

Residência em Cardiologia

Hospital Agamenon Magalhães

Orientações e Normas em Geral

2025

GIORDANO BRUNO DE OLIVEIRA PARENTE
(Supervisor)



Residência em Cardiologia

Hospital Agamenon Magalhães

Orientações e Normas em Geral

Seja bem-vindo ao programa de residência em cardiologia. Este programa a habilitar o médico residente com as principais funções de um médico cardiologista: ambulatório, medicina interna, pareceres, interpretação dos exames básicos (ECG, coronariografia, ecocardiografia, ergometria, etc), condução das emergências em cardiologia, além de introduzir e desenvolver conceitos de pesquisa e raciocínio clínico na área.

Para tanto, o programa de residência deste período comprehende atividades na enfermaria, ambulatório geral e de especialidades, exames complementares, plantões de emergência, atividades teóricas (seminários, clubes de revista, etc), programação dos estudos clínicos a serem desenvolvidos, etc , etc.

No primeiro ano (R1) as atividade são basicamente ligadas a preceptoria da enfermaria, emergência e ambulatório, bem como a cobertura teórica dos principais capítulos de estudo na cardiologia.

Durante o segundo ano (R2), as atividades de enfermaria se especializam, com ajuda na supervisão dos R1, maior integração na discussão dos casos clínicos, além dos rodízios externos nas mais diversas áreas: cardiopediatria, cintilografia, ecocardiografia, tomografia, ressonância, hemodinâmica.

1-ENFERMARIA

Acompanhamento de pacientes portadores de cardiopatia internados no hospital, em regime de co-responsabilidade com respectivo preceptor. Nesta atividade, o residente ficará com as obrigações de evolução, prescrição, solicitação de exames e procedimentos terapêuticos sob a supervisão de um preceptor da enfermaria.

A responsabilidade em primeira instância sobre o paciente é do residente, devendo este registrar em prontuário todas as decisões tomadas em conjunto com o respectivo preceptor designado.

Visando a evolução do residente, é tarefa do preceptor prestar toda a assistência, estimulando o aprendizado e o raciocínio. Na medida que se avance no aprendizado teórico-prático, é tarefa do preceptor tornar o residente cada vez mais independente do staff na tomada de decisões, respeitando os limites éticos previstos no estatuto de residência médica.

Pelos motivos acima, o corpo de residência não deverá ser simplificado a mera mão-de-obra para realização dos deveres da enfermaria, devendo qualquer preceptor que haja desta forma ser apontado, objetivando reunir os residentes com aqueles que mais tenham o perfil enquadrado aqui. É importante ressaltar que, a única parte desta relação residente/preceptor que não pode ser prejudicada é a assistência dada aos pacientes internados na enfermaria, ou seja, nunca deverá haver prejuízo do doente sob nossos cuidados.

Os preceptores que como extensão de sua carga horária se dedique a atividades fora da enfermaria visando melhorar a diversidade de atividade dos residentes (ambulatórios específicos, métodos, etc) deverão ter todo o auxílio dos médicos residentes na ajuda de suas atribuições, sob pena de não conseguir atender a essa demanda. Para isso, a carga horária na enfermaria deste preceptor poderia modificada, utilizando para isso a compreensão e ajuda de todos os outros preceptores e residentes, afim que não haja prejuízo para os pacientes.

Os residentes em rodízio na enfermaria, deverão no período da **manhã** realizar as atividades com pacientes internados na mesma, além das atividades teóricas do dia. Os horários serão cobrados de maneira produtiva, ou seja, não poderá haver prejuízo das atividades dos residentes que tenham uma assiduidade ao serviço reduzida. Solicita-se dessa forma que, uma vez que, o residente inicie suas atividade o mais cedo possível, o mesmo terá mais disponibilidade durante o restante do turno para discussão de casos, seminários, atividades teóricas extras, etc.

2-PERMANÊNCIAS, FINAIS DE SEMANA E FERIADOS

Os residentes deverão se organizar e, sob a orientação do Staff, preencherem os horários correspondentes a permanência das tardes dos dias úteis, além das evoluções dos finais de semana. Atenção: **todos** os residentes que não estiverem em outra atividade (ambulatório, pareceres, ergometria, tarde livre) **deverão** estar presentes na enfermaria durante a permanência.

A permanência compreende das 12 ás 17 horas, horário em que o residente deverá ficar nas dependências do hospital, acessível para quaisquer

intercorrências, além das admissões e em casos excepcionais auxiliar o R2 nos pareceres das outras línicas. As evoluções de final de semana deverá contemplar a presença de pelo menos 1 residente até meio-dia para atendimento de eventuais intercorrências. Qualquer paciente instável ou com chance de instabilizar deve ser repassado ao plantonista da emergência e registrada essa conduta em prontuário.

No horário da permanência e, desde que não afetasse as obrigações acima, o residente poderá realizar outras atividades relativas a residência como preparo de casos, seminários, organização do prontuário, resolução de pendências dos pacientes, ajuda em pareceres, coleta de dados para trabalhos científicos, etc, especialmente nos casos que doutorando ou residentes de clinica médica estiverem ajudando.

As divisões de escala das tardes deverão contemplar todos os residentes, de maneira que todas as tardes de cada residente seja preenchida por uma atividade: permanência, ambulatório geral (HAM), ambulatório de especialidades (insuficiênci cardíaca, arritmia, Chagas, miocardiopatia), ergometria, pareceres, etc. Com exceção daqueles que estiverem na chamada tarde-livre ("folga pós-plantão").

As evoluções dos finais de semana serão feitas unicamente dos pacientes instáveis, que antecipadamente foram incluídos na escala de evolução e os recém-admitidos.

As dúvidas quanto a conduta que surgirem com os pacientes evoluídos em finais de semana, feriados e permanência, serão tiradas diretamente com os preceptores responsáveis pelos pacientes, e na impossibilidade de contato,

com qualquer outro membro do Staff médico (incluindo médicos plantonistas do hospital).

Todos os pacientes admitidos na enfermaria deverão ter uma ficha de admissão completa com todos os ítems da história clínica, exame físico, diagnósticos, etc. Se por algum motivo não for realizada esta admissão (final da permanencia por exemplo) é obrigação do residente do paciente elaborar essa admissão.

3-PLANTÕES OBRIGATÓRIOS

Os residentes deverão realizar os plantões na emergência cardiológica, com carga horária correspondente a 12 horas semanais.

A equipe plantonista que supervisionará a atividade deste residente representada pelo chefe de plantão deverá ao final de cada mês preencher ata de avaliação contendo além da presença, uma avaliação pontuada nos ítems: interesse / capacidade teórica / pontualidade / capacidade prática

FICHA DE FREQUÊNCIA / AVALIAÇÃO DOS PLANTÕES OBRIGATÓRIOS – RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES					
Residente _____	Período _____	_____ a _____	_____	_____	_____
PERÍODO DE PLANTÃO					
Data	Horas de plantão	Assinatura do Chefe do Plantão	Data	Horas de plantão	Assinatura do Chefe do Plantão
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Assinatura e Currículo do Residente _____ Assinatura e Currículo do Médico Chefe de Plantão _____					
Obs: Caso o plantão seja realizado em dia com pressupostos diferentes, deve-se preencher um ficha para cada dia.					

*Ficha de Frequencia dos Plantões a ser preenchida e entregue MENSALMENTE
disponível para download em <http://cardioham.webnode.com>*

Só serão liberados para 1 tarde de folga pós-plantão das atividades da

residência, aqueles residentes que comprovadamente estiverem cumprido a carga horária devida.

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

POR DETERMINAÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA, MENSALMENTE A FOLHA DE PONTO E AVALIAÇÃO MENSAL DOS RESIDENTES DEVERÁ SER ENTREGUE ATÉ O 2º DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE, PREENCHIDA E ASSINADA PELO SUPERVISOR DA RESIDÊNCIA, SOB PENA DE NÃO RECEBIMENTO DA BOLSA DE RESIDÊNCIA MÉDICA (INCLUSIVE RETROATIVAMENTE). ALÉM DISSO O RESIDENTE PODERÁ SER PENALIZADO INTERNAMENTE PELA COMISSÃO DA RESIDÊNCIA EM CARDIOLOGIA QUE JULGARÁ E DETERMINARÁ O QUE SERÁ FEITO.

IMPORTANTE: A CADA INÍCIO DE MÊS, CADA RESIDENTE (INDEPENDENTE R1 OU R2) FICARÁ DESIGNADO PARA UM PRECEPTOR EM PARTICULAR CABENDO UNICAMENTE A ELE ZELAR PELAS OBRIGAÇÕES, BEM COMO FISCALIZAR A FREQUÊNCIA, PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE. TODAS AS FALTAS, MESMO AS QUE SEJAM ABONADAS DEVERÃO SER REGISTRADAS NA ATA DE FREQUÊNCIA, PODENDO SEREM REPOSTAS NOS MESES SUBSEQUENTES.

4-ATIVIDADES CIENTÍFICAS

4.1 - Seminários PRINCIPAIS - seminários compreendendo todos os principais assuntos da cardiologia, realizados todas as segundas-feiras no período da manhã. Uma vez que a programação já está toda pré-estabelecida, qualquer problema que impeça a realização do seminário não afetará a programação dos demais, devendo os responsáveis pelo mesmo marcar em outro dia/horário. 5 A dinâmica do seminário será a apresentação por 1 residente, com a supervisão e comentários de um preceptor, podendo haver variações, com maior participação do preceptor ou mesmo aplicação de pós-teste.

4.2 - Clube de revista - apresentação pelos residentes de trabalhos científicos publicados em periódicos conceituados, determinados previamente pelo preceptor responsável, ou na impossibilidade eventual do mesmo, escolhidos pelo próprio residente. Pelo menos 1 residente por semana ficará responsável por vasculhar os principais jornais de cardiologia (ABC/SBC; JACC; Circulation; NEJM; Lancet; Am J Cardiol, etc) e escolher em acordo com o preceptor 1 estudo a ser apresentado. Ao todo serão apresentados 3 ou mais artigos.

Importante: só artigos originais, nada de revisão de literatura, relatos de caso, etc.

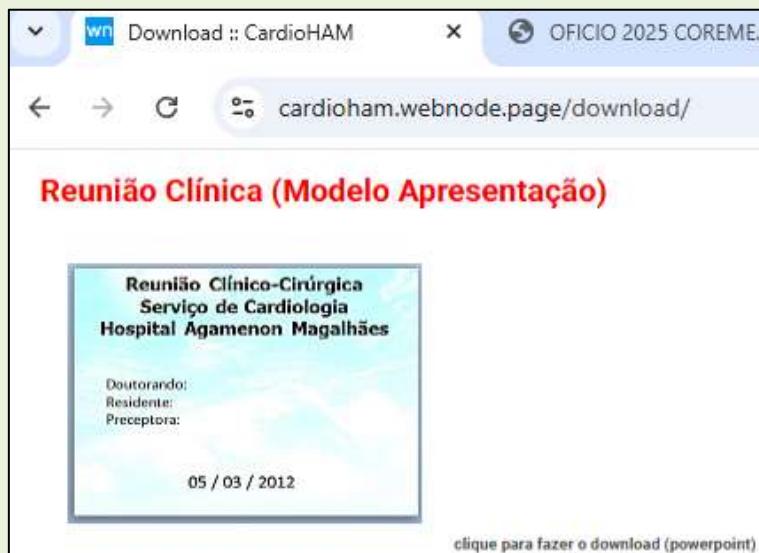
4.3 - Reunião Clínica - iniciada impreterivelmente as 8 horas da terça-feira, com toda a equipe da cardiologia onde serão apresentados preferencialmente pelos residentes os casos previamente selecionados.

Visando explorar ao máximo a discussão de cada caso, estes deverão ser limitados a no máximo 3.

Mesmo os casos apresentados por doutorando ou residentes de clínica médica deverão ter um residente da cardiologia como responsável para as devidas revisões e formatação de acordo com o modelo padrão para a reunião.

Os casos selecionados serão preferencialmente aqueles com maior dificuldade para decisão terapêutica, casos com peculiaridades interessantes (raridade, apresentação clínica atípica), e em último caso, demais pacientes.

Também poderão ser selecionados casos do ambulatório, UTI, leitos de outras enfermarias e emergência, desde que acertados com médico assistente do paciente.



Modelo OBRIGATÓRIO de slide para reunião clínica
disponível para download em <http://cardioham.webnode.com>

4.4 - Visita da enfermaria - realizada em etapas de acordo com a divisão da enfermaria. Será apresentado o caso clínico de maneira sucinta pelo residente, com discussão focada no diagnóstico e tratamento, bem como a programação. Individualmente, os residentes discutirão com cada preceptor, todos os dias em que os pacientes forem evoluídos - de maneira presencial, devendo o preceptor revisar sempre que necessário elementos do exame clínico ou mesmo exames complementares. A prescrição deverá ser revisada pelo preceptor a cada modificação da mesma.

4.5 - Seminários de métodos - realizados em horário independente ao das outras atividades (geralmente nas sextas-feiras), englobarão os métodos em cardiologia. Inicialmente haverá um módulo de eletrocardiologia, seguido de cateterismo, ecocardiografia, cintilografia, RM/TC, Holter, etc.

4.6 - Trabalho científico / monografias - haverá intenso estímulo a produção científica pelos residentes. A partir do 2º trimestre serão apresentados pela comissão científica aos residentes propostas de trabalhos para serem desenvolvidos, visando apresentação em congresso, revistas e monografia de conclusão da residência.

4.7 - Avaliações - a cada 4 meses, serão realizadas avaliações dos residentes, cobrando o conteúdo teórico já discutido. Esta avaliação não terá finalidade classificatória, não sendo divulgada inclusive a nota obtida. Ela visará essencialmente avaliar o nível de conhecimento, bem como estimular o estudo teórico de todo o conteúdo.

4.8 – Residente-Chefe – será designado para todo o ano, um residente que

ficará responsável pela coordenação das atividades, elaboração da escala de residentes (permanências, finais de semana e feriados), divulgação para os demais residentes das decisões tomadas na enfermaria, participação na reunião do colegiado e COREME, etc. Este “cargo” será escolhido pelos próprios residentes, e não havendo definição, o coordenador definir uma escala de rodízio entre os residentes para o mesmo. Problemas envolvendo atividades teóricas ou práticas, de maneira isolada ou geral serão tratados diretamente pelo residente-chefe, tendo este autonomia para decidir junto a coordenação da residência assuntos relativos a residência na qualidade de representante dos demais.

Ao residente-chefe também caberá ajudar a preceptoria em mostrar as rotinas da enfermaria aos doutorandos e residentes externos, bem como anotar semanalmente os casos que irão ser apresentados na reunião clínica, procurando sempre evitar excesso de casos, e se for o caso comunicar a preceptoria ausência de casos a serem discutidos.

Como contra-partida, o residente-chefe deverá ter benefícios em relação a escolha das suas atividades, desde que sempre em comum acordo com os demais.

5 - Outras Orientações - "Direitos e Deveres do residente"

Organização do prontuário - deverão ser acondicionadas nas pastas específicas, juntamente com fichas de fluxograma (digital e impresso) e lista de diagnósticos. A organização deverá ser padronizada, com a colocação das evoluções, exames, ECG, etc. O prontuário eletrônico sempre mantido atualizado é fundamental tanto na documentação do caso como na facilitação para elaboração do resumo de alta. Residentes externos que utilizem o login de um dos residentes do hospital deverão registrar no próprio prontuário eletrônico no final da evolução seu nome e CRM, além de assinar e carimbar

após impressão.

Pontualidade e dedicação - é importante salientar que a residência de cardiologia, incluindo todas as atividades deverá ser a prioridade para o residente, não havendo ressalvas ou excessões aplicáveis caso haja atividades extra-residencia. Estas inclusives não devem ter horários conflitantes, e idealmente não comprometerem o rendimento apresentado. A obrigação maior do residente é com o trinômio: PACIENTE - AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO - EXPERIÊNCIA PRÁTICA, nesta ordem.

[RESIDENTES QUE FOREM DESCOBERTOS EXERCENDO ATIVIDADE FORMAL OU INFORMAL EM OUTRA UNIDADE DURANTE SEU HORÁRIO DE RESIDÊNCIA, SEJA REMUNERADA OU NÃO, PODERÁ SOFRER AS PUNIÇÕES CABÍVEIS E LISTADAS NO REGIMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA]

Incentivo ao estudo - a preceptoria deve, na medida do possível, estimular a aquisição de conhecimento pelo residente, seja diretamente participando das atividades teóricas, discussões clínicas ou planejando estudos em assuntos específicos. É portanto direito do residente, o acesso e direcionamento a todas as informações teóricas, pertinentes aos pacientes sob responsabilidade do preceptor / residente.

A relação residente-preceptor deve desta maneira ser vista como uma via de "mão-dupla", em que em troca de todo conteúdo teórico e experiência, o residente possa auxiliar o preceptor nas suas atividades da enfermaria.

Casos de faltas não-previstas de qualquer residente, serão na medida do possível, no que concerne ao não prejuízo dos pacientes, ajudados pelos demais residentes. Cada caso será avaliado a luz do não prejuízo da carga horária.

Giordano Bruno Parente
Supervisor da Residência em Cardiologia – HAM / SES – PE

ANEXOS

CLUBE DE REVISTA

- Os principais estudos (trials) que alicerçam praticamente todas as práticas da cardiologia, publicados nas últimas 3 décadas deverão apresentados em conjunto com os artigos mais recentes que sejam relevantes.
- A listagem e o download de todos estes trials importantes será disponibilizada na pagina do CardioHAM na internet (<http://cardioham.webnode.com>)
- Para evitar consumo desnecessário de tempo na realização da atividade, não deveram ser apresentados artigos de revisão, casos clínicos comentados ou quaisquer outros artigos que não sejam artigos científicos.
- A escolha do tema a ser explorado deverá na medida do possível coincidir com o tema que está sendo apresentado nos seminários principais como: doença arterial coronária, hipertensão, insuficiência cardíaca, etc.
- Na preparação do material expositivo (powerpoint), procurar ser objetivo, colocando somente os itens principais (objetivo – criterios – resultados – discussao e conclusão), usando zoom ampliado em tabelas e gráficos
- Editoriais, comentários de cartas de leitores e críticas nos principais sites de cardiologia acerca do trabalho devem ser estimulados a ser lidos para complementar a discussão do estudo clínico, ressaltando principalmente as limitações do estudo.

Dinâmica da apresentação:

- Leitura do título do estudo, respectivo acrônimo, investigador principal e grupo de pesquisa, bem como o centro principal em que o estudo foi desenvolvido (instituição, cidade e país)
- Descrição sumária da introdução, evitando fazer revisões extensas sobre o tema e focalizando basicamente no levantamento do problema, e objetivo.
- Material e métodos: descrever tipo de estudo, população e amostra escolhida, critérios de inclusão e exclusão, variáveis do estudo, metodologia para obtenção dos dados, desenho do estudo e tempo de seguimento. De maneira geral e desde que não atrapalhe o entendimento do estudo, evitar comentar muito sobre: aspectos técnicos, éticos, estatística (neste último caso lembrar o nível de significância considerado)
 - Resultados: mencionar os dados importantes das características de base dos pacientes, apresentação das principais variáveis, redução de desfechos e nível de significância. Além de análise de

subgrupo, intervalos de confiança, etc.

- Conclusão: em uma frase simples resumir as principais conclusões tiradas no estudo
- Discussão: com as próprias palavras comentar as implicações e aplicações do estudo, limitações, viéses, importância e impacto. Comentar aqui se for o caso, editorial ou comentários pessoais.

SEMINÁRIOS

- Apresentações pelo residente responsável do tema exposto, de maneira completa, incluindo conhecimentos fisiopatológicos, etiopatogênicos, aspectos clínicos e terapêuticos.
- A bibliografia a ser consultada será **sempre** indicada pelo preceptor designado, que incluirá livros, artigos de revisão, trials, etc.
- Se julgar necessário, o preceptor poderá aplicar avaliação sobre o tema na forma de pré e pós-teste, para todos os residentes participantes, bem como exigir outras atividades como pesquisas, relatórios, etc.
- A presença nos seminários é **obrigatória**, devendo inclusive os residentes que estão em atividade fora da enfermaria no período se programarem para participar. Neste caso, se houver necessidade, contato do coordenador da residência com o responsável pelo rodízio será feito para que haja a liberação. A presença durante o mês de férias será opcional.
- Tabelas extensas, incluindo “alongados” critérios de indicação de procedimentos com nível de evidência (diretrizes e guidelines) deverão no máximo possível serem resumidos e em alguns casos no máximo serem citados para não prejudicar o tempo para exposição do tema, bem como não enfadonha a apresentação.

REUNIÃO CLÍNICA

- Reunião que se destina unicamente a exposição de casos clínicos, que deverão ser extensamente explorados, desde os detalhes clínicos da apresentação, semiologia, exames complementares, etc. Para que isso seja feito, deverá se limitar a no máximo 03 (três) casos.
- Excepcionalmente, e desde que haja interesse geral, poderá ser feita uma breve apresentação no final do caso que contemple uma revisão **curta** da patologia, principalmente quando se trata de síndrome rara.
- A apresentação deverá seguir o modelo apresentado no site: <http://cardioham.webnode.com>, sempre utilizando foto ou scanner dos exames de

imagem, além do filme de cateterismo e em alguns casos filme de ecocardiografia (casos envolvendo valvopatias, miocardiopatias) .

VISITA CLÍNICA

- Apresentadas de maneira simplificada dos pacientes internados na enfermaria, ressaltando os seguintes ítems:
 - Identificação do paciente, data internamento, quadro clínico e diagnóstico na admissão, Exame físico (dados alterados), ECG e demais exames complementares importantes e programação atual

Exemplo de roteiro (paciente coronariopata)

“Paciente do leito 122-2 internada no início de janeiro, 84 anos, hipertensa, diabética, ex-tabagista e sem histórico de DAC, admitida com precordialgia típica iniciada a 3 horas da admissão associada a dispnéia, sendo atendida com PA de 18x11, 98bpm e ECG revelando infra-ST dinâmico de V4 a V6 (**passar o ECG aos colegas**). Os marcadores foram negativos, o ECO não demonstrou déficit segmentar com FE de 60% e a evolução foi boa sendo optado por cateterismo que mostrou oclusão de CD, lesão severa proximal de DA e Cx, Está aguardando cintilografia para definir cirurgia ou não bem como melhora da função renal”

Note a sequencia acima: identificação - antecedentes - queixa principal - exame sumário - exames complementares da chegada (ECG, marcadores) - diagnóstico - evolução e estratificação - conduta e pendências.

DISTRIBUIÇÃO DOS RODÍZIOS

1º ano

- Enfermaria e ambulatórios (9 meses)
- UTI cardiológica IMIP (1 mês)
- Rodízio na emergencia (manhã e tarde)
- Plantões semanais em emergência (12 horas/semana) exceto no mês de férias

2º ano

- Denominado ENFERMARIA: Compreende atividades na enfermaria, ambulatórios específicos e métodos (5 meses) – Exclusivo HAM
- Cardiologia pediátrica + Cintilografia (IMIP)
- Arritmia
- UTI pós-operatória de cirurgia cardíaca (URCT) – exclusivo HAM
- Hemodinâmica e Cateterismo
- Ecocardiografia
- Rodízio opcional: O rodízio indicado para todos é na unidade de transplante cardíaco e IC avançada do IMIP. Só poderá ser realizado em uma unidade habilitada para receber residentes, com carga-horária e atividades teórico-práticas compatíveis com a residência médica. NENHUMA excessão será feita em relação a este ítem. Sugestões: Área de interesse da subespecialidade do residente, e particularmente nos maiores centros de cardiologia no Brasil (programação com antecedência)
- Plantões semanais em emergência / UTI cardiológica (12 horas/semana) quando o rodízio for na cidade e não tiver carga-horária específica para plantão.

OBJETIVOS

Ao final de cada período, o residente deverá estar e se sentir habilitado para as mais diversas competências. Para isso o residente deverá além de cumprir suas atividades durante a residência, reforçar suas habilidades práticas além de promover o estudo geral e orientado.

Período 1 - R1 março - abril - maio

- () Realizar história clínica e exame físico geral e específico da cardiologia - DETALHADO
- () Eletrocardiografia: realizar e interpretar o traçado eletrocardiográfico, sabendo reconhecer as principais alterações: arritmias, sobrecargas, doença isquêmica, etc.
- () Radiografia do tórax - conhecimento básico e avançado () Conhecimento básico e avançado ao suporte a vida durante parada cardiorrespiratória
- () Ter noções básicas no reconhecimento, diagnóstico de tratamento das principais síndromes em cardiologia: doença coronariana, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial
- () Ter noções básicas da farmacologia das principais drogas em cardiologia

Período 2 - R1 - junho - julho - agosto

- () Conhecimento avançado das principais síndromes em cardiologia: doença isquêmica cardíaca (incluindo abordagem ambulatorial), insuficiência cardíaca, hipertensão arterial
- () Conhecimento avançado nos mecanismos de prevenção cardiovascular - incluindo dislipidemia e aterosclerose
- () Conhecimento avançado na avaliação do risco pré-operatório () Conhecimento básico no reconhecimento e tratamento das principais arritmias cardíacas
- () Interpretação da coronariografia
- () Conhecimento básico na interpretação de exames ecocardiográficos 13
- () Conhecimento básico em pós-operatório de cirurgia cardíaca

Período 3 - R1 - setembro - outubro - novembro - dezembro

- () Conhecimento avançado em valvopatias cardíacas, pericardiotomias, doença reumática, endocardite, embolismo pulmonar, terapia anticoagulante.
- () Conhecimento básico em miocardiopatias, miocardites, aortopatias.
- () Conhecimento básico para solicitação e interpretação dos principais exames em cardiologia (incluindo ergometria, Holter, MAPA, medicina nuclear, tomografia, RNM, EEF)
- () Conhecimento avançado na indicação dos principais procedimentos invasivos em cardiologia: cirurgia de revascularização, valvar, marcapasso, angioplastia,



CDI, ablação.