



54248



Infeção associada a cuidados de saúde, resistência antimicrobiana, uso de antibióticos e recursos para controlo de infecção em unidades de cuidados continuados

QUESTIONÁRIO INSTITUCIONAL - MÓDULO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS

IMPORTANTE

A fim de permitir maior celeridade na sua introdução, estes documentos vão ser submetidos a leitura óptica. Por esse motivo é essencial cumprir os seguintes requisitos:

- o preenchimento deve ser feito preenchendo totalmente o círculo; não é suficiente o sinal de verificação ou um círculo à volta das respostas
- não agrafar nem dobrar os documentos
- evitar alterar as marcas em preto (nos 4 cantos) e o marcador de reconhecimento (canto esquerdo)
- Utilizar apenas maiúsculas

Abreviaturas utilizadas:

IU = Infeção das Vias Urinárias UCC = Unidade de Cuidados Continuados N.A. = Não se aplica

NÚMERO DE ESTUDO DA UCC
(atribuído pelo coordenador nacional)

--	--	--	--	--

A - VIGILÂNCIA E DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO

A - VIGILÂNCIA

1. A. A UCC tem um sistema de vigilância epidemiológica para monitorização das taxas de IU (p.ex. anual)?

- Sim, mas só nas doentes agaliados Sim, para todas as IU Não (Ignore B)

B. A UCC dá informação de retorno sobre taxas de IU ao prestadores directos de cuidados?

- Sim Não

B - DIAGNÓSTICO

2. Quando há suspeita de IU, quais são os testes de diagnóstico que se efectuam na sua UCC?

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - Tira de reagente para nitritos | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Tira de esterase leucocitária | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Urocultura | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Outro (especifique) | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. A. A decisão de fazer urocultura é baseada no resultado do teste de tira?

- Sim Não (ignore B) N.A. (ignore B)

B. Em quais destas situações decide requisitar urocultura? (são possíveis várias respostas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária + nitritos + | <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária + (nitritos não efectuado) |
| <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária - nitritos - | <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária - (nitritos não efectuado) |
| <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária + nitritos - | <input type="checkbox"/> Nitritos + (esterase leucocitária não efectuado) |
| <input type="checkbox"/> Esterase leucocitária - nitritos + | <input type="checkbox"/> Nitritos - (esterase leucocitária não efectuado) |

4. A enfermeira requer concordância do médico para realizar o teste de tiras de reagente ou urocultura?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sim, em ambos os casos | <input type="checkbox"/> Sim, só para urocultura |
| <input type="checkbox"/> Depende do médico do residente | <input type="checkbox"/> Não é necessária autorização médica |

5. Quem tem acesso aos resultados das uroculturas?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - O médico responsável pela coordenação médica da UCC | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Os enfermeiros | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |



--	--	--	--

12. Quais das seguintes estratégias para a prevenção da IU são adoptadas na sua UCC?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Ingestão adequada de líquidos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Higiene pessoal (limpeza perineal; cuidados de continência) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Profilaxia antimicrobiana (excepto metenamina) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Uso de Metenamina (antiséptico urinário) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Estrogénios (oral, transdérmica ou vaginal) na mulher | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Sumo, pastilhas ou cápsulas de arando | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Suplemento com Vitamina C | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Evitar o uso (desnecessário) de dispositivo urinário crónico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Alternativas ao uso de catéter permanente (Penrose, cateterização intermitente) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

D - COLHEITA DE AMOSTRA URINÁRIA

13. Na sua UCC existe uma protocolo ou orientação para colheita de amostra para urocultura?

- Sim Não

14. Na sua UCC é recomendada a limpeza prévia do meato antes da colheita de urina?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não se recomenda | <input type="checkbox"/> Sim, apenas com água | <input type="checkbox"/> Sim, com sabão e água |
| <input type="checkbox"/> Sim, com soro | <input type="checkbox"/> Sim, com produtos estéreis | <input type="checkbox"/> Sim, com antisépticos |

15. Com que frequência é que as seguintes técnicas de colheita são usadas na mulher não-cateterizada?

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - Amostra simples (micção natural) | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Jacto médio | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Cateterização só para colheita | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Aspiração suprapúbica | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Amostra colhida de fralda ou penso | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Colheita com dispositivo externo | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

16. Com que frequência é que as seguintes técnicas de colheita são usadas no homem não-cateterizado?

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - Amostra simples (micção natural) | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Jacto médio | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Cateterização só para colheita | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Aspiração suprapúbica | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Amostra colhida de fralda ou penso | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Colheita com dispositivo externo | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

17. Na caso do residente com catéter permanente, qual o local recomendado para a colheita de urina?

- Tubo de drenagem Local próprio no catéter Saco de drenagem Outro

B - CUIDADOS AO CATÉTER

1. A. Na sua UCC existe um protocolo ou orientação para cuidados ao catéter? Sim Não (ignore B)

B. Quais dos seguintes aspectos dos cuidados ao catéter são abordados no protocolo/orientação? (várias respostas possíveis)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inserção do catéter | <input type="checkbox"/> Manutenção do catéter | <input type="checkbox"/> Remoção do catéter |
| <input type="checkbox"/> Indicação para cateterização | <input type="checkbox"/> Prevenção de infeção | <input type="checkbox"/> Colheita de urina |

2. Na sua UCC existe uma pessoa (p.ex. enfermeira) com formação/treino nos cuidados ao catéter urinário?

- Sim Não

3. Na sua UCC realizam-se sessões anuais de formação/treino para os cuidados ao catéter?

- Não Sim, obrigatório Sim, voluntário

4. Na sua UCC quem é que faz a inserção de catéter urinário? (Várias respostas possíveis)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médicos | <input type="checkbox"/> Enfermeiros | <input type="checkbox"/> Ajudantes de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> Estudantes de Medicina | <input type="checkbox"/> Estudantes de enfermagem | <input type="checkbox"/> Outros |



54248

5. Na sua UCC, com que frequência são usados os seguintes métodos de drenagem de urina?
- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - Catéter uretral permanente | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Catéter suprapúbico / tubo cistostomia | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Tubo de nefrostomia | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Cateterização intermitente | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Penrose | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
6. Com que frequência são usados os seguintes tipos de catéter?
- | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| - Catéter impregnado com antisépticos (incluindo os cobertos de prata) | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Não disponível |
| - Catéter impregnado com antibióticos | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Não disponível |
7. Qual é o tipo de drenagem usado com maior frequência?
- Sistema aberto (necessário desconectar para despejar o saco)
- Sistema fechado (drenagem via torneira)
8. Na sua UCC, quais as principais indicações para cateterização permanente? (Várias respostas possíveis)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incontinência urinária | <input type="checkbox"/> Gestão de ferida aberta no sacro ou perineo |
| <input type="checkbox"/> Retenção urinária | <input type="checkbox"/> Balanço hídrico/urinário |
| <input type="checkbox"/> Défice cognitivo do residente | <input type="checkbox"/> Conforto do residente |
| <input type="checkbox"/> Limitação física / imobilização | <input type="checkbox"/> Doença terminal |
9. Na sua UCC, com que frequência são efectuadas as seguintes políticas e práticas?
- | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| - Uso de antibióticos sistémicos para a prevenção de IU associada a catéter? | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Uso de antisépticos urinários para a prevenção de IU associada a catéter? | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
| - Rastreio (screening) para bacteriúria assintomática nos residentes com catéter? | <input type="checkbox"/> Por rotina | <input type="checkbox"/> Por vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |
10. Na sua UCC quais dos seguintes programas são adoptados para a melhoria de qualidade para a prevenção de IU associada a catéter?
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Alertas ou lembretes para remoção de catéter desnecessário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Orientação ou protocolo para remoção de catéter desnecessário pelo enfermeiro | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Visitas multidisciplinares para avaliar uso de catéter urinário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| - Remoção automática para gestão do catéter urinário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
11. Na sua UCC é recomendada a limpeza do meato antes de inserção do catéter?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não recomendado | <input type="checkbox"/> Sim, com sabão e água | <input type="checkbox"/> Sim, com antisépticos |
| <input type="checkbox"/> Sim, com soro | <input type="checkbox"/> Sim, com produtos estéreis | |
12. Na sua UCC, qual é o equipamento de protecção individual usado para inserção do catéter?
- | | | | |
|---------------------------------|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Luvas estéreis | <input type="checkbox"/> Luvas não-estéreis | <input type="checkbox"/> Avental |
|---------------------------------|---|---|----------------------------------|
13. Na sua UCC, qual é a frequência recomendada de mudança dos sacos de drenagem?
- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diária | <input type="checkbox"/> >1 vez por semana | <input type="checkbox"/> Semanal |
| <input type="checkbox"/> Mensal | <input type="checkbox"/> >1 vez por mês | <input type="checkbox"/> Quando necessário (p. ex. em caso de obstrução) |

C - CUIDADOS DE INCONTINÊNCIA

1. Na sua UCC existe um protocolo ou orientação para a gestão da incontinência urinária? Sim Não
2. Na sua UCC, existe uma pessoa (p.ex. enfermeira) com formação/treino em cuidados à incontinência? Sim Não
3. Na sua UCC realizam-se sessões anuais de formação/treino sobre cuidados à incontinência para os profissionais?
- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim, obrigatórias | <input type="checkbox"/> Sim, voluntárias |
|------------------------------|--|---|
4. Qual o tipo de material de incontinência usado com maior frequência?
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Disposable | <input type="checkbox"/> Re-utilizável |
|-------------------------------------|--|