

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

CURSO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL SOB DEMANDA

COLETA E ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISE EM UTRS E DIÁLISE MÓVEL EM CTIs DE UNIDADES HOSPITALARES

Modalidade: Presencial

Periodicidade: Sempre que houver demanda.

Responsáveis do Curso: Prof^a Dr^a Joana Angélica Barbosa Ferreira (Doutora em Vigilância Sanitária).

Responsável Substituto: Prof^a Dr^a 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: 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.

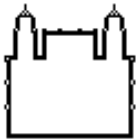
2. PERFIL DO CANDIDATO

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

3. COMO SOLICITAR

- ✓ Enviar um ofício nominal a Coordenação de Ensino solicitando a realização do curso.
- ✓ 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 Ensino. 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



Coordenação de Ensino

4. REGIME DIDÁTICO

Para curso sob demanda: O curso será realizado no período de uma semana, de 8 às 17 horas, com carga horária total 40 horas.

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

5. VAGAS

Serão ofertadas **15** vagas

Número mínimo de alunos para a realização do curso: **10**

6. INSCRIÇÕES

a) Documentação exigida:

- ✓ **Currículo** Lattes atualizado;
- ✓ Documento do **Anexo I** preenchido, com as devidas assinaturas e carimbos (Carta de Indicação da chefia - Instituição solicitante);
- ✓ Formulário do **Anexo II** preenchido (Ficha de Inscrição);
- ✓ Formulário do **Anexo III** preenchido (Declaração de Responsabilidade das Informações);
- ✓ Cópia legível do **Diploma de Graduação ou Declaração atualizada do curso superior em andamento**, frente e verso na mesma folha;;
- ✓ Cópia legível da **Carteira de Identidade** (frente e verso) – **não serão aceitas CNH ou Carteira Profissional;**
- ✓ Cópia legível do **CPF** (frente e verso), caso não conste na Identidade;
- ✓ Cópia legível da Certidão de Casamento, caso haja mudança de nome em relação ao diploma de graduação.

ATENÇÃO:

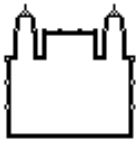
- **Antes de efetuar a inscrição para o Processo Seletivo, o candidato deverá conhecer todas as regras contidas nesta Chamada Pública e se certificar de preencher todos os requisitos exigidos.**
- **Os documentos deverão ser apresentados em folha A4 na cor branca.**

b) 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 Capacitação Profissional: (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



Coordenação de Ensino

7. DESCRIÇÃO DO CURSO

a) Conteúdo Programático:

1. Pontos de coleta;
2. Amostragem;
3. Manipulação de amostras;
4. Metodologias utilizadas;
5. Modelo de TAA;
6. Vidraria envolvida (LAL);
7. Acompanhamento e realização das análises no laboratório;
8. Interpretação de resultados de acordo com as legislações específicas.

b) Bibliografia:

1. BRASIL. Resolução - RDC/ANVISA nº 11, 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. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. 2017.
3. EUROPEAN Pharmacopoeia. 8.0. Strasbourg: Council of Europe, 2014. 2 v. EUROPEAN Pharmacopoeia. Supplement 8.3. Strasbourg: Council of Europe, 2015.
4. MÉTODOS Microbiológicos In FARMACOPEIA Brasileira 6 ed. São Paulo: Atheneu. 2019
5. MICROBIOLOGICAL examination of nonsterile products: microbial enumeration tests. United States Pharmacopeial Convention. The United States pharmacopeia 37. 37. Ed. Rockville: U. S. Pharmacopeial, 2014.
6. VERSALOVIC, J. et al, Manual of clinical microbiology.10 ed. Washington D.C., American Society for Microbiology, 2011.
- 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. CERTIFICAÇÃO

a) Avaliação

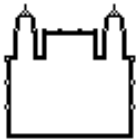
O aluno será avaliado de acordo com sua participação nas atividades desenvolvidas no curso.

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)

O certificado será disponibilizado na Secretaria Acadêmica.

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- ✓ Curso sem ônus.
- ✓ Os cursos serão realizados 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 Coordenação de Ensino do INCQS se reserva no direito de corrigir eventuais erros neste edital.
- ✓ Não serão aceitas documentações enviadas por e-mail.
- ✓ Toda e qualquer dúvida a respeito do curso deverá ser sanada com a Coordenação de Ensino 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

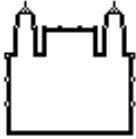
Coordenação de Ensino

E-mail: 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> > Ensino



Coordenação de Ensino

**ANEXO I
 CARTA DE INDICAÇÃO DA CHEFIA**

Em de de 202.....

À Coordenação de Ensino,

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

para participar do Curso de Capacitação Profissional sob demanda em **COLETA E ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISE EM UTRS E DIÁLISE MÓVEL EM CTIs DE UNIDADES HOSPITALARES.**

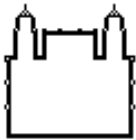
Os motivos que me levam a indicação são:

.....

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)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

ANEXO II

FICHA DE INSCRIÇÃO – (Capacitação Profissional sob demanda)

*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: _____

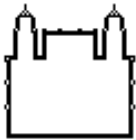
Telefone: () _____ Ramal: _____ Fax: () _____

Departamento: _____ Setor: _____

Cargo: _____ Tempo de serviço: _____

Chefia Imediata: _____ E-mail: _____

Resumo Atividades Executadas:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



Coordenação de Ensino

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? _____

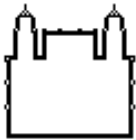
Qual a previsão da implantação? _____

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?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



INCQS

Coordenação de Ensino

ANEXO III
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)