

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**

### **CONTROLE DA QUALIDADE DE DETERGENTES ENZIMÁTICOS COM ABORDAGEM NOS ENSAIOS DE DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA PROTEASE E AMILASE**

---

**Modalidade:** Presencial

**Periodicidade:** sempre que houver demanda

**Responsáveis do Curso:** Adriana Sant'Ana da Silva (Mestre em Vigilância Sanitária) e Leonardo de Souza Lopes (Mestre em Vigilância Sanitária).

**Responsável Substituto:** Leonardo de Souza Lopes (Mestre em Vigilância Sanitária)

**Sector / Laboratório ou Departamento Responsável:** Setor de Cosméticos e Saneantes / Departamento de Química

**Colaboradores:** Lauro de Sena Laurentino e Ana Lúcia Ribeiro de Barros

---

#### **1. OBJETIVO**

Proporcionar conhecimentos aos profissionais que atuem na área de controle da qualidade de produtos saneantes.

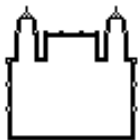
Objetivo Específico: Capacitar profissionais que atuem na área de controle da qualidade de saneantes em metodologias de determinação da concentração das atividades enzimáticas da protease e amilase em formulações de detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos assistenciais de saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos. Ainda, demonstrar a liberação dos resultados no Sistema de Gerenciamento de Amostras (Harpya)

#### **2. PERFIL DO CANDIDATO**

Profissionais de **Instituições públicas**, preferencialmente da Rede Nacional de Laboratório de Saúde Pública que atuem na área de controle da qualidade químico e físico-químico de saneantes.

#### **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.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

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



### **Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico**

- ✓ Toda demanda deverá ser feita diretamente à Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico. Maiores informações: [cpe@incqs.fiocruz.br](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br) ou (021) 3865-5291.

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 **03** vagas.

Número mínimo de alunos para a realização do curso: 02

### **6. INSCRIÇÕES**

a) Documentação exigida:

- ✓ **Currículo** atualizado;
- ✓ Formulário do **Anexo I** preenchido e assinado (Ficha de inscrição);
- ✓ Documento do **Anexo II** preenchido e 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.

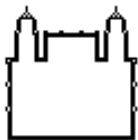
### **ATENÇÃO:**

**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:



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: (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**

### **7. DESCRIÇÃO DO CURSO**

#### **a) Conteúdo Programático:**

Apresentação dos ensaios de determinação da atividade enzimática da protease e da amilase descritos na Resolução RDC N° 55 de 14 de novembro de 2012;

Apresentação dos materiais e equipamentos necessários para a execução dos ensaios;

Realização de treinamento nas metodologias descritas na Resolução RDC N° 55 de 14 de novembro de 2012.

Demonstração de liberação de laudo parcial no sistema Harpya

#### **b) Bibliografia:**

1. Brasil 2008. Resolução – RDC N° 40, de 05 de junho de 2008. Aprova o Regulamento Técnico para Produtos de Limpeza e Afins harmonizado no âmbito do Mercosul através da Resolução GMC n° 47/07. Diário Oficial [ da República Federativa do Brasil ], Poder Executivo, Brasília, DF, 06 de junho de 2008.

2. Brasil 2010. Resolução – RDC N° 59, de 17 de dezembro de 2010. Revoga a Resolução RDC n° 184, de 22 de outubro de 2001, a Resolução RE n° 3169, de 22 de setembro de 2006, os itens 3.2 e 3.3 do Anexo da Resolução RDC n° 38, de 28 de abril de 2000 e a Resolução RDC n° 32, de 05 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [ da República Federativa do Brasil ], Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de dezembro de 2010.

3. Brasil 2016. Resolução N° 55, de 14 de novembro de 2014. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Diário Oficial [ da República Federativa do Brasil ], Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de novembro de 2012

### **8. CERTIFICAÇÃO**

#### **a) Avaliação**

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

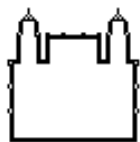
#### **b) Certificado**

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.

### **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**



### **Assistência à Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico**

- ✓ 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](mailto:cpe@incqs.fiocruz.br) ou pelo telefone (21) 3865-5291.

### **10. PARA OUTRAS INFORMAÇÕES**

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/FIOCRUZ

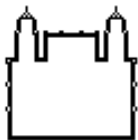
Coordenação de Pesquisa e Aperfeiçoamento Acadêmico

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

---

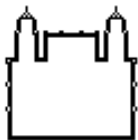
---

---

---

**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)?

---

---

---

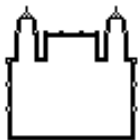
*(Responda somente se a pergunta anterior for afirmativa)* O conhecimento obtido está sendo incorporado nas suas atividades? \_\_\_\_\_

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 CONTROLE DA QUALIDADE DE  
DETERGENTES ENZIMÁTICOS COM ABORDAGEM NOS ENSAIOS DE  
DETERMINAÇÃO DA ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA PROTEASE E AMILASE.

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)