



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR
EDITAL – 2019
EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE
ATUAÇÃO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

A **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR (ABHH)** torna público que estarão abertas, no período **01 de junho de 2019 a 05 de outubro de 2019**, as inscrições do concurso para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Transplante de Medula Óssea, de acordo com o estabelecido na Resolução 2.221/2018, do Conselho Federal de Medicina a ser realizado em **05 de novembro de 2019**, no Riocentro Convention e Event Center, localizado na Avenida Salvador Allende, 6555 – Barra da Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22783-127 com início às 12h00min. As condições a serem preenchidas pelos candidatos encontram-se explicitadas nas **“NORMAS PARA A OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA DA ABHH”**.

São Paulo, 01 de junho de 2019

Prof. Dr. Eduardo Magalhães Rego
Vice-Diretor Científico da ABHH

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

www.abhh.org.br



NORMAS PARA A OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - 2019

A **ABHH – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR**, Associação de especialidade médica filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e ao Conselho Federal de Medicina (CFM), obedecendo à Resolução CFM 2.221/2018, segue o edital em conformidade com o convênio celebrado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que regulamenta a concessão e registro de Títulos de Especialista e Certificados de Área de Atuação.

1. PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA INSCRIÇÃO:

- 1.1 O candidato deverá comprovar o registro definitivo no CRM;
E
- 1.2 Possuir o Título de Especialista em Hematologia e Hemoterapia pela AMB/ABHH ou Conclusão de Residência Médica em Hematologia e Hemoterapia pela CNRM/MEC.
OU
- 1.3 Conclusão do programa de residência médica em Transplante de Medula Óssea reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica;
OU
- 1.4 Comprovar Atividades Profissionais em Transplante de Medula Óssea por no mínimo de 2 anos, com carta assinada pelo chefe de serviço e apresentação de 2 titulados pela ABHH;
- 1.5 Para cada candidato, a ABHH procederá à pontuação estabelecida nos itens acima discriminados, ação essa que será executada visando a aprovação de sua inscrição.
- 1.6 Os comprovantes referentes aos documentos dos itens 1.1 e 1.2 **OU** 1.3 **OU** 1.4 devem ser enviados à ABHH em envelope, via SEDEX, juntamente com os documentos mencionados no item 2 e seus subitens.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

www.abhh.org.br

OBS.: Aos candidatos não é exigida a condição de sócio da AMB, da ABHH ou da SBTMO.

2. PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS À APROVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

2.1 Preencher a ficha de inscrição, em letra de forma, constante deste EDITAL;

2.2 Para efetuar o pagamento da taxa de inscrição, é necessário acessar o link: <https://abhh.org.br/institucional/titulos-e-certificacoes/pagamento/>. O comprovante de pagamento deverá ser enviado com a documentação solicitada.

2.3 Para associados da ABHH e da AMB o valor da taxa de inscrição é de R\$ 960,00 (novecentos e sessenta reais). Para não associados da ABHH e da AMB, o valor da taxa de inscrição é de R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais).

Não haverá devolução da taxa de inscrição em caso do não comparecimento do candidato ao Exame.

2.4 Enviar a comprovação do registro definitivo no CRM e o Curriculum Vitae, confeccionado de acordo com a “Plataforma Lattes”, do CNPq (<http://lattes.cnpq.br>).

Observações Importantes:

1 - Toda a documentação exigida nos itens 1 e 2 e seus subitens deverá ser enviada por SEDEX à ABHH – Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia e Terapia Celular– Rua Doutor Diogo de Faria, 775 – 13º andar – Conjunto 133 – Vila Clementino – São Paulo– CEP 04037-002 impreterivelmente até o dia **05/10/2019**.

2 - Não serão aceitos documentos enviados de outra forma;

3 - No processo de inscrição, qualquer pendência ocasionará seu cancelamento;

4 - Caso o candidato não receba em 04 (quatro) dias úteis, após a remessa dos documentos, a confirmação do recebimento pela ABHH de seu pedido de inscrição, deverá contatá-la pelo telefone (11) 2338-6764 ou por e-mail titulos@abhh.org.br visando esclarecer o fato.

3. PROVAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

Obedecerão a “Normativa de Regulamentação do Exame de Suficiência para obtenção de Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação” emitida pela AMB, em vigor desde 2016. Constará de prova teórica (escrita) e análise curricular.

3.1 Compreenderá 50 (cinquenta) questões de “Múltipla Escolha”;

3.2 **A prova escrita, com duração de 03 (três) horas;**

3.3 Após a prova escrita, todos os candidatos serão entrevistados por, pelo menos, dois membros dessa Comissão;

3.4 O Curriculum Vitae será analisado pela Comissão de Titulação, sendo-lhe atribuído uma nota;

3.5 O candidato deverá comparecer ao local designado com 01(uma) hora de antecedência do horário fixado para seu início.

3.6 Nenhum candidato fará a prova fora do dia, horário e local fixados.

3.7 Não será permitido o ingresso de candidatos nos locais das provas após o horário fixado para seu início.

4. AVALIAÇÃO:

- Prova escrita: nota obtida multiplicada por peso 03;
- Análise do Curriculum Vitae (peso 1): a pontuação (nota) será obtida através da análise dos dados contidos na “Plataforma Lattes” do candidato, avaliando-se os itens constantes da Grade Curricular, que será preenchida pela Comissão de Titulação;
- A nota final é a soma dos resultados ponderados da forma acima e dividida por 03 (três);
- A Comissão de Titulação atribuirá nota de 0 (zero) a 100 (cem), sendo considerados aprovados os candidatos com a média final de 60 (sessenta). O resultado do Exame será liberado, em 48 (quarenta e oito) horas após seu término, no site www.abhh.org.br como:

4.1 **APROVADO:** o nome do candidato constará da lista de aprovados;

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767



4.2 REPROVADO: o nome não constará da lista de aprovados.

OBSERVAÇÕES:

- O gabarito da prova escrita será afixado no local de sua realização, após o seu término.
- Não haverá divulgação de notas ou de qualquer outro conceito

5. APÓS A APROVAÇÃO:

5.1 - A ABHH, divulgará a lista dos candidatos aprovados em seu site (www.abhh.org.br), e emitirá uma DECLARAÇÃO, com validade de 06 (seis) meses.

5.2 - O candidato aprovado deverá aguardar um comunicado com as orientações para requisição do título, que será confeccionado pela AMB.

5.3 - Qualquer recurso interposto pelo candidato quanto ao resultado do exame escrito do Concurso deverá ser feito, por escrito, em até 72 (setenta e duas) horas após a divulgação no site da ABHH.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

www.abhh.org.br

**PROGRAMA DO EXAME DE SUFICIÊNCIA DE 2019, PARA OBTENÇÃO DO
CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.**

- a. Indicações do transplante de medula óssea;
- b. Seleção apropriada dos pacientes, e doadores, e do regime de condicionamento com quimioterapia em alta dose;
- c. Avaliação do paciente pré-transplante, incluindo os critérios de elegibilidade, assim como, as alternativas de coleta do enxerto para a realização do transplante;
- d. Administração de tratamento quimioterápico em alta dosagem;
- e. Utilização de fatores de crescimento para a mobilização de célula-tronco hematopoiética e para a reconstituição das células hematopoéticas pós-transplante;
- f. Tratamento das neutropenias febris;
- g. Diagnóstico e tratamento das complicações pulmonares infecciosas e não infecciosas após o transplante;
- h. Diagnóstico e tratamento das infecções virais, bacterianas e fúngicas associadas ao TMO;
- i. Diagnóstico e tratamento da síndrome de obstrução sinusoidal hepática (conhecida classicamente como síndrome veno-oclusiva -VOD);
- j. Tratamento da plaquetopenia e dos sangramentos associados ao TMO;
- k. Tratamento da cistite hemorrágica associada à quimioterapia e/ou radioterapia;
- l. Prevenção e tratamento das náuseas/vômitos e mucosite;
- m. Tratamento das dores;
- n. Cuidado do paciente terminal;
- o. Documentação e relato dos pacientes em protocolos de investigação;
- p. Diagnóstico e tratamento da falência primária e secundária do enxerto;
- q. TMO alogênico convencional (mielo-ablativo) e de intensidade reduzida: indicações, complicações, resultados e perspectivas futuras destas modalidades;
- r. TMO autólogo: indicações, complicações, resultados e perspectivas futuras desta modalidade;
- s. Complicações de longo prazo: endocrinológica e neoplasias secundárias (SMD, leucemias agudas, tumores sólidos);
- t. Indicação e manipulação de imunossupressores.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

- Além dos itens acima o exame prevê conhecimentos adicionais em:
 - a. Identificação e seleção da fonte de célula para a utilização como enxerto (medula óssea, sangue periférico ou cordão umbilical);
 - b. Utilização de registros de doadores voluntários de medula óssea (REDOME e REREME);
 - c. Metodologia, interpretação e as implicações do sistema antígeno de histocompatibilidade leucocitário humano (HLA);
 - d. Manejo do enxerto e dos pacientes que receberam um transplante ABO incompatível;
 - e. Diagnóstico e tratamento da infecção e da doença por citomegalovírus (CMV);
 - f. Diagnóstico e tratamento de outras infecções virais em pacientes imunodeficientes;
 - g. Diagnóstico e tratamento da doença do enxerto-contra-o-hospedeiro aguda e crônica;
 - h. Diagnóstico e tratamento da imunodeficiência pós-transplante;
 - i. Avaliação do quimerismo após o transplante.

- O exame exige conhecimento no manejo do produto de célula-tronco hematopoética e incluirá:
 - a. Infusão do produto de célula-tronco hematopoética;
 - b. O Processamento do produto de célula tronco hematopoética;
 - c. Criopreservação do produto de célula tronco hematopoética;
 - d. Coleta da medula óssea;
 - e. Procedimentos de aféreses para coleta da célula-tronco hematopoética;
 - f. Tipos, indicações e manipulações de cateteres;
 - g. Conhecimentos básicos de “Terapia Intensiva”.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

BIBLIOGRAFIAS SUGERIDAS:

1. Appelbaum FR, Forman SJ, Negrin RS, Antin JH [ed]. Thomas' hematopoietic cell transplantation : stem cell transplantation. Fifth ed. Chichester, West Sussex, United Kingdom ; Hoboken, NJ. John Wiley & Sons Inc., 2015.
2. Carreras E, Dufour C, Mohty M, Kröger N (ed). The EBMT Handbook hematopoietic stem cell transplantation and cellular therapies. Disponível na internet: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-02278-5>, 2019.
3. D'Souza A, Fretham C. current uses and outcomes of hematopoietic cell transplantation (HCT): CIBMTR Summary Slides, 2018. Disponível na internet: <https://www.cibmtr.org>
4. Negrin RS. Donor selection for hematopoietic cell transplantation e outros arquivos referentes a hematopoiéticas cell transplantation - . Disponíveis na internet: <https://www.uptodate.com>
5. Consensos da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea – SBTMO - <http://www.sbtmo.org.br/aulas-e-palestras.php>



Prof. Dr. Eduardo Magalhães Rego
Vice-Diretor Científico da ABHH

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

www.abhh.org.br

**EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
05/11/2019 – RIO DE JANEIRO - RJ**

(PREENCHER COM LETRA DE IMPRENSA)

NOME:	
ASSOCIADO ABHH : () SIM () NÃO	Nº DA MATRÍCULA NA ABHH:
E-MAIL:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: () FEMININO () MASCULINO
PROFISSÃO:	
REGISTRO PROFISSIONAL/UF:	
CPF:	REGISTRO GERAL/UF:
ANO DA GRADUAÇÃO:	
INSTITUIÇÃO DA GRADUAÇÃO:	
INSTITUIÇÃO DE RESIDENCIA MÉDICA:	

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

PERÍODO DA RESIDÊNCIA MÉDICA:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
BAIRRO:	CIDADE:
UF.:	CEP:
TELEFONE CELULAR: (DDD)	
TELEFONE RESIDENCIAL: (DDD)	
ENDEREÇO PROFISSIONAL: (NOME E ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO)	
BAIRRO:	CIDADE:
UF:	CEP:
TELEFONE COMERCIAL: (DDD)	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: () RESIDENCIAL () PROFISSIONAL	

Solicito minha inscrição no concurso acima mencionado.

Data: ___/___/___ Assinatura _____

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767



**EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
05/11/2019 – RIO DE JANEIRO - RJ**

APRESENTAÇÃO DE TITULADOS PELA ABHH

Apresentação de 2 (dois) titulados pela ABHH para os candidatos que optarem pelo item 1.4 do Edital do Exame de Suficiência para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Transplante de Medula Óssea dos pré-requisitos obrigatórios para a inscrição.

1º Titulado

Nome Completo _____

CRM _____

Assinatura _____

2º Titulado

Nome Completo _____

CRM _____

Assinatura _____

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR

Rua Dr. Diogo de Faria 775 - 11º andar, conj 114 - Vila Clementino - São Paulo - SP - BRASIL 04037 002
PABX +55 11 2338 6764 | Tel +55 11 2369 7767

www.abhh.org.br