

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS COORDENAÇÃO DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

EDITAL CGDP/SRH Nº 02/2011

ABERTURA E DISPOSIÇÕES GERAIS DO CURSO DE <u>CONTROLE E</u>

<u>MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR</u> OFERECIDO
PELO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE
TALENTOS DOS SERVIDORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS EM
EDUCAÇÃO DA UFCG

A Secretaria de Recursos Humanos, por meio da Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, nos termos da Lei 11.091/05, Decreto 5.707/06, Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos — PDRH, e Programa de Capacitação e Desenvolvimento de Talentos para 2011, tornam pública a abertura de inscrições para o CURSO DE CONTROLE E MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR destinado a servidores técnico-administrativos em educação, que sejam efetivos e estejam lotados no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

1. Objetivo Geral:

Capacitar o aluno a aplicar os princípios científicos na implementação da assistência, baseado em medidas de controle e profilaxia em ambiente hospitalar

2. Conteúdo Programático:

Os módulos estão divididos em aulas teóricas e aulas práticas, totalizando uma carga horária de **120 horas/aula** e subdivididos nos seguintes conteúdos:

1º MÓDULO

- Histórico e conceito da Biossegurança;
- Estudo do processo saúde-doença;
- Epidemiologia das infecções hospitalares;
- Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- Investigação e identificação de surtos em ambiente hospitalar;
- Etiopatogenia das complicações infecciosas hospitalares;
- Impacto das infecções nos custos da assistência de saúde
- Ambiente Hospitalar; estrutura e aspectos organizacionais

2º MÓDULO

- Risco ocupacional e medidas de precaução e isolamento;
- Higienização das mãos e uso de Equipamentos de Proteção Individual;
- Tipos de isolamento e medidas profiláticas;
- Preparo dos materiais para o uso do atendimento ao cliente;
- Segurança no trabalho.

3º MÓDULO

- Critérios diagnósticos das Infecções hospitalares;
- Bactérias Multiresistentes;
- Uso racional de antimicrobianos;
- Infecções Fúngicas;
- Diagnóstico laboratorial das infecções hospitalares;
- Eficácia dos programas de controle de Infecção hospitalar.

4º MÓDULO

- Controle de Infecção Hospitalar nos serviços de apoio hospitalar;
- Controle de Infecção Hospitalar em unidade de terapia Intensiva Adulto,
 Pediátrica e Neonatal;
- Controle de Infecção Hospitalar nos serviços de emergência;
- Controle de Infecção Hospitalar no ambulatório;
- Controle de Infecção Hospitalar nos grande sítios.

5° MÓDULO

- Prevenção da Infecção hospitalar no sítio cirúrgico;
- > Feridas e Curativos.

6° MÓDULO

- Controle de Infecção Hospitalar em grupos especiais;
- Controle de infecção do trato respiratório;
- Prevenção da Infecção relacionada aos dispositivos intravasculares.

7º MÓDULO

- Condutas na exposição e acidentes com resíduos biológicos;
- Esterilização, Desinfecção e Limpeza de artigos médicos-hospitalares.

3. Período de Inscrição:

- **3.1.** As inscrições serão realizadas, no período de 28 de fevereiro a 04 de março do corrente ano, no horário das 08:00 as 11:30 e das 13:30 as 17:00;
- **3.2.** O servidor deverá preencher a ficha de inscrição (Anexos I (duas paginas) e II) e entregá-la na sala da Assessoria de Planejamento do Hospital Universitário Alcides Carneiro. A ficha de Inscrição só será válida se estiver devidamente assinada pelo candidato e pela sua chefia imediata, autorizando a participação do servidor no curso objeto do presente Edital.

4. Realização do Curso:

4.1. Dia e Hora

- 4.1.1. As aulas terão início em 14 de março de 2011 com previsão de término para o dia 10/08/2011;
- 4.1.2. As aulas serão realizadas nas segundas e quartas-feiras, no horário de 19:00 as 22:00h
- 4.2. **Local:** Sala de aula do CAESE

5. Preenchimento das vagas e divulgação de resultado da seleção:

- **5.1.** Serão abertas **35 (trinta e cinco)** vagas para o referido curso destinadas exclusivamente a servidores da área de enfermagem (Auxiliares e Técnicos de enfermagem);
- **5.2.** Caso as inscrições excedam o número de vagas, será realizada seleção obedecendo aos critérios a seguir:
- 5.2.1. Servidores de enfermagem que não estejam em curso oferecidos pelo Programa de Capacitação e Desenvolvimento de Talentos da UFCG;
- 5.2.2. Respeitado o número de no máximo 02 (dois) servidores por setor priorizando a ordem de inscrição;
- 5.2.3. Demais servidores por ordem de inscrição.
- **5.3.** A lista dos selecionados será divulgada na página na UFCG a partir do dia 11 de março do corrente ano.

6. Das disposições finais:

- 6.1. Os servidores selecionados deverão comparecer assiduamente e pontualmente as aulas, sob pena do não recebimento de certificação caso as faltas excedam a **25%** da carga horária de cada módulo do curso:
- 6.2. A lista de frequência deverá ser assinada diariamente pelos treinandos;
- 6.3. O treinando deverá manter bom comportamento durante o curso, a fim de que não seja prejudicado o andamento das aulas;

- 6.4. O material didático utilizado no curso será disponibilizado aos alunos, quando possível, por e-mail. A reprodução de artigos, textos, capítulos e outros será da responsabilidade do aluno;
- 6.5. Serão realizadas avaliações de aprendizagem cujo objetivo é indicar os resultados da construção de conhecimentos;
- 6.6. A certificação do aluno está condicionada ao bom desempenho nas avaliações de aprendizagem realizadas durante o desenvolvimento do curso.
- 6.7. O instrutor deverá, ao término do curso apresentar relatório do treinamento, considerando o local do curso, o desenvolvimento dos alunos, coordenação do evento e possíveis discrepâncias ocorridas.

Campina Grande, 21 de fevereiro de 2011.

PROF. Dr. Gilmar Trindade de Araújo
SECRETARIO DE RECURSOS HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DESENVOLVIMENTO DE TALENTOS

FICHA	A DE INSCRIÇÃO Nº	
1.	DADOS DO CURSO / EVENTO	

Turna: Período: Horário: 2. DADOS DO PARTICIPANTE Nome completo: Matrícula SIAPE: Classe: ()A ()B ()C ()D ()E Nivel de capacitação: () I () II () III () IV Coupa cargo/função comissionada? () sim () não Função ocupada: Unidade de lotação: Principal atividade desenvolvida: Ambiente organizacional: Telefone: Ramal: e-mall: 3. ESCOLARIDADE () Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR. NOS DIAS E HORÂRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail: E-mail: Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato Local e data	Nome do Curso:						
Nome completo: Cargo: Classe: ()A ()B ()C ()D ()E	Turma:	Período:	Período:			Horário:	
Nome completo: Cargo: Classe: ()A ()B ()C ()D ()E	2. DADOS DO PARTICI	PANTE					
Ciasse: ()A ()B ()C ()D ()E	Nome completo:				Matrícula	SIAPE:	
Ciasse: ()A ()B ()C ()D ()E							
Ocupa cargo/função comissionada? () sim () não Função ocupada: Unidade de lotação: Principal atividade desenvolvida: Ambiente organizacional: Telefone: Ramal: e-mail: 3. ESCOLARIDADE () Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÂRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Cargo:				•		
Unidade de Iotação: Principal atividade desenvolvida: Ambiente organizacional: Telefone: Ramal: e-mail: 3. ESCOLARIDADE () Medio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR. NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Classe: ()A ()B ()C ()D ()I	E Nível d	e capacitação:()I(() III () III ()IV	1		
Principal atividade desenvolvida: Ambiente organizacional: Telefone: Ramal: e-mail: 3. ESCOLARIDADE () Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÂRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Ocupa cargo/função comission	ada? () sim ()	não	Função ocup	ada:		
Ambiente organizacional: Telefone: Ramal: e-mail: 3. ESCOLARIDADE () Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Unidade de lotação:						
Telefone: Ramal: e-mail: 3. ESCOLARIDADE () Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Principal atividade desenvolvida	a:					
3. ESCOLARIDADE () Fundamental	Ambiente organizacional:						
() Fundamental () Médio () Superior 4. TITULAÇÃO () Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Telefone:	Ramal:	e-mail:				
4. TITULAÇÃO () Especialização	3. ESCOLARIDADE						
() Especialização () Mestrado () Doutorado Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	() Fundamental	() Médio	() Superior				
Local e Data Assinatura do candidato 5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	4. TITULAÇÃO						
5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO <u>CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR</u> , NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	() Especialização	() Mestrado			() Doutorado	
5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO <u>CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR</u> , NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:						<u> </u>	
AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	Local e Data		Assinatura do candid	ato			
AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:							
AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:							
AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO DO SERVIDOR NO CURSO DE CONTROLE e MEDIDAS DE PROFILAXIA EM AMBIENTE HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:							
HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	5- AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA						
HOSPITALAR, NOS DIAS E HORÁRIOS ESTABELECIDOS CONFORME EDITAL. Nome da Chefia Imediata: Função: Telefone: E-mail:	AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO	DO SERVIDOR NO 4	CURSO DE CONTR	OLE A MEDII	DAS DE PP	DEII AYIA EM AMRIENTE	
Função: Telefone: E-mail:					DE FRO	<u> </u>	
Telefone: E-mail:	Nome da Chefia Imediata:						
	Função:						
Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato Local e data	Telefone:		E-mail:				
	Assinatura e Carimbo do Chefe In	nediato	Local e d	data			

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES REGISTRADAS NESTE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS E QUE CONHEÇO O CONTEÚDO DO EDITAL DE ABERTURA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA O QUAL ESTOU ME CANDIDATANDO.

Local e Data	Assinatura do candidato

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Eu,					,	matrícula	SIAPE
	,	chefe	imediato(a)	do	(a)	servidor	(a)
				, matrío	cula SIAPE		
venho p	or me	io desta autori	zar a participaç	ção do sup	racitado ser	vidora no o	curso de
capacita	ção "	Controle e	Medidas de	Profilaxia	em Amb	iente Hosp	pitalar",
afirmano	lo não	haver incomp	patibilidade entr	e horário o	lo curso pro	posto pelo	edital nº
2/2011	CGDP/	SRH e a escala	de trabalho do	servidor.			
				Cam	pina Grando	e,/	/2011.