



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

### CURSO DE ATUALIZAÇÃO

#### CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE SANEANTES COM AÇÃO ANTIMICROBIANA

---

**Modalidade:** Presencial

**Periodicidade:** Anual

**Responsáveis do Curso:** Dra. Maria Helena Simões Villas Bôas e Dra. Bruna Peres Sabagh.

**Setor / Laboratório ou Departamento Responsável:** Saneantes/DM

**Colaboradora:** Dra. Célia Maria Carvalho Pereira Araújo Romão

---

#### 1. OBJETIVO

Atualizar o aluno abordando a legislação sanitária vigente e aspectos teóricos e práticos dos ensaios para a avaliação da atividade antimicrobiana, de acordo com as metodologias oficialmente adotadas no Brasil.

#### 2. PERFIL DO CANDIDATO

Profissionais de **instituições públicas** com nível superior completo e atuantes na área de microbiologia, sendo preferencialmente aceitos aqueles oriundos dos Laboratórios Centrais de Saúde (LACENS).

#### 3. REGIME DIDÁTICO

O curso será realizado no período de **24/06 a 05/07/2019**, de 8 às 17 horas, com carga horária total de **60** horas.

Local: INCQS/ FIOCRUZ – Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ

#### 4. VAGAS

Serão ofertadas **04** vagas.

Número mínimo de alunos para a realização do curso: 04

De forma a assegurar que a totalidade de vagas sejam preenchidas, serão selecionados candidatos na condição de Banco de Reservas.

Os candidatos classificados no Banco de Reservas somente serão convocados de acordo com a ordem de classificação e mediante a vacância dentre os candidatos titulares.

#### 5. INSCRIÇÕES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

- a) As inscrições estarão abertas de **04/02/2019 até 03/05/2019** na Plataforma SIGALS, em [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br), seguindo os links: Inscrição > Presencial > Atualização > Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) > “curso”.
- b) Documentação exigida:
- ✓ **Formulário** eletrônico de inscrição **SIGALS preenchido, impresso e assinado** (mencionado no item 5.a);
  - ✓ **Currículo** atualizado;
  - ✓ Documento do **Anexo I** preenchido, **com as devidas assinaturas e carimbos** (Carta de indicação da Instituição de origem);
  - ✓ Formulário do **Anexo II** preenchido (Perfil do candidato).
  - ✓ Fotocópia legível do **Diploma de Graduação** (frente e verso na mesma folha).  
Obs1: Os candidatos que ainda não possuem Diploma de Graduação deverão apresentar declaração de conclusão de curso, informando data da colação de grau. Não serão aceitas declarações com data superior a dois anos.  
Obs2: A não apresentação de cópia de Diploma será considerada como pendência, a que deverá ser cumprida para a retirada do Certificado do Curso.
  - ✓ Fotocópia legível da **Carteira de Identidade** (frente e verso) – não serão aceitas CNH ou Carteira Profissional;
  - ✓ Fotocópia legível do **CPF** (frente e verso), caso não conste na Identidade;
  - ✓ Fotocópia legível da Certidão de Casamento, caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação.
  - ✓ Declaração de responsabilidade das informações

### ATENÇÃO:

- **Antes de efetuar a inscrição para o Processo Seletivo, o candidato deverá conhecer todas as regras contidas nesta Chamada Pública e se certificar de preencher todos os requisitos exigidos.**
- **Os documentos deverão ser apresentados em folha A4 na cor branca.**

- c) Envio da documentação:

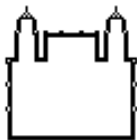
**A documentação deverá ser entregue pessoalmente ou enviada via SEDEX até 24h após o encerramento da inscrição (item a).**

Informações que devem constar no envelope de entrega ou de envio:

**Curso de Atualização: (colocar aqui o nome do curso)**  
**Coordenação de Ensino/Secretaria Acadêmica**  
**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - FIOCRUZ**  
**Av. Brasil, 4365 - Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21040-900**

### ATENÇÃO:

- ✓ **Esta Coordenação não se responsabilizará pelas correspondências que não sejam recepcionadas no prazo de até 5 (cinco) dias após a data final de inscrição.**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

### d) Homologação da Inscrição:

A homologação da inscrição será divulgada em **10/05/2019**, no site [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br)

### **ATENÇÃO:**

- ✓ Serão homologadas as inscrições que contenham a documentação exigida, com as devidas assinaturas e que estejam de acordo com o perfil exigido.
- ✓ O candidato cuja inscrição foi homologada “com pendência”, deverá entrar em contato pelo telefone (21) 3865-5291 para saber como sanar.
- ✓ Documentação postada fora do prazo estipulado não será homologada.
- ✓ A homologação da inscrição não será objeto de recurso.

## 6. SELEÇÃO

Caso o número de candidatos homologados supere o número de vagas disponíveis, os candidatos passarão por processo de seleção segundo os critérios determinados.

### a) Critérios de Seleção:

Será preferencialmente selecionado o candidato que apresente as melhores condições de implantação e disseminação das metodologias.

### b) Resultado da Seleção:

Será divulgado em **17/05/2019** no site SIGALS [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br)

### c) Recurso:

O candidato que desejar interpor recurso contra o resultado do processo seletivo deverá fazê-lo no prazo de 24h a contar da data de publicação do resultado. Para recorrer, o interessado deverá enviar o recurso ao endereço de e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br)

Todos os recursos serão analisados e a justificativa da alteração do resultado do processo seletivo, se for o caso de provimento, será divulgado no site [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br). A resposta ao recurso será remetida para o e-mail utilizado pelo candidato para interposição do mesmo. Em nenhuma hipótese será aceito pedido de revisão de recurso

### d) Homologação do Resultado da Seleção

Será divulgada no site SIGALS em **22/05/2019**

### e) Confirmação de participação

O candidato deverá confirmar a sua participação até 48h após a homologação do Resultado da seleção ao endereço eletrônico [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br)

**Importante: Caso o candidato não confirme presença sua vaga será disponibilizada entre os candidatos do Banco de Reserva segundo a ordem de classificação.**

## 7. DESCRIÇÃO DO CURSO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

### a) Conteúdo Programático:

Tanto os coordenadores como os colaboradores participam de todas as atividades.

1. Noções sobre legislação sanitária aplicada aos saneantes;
2. Método da diluição de uso;
3. Método para avaliação da atividade fungicida;
4. Método para avaliação da atividade bactericida de desinfetantes nas formas de spray e aerossol;
5. Método para avaliação da atividade esporocida;
6. Método para avaliação da atividade micobactericida

### b) Bibliografia:

1. Health Association. Standard methods for the examination of water and wastewater. American Public Health Association, American Water Works Association and Water Pollution Control Federation. 18 ed., 1992, p. 9-5.
2. Brasil – Resolução nº 14 de 28 de fevereiro de 2007. Aprova o Regulamento Técnico para Produtos Saneantes com Ação Antimicrobiana harmonizado no âmbito do Mercosul através da Resolução GMC nº 50/06, que consta em anexo à presente Resolução. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 05 mar 2007.
3. Brasil – Resolução nº 35 de 16 de agosto de 2007. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos saneantes com ação antimicrobiana utilizados em artigos semicríticos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, p. 44-46, 18 ago 2010. Seção 1.
4. Dey, B.P. & Engley, JR. F.B. Neutralization of antimicrobial chemicals by recovery media. Journal of Microbial Methods, 1994, 19: 51-58.
5. The United States Pharmacopeia. 31 ed. Rockville: The United Pharmacopeial Convention, 2008. 3 v.
6. Tomasino, S. Disinfectants. In: Official Methods of Analysis. 19 ed. Revision 3. Gaithersburg: Association of Official Analytical Chemists, 2013. cap. 6.
7. United States Environmental Protection Agency. Efficacy data requirements; Sterilizers. Washington, DC 1981 (DIS/TSS-9)

## 8. CERTIFICAÇÃO

### a) Avaliação

O aluno será avaliado de acordo com sua participação nas atividades desenvolvidas no curso.

### b) Certificação

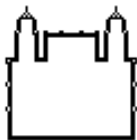
O aluno terá direito ao Certificado, desde que apresente aproveitamento, frequência de no mínimo 75% do total do curso e que tenha apresentado toda a documentação exigida no item 5.b).

O certificado será disponibilizado na Secretaria Acadêmica.

Caso o aluno more fora do município do RJ, o certificado será enviado via Correios.

## 9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- ✓ Curso sem ônus.
- ✓ O curso será realizado durante a semana – de segunda a sexta-feira.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

- ✓ O INCQS não se responsabiliza pelas despesas de passagem, hospedagem, diárias e outras decorrentes dos cursos de curta duração.
- ✓ O candidato será responsável por qualquer erro ou omissão no preenchimento da ficha de inscrição ou por prestação de declaração falsa.
- ✓ As documentações encaminhadas pelos candidatos **NÃO-SELECIONADOS** poderão ser retiradas pelos mesmos ou por representantes formalmente autorizados no prazo de até três (03) meses após a publicação do resultado final da seleção, objeto deste instrumento de divulgação. É necessário um prévio agendamento pelo e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br). A partir deste período os documentos serão destruídos.
- ✓ A CPE/INCQS se reserva no direito de corrigir eventuais erros neste edital.
- ✓ Não serão aceitas documentações enviadas por e-mail.
- ✓ Todo e qualquer dúvida a respeito do curso deverá ser sanada com a CPE através do e-mail [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br) ou pelo telefone (21) 3865-5291.

### 10. CRONOGRAMA

Inscrição	04/02 até 03/05/2019
Homologação da Inscrição	10/05/2019
Resultado da Seleção	17/05/2019
Recurso	Até 23:59h do dia 18/05
Homologação do Resultado da seleção	22/05/2019
Confirmação de presença	Até 24/05/2019
Data do curso	24/06 a 05/07/2019

É de responsabilidade do candidato acompanhar os resultados do processo de seleção do curso a serem divulgados na Plataforma SIGALS [www.sigals.fiocruz.br](http://www.sigals.fiocruz.br) - seguindo os links: Inscrição > Presencial > Atualização > Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) > “curso”

O cronograma poderá sofrer alterações no decorrer do curso, as quais serão publicadas na Plataforma SIGALS.

### 11. PARA OUTRAS INFORMAÇÕES

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/FIOCRUZ

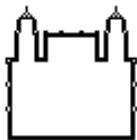
Coordenação de Ensino

**E-mail:** [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br)

**Tel.:** (21) 3865-5291

**Horário de Atendimento:** de segunda à sexta, de 09h às 11h 30min e das 13h às 16h 30min (horário de Brasília)

**Homepage:** <http://www.incqs.fiocruz.br>



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

### CARTA DE INDICAÇÃO DA CHEFIA (ANEXO I)

Em..... de ..... de 2019

À Coordenação de Ensino,

Eu, ....., venho  
por meio desta, indicar o(a) funcionário(a) .....

..... lotado em .....

.....  
para participar do curso de Atualização CONTROLE MICROBIOLÓGICO DE  
SANEANTES COM AÇÃO ANTIMICROBIANA.

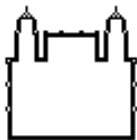
Os motivos que me levam a indicação são .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Declaro também, que estou ciente que o(a) profissional por mim indicado  
participará do processo de seleção para o mencionado curso. Em caso de aprovação,  
o(a) referido(a) profissional está autorizado(a) a participar do curso com duração de 60  
horas.

.....  
Chefia imediata responsável  
(assinatura e carimbo)

.....  
Representante oficial da Instituição  
(Diretor/Presidente)  
(assinatura e carimbo)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**



## COORDENAÇÃO DE ENSINO

### PERFIL DO CANDIDATO (ANEXO II)

*Todos os itens são de preenchimento obrigatório – requisito para o processo de seleção.*

**Curso:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**E-mail** (pessoal e corporativo): \_\_\_\_\_

#### **Dados Profissionais**

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** (....) \_\_\_\_\_ **Ramal:** \_\_\_\_\_ **Fax:** (.....) \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Setor:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_ **Tempo de serviço:** \_\_\_\_\_

**Chefia Imediata:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Resumo Atividades Executadas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Outras Informações**

Sua Instituição possui infraestrutura instalada e insumos adequados para implantação das técnicas a serem incorporadas? \_\_\_\_\_

Qual a previsão da implantação? \_\_\_\_\_

Por que é importante a sua participação no curso?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

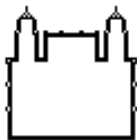
Já participou de outros cursos oferecidos pelo INCQS? \_\_\_\_\_ Qual (is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O conhecimento obtido está sendo incorporado nas suas atividades? (*Responda somente se a pergunta anterior for afirmativa*) \_\_\_\_\_

Como ficou sabendo dos cursos oferecidos pelo INCQS?

\_\_\_\_\_



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde**

## **COORDENAÇÃO DE ENSINO**



### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), RG \_\_\_\_\_ (especificar número), CPF \_\_\_\_\_ (especificar número), domiciliado à \_\_\_\_\_ (especificar rua, nº, bairro, cidade/estado, CEP), assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos entregues.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, de acordo com a Lei 13.726, de 08/10/2018.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (local e data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do candidato)