

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.

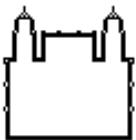
2. PERFIL DO CANDIDATO

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:

- ✓ **Curriculum 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).

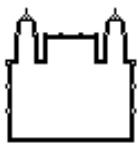
Informações que devem constar no envelope de entrega ou de envio:

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



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. Vitraria 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. Suplement 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., GRIILLO, 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

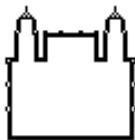
O aluno será avaliado de acordo com sua participação nas atividades desenvolvidas no curso.

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.



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

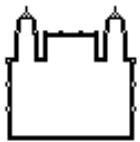
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde/FIOCRUZ
Coordenação de Ensino

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

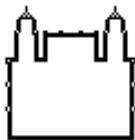
para participar do Curso de Capacitação Profissional sob demanda em **COLETA E ANÁLISE MICROBIOLÓGICA DE ÁGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISE EM UTRS E DIÁLISE MÓVEL EM CTIs DE UNIDADES HOSPITALARES.**

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)



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

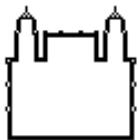
Nome: _____
E-mail: _____
Mãe: _____
Pai: _____
RG (nº): _____ Órgão Expedidor: _____ Emissão: _____ / _____ / _____
CPF: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
Natural de: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____
Tel. res.: (____) _____ Celular: (____) _____

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:



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? _____

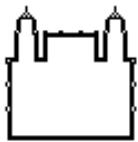
Qual a previsão da implantação? _____

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?



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)