



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR
EDITAL – 2018
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 2018 a 30 de setembro de 2018**, as inscrições do concurso para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Transplante de Medula Óssea, de acordo com o estabelecido nas Resoluções 2.148/2016 e 2.149/2016, do Conselho Federal de Medicina a ser realizado em **30 de outubro de 2018**, no Transamérica Expo Center, localizado na Rua Doutor Mário Villas Boas Rodrigues, 387 – Santo Amaro – São Paulo – CEP 04757-020 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 2018

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 - 2018**

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 às Resoluções CFM 2.148/2016 e 2.149/2016, segue as cláusulas do 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.a 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

1.2.b Possuir o Título de Especialista em Pediatria pela AMB/SBP ou Conclusão de Residência Médica em Pediatria pela CNRM/MEC.

E

1.3.a Conclusão do programa de residência médica em Transplante de Medula Óssea reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica;

OU

1.3.b Comprovação e 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;

1.4 Para cada candidato, a ABHH procederá à pontuação estabelecida nos itens acima discriminados, ação essa que será executada visando a aprovação de sua inscrição.

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

1.5 Os comprovantes referentes aos documentos dos itens 1.1 e 1.2.a **OU** 1.2.b **E** 1.3.a **OU** 1.3.b devem ser enviados à ABHH em envelope, via SEDEX, juntamente com os documentos mencionados no item 2 e seus subitens.

OBS.: Aos candidatos não é exigida a condição de sócio da AMB, da ABHH, da SBP 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 Visando a agilidade e facilidade na forma de pagamento, a entidade disponibiliza via sistema eletrônico Pag Seguro. Sendo assim solicitamos que acesse o link direto no portal da ABHH para efetuar o seu pagamento: www.abhh.org.br/associacao/institucional/titulo-de-especialista/pagamento/. Caso não possua acesso rápido e fácil ao meio eletrônico, favor entrar em contato com o atendimento aos candidatos através da Sra. Rosemary Scramin: telefone (11) 2338-6764 ou e-mail titulos@abhh.org.br. 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 estabelecida pela ABHH, em caso de não comparecimento do candidato ao Concurso.

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>), devendo o candidato levar consigo, para o local da prova os documentos originais comprobatórios dessas informações, e cópia de um documento de identidade, com fotografia. Os documentos originais comprobatórios poderão ser solicitados pela banca examinadora caso julgue necessário.

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

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

de Faria, 775 – 11º andar – Conjunto 114 – Vila Clementino – São Paulo– CEP 04037-002
impreterivelmente até o dia **30/09/2018**.

2 - Não serão aceitos documentos enviados eletronicamente ou por fax;

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:

Obedecerão ao contido na “Normativa de Regulamentação do Exame de Suficiência para obtenção de Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação” emitida pela AMB, vigorando em 2015. Constará de prova teórica (escrita) e análise curricular.

3.1 **A prova escrita, com duração de 03 (três) horas**, constará de 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha,

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

3.3 Todos os candidatos serão entrevistados por, pelo menos, dois membros dessa Comissão;

4. AVALIAÇÃO:

Prova escrita: nota obtida multiplicada por peso 02;

Análise do Curriculum Vitae: a pontuação (nota) será obtida através da análise dos dados contidos na “Plataforma Lattes” do candidato, avaliando-se os itens constantes da Grade Curricular, entrevista com os membros da banca.

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:

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

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

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

**PROGRAMA DO EXAME DE SUFICIÊNCIA DE 2018, 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 hematopoética 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);

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

t. Indicação e manipulação de imunossupressores.

- 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. Williams (ed) Hematology. Mc Graw Hill Inc., 1995.
2. Hoffman R, Benz Jr. EJ, Shattil SJ, Furie B, Cohan MJ (eds) Hematology, basic principles and practice. Churchill Livingstone, 1991.
3. Transplante de Células Tronco Hematopoéticas – JC voltarelli, E Ortega, R Pasquini, Ed. Atheneu, 2009,
4. Bone Marrow Transplantation – Forman, Blume, Thomas D, 2004.
5. Hematologia, Fundamentos e Práticas – Zago M, Passeto RP, Pasquini R, 2001.



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
30/10/2018 – SÃO PAULO - SP**

(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

www.abhh.org.br

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
30/10/2018 - SÃO PAULO - SP**

APRESENTAÇÃO DE TITULADOS PELA ABHH

Apresentação de 2 (dois) titulados pela ABHH para os candidatos que optarem pelo item 1.3.b 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