

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

CURSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL SOB DEMANDA

COLETA E ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISE EM UTR E DIÁLISE MÓVEL EM CTIS DE UNIDADES HOSPITALARES

Modalidade: Presencial

Periodicidade: sempre que houver demanda

Responsável do Curso: Joana Angélica Barbosa Ferreira - Doutora em Vigilância Sanitária

Responsável Substituta: Maysa Beatriz Mandetta Clementino – Doutora em Química biológica

Setor / Laboratório ou Departamento Responsável: Setor de Microbiologia de Fármacos, Fitofármacos, Cosméticos, Artigos e Insumos de Diálise, Departamento de Microbiologia

Colaboradores: Priscila Rodrigues de Jesus e Juliana dos Santos Carmo

1. OBJETIVO

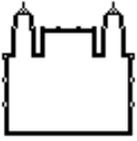
Capacitar profissionais na área de vigilância sanitária de serviços de diálise, abordando aspectos teóricos e práticos da coleta e análise microbiológica de água tratada para uso em terapia renal substitutiva, legislação vigente e metodologia oficialmente adotada no Brasil.

2. PERFIL DO CANDIDATO

Profissionais de **instituições públicas**, preferencialmente da Rede Nacional de Laboratório de Saúde Pública.

3. COMO SOLICITAR

- ✓ O representante da instituição pública deve enviar um ofício solicitando a realização do curso, nominal a Coordenação da Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico.
- ✓ Informar o motivo, os tipos de análises e o número de profissionais a serem capacitados (atenção para o número máximo e mínimo descrito neste edital).
- ✓ O pedido será avaliado. Caso seja aprovado, o curso será agendado e solicitado o envio do documento de inscrição (vide abaixo).
- ✓ Lembramos que as despesas dos profissionais envolvidos na Capacitação *in loco* (passagens aéreas, hospedagem, alimentação e transporte) e os insumos utilizados nas análises são de responsabilidade da Instituição demandante.
- ✓ Toda demanda deverá ser feita diretamente à Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico. Maiores informações: cpe@incqs.fiocruz.br ou (021) 3865-5291.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

Endereço para envio:

Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico/Secretaria Acadêmica
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - FIOCRUZ
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21040-900

4. REGIME DIDÁTICO

O curso será realizado no período **a ser definido pela CPE, após o recebimento da demanda**, com carga horária total de 40 horas.

Local: a ser definido.

5. VAGAS

Serão ofertadas **20** vagas.

Número mínimo de alunos para a realização do curso: 10

6. INSCRIÇÕES

a) Documentação exigida:

- ✓ Currículo atualizado;
- ✓ Formulário do Anexo I preenchido e assinado (Ficha de inscrição);
- ✓ Documento do Anexo II preenchido, devidamente assinado e carimbado (Carta de indicação da Instituição de origem);
- ✓ Fotocópia legível do Diploma (Ensino Médio ou Graduação), frente e verso na mesma folha.
- ✓ 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.

ATENÇÃO:

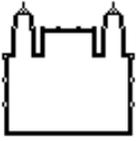
Os documentos deverão ser apresentados em folha A4 na cor branca.

b) Envio da documentação:

A documentação deverá ser entregue pessoalmente ou enviada via SEDEX até a data solicitada pela CPE.

Informações que devem constar no envelope:

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

7. DESCRIÇÃO DO CURSO

a) Conteúdo Programático:

1. Pontos de coleta;
2. Amostragem;
3. Manipulação de amostras;
4. Metodologias utilizadas;
5. Modelo de TAAS;
6. Vidraria envolvida (LAL).
7. Acompanhamento das inspeções
8. Realização das análises no laboratório;
9. Interpretação de resultados de acordo com as legislações específicas
10. Avaliação dos laudos emitidos.

b) Bibliografia:

1. BRASIL. Resolução - RDC/ANVISA nº11, de 13 de março de 2014. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.
2. BRASIL. Portaria de Consolidação do MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
3. EUROPEAN Pharmacopoeia. 8.0. Strasbourg: Council of Europe, 2014. 2 v.
4. EUROPEAN Pharmacopoeia. Supplement 8.3. Strasbourg: Council of Europe, 2015.
5. MÉTODOS Biológicos. In FARMACOPÉIA Brasileira 5 ed. São Paulo: Atheneu.2010.
6. MICROBIOLOGICAL examination of nonsterile products: microbial enumeration tests. United States Pharmacopeial Convention. The United States pharmacopeia 40. 37 Ed. Rockville: U. S. Pharmacopeial, 2016.
6. VERSALOVIC, J. et al, Manual of clinical microbiology. 10 ed. Washington D.C., American Society for Microbiology, 2011.
7. WANG, S. A., LEVING, R. B., CARSON, L. A., ARDUINO, M. J., KILLAR, T., GRILLO, F. G., PEARSON, M. L. and JARVIS, W. R. An outbreak of gram –negative bacteremia in hemodialysis patients traced to hemodialysis machine waste drain post. Control Hosp. Epidemiol. V. 20 (11), p. 746-751.
8. JORGENSEN, J.H.; PFALLER, MA. (Ed.), Manual of clinical microbiology. 11 ed. Washington D.C., American Society of Microbiology. 2015.

8. CERTIFICAÇÃO

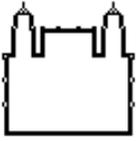
a) Avaliação

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 6.a.

O certificado será enviado, via Correios, para a instituição que solicitou o curso.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- ✓ Curso sem ônus.
- ✓ O curso será realizado durante a semana – de segunda a sexta-feira.
- ✓ 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.
- ✓ 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 ou pelo telefone (21) 3865-5291.

10. PARA OUTRAS INFORMAÇÕES

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/FIOCRUZ

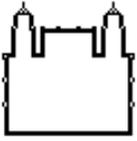
Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

E-mail: cpe@incqs.fiocruz.br

Tel.: (21) 3865-5291

Horário de Funcionamento: de segunda à sexta, de 08h 30min às 12h e de 13h às 16h 30min (horário de Brasília)

Homepage: <http://www.incqs.fiocruz.br> > Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

FICHA DE INSCRIÇÃO – Capacitação Profissional sob demanda (ANEXO I)

*Favor preencher em letra de forma sem abreviar.
TODOS OS ITENS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.*

Curso: _____

A - DADOS PESSOAIS

Nome: _____

E-mail: _____

Mãe: _____ Pai: _____

RG (nº): _____ Órgão Expedidor: _____ Emissão: ____/____/____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Natural de: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Tel. res.: (____) _____ Celular: (____) _____

B - ESCOLARIDADE

Grau de Escolaridade: _____ Formação: _____

Instituição: _____ Ano de Conclusão: _____

C- DADOS PROFISSIONAIS

Instituição: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Telefone: () _____ Ramal: _____ Fax: () _____

Departamento: _____ Setor: _____

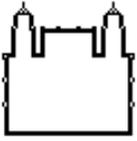
Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

Chefia Imediata: _____ E-mail: _____

Resumo Atividades Executadas:

D - OUTRAS INFORMAÇÕES (sendo necessário, utilize outra folha)

A Instituição onde você trabalha possui infraestrutura instalada e insumos adequados para implantação das técnicas a serem incorporadas? _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

Qual a previsão da implantação? _____

Por que é importante a sua participação no curso?

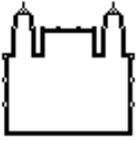
Já participou de outros cursos oferecidos pelo INCQS? _____ Qual (is)?

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

Como ficou sabendo dos cursos oferecidos pelo INCQS?

Data: ____/____/____

Assinatura: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

CARTA DE INDICAÇÃO DA CHEFIA (ANEXO II)

Em..... de de 2019

À Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico,

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

..... lotado em

.....
para participar do curso de Capacitação Profissional em COLETA E ANÁLISE
MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISE EM UTR E DIÁLISE
MÓVEL EM CTIS DE UNIDADES HOSPITALARES.

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 40 horas.

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

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