarto precoce.

Sobre a hipertensão arterial sistêmica nesse paciente, considere as afirmativas:

I. A presença de hipertrofia ventricular esquerda no ECG caracteriza lesão em órgão-alvo da HAS.
II. A associação de creatinina elevada e potássio alto pode sugerir doença renal crônica ou estenose de artéria renal.
III. O uso isolado de losartana em baixa dose é suficiente para controle pressórico nesse paciente de alto risco cardiovascular.
IV. Esse paciente deve ter sua terapia otimizada com combinação de anti-hipertensivos e medidas de mudança de estilo de vida.

Estão **CORRETAS** as afirmativas:

A) Apenas I e II.
B) Apenas III e IV.
C) Apenas I, II e IV.
D) I, II, III e IV.

QUESTÃO 05

Assinale a alternativa que descreve **CORRETAMENTE** aspectos do reumatismo de partes moles:

A) É caracterizado por inflamação de estruturas periarticulares, como tendões, bursas e fáscias, sendo o diagnóstico feito principalmente pela avaliação clínica.
B) Deve ser tratado com repouso absoluto prolongado, uso de antibióticos de rotina e restrição total da articulação afetada.
C) Necessita obrigatoriamente de exames de imagem avançados, como ressonância magnética, além de exames laboratoriais específicos para confirmação.
D) Deve ser tratado prioritariamente com cirurgia, pois as medidas conservadoras geralmente não oferecem benefício clínico relevante.

QUESTÃO 06

Um homem de 46 anos de idade, obeso, tabagista, apresenta pirose e regurgitação, há mais de 5 anos, em uso irregular de inibidor de bomba de próton (IBP), com alívio parcial. Nos últimos meses, evoluiu com disfagia progressiva para sólidos. A endoscopia mostra esofagite erosiva grau C (classificação de *Los Angeles*) e estenose esofágica curta.

Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada é:

A) Manter IBP em dose padrão isoladamente, pois é suficiente para controle de longo prazo.
B) Realizar dilatação endoscópica da estenose, associada a IBP em alta dose e considerar cirurgia antirrefluxo.
C) Indicar cirurgia de ressecção esofágica de rotina, devido à presença de estenose.
D) Tratar apenas com medidas dietéticas e observação clínica, sem necessidade de intervenção.

QUESTÃO 07

Um homem de 72 anos de idade, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, em ventilação mecânica por exacerbação aguda, evolui com sonolência e confusão. A gasometria arterial revela pH=7,22, $PaCO_2$=72mmHg, HCO_3^-=30mEq/L, Na^+=138mEq/L, K^+=5,8mEq/L.

Com base na gasometria, a **MELHOR** classificação do distúrbio acido-básico (incluindo o padrão de compensação), é:

A) Alcalose metabólica com compensação respiratória incompleta.
B) Acidose respiratória aguda sobreposta a distúrbio metabólico compensado.
C) Acidose respiratória crônica parcialmente compensada pelos rins.
D) Acidose metabólica com hipercalemia secundária.

QUESTÃO 08

Um homem de 24 anos de idade, previamente hígido, é encontrado em casa com sonolência, pupilas puntiformes e frequência respiratória de 6 incursões por minuto. Ao exame: PA=100/60mmHg, FC=58bpm, saturação 82% em ar ambiente. Os familiares relatam que ele fazia uso recreativo de drogas e havia comprimidos de codeína próximos.

Nesse caso, a conduta inicial **MAIS** adequada é:

A) Intubação orotraqueal imediata, sem considerar medidas farmacológicas.
B) Administração de naloxona intravenosa e suporte ventilatório conforme necessidade.
C) Administração de flumazenil intravenoso, específico para intoxicação por opioides.
D) Lavagem gástrica imediata, seguida de carvão ativado, independentemente do tempo de ingestão.

QUESTÃO 09

Um homem de 42 anos de idade, residente de área rural, apresenta convulsões de início recente. A tomografia computadorizada de crânio evidencia múltiplas lesões hipodensas com realce em anel e edema perilesional difuso. A sorologia para parasitoses mostra IgG positivo para *Taenia solium*. O paciente não apresenta imunossupressão conhecida.

Nesse caso, a conduta terapêutica **MAIS** adequada é:

A) Iniciar albendazol associado a corticoide e anticonvulsivante, avaliando necessidade de tratamento prolongado.
B) Iniciar ivermectina em dose única, pois é o antiparasitário mais eficaz para neurocisticercose.
C) Encaminhar o paciente para ressecção neurocirúrgica imediata das lesões parasitárias.
D) Instituir apenas anticonvulsivantes, sem antiparasitário, pois a infecção já está inativa.

QUESTÃO 10

Um homem de 58 anos de idade, tabagista e etilista crônico, apresenta hematêmese volumosa e melena há 12 horas. Está taquicárdico (FC=110bpm) e hipotenso (PA=90/60mmHg). Após estabilização inicial com acesso venoso calibroso, reposição volêmica e oxigenação, foi solicitada endoscopia digestiva alta de urgência que evidenciou úlcera duodenal com vaso visível não sangrante.

Nesse caso, a conduta endoscópica **MAIS** indicada é:

A) Injeção de adrenalina diluída no leito da úlcera.
B) Injeção de adrenalina diluída, associada a tratamento térmico ou mecânico (ex.: clipe hemostático).
C) Cauterização térmica isolada da lesão, sem injeção prévia.
D) Não realizar intervenção endoscópica, pois não há sangramento ativo.

NEFROLOGIA

QUESTÃO 11

Um homem de 66 anos de idade, hipertenso e com cardiopatia isquêmica, foi submetido a uma colectomia segmentar por diverticulite aguda complicada. No 2º dia de pós-operatório, apresentou redução importante do débito urinário (<0,3mL/kg/h), aumento progressivo da creatinina sérica (de 1,1 para 2,8mg/dL em 48 horas) e sinais de hipoperfusão periférica (extremidades frias, pressão arterial média de 60mmHg). A equipe médica suspeitou de insuficiência renal aguda (IRA).

Sobre a etiologia e a fisiopatologia da IRA, nesse contexto pós-operatório, é **CORRETO** afirmar:

A) A principal causa de IRA no pós-operatório é obstrutiva, relacionada à retenção urinária secundária a anestesia raquidiana.
B) A vasodilatação renal mediada por prostaglandinas é o principal mecanismo fisiopatológico da IRA pré-renal.
C) A IRA pré-renal decorre da hipoperfusão renal sustentada, que pode progredir para necrose tubular aguda se não corrigida.
D) A elevação da creatinina em 48 horas já caracteriza IRA grave, obrigando ao início imediato de terapia renal substitutiva.

QUESTÃO 12

Um homem de 72 anos de idade, hipertenso e diabético controlado, em seguimento na nefrologia por doença renal crônica estágio 3b (TFG estimada: 38mL/min/1,73m²), refere piora da função renal nos últimos 6 meses. Relata noctúria frequente, jato urinário fraco, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e perda ponderal de 5kg no último semestre. Ao exame físico, próstata endurecida e nodular ao toque retal. Os exames laboratoriais mostram PSA total: 32ng/mL, creatinina: 2,1mg/dL (era 1,5mg/dL há 6 meses) e urina tipo I = hematúria microscópica + leucocitúria discreta. A ultrassonografia (USG) renal realizada revela hidronefrose bilateral moderada e a USG prostática, mostra próstata aumentada de volume e irregular.

Nesse caso, a conduta diagnóstica/terapêutica **MAIS** adequada, neste momento, é:

A) Iniciar antibioticoterapia empírica para prostatite crônica, postergando biópsia prostática até estabilização da função renal.
B) Solicitar ressonância multiparamétrica de próstata e considerar biópsia dirigida, além de encaminhar para o serviço de urologia.
C) Indicar hemodiálise imediata devido à hidronefrose bilateral e função renal limítrofe.
D) Solicitar apenas cintilografia óssea para estadiamento, adiando investigação histológica.

QUESTÃO 13

Um homem de 65 anos de idade, portador de doença renal crônica estágio 4 (TFG estimada: 22mL/min/1,73m²), diabético tipo 2 em uso de insulina, chega ao Pronto-Socorro com quadro de náuseas, vômitos, polidipsia e rebaixamento do nível de consciência há 12 horas. Ao exame físico: PA = 90/60mmHg, FC = 112bpm, FR = 28irpm (respiração profunda e suspirante), temperatura axilar = 37,2°C, sinais de desidratação e sem sinais focais neurológicos. Os exames laboratoriais revelam glicemia: 585mg/dL; Creatinina: 3,4mg/dL; Ureia: 150mg/dL; Na+: 130mEq/L; K+: 6,1mEq/L; Cl–: 97mEq/L; HCO_3–: 12mEq/L; pH arterial: 7,12; pCO_2: 26mmHg; AG = (Na – (Cl + HCO_3)) = 21.

A interpretação **MAIS** adequada do distúrbio acidobásico apresentado é:

A) Acidose metabólica com *ânion gap* aumentado, parcialmente compensada por alcalose respiratória.
B) Acidose metabólica hiperclorêmica, compensada por acidose respiratória.
C) Acidose mista: acidose metabólica com *ânion gap* aumentado + acidose respiratória concomitante.
D) Acidose metabólica com *ânion gap* aumentado, com compensação respiratória adequada (padrão de Kussmaul).

ENDOCRINOLOGIA

QUESTÃO 14

Considere um enferma de 26 anos de idade, admitida no Serviço de Emergência em estado confusional, com vômito, taquipneia, desidratação, febre e presença de estertores crepitantes em base de pulmão direito. Os exames mostraram: glicose = 588mg%, sódio = 128mEq/L, potássio = 5,8mEq/L, creatinina = 1,9mg%, osmolaridade plasmática = 318mOsm/L, pH = 7,20, pCO = 27mmHg e HCO_3–= 9mEq/L.

Nesse caso, o **PROVÁVEL** diagnóstico é:

A) Coma hiperosmolar.
B) Cetoacidose diabética.
C) Neuropatia autonômica.
D) Hipocalemia recorrente.

QUESTÃO 15

Um paciente de 48 anos de idade, com diagnóstico de hipotireoidismo há vários anos, para o qual faz uso eventual da reposição prescrita à base de hormônio tireoidiano, chega ao Hospital torporoso, FC: 40bpm, PA: 90 x 60mmHg e FR: 12irpm. Apresenta extremidades frias, T.ax.: 35,2°C, eletrocardiograma com bradicardia sinusal e ponto J apiculado. Os familiares relatam que havia tosse com escarro esverdeado há uma semana.

Nesse caso, o tratamento inicial desse paciente deve constar, além do hormônio tireoidiano, o seguinte fármaco:

A) Amiodarona.
B) Dopamina.
C) Hidrocortisona.
D) Atropina.

QUESTÃO 16

Um homem de 42 anos de idade procura atendimento ambulatorial para acompanhamento de obesidade. Relata ganho ponderal progressivo desde os 30 anos de idade, sem sucesso em tentativas prévias de dieta restritiva. Antecedentes de hipertensão arterial, em uso irregular de losartana. Refere sedentarismo, consumo frequente de ultraprocessados e bebidas açucaradas. O exame físico revela peso: 118kg, altura: 1,70m, IMC: 40,8kg/m², circunferência abdominal: 125cm, PA: 150 x 95mmHg, ACV: ritmo regular e abdome globoso, sem visceromegalias. Exames laboratoriais: glicemia de jejum = 132mg/dL, HbA1c = 6,8%, colesterol total = 250mg/dL (LDL 155, HDL 35, triglicérides 260mg/dL) e TSH normal.

A conduta **MAIS** adequada, nesse momento, para este paciente, é:

A) Iniciar sibutramina em monoterapia, sem necessidade de outras medidas.
B) Encaminhar para a avaliação de cirurgia bariátrica.
C) Manter orientações dietéticas e reavaliar em 6 meses.
D) Prescrever metformina, sem medidas adicionais e reavaliar em 3 meses.

REUMATOLOGIA

QUESTÃO 17

O achado **MAIS** frequente em uma paciente de 39 anos de idade, com acometimento do sistema cardiovascular no lúpus eritematoso sistêmico, é:

A) Angina de Prinzmetal.
B) Cardiomiopatia restritiva.
C) Bloqueio atrioventricular.
D) Pericardite aguda.

QUESTÃO 18

Considere uma mulher de 52 anos de idade, com diagnóstico de artrite reumatoide soropositiva há 8 anos, em uso de metotrexato, 20mg/semana e prednisona, 5mg/dia. Refere piora progressiva da dor e rigidez matinal (>2h) há 4 meses, associada a dispneia aos esforços e tosse seca persistente. Exame físico: articulações MCP e MTP com sinovite ativa e deformidades em botoeira, crepitação difusa em campos pulmonares, PA = 130x80mmHg, FC = 92bpm e $SatO_2$ = 92%. Exames laboratoriais: VHS = 58mm/h, PCR = 22mg/L. FR e anti-CCP = positivos em títulos altos e FAN = negativo. Exames de imagem: Raio X de mãos revela erosões marginais e deformidades articulares típicas; Tomografia computadorizada de tórax mostra padrão em vidro fosco difuso e áreas de fibrose pulmonar incipiente.

Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada, nesse momento, é:

A) Suspender metotrexato e considerar troca para biológico.
B) Aumentar a dose de prednisona para controle da atividade articular e manter metotrexato.
C) Iniciar ciclofosfamida intravenosa mensal como primeira escolha para o quadro pulmonar.
D) Indicar apenas tratamento sintomático pulmonar, mantendo a imunossupressão atual.

QUESTÃO 19

Um homem de 58 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial e insuficiência renal crônico estágio 3, procura atendimento por dor intensa no primeiro pododáctilo direito, iniciada há 24 horas, acompanhada de calor, rubor e edema local. Tem histórico de três crises semelhantes nos últimos 2 anos, todas tratadas apenas com anti-inflamatórios. Exames laboratoriais: ácido úrico sérico = 9,8mg/dL; Creatinina = 2,0mg/dL; Hemograma sem alterações significativas. O exame do líquido sinovial revela cristais em forma de agulha, birrefringentes negativamente à luz polarizada.

Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada é:

A) Iniciar alopurinol em dose plena durante a crise aguda.
B) Utilizar colchicina em baixa dose ou corticoide sistêmico para controle da crise e programar início de urato-redutor posteriormente.
C) Prescrever anti-inflamatório não esteroidal (AINE) em dose alta, mesmo com insuficiência renal crônica.
D) Indicar febuxostate imediatamente, sem necessidade de controle da crise aguda antes.

GASTROENTEROLOGIA

QUESTÃO 20

Considere uma paciente de 53 anos de idade com queixa de prurido e fadiga há vários anos. Embora incômodos, não motivaram a busca de atenção médica. Nos últimos meses, surgiram icterícia discreta, xantelasmas, equimoses e dores ósseas. Ao exame, detectou-se hepatoesplenomegalia e a pesquisa de anticorpos antimitocondriais mostrou-se reativa.

Essas evidências conduziram ao **diagnóstico** de:

A) Esclerodermia.
B) Hemocromatose.
C) Cirrose biliar primária.
D) Incontinência pigmentar.

QUESTÃO 21
Um homem de 49 anos de idade, obeso, tabagista, apresenta queimação retroesternal diária e regurgitação há mais de cinco anos, parcialmente controladas com inibidor de bomba de próton (IBP) em dose plena. Refere odinofagia intermitente nos últimos meses. Não há relato de emagrecimento significativo. A endoscopia digestiva alta mostrou esofagite erosiva grau C de Los Angeles e áreas de metaplasia intestinal suspeita no terço distal do esôfago.
A conduta **MAIS** adequada, nesse momento, é:

A) Manter IBP em dose plena indefinidamente, sem necessidade de outros exames.
B) Solicitar manometria esofágica, para confirmação diagnóstica de doença do refluxo gastroesofágico.
C) Indicar fundoplicatura cirúrgica de imediato, sem biópsia prévia.
D) Realizar biópsia esofágica, para confirmar esôfago de Barrett e definir necessidade de seguimento.

QUESTÃO 22
Um homem de 35 anos de idade, portador de doença de Crohn ileocolônica há 10 anos, previamente tratado com azatioprina e infliximabe, apresenta piora de diarreia crônica, dor abdominal difusa e perda ponderal de 6kg nos últimos 3 meses. Refere episódios recorrentes de febre baixa e drenagem de secreção purulenta pela região perianal. A colonoscopia evidenciou úlceras profundas no íleo terminal e cólon direito, além de fístula perianal com trajeto único. Exame PCR de 32mg/L (elevada) e VHS de 65mm/h. A tomografia computadorizada mostrou espessamento ileal, sem abscesso intra-abdominal.
Nesse caso, a conduta **MAIS** adequada é:

A) Introduzir antibióticos (ciprofloxacino + metronidazol) e avaliar associação de biológico anti-TNF em combinação com imunomodulador.
B) Reiniciar infliximabe em monoterapia, mesmo após falha prévia, como forma de tentar resgatar a resposta clínica.
C) Iniciar corticoide sistêmico em alta dose, utilizando-o não apenas para indução, mas também como terapia de manutenção prolongada.
D) Indicar ressecção cirúrgica ileocecal imediata, considerando o controle definitivo tanto da fístula perianal, quanto das lesões inflamatórias intestinais.

CARDIOLOGIA

QUESTÃO 23
Um paciente de 64 anos de idade, diabético, sem dor torácica, apresenta ondas Q patológicas em parede inferior ao ECG. Nesse caso, a explicação **MAIS** provável é:

A) Angina instável
B) Isquemia miocárdica atual
C) Infarto agudo do miocárdio
D) Isquemia cardíaca silenciosa

QUESTÃO 24
Um homem de 58 anos de idade apresenta dor e edema progressivo em membro inferior esquerdo há 3 dias. Refere sensação de peso na perna, sem febre. Tem antecedente de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (35%) e está em uso de carvedilol, enalapril e furosemida. Há três semanas, foi submetido à cirurgia ortopédica de quadril e, desde então, apresenta mobilidade reduzida. Ao exame físico: edema assimétrico em membro inferior esquerdo, aumento de temperatura local e dor à palpação da região sural. Sem sinais de sangramento ativo. Exames laboratoriais: hemograma normal, D-dímero elevado (2.100 ng/mL), creatinina = 1,2mg/dL e ECG = ritmo sinusal.
Nesse caso, a conduta inicial **MAIS** adequada para este paciente é:

A) Iniciar anticoagulação plena com HBPM, mesmo antes da confirmação diagnóstica por imagem.
B) Solicitar ultrasson com *doppler* venoso, antes de qualquer intervenção terapêutica.
C) Iniciar aspirina em dose plena como prevenção secundária, até confirmação diagnóstica.
D) Prescrever repouso absoluto em leito. até resultado do exame de imagem.

QUESTÃO 25

Considere um homem de 58 anos de idade, hipertenso e tabagista, que chega ao Pronto-Socorro com dor torácica opressiva há 40 minutos, irradiando para o braço esquerdo, acompanhada de sudorese fria e náuseas. Ao exame físico apresenta PA: 150/90mmHg, FC: 95bpm, $SatO_2$: 95% em ar ambiente e ausculta cardíaca sem sopros, mas paciente ansioso e sudorético. Foi realizado um ECG no atendimento que mostrou ritmo sinusal a 90bpm, supra de ST ≥ 2mm em V2-V4, infradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF e ondas T apiculadas nas mesmas derivações do supra.

A interpretação **MAIS** provável do eletrocardiograma descrito é:

A) Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em parede anterior.
B) Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST em parede posterior.
C) Angina instável sem alteração eletrocardiográfica típica.
D) Bloqueio de ramo esquerdo com repolarização secundária.

ATENÇÃO:
AGUARDE AUTORIZAÇÃO
PARA VIRAR O CADERNO DE PROVA.