

**COVID-19: PRINCÍPIOS REGIONAIS PARA VISITAS EM
INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS NA IRLANDA DO NORTE.**

***Todas as pessoas a visitar instituições de saúde e cuidados sociais
e lares serão obrigadas a utilizar coberturas faciais até indicação em
contrário***

Data de publicação: 30 de junho de 2020

Data de implementação 6 de julho de 2020

1.0 INTRODUÇÃO

- 1.1 Durante esta pandemia da COVID-19, os regimes habituais de visitas aos hospitais e lares foram suspensos, com algumas exceções. Este documento segue-se a uma revisão das restrições e apresenta uma panorâmica dos princípios para a realização de visitas, que se aplica aos seguintes durante a pandemia da COVID-19: *Health and Social Care* (HSC) (cuidados de saúde e sociais), serviços de internamento da *trust*, serviços de maternidade, lares, serviços de internamento hospitalar de deficiências de saúde mental, serviços hospitalares de pediatria.
- 1.2 Outras orientações poderão ser publicadas a qualquer altura para instituições específicas, se tal for considerado necessário.
- 1.3 As orientações revistas reconhecem o direito dos familiares mais próximos, parceiros, filhos(as), progenitores e cuidadores de visitar os seus entes queridos em instituições de saúde e cuidados sociais e no setor independente de cuidados na Irlanda do Norte.

2.0 CONTEXTO

- 2.1 Em resultado da restrição de movimentos imposta pelo Governo e para proteger os pacientes, as suas famílias e os funcionários, o

HSC limitou temporariamente o número de visitantes nos hospitais a 9 de abril de 2020¹. Com efeito imediato, todas as visitas aos cuidados intensivos e a hospitais cessaram na Irlanda do Norte. Também houve mudanças significativas nos serviços religiosos hospitalares².

- 2.2 COVID-19: as orientações para os lares de idosos e de cuidados residenciais na Irlanda do Norte³ foram comunicadas aos lares a 17 de março de 2020 e uma versão atualizada foi comunicada a 26 de abril de 2020, que detalhava mais informações para o setor dos lares para idosos no que diz respeito aos limites das visitas e incluía recomendações sobre as visitas a paciente em fase terminal.
- 2.3 O regime de visitas foi novamente alterado a 11 de maio de 2020. Estas modificações aliviaram as restrições, facilitando as visitas em segurança de familiares, amigos ou entes queridos a pacientes em fase terminal, tratando os pacientes em fase terminal com dignidade e respeito. As modificações aplicaram-se tanto aos lares para idosos como a outras instituições comunitárias como hospitais.
- 2.4 Após o Governo da Irlanda do Norte ter publicado o método com cinco passos para aliviar as restrições de confinamento a 12 de maio de 2020, torna-se oportuno rever as exceções às visitas em todas as instituições de cuidados³.

¹ <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID19%20%20Visiting%20Update%20HSC.pdf>

² <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/hsc-chaplaincy-services.pdf> ³ <https://www.health-ni.gov.uk/publications/covid-19-guidance-nursing-and-residential-care-homesnorthern-ireland>

³ https://www.nidirect.gov.uk/sites/default/files/publications/OUR_APPROACH_DOCUMENT_SUMMARY_12-05-2020.pdf

2.5 Nomeadamente, tem havido um número significativo de questões colocadas no que diz respeito aos pacientes não serem acompanhados às consultas e às restrições no regime de visitas em todas as instituições de cuidados.

2.6 O *Strategic Clinical Advisory Cell (SCAC)*, *Department of Health* (Ministério da Saúde - “DoH” na sigla em inglês), analisou os dados existentes relacionados com a infeção do coronavírus e o impacto das visitas aos hospitais na transmissão da doença. O apêndice 2 contém uma síntese dos dados existentes.

3.0 DEFINIÇÕES E ÂMBITO

3.1 Para os propósitos das presentes orientações, define-se um visitante como:

- Uma pessoa nomeada a visitar um paciente ou residente.
- Uma pessoa a acompanhar um paciente numa consulta do ambulatório, procedimento no ambulatório ou ida ao departamento de urgências.

3.2 Estas orientações destinam-se a todos os serviços de internamento da HSC Trust, incluindo os serviços de internamento de saúde mental e de deficiências de aprendizagem, serviços de maternidade, serviços de pediatria hospitalar e lares durante o período do surto da COVID-19.

3.3 Para além disso, também contém mensagens importantes para os familiares e amigos dos pacientes e residentes hospitalares, lares e lares residenciais.

4.0 FUNÇÕES/RESPONSABILIDADES

4.1 É importante assinalar que as organizações são responsáveis por considerar como implementar estes princípios nos seus serviços locais.

- 4.2 Há orientações específicas para os serviços de maternidade (apêndice 3) e lares (apêndice 5).

5.0 PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES DA POLÍTICA

Considerações de natureza geral

- 5.1 A revisão da suspensão da realização de visitas leva em consideração o artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH), que prevê o direito ao respeito à privacidade e vida familiar. A CEDH prevê que a proibição total de visitas vão contra os direitos dos pacientes e das suas famílias e a não adoção de uma abordagem individual à segurança das visitas constitui uma violação dos direitos previstos pelo artigo 8.º, tanto dos pacientes como das suas famílias⁴.
- 5.2 As orientações revistas reconhecem o direito dos familiares mais próximos, parceiros, filhos(as), progenitores e cuidadores de visitar os seus entes queridos em instituições de saúde e cuidados sociais e no setor independente de cuidados na Irlanda do Norte.
- 5.3 Contudo, dada a gravidade das consequências da propagação da COVID-19, nomeadamente em pessoas já doentes e/ou frágeis, a decisão de autorizar as visitas às instalações será tomada diariamente pelo(a) enfermeiro(a) encarregado(a) em contexto hospitalar e com o gerente do lar. Isto dependerá da capacidade de garantir o distanciamento social e a segurança, tanto dos pacientes/residentes e dos visitantes.
- 5.4 Eventuais decisões de proibir as visitas devem ser tomadas após a realização de uma avaliação de riscos e devem ser comunicadas claramente aos pacientes/residentes e família/familiar mais próximo/cuidador.

⁴ https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf

5.5 Também se reconhece que certas pessoas poderão ter necessidades específicas de apoio e assistência, devido a uma condição pré-existente, para garantir que as suas necessidades de saúde e cuidados sociais são supridas. Para suprir as necessidades da pessoa, poderá ser necessário ter a presença de um cuidador ou familiar, de um círculo reduzido de cuidadores/familiares, para apoiar e assistir o paciente no hospital. Nestas circunstâncias, o(a) enfermeiro(a) encarregado(a) falará com o paciente e o seu cuidador/família sobre as suas necessidades individuais e, na medida do possível, facilitará as suas necessidades. Poderá ser útil, mas nem sempre necessário ou obrigatório, incluir outras pessoas que conheçam bem a pessoa. O paciente deve estar no centro de todas as decisões tomadas em cada caso individual. Este apoio de cuidadores/família será para além das visitas ao paciente e, assim sendo, todas as outras orientações no presente documento sobre as visitas aplicar-se-ão.⁵

Capelões hospitalares

- 5.6 Os capelões hospitalares são membros de equipas multidisciplinares que prestam apoio pastoral aos pacientes/residentes e não contam para o número de visitantes nomeados. Assim sendo, facilitar-se-á a comparência de capelões/líderes religiosos como parte dos cuidados prestados a um paciente.
- 5.7 Contudo, reconhece-se que como parte do esforço para reduzir o número de pessoas nas instituições de saúde e cuidados sociais, poderá haver alturas em que o acesso aos capelões possa ser limitado. Nestas circunstâncias, os capelões deverão fazer a ligação com as pessoas encarregadas da enfermaria para facilitar ou chegar a acordo do modo de suprir as necessidades religiosas

⁵[Families Involved NI \(FINI\)](#)

e pastorais dos pacientes. Nessas alturas as disposições das Orientações dos serviços religiosos hospitalares aplicar-se-ão.

Considerações específicas

- 5.8 A tabela em anexo (apêndice 1) contém as várias áreas de cuidados disponíveis e apresenta uma panorâmica das orientações sobre visitas alinhadas com o aumento dos números/valor R. Baseia-se nos melhores dados científicos disponíveis a qualquer altura.
- 5.9 Os princípios das orientações de visitas serão aplicadas conforme permitido pelo aumento do nível de casos e pela abordagem de cinco passos⁴ do Governo da Irlanda do Norte.
- 5.10 O nível de aumento poderá variar em áreas geográficas específicas ou em instalações específicas em resultado de um foco de casos. Neste caso, aplicar-se-ão as orientações locais relevantes ao nível de aumento.
- 5.11 A aplicação destes princípios poderá ser influenciada pelas instalações locais, como a disponibilidade de quartos individuais ou espaço nos quartos para permitir o distanciamento social adequado.
- 5.12 Se for difícil manter/aderir às normas de distanciamento social, devido à disposição das instalações, as organizações poderão requerer o uso obrigatório de EPI por parte dos visitantes.
- 5.13 É importante haver um registo claro do processo de tomada de decisões, nos casos em que não seja possível às organizações autorizar as visitas em conformidade com as presentes orientações. Isto irá tranquilizar o público de que consideraram todos os ajustes razoáveis.

- 5.14 A adoção de qualquer mudança ao regime de visitas requer a avaliação dos riscos e benefícios da mudança, tendo em conta que há a necessidade de uma proporcionalidade razoável entre estes dois fatores.
- 5.15 O ambiente hospitalar é uma fonte de propagação do vírus, incluindo entre os profissionais de saúde, pacientes e visitantes. Contudo, o risco de propagação da infeção nas instalações pode ser mitigado mediante o uso de EPI adequado, uma boa higiene das mãos e boa higiene respiratória e manutenção do distanciamento social em conformidade com as orientações.

6.0 Princípios das visitas

- 6.1 Se possível, as visitas digitais continuam a ser o meio preferido, uma vez que isso reduz o risco de propagação da COVID-19. Todas as áreas continuarão a promover as visitas virtuais.
- 6.2 Todas as pessoas a visitar/comparecer a instituições de saúde e cuidados sociais e lares serão obrigadas a utilizar coberturas faciais até indicação em contrário
- 6.3 As pessoas deverão ter as suas próprias coberturas faciais e não serão autorizadas a entrar nas instalações sem as colocar.
- 6.4 Qualquer pessoa que apresente, ou sinta, sintomas da COVID-19 ou de qualquer outra infeção não deve visitar, mesmo que os sintomas sejam ligeiros e não confirmados. Nestes casos, a pessoa deve permanecer em casa e seguir as [recomendações de saúde pública mais recentes sobre o autoisolamento e realização de testes](#).
- 6.5 Os membros do público que estejam em regime de resguardo (*shielding*) são vivamente desaconselhados a visitar hospitais/lares.

- 6.6 As visitas e o número de visitantes serão limitados consoante o aumento do número de casos (apêndice 2).
- 6.7 Só é permitida a visita de uma pessoa de cada vez.
- 6.8 As visitas terão a duração máxima de uma hora. A hora da visita deve ser acordada com o visitante nomeado e o(a) enfermeiro(a) encarregado(a)/pessoa encarregada.
- 6.9 Os pacientes/residentes não devem ter mais do que uma pessoa a visitá-los de cada vez.
- 6.9 As pessoas com necessidades específicas de apoio e assistência devido a uma condição pré-existente terão a devida ajuda para garantir que as suas necessidades de comunicação ou outras necessidades de saúde e cuidados sociais são supridas.
- 6.9.2 Para além disso, poderá haver oportunidades de reduzir o número de pessoas em qualquer área específica a certas alturas. Neste cenário, poderá ser pedido ao parente ou cuidador que suspenda a visita ao paciente/residente temporariamente para permitir a visita de uma pessoa nomeada. Prevê-se que isto seja a exceção à regra.
- 6.10 Será solicitado a cada paciente/residente que nomeie duas pessoas, no máximo, que poderão visitá-lo. Na medida do possível, estas duas pessoas serão autorizadas a realizar visitas durante a estadia do paciente no hospital. Serão fornecidas orientações específicas para residentes de lares.
- 6.11 Se uma pessoa nomeada ficar doente, outra pessoa poderá ser nomeada. Se não for possível ao paciente/residente nomear alguém, será solicitado ao familiar mais próximo que nomeie as pessoas.

- 6.12 As crianças com menos de 16 anos não serão autorizadas a fazer visitas. No caso de circunstâncias excepcionais, isto poderá ser discutido com o(a) enfermeiro(a)/pessoa encarregada.
- 6.13 Os visitantes devem permanecer com o paciente/residente durante a visita, minimizando o movimento pelo hospital/lar, mantendo o distanciamento social de outros pacientes/residentes e funcionários para reduzir os riscos de propagação da infeção.
- 6.14 Os visitantes serão obrigados a utilizar coberturas faciais até indicação em contrário e até estas orientações serem alteradas, ou outro EPI conforme solicitado. As organizações implementarão sistemas para garantir a conformidade com as orientações relativas aos visitantes e ao EPI.
- 6.15 Os visitantes serão obrigados a desinfetar as mãos ao entrar e sair do hospital/lar/instalações e novamente ao sair da enfermaria ou área onde a visita seja realizada.
- 6.16 Nos hospitais, os cacifos e mesas-de-cabeceira e áreas circundantes devem encontrar-se desobstruídas, na medida do possível, para facilitar a limpeza. Assim sendo, os visitantes são desencorajados a trazer coisas para além de bens essenciais para o paciente/residente. Nomeadamente, flores não serão aceites em enfermarias/departamentos.
- 6.17 Mais orientações sobre áreas específicas pode ser consultada nos seguintes apêndices:

□ **Apêndice 3: serviços de maternidade** □ **Apêndice 5: lares**

7.0 PROCESSO DE CONSULTA

- 7.1 O *Strategic Clinical Advisory Cell* (SCAC) do *Department of Health* (Ministério da Saúde) foi consultado durante o processo de criação das presentes orientações.

- 7.2 Também procurámos aconselhamento do *Chief Scientific Officer for Northern Ireland* (o responsável científico para a Irlanda do Norte), *Infection Prevention and Control* (departamento de controlo e prevenção de infeção) e os *Executive Directors of Nursing* (diretores executivos responsáveis pela Enfermagem).
- 7.3 As presentes orientações foram partilhadas com o *Commissioner for Older People* (comissário para os idosos), organizações de advocacia de saúde mental e o *Commissioner for Children and Young People* (comissário para as crianças e jovens).
- 7.4 Também obtivemos informações da *Families Involved Northern Ireland* (FINI).
- 7.5 A análise das orientações de outros países revela o seguinte:
- 7.5.1 As orientações para visitas na Inglaterra foram modificadas a 11 de maio de 2020 para facilitar as visitas a pacientes em fase terminal em vários tipos de instituições⁶.
- 7.5.2 Para além disso, as restrições às visitas de natureza geral a pessoas internadas em instituições de saúde durante a pandemia da COVID-19 também foram removidas na Inglaterra (a partir de 5 de junho de 2020). As recomendações são no sentido de que as visitas serão à discricção local das *trusts* e outros órgãos do NHS (serviço nacional de saúde).
- 7.5.3 As orientações sobre a realização de visitas na Irlanda do Norte também foram revistas. À data de 12 de junho de 2020, as recomendações dizem respeito especificamente aos hospitais, mas permitem a realização excecional de visitas, de modo semelhante às restrições à realização de

⁶ <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0393-clinical-guidefor-supporting-compassionate-visiting-arrangements-11-may-2020.pdf>

visitas na Irlanda do Norte⁷. O regime de visitas para os lares na Irlanda do Norte mudou a 15 de junho de 2020⁸.

8.0 IMPLEMENTAÇÃO

- 8.1 Serão disponibilizadas ligações de acesso público a estas orientações a informar os utilizadores e os membros do público das mudanças ao regime de visitas através do [website do Department of Health](#) .
- 8.2 A disseminação pelas *trusts* do HSC, *Public Health Agency*, Conselho Diretivo do HSC, *Regulation Quality Improvement Authority* e os *Executive Directors of Nursing* será feita através do departamento do *Chief Nursing Officer* (CNO).
- 8.3 Estas orientações regionais serão disponibilizadas nos websites do DoH, PHA e *trusts* das *trusts* do HSC e serão atualizadas. A posição do nível regional do surto encontra-se sujeita a alterações e será revista com frequência. Poderão ocorrer surtos locais em áreas de *trusts* do HSC e lares, que necessitem de uma abordagem local específica fora do contexto do nível de surto regional da pandemia.

⁷ <https://www2.hse.ie/services/hospital-service-disruptions/hospital-service-disruptions-covid19>

⁸ <https://www.hpsc.ie/a-z/respiratory/coronavirus/novelcoronavirus/guidance/infectionpreventionandcontrolguidance/residential%20carefacilities/COVID-19%20Guidance%20on%20visiting%20residential%20care.pdf>

A Tabela de Surto indica a Posição do Nível de Surto Regional utilizando a capacidade de Cuidados Críticos como o Fator de Surto determinante - encontra-se sujeita a alterações e será revista periodicamente.

Poderão ocorrer surtos locais em áreas de trusts do HSC e lares, que necessitem de uma abordagem local específica fora do contexto do nível de surto regional da pandemia.

Nível de surto	Surto elevado/extremo	Surto médio	Surto baixo, pré-surto
Descrição do surto	<p>Todos os sistemas de saúde e cuidados sociais afetados significativamente.</p> <p>As UCI a operar a 100% da capacidade, ou mais.</p>	<p>A propagação na comunidade a afetar os mecanismos de administração de saúde e de cuidados sociais.</p> <p>As UCI a operar acima de 50% da capacidade normal.</p>	<p>Indícios comprovados de propagação na comunidade e aumento nos números de internamentos hospitalares.</p> <p>Todas as camas nas UCI convertidas em nível 3 e a trabalhar até 25% da capacidade normal.</p>
Área de cuidados			

<p>Hospital geral/ enfermarias de lares (Covid-19 e não Covid-19)</p>	<p>NENHUMAS VISITAS PRESENCIAIS</p>	<p>Somente visitas a pacientes em fase terminal.</p> <p>Apenas um familiar ou cuidador nomeado deverá ser autorizado a visitar.</p> <p>Se uma pessoa a visitar necessitar de assistência e estiver acompanhada de uma cuidador, e isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social, a segunda pessoa poderá ser autorizada a visitar.</p>	<p>As seguintes limitações aplicam-se aos visitantes e acompanhantes:</p> <p>Somente um visitante por paciente de cada vez.</p> <p>Em certas circunstâncias, se o visitante necessite de assistência, um máximo de 2 pessoas serão autorizadas a visitar de cada vez,</p>
		<p>(é essencial que tal seja organizado com antecedência com os funcionários da enfermaria)</p>	<p>se isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social.</p>

Unidade de cuidados intensivos	NENHUMAS VISITAS PRESENCIAIS	<p>Somente visitas a pacientes em fase terminal.</p> <p>Apenas um familiar ou cuidador nomeado deverá ser autorizado a visitar.</p> <p>Se uma pessoa a visitar necessitar de assistência e estiver acompanhada de uma cuidador, e isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social, a segunda pessoa poderá ser autorizada a visitar (é essencial que tal seja organizado com os funcionários da enfermaria).</p>	<p>As visitas presenciais só serão permitidas se possível de modo razoável.</p> <p>Somente um visitante por paciente de cada vez.</p> <p>Se uma pessoa a visitar necessitar de assistência e estiver acompanhada de uma cuidador, e isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social, a segunda pessoa poderá ser autorizada a visitar (é essencial que tal seja organizado com os funcionários da enfermaria).</p>
Departamentos de urgências	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.
Departamentos do ambulatório	Não se aplica – as consultas do serviço ambulatório serão canceladas.	Se for necessário ao paciente ir a consultas presenciais, só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.	Se for necessário ao paciente ir a consultas presenciais, só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.

Radiografia	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.	O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.
--------------------	---	---	---

<p>Unidades oncológicas/de queimaduras/renais</p>	<p>NENHUMAS VISITAS PRESENCIAIS</p>	<p>Somente visitas a pacientes em fase terminal.</p> <p>Apenas um familiar ou cuidador nomeado deverá ser autorizado a visitar.</p> <p>Se uma pessoa a visitar necessitar de assistência e estiver acompanhada de uma cuidador, e isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social, a segunda pessoa poderá ser autorizada a visitar (é essencial que tal seja organizado com os funcionários da enfermaria).</p>	<p>As seguintes limitações aplicam-se aos visitantes e acompanhantes:</p> <p>Somente um visitante por paciente de cada vez.</p> <p>Se uma pessoa a visitar necessitar de assistência e estiver acompanhada de uma cuidador, e isso puder ser feito em conformidade com as orientações de distanciamento social, a segunda pessoa poderá ser autorizada a visitar (é essencial que tal seja organizado com os funcionários da enfermaria).</p>
<p>Unidades de procedimentos ambulatoriais</p>	<p>O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.</p>	<p>O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.</p>	<p>O paciente só deverá ser acompanhado por uma pessoa se não for possível ao paciente compreender ou comunicar com os funcionários.</p>

Lares	NENHUMAS VISITAS PRESENCIAIS	Somente visitas a pacientes em fase terminal.	As seguintes limitações aplicam-se aos visitantes e acompanhantes: Só será permitido o acesso para visitas a um máximo de 2 pessoas de cada vez, se isso for possível em conformidade com o distanciamento social.
Maternidades	O(A) parceiro(a) será autorizado(a) a acompanhar a grávida para a sala de parto SOMENTE para o trabalho de parto até ao bebé nascer.	O(A) parceiro(a) de parto será autorizado(a) a acompanhar a grávida às ecografias normais, ecografias em caso de anomalias e para o trabalho de parto até ao bebé nascer.	O(A) parceiro(a) de parto será autorizado(a) a acompanhar a grávida às ecografias normais, clínica da fase inicial da gravidez, ecografias em caso de anomalias, departamento de medicina fetal, para a indução do parto, durante o trabalho de parto até ao bebé nascer e a visitar as enfermarias pré-natais e neonatais, conforme seja adequado.
Unidades de saúde mental	Visitas por uma só pessoa, se tal for considerado necessário para apoiar a saúde mental e o bem-estar do paciente.	Visitas por uma só pessoa, se tal for considerado necessário para apoiar a saúde mental e o bem-estar do paciente.	As seguintes limitações aplicam-se aos visitantes e acompanhantes: Só será permitido o acesso para visitas a um máximo de 2 pessoas de cada vez, se isso for possível em conformidade com o distanciamento social.

Unidades de deficiências de aprendizagem	Visitas por uma só pessoa, se tal for considerado necessário para apoiar a saúde mental e o bem-estar do paciente.	Visitas por uma só pessoa, se tal for considerado necessário para apoiar a saúde mental e o bem-estar do paciente.	As seguintes limitações aplicam-se aos visitantes e acompanhantes: Só será permitido o acesso para visitas a um máximo de 2 pessoas de cada vez, se isso for possível em conformidade com o distanciamento social.
---	--	--	---

Síntese da análise dos dados existentes (1/6/2020)

O *Strategic Clinical Advisory Cell* (SCAC) realizou uma rápida análise para identificar e publicar os dados existentes relacionados com a infeção do coronavírus e o impacto nas visitas hospitalares na transmissão da doença.

Resultados

Os estudos de “visitas” e infeção nosocomial documentavam as infeções nosocomiais que afetam “o hospital todo” ou as infeções de departamentos específicos. Foi demonstrado que os hospitais ficam contaminados com mais frequência quando prestam cuidados a pacientes com COVID-19. Num estudo, os objetos mais contaminados eram as impressoras *self-service* (20,0%), secretárias/teclados (16,8%) e maçanetas (16,0%). Os doseadores de desinfetante (20,3%) e luvas (15,4%) eram o equipamento de proteção individual (EPI) mais contaminado¹. Assim sendo, o ambiente hospitalar pode ser uma fonte de propagação do vírus, incluindo entre profissionais de saúde, pacientes e visitantes.

COVID-19

Um estudo de coorte retrospectivo na China identificou uma taxa de infeção da Covid-19 de 9,8%². Contudo, os “visitantes” foram agrupados com os pacientes que tinham ido a departamentos do ambulatório, bem como com pacientes internados que tinham regressado a casa e, subseqüentemente, desenvolvido sintomas. Os outros estudos que se debruçaram sobre as infeções nosocomiais diziam respeito à SARS (n=1)³ e MERS (n=1)⁴.

SARS

Um hospital pediátrico teve uma taxa de infeção nosocomial nula (profissionais de saúde e visitantes) durante o surto da SARS em 2003, onde um dos progenitores era autorizado a visitar crianças que tinham testado positivo no teste da SARS durante por 2 horas por dia por motivos de compaixão³. Este departamento implementou um regime de controlo e prevenção de infeção rigoroso que incluía dividir a enfermaria em 3 áreas: 1. área de risco ultra elevado, 2. área de risco elevado e 3. área de risco moderado, consoante os vários níveis de risco de

transmissão nosocomial da SARS, registando os visitantes à entrada das enfermarias para o eventual rastreio de contactos e uso de EPI por parte dos visitantes consoante os vários níveis de risco. Foram designados locais dentro das enfermarias de pediatria para colocar e retirar o EPI. A limpeza e desinfeção do chão, mesas, computadores e equipamento médico de todas as enfermarias eram feitas periodicamente, pelo menos, três vezes por dia com solução de hipoclorito de sódio com 1000 ppm³.

MERS

O surto de MERS na Coreia do Sul em 2015 foi quase totalmente (99,4%) nosocomial⁵. Pensa-se que os motivos se devem maioritariamente à gestão de infeção e erros das políticas, ao invés de fatores biomédicos. Em 2014, um estudo de coorte retrospectivo definiu um caso nosocomial de MERS como um teste de RT-PCR positivo numa pessoa sintomática, exposta ao hospital na qualidade de profissional de saúde, paciente ou visitante com o início dos sintomas 2-14 dias após o contacto hospitalar⁴. 11,5% das infeções nosocomiais eram visitantes do hospital. As deficiências de controlo de infeção incluíam a separação limitada de pacientes com suspeita de MERS, sobrelotação de pacientes e o uso inconsistente de precauções de controlo. Após serem feitas melhorias agressivas nestas deficiências, deparou-se com uma redução no número de casos⁴.

Referências

1. Ye G; Lin H; Chen S; Wang S; Zeng Z; Wang W; Zhang S; Rebmann T; Li Y; Pan Z; Yang Z; Wang Y; Wang F; Qian Z; Wang X. Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *Journal of Infection*. 30 de abril de 2020.
2. Cao J; Tu WJ; Cheng W; Yu L; Liu YK; Hu X; Liu Q. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Corona Virus Disease 2019 in Wuhan, China. *Intensive Care Medicine*. 2020;14(1): 1-3. [Edição digital antes da versão impressa].
3. Leung TF; Ng PC; Cheng FW; Lyon DJ; So KW; Hon EK; Li AM; Li CK; Wong GW; Nelson EA; Hui J; Sung RY; Yam MC; Fok TF. Infection Control for SARS in a tertiary paediatric centre in Hong Kong. *Journal of Hospital Infection*. março de 2004;56(3):215-22.
4. Hastings DL; Tokars JI; Abdel Aziz IZ et al. Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome at Tertiary Care Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 22(5):794801, 2016.
5. Kim KH; Tandl TE; Choi JW; Moon JM; Kim MS. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea, 2015: epidemiology, characteristics and public health implications. *Journal of Hospital Infection*. 95(2):207-213, 2017 Fev

**COVID-19: PRINCÍPIOS REGIONAIS PARA VISITAS A SERVIÇOS DE
MATERNIDADE NA IRLANDA DO NORTE**

Todas as pessoas a visitar instituições de saúde e cuidados sociais serão obrigadas a utilizar coberturas faciais até indicação em contrário

Data de publicação: 30 de junho de 2020

Data de implementação 6 de julho de 2020

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 Estas orientações de requisitos de visitas em áreas de maternidade **DEVEM** ser lidas em conjunto com *COVID-19: princípios regionais para visitas em instituições de cuidados na Irlanda do Norte (data de publicação: 30 de junho de 2020)* E a tabela no apêndice 1, que se encontra alinhada com os níveis de surto da pandemia/valor R com base nos melhores dados científicos disponíveis a qualquer altura.

2.0 CONTEXTO

2.1 Desde o início do período do surto da COVID-19 que as orientações sobre as visitas a instituições de maternidades hospitalares têm sido de que a mulher deve ser acompanhada de um(a) parceiro(a) par o parto e somente durante o trabalho de parto até o bebê nascer.

2.2 Contudo, os dados disponíveis não só confirmam que a presença de um(a) parceiro(a) durante o parto até ao bebê nascer melhoram os resultados para a mulher e a criança, mas também realça que a criação de laços afetivos com os progenitores aumenta nos primeiros dias após o parto e a limitação das visitas reduz a oportunidade de criação de laços afetivos.

- 2.3 Para além disso, tem havido um nível significativo de pressão do público no que diz respeito às mulheres irem sem acompanhante às ecografias durante o período de gestação e indução do parto, bem como durante o período pós-natal.
- 2.4 Assim sendo, o *Strategic Clinical Advisory Cell* (SCAC) do Ministério da Saúde (*Department of Health*) fez uma análise dos dados emergentes a nível global relacionados com a infeção do coronavírus e o impacto dos visitantes hospitalares na transmissão da doença, bem como o impacto da redução do envolvimento dos(as) parceiros(as) de parto nos cuidados de maternidades hospitalares (ver o apêndice 4).

3.0 DEFINIÇÕES E ÂMBITO

- 3.1 Este documento contém orientações para grávidas que estejam a ir ao hospital para consultas pré-natais marcadas antecipadamente.
- 3.2 As orientações incluem situações em que a mulher pode ser acompanhada pelo(a) parceiro(a) ou outra pessoa nomeada.
- 3.3 As orientações revistas aplicam-se a mulheres internadas em enfermarias pré-natais ou pós-natais, ou quando forem ao hospital pelos seguintes motivos:
- Ecografia das 12 semanas;
 - Clínica da fase inicial da gravidez;
 - Ecografia em caso de anomalia;
 - Consultas no departamento de medicina fetal e □ durante o parto até ao bebé nascer.

4.0 PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA

- 4.1 As mulheres podem fazer-se acompanhar do(a) seu(sua) parceiro(a), ou outra pessoa nomeada, a qualquer um dos locais acima mencionados, exceto no caso de surto elevado/extremo (ver a tabela na página 19).

4.2 Poderá haver ocasiões em certas *trusts* do HSC em que as visitas poderão ser mais limitadas do que o previsto nestas orientações, por motivos específicos. Isso dever-se-á, provavelmente, à necessidade de reduzir o número de pessoas numa certa área para cumprir as normas de distanciamento social. Neste cenário, serão fornecidas explicações claras às mulheres e ao(à) seu(sua) parceiro(a)/outra pessoa nomeada.

4.3 **Os membros do público que tenham sintomas associados com a COVID-19 não devem visitar maternidades hospitalares.**

4.4 Nomeadamente, as seguintes medidas aplicar-se-ão às visitas das enfermarias pré-natais e pó

- a. O número de visitantes em serviços de maternidade será limitado a um visitante por mulher a qualquer altura;
- b. Será solicitado às mulheres que nomeiem duas pessoas, no máximo (uma das quais será o(a) parceiro(a) de parto), que terão acesso a realizar visitas enquanto a mulher permanecer no hospital;
- c. Se uma pessoa nomeada ficar doente, outra pessoa poderá ser nomeada.
- d. Se não for possível à paciente nomear alguém, será solicitado ao familiar mais próximo que nomeie as pessoas;
- e. As visitas terão a duração máxima de uma hora. Eventuais exceções deverão ser acordadas com a parteira encarregada;
- f. A hora da visita deve ser acordada com o visitante nomeado e a parteira encarregada.

A Tabela de Surto indica a Posição do Nível de Surto Regional utilizando a capacidade de Cuidados Críticos como o Fator de Surto determinante - encontra-se sujeita a alterações e será revista periodicamente.

Poderão ocorrer surtos locais em áreas de trusts do HSC e lares, que necessitem de uma abordagem local específica fora do contexto do nível de surto regional da pandemia.

Nível de surto	Surto elevado/extremo	Surto médio	Surto baixo, pré-surto
Maternidades	O(A) parceiro(a) será autorizado(a) a acompanhar a grávida para a sala de parto SOMENTE para o trabalho de parto até ao bebé nascer.	O(A) parceiro(a) de parto será autorizado(a) a acompanhar a grávida às ecografias normais, ecografias em caso de anomalias e para o trabalho de parto até ao bebé nascer.	O(A) parceiro(a) de parto será autorizado(a) a acompanhar a grávida às ecografias normais, clínica da fase inicial da gravidez, ecografias em caso de anomalias, departamento de medicina fetal, para a indução do parto, durante o trabalho de parto até ao bebé nascer e a visitar as enfermarias pré-natais e neonatais, conforme seja adequado.

Síntese da análise dos dados existentes: Visitas dos(as) parceiros(as) de parto às maternidades

(1/6/2020)

O *Strategic Clinical Advisory Cell* (SCAC) realizou uma rápida análise para identificar e publicar os dados existentes relacionados com a infeção do coronavírus e o impacto nas visitas hospitalares na transmissão da doença, bem como o impacto da redução do envolvimento dos(as) parceiros(as) de parto nos cuidados de maternidades hospitalares.

Resultados

Não havia artigos relacionados com “parceiros(as) de parto” e infeção nosocomial do coronavírus. Os estudos de “visitas” e infeção nosocomial documentavam as infeções nosocomiais que afetam “o hospital todo” ou as infeções de departamentos específicos (p. ex. pediatria) que não eram maternidades.

Foi demonstrado que os hospitais ficam contaminados com mais frequência quando prestam cuidados a pacientes com COVID-19. Num estudo, os objetos mais contaminados eram as impressoras *self-service* (20,0%), secretárias/teclados (16,8%) e maçanetas (16,0%). Os doseadores de desinfetante (20,3%) e luvas (15,4%) eram o equipamento de proteção individual (EPI) mais contaminado ¹. Assim sendo, o ambiente hospitalar pode ser uma fonte de propagação do vírus, incluindo entre profissionais de saúde, pacientes e visitantes.

Papel dos visitantes nas infeções nosocomiais durante os surtos do coronavírus

COVID-19

Um estudo de coorte retrospectivo na China identificou uma taxa de infeção da

COVID-19 de 9,8%². Contudo, os “visitantes” foram agrupados com os pacientes que tinham ido a departamentos do ambulatório, bem como com pacientes internados que tinham regressado a casa e, subseqüentemente, desenvolvido sintomas. Os outros estudos que se debruçaram sobre as infeções nosocomiais diziam respeito à SARS (n=1)³ e MERS (n=1)⁴.

SARS

Um hospital pediátrico teve uma taxa de infeção nosocomial nula (profissionais de saúde e visitantes) durante o surto da SARS em 2003, onde um dos progenitores era autorizado a visitar crianças que tinham testado positivo no teste da SARS durante por 2 horas por dia por motivos de compaixão³. Este departamento implementou um regime de controlo e prevenção de infeção rigoroso que incluía dividir a enfermaria em 3 áreas: 1. área de risco ultra elevado, 2. área de risco elevado, e 3. área de risco moderado, consoante os vários níveis de risco de transmissão nosocomial da SARS, registando os visitantes à entrada das enfermarias para o eventual rastreio de contactos e uso de EPI por parte dos visitantes consoante os vários níveis de risco. Foram designados locais dentro das enfermarias de pediatria para colocar e retirar o EPI. A limpeza e desinfeção do chão, mesas, computadores e equipamento médico de todas as enfermarias eram feitas periodicamente, pelo menos, três vezes por dia com solução de hipoclorito de sódio com 1000 ppm³.

MERS

O surto de MERS na Coreia do Sul em 2015 foi quase totalmente (99,4%) nosocomial⁵. Pensa-se que os motivos se devem maioritariamente à gestão de infeção e erros das políticas, ao invés de fatores biomédicos. Em 2014, um estudo de coorte retrospectivo definiu um caso nosocomial de MERS como um teste de RT-PCR positivo numa pessoa sintomática, exposta ao hospital na qualidade de profissional de saúde, paciente ou visitante com o início dos sintomas 2-14 dias após o contacto hospitalar⁴. 11,5% das infeções nosocomiais eram visitantes do hospital. As deficiências de controlo de infeção incluía a separação limitada de pacientes com suspeita de MERS, sobrelotação de pacientes e o uso inconsistente de

precauções de controlo. Após serem feitas melhorias agressivas nestas deficiências, deparou-se com uma redução no número de casos⁴.

Parceiros(as) de parto nos cuidados de maternidade

No que diz respeito aos benefícios da presença de parceiros(as) de parto nos cuidados de maternidade, há dados de baixa qualidade a favor da sua presença no parto até ao bebé nascer para melhorar os resultados para as mulheres e o bebé⁶. O apoio emocional pode aumentar o controlo durante o parto e proporcionar experiências de parto positivas para ambos os progenitores. A criação de laços afetivos entre o bebé e os progenitores aumenta nos primeiros dias após o parto⁷. A limitação das visitas reduz a oportunidade para a criação de laços afetivos, o que poderá ser especialmente importante para bebés internados na unidade neonatal.

Referências

1. Ye G; Lin H; Chen S; Wang S; Zeng Z; Wang W; Zhang S; Rebmann T; Li Y; Pan Z; Yang Z; Wang Y; Wang F; Qian Z; Wang X. Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *Journal of Infection*. 30 de abril de 2020.
2. Cao J; Tu WJ; Cheng W; Yu L; Liu YK; Hu X; Liu Q. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Corona Virus Disease 2019 in Wuhan, China. *Intensive Care Medicine*. 2020; 14(1): 1-3. [Edição digital antes da versão impressa].
3. Leung TF; Ng PC; Cheng FW; Lyon DJ; So KW; Hon EK; Li AM; Li CK; Wong GW; Nelson EA; Hui J; Sung RY; Yam MC; Fok TF. Infection Control for SARS in a tertiary paediatric centre in Hong Kong. *Journal of Hospital Infection*. março de 2004; 56(3):215-22.
4. Hastings DL; Tokars JI; Abdel Aziz IZ et al. Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome at Tertiary Care Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 22(5):794801, 2016.
5. Kim KH; Tandil TE; Choi JW; Moon JM; Kim MS. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea, 2015: epidemiology, characteristics and public health implications. *Journal of Hospital Infection*. 95(2):207-213, 2017 Fev.
6. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2017.

7. Brandao S; Figueiredo B. Father's emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12):2730-9, 2012 Dez.

COVID-19: PRINCÍPIOS REGIONAIS PARA VISITAS EM LARES NA IRLANDA DO NORTE.

Data de publicação: 30 de junho de 2020

Data de implementação: julho de 2020

Todas as pessoas a visitar instituições de saúde e cuidados sociais e lares serão obrigadas a utilizar coberturas faciais até indicação em contrário

QUALQUER PESSOA QUE TENHA SINTOMAS ASSOCIADOS COM O CORONAVÍRUS NÃO DEVE VISITAR UM LAR.

1.0 INTRODUÇÃO

- 1.1 A principal prioridade continua a ser a redução do risco de transmissão da COVID-19 em lares e evitar surtos no futuro, para garantir a saúde e segurança tanto dos residentes como dos funcionários. Existem desafios associados aos lares que são diferentes das outras instituições de saúde e cuidados no que diz respeito à proteção dos residentes de infeção e dos riscos específicos de surtos de infeção em lares.
- 1.2 Estas orientações **DEVEM** ser lidar em conjunto com COVID-19: PRINCÍPIOS REGIONAIS PARA VISITAS EM INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS NA IRLANDA DO NORTE (Data de publicação: 30 de junho de 2020)
- 1.3 Os gerentes de lares devem considerar, em primeiro lugar, os dados das orientações de visitas relativamente ao nível de surto regional no apêndice 1 das orientações acima e, em primeira instância, devem aplicar estas orientações. O nível de surto regional encontra-se alinhado com os níveis de surto da pandemia/valor R baseados nos melhores dados científicos disponíveis a qualquer altura.
- 1.4 Se o nível de surto regional indicar que poderá ser possível permitir visitas controladas a nível baixo, pré-surto, os lares devem avaliar as suas

circunstâncias específicas nessa altura no que diz respeito a um surto de infeção no lar e aplicar as seguintes orientações:

Estado	Orientações gerais de visitas
<p>Surto de infeção no lar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Define-se “surto” como dois, ou mais, casos confirmados ou suspeitos em residentes ou funcionários. • O lar permanece em “surto” até que seja feita a limpeza terminal. 	<p>Visitas somente em circunstâncias excecionais (p. ex. para residentes em fase terminal) sob medidas rigorosas de controlo e prevenção de infeção e de EPI.</p>
<p>O lar não tem um surto de infeção; há dados contínuos da propagação da infeção na comunidade.</p>	<p>Limitação das visitas e cumprimento das precauções de controlo e prevenção de infeção.</p>

Isto poderá significar, por exemplo, que o nível de surto regional indica que o regime de visitas do nível de surto baixo/pré-surto se aplicam a *nível regional*, mas o *estado individual de um lar* nessa altura poderá determinar a *aplicação de regimes diferentes de visitas*.

2.0 AVALIAÇÃO DE RISCOS

2.1 Antes da eventual reintrodução de visitas, os lares devem realizar uma avaliação de riscos adequada para determinar se as visitas podem ser reatadas e sob que circunstâncias e criar uma política de visitas em conformidade.

2.2 A avaliação deve considerar fatores relevantes, incluindo:

- 2.2.1 a avaliação do benefício para os residentes comparativamente ao risco de reintrodução de infeção no lar por parte dos visitantes ou de propagarem a infeção do lar para a comunidade;
- 2.2.2 a capacidade da instituição implementar medidas práticas para mitigar eventuais riscos resultantes de visitas, p. ex. as medidas de registo à entrada e saída, sinalização adequada, rotas de sentido único, acesso a instalações para lavar as mãos;
- 2.2.3 os riscos para a saúde e bem-estar resultantes das necessidades do grupo de residentes na instituição. Isto deve incluir tanto se as suas necessidades os torna particularmente vulneráveis à COVID-19 e se as suas necessidades tornam as visitas especialmente importantes;
- 2.2.4 recomendações da *Public Health Agency* (PHA), equipas locais de prevenção e controlo de infeção da *Health and Social Care Trust* e a equipa de proteção de saúde da PHA (na eventualidade de um surto).
- 2.2.5 discussões com os funcionários para lidar com eventuais ansiedades e fornecer o apoio, políticas e procedimentos adequados para permitir aos funcionários facilitar visitas em conformidade com todas as orientações relevantes;
- 2.2.6 se, em que medida, o ambiente do lar permite uma visita com medidas para minimizar os riscos, por exemplo se uma visita pode ser realizada ao ar livre, como num jardim comum;
- 2.2.7 a provável eficácia prática das medidas de distanciamento social entre o visitante e os residentes, tendo em consideração os níveis cognitivos do residente e as suas necessidades de comunicação;
- 2.2.8 se um residente necessita de uma avaliação individual das suas circunstâncias de forma a permitir que as visitas se realizem de modo seguro, por exemplo residentes que devam cumprir recomendações cognitivas ou de resguardo (*shielding*) ou se há desafios específicos para um certo residente em cumprir as normas de distanciamento social durante as visitas e se é possível implementar medidas suficientes de prevenção e controlo de infeção para salvaguardar o residente, funcionários e visitantes para permitir que a visita ocorra;

2.2.9 a consideração de estratégias de mitigação e gestão de eventuais consequências não previstas da reintrodução das visitas, tais como uma reação de ansiedade, que possam requerer um maior nível de apoio emocional/psicológico para o residente individual.

3.0 IMPLEMENTAÇÃO

- 3.1 As visitas realizadas por meios virtuais continuam a ser a preferência em termos da redução do número de pessoas a visitar os lares e devem continuar a ser apoiadas e facilitadas.
- 3.2 As normas existentes de distanciamento social, as medidas de controlo e prevenção de infeção e o eventual uso recomendado ou obrigatório de EPI, incluindo coberturas faciais/máscaras devem ser sempre cumpridas. Os visitantes a lares devem utilizar coberturas faciais que devem trazer consigo e devem ser colocadas antes do início da visita.
- 3.3 As visitas só devem ser facilitadas se organizadas com marcação prévia – visitas sem pré-aviso não podem ser autorizadas.. *As visitas terão de ser marcadas com antecedência para um dia e hora específica. Os visitantes devem chegar ao lar com antecedência suficiente da hora marcada, para a eventualidade de a situação no lar se ter alterado.* Isto é para proteger os residentes, funcionários e famílias dos lares e para garantir a equidade de acesso às visitas.
- 3.4 Os lares poderão querer implementar um questionário de triagem antes da visita se realizar, incluindo perguntas aos visitantes de sintomas específicos indicativos de uma possível infeção de COVID-19. Se um visitante indicar a presença de um sintoma, a visita não se deve realizar.

- 3.5 Consoante a avaliação de riscos do lar, o número de residentes e outras considerações ambientais, as visitas poderão ter de ser limitadas a um certo número por semana, por residente. Isto tem por objetivo permitir a todos os residentes receber visitas, se assim desejarem, permitir a implementação de um sistema de pré-marcação, permitir a realização de visitas, implementar medidas mais rigorosas de limpeza entre visitas (ver <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/cleaning-disinfection>) e avaliar o impacto da reintrodução das visitas nos funcionários, residentes e familiares.
- 3.6 À discricção do gerente do lar, e se puder ser gerido de modo seguro ao ar livre, um máximo de seis visitantes serão autorizados a visitar um residente. Todos os requisitos de distanciamento social, controlo e prevenção de infeção e de EPI devem ser cumpridos.
- 3.7 As crianças **só** podem fazer visitas em circunstâncias excecionais, acordadas com o gerente do lar numa base individual.
- 3.8 A duração de cada visita será determinada pela avaliação de riscos individual de cada lar e política de visitas e, se necessário, a avaliação da situação individual do residente, com uma duração máxima de uma hora.
- 3.9 Se for possível organizar visitas presenciais após o lar ter concluído a avaliação de riscos, é preferível que as **visitas sejam realizadas ao ar livre** e devem ser permitidas, se o ambiente permitir, em locais adequados e seguros dentro do perímetro do lar, em conformidade com todas medidas obrigatórias e recomendadas de controlo e prevenção de infeção.
- 3.10 As visitas **no interior** poderão ser necessárias em certas circunstâncias e se as condições meteorológicas não permitirem que sejam realizadas ao ar livre.
- 3.11 Se as visitas presenciais no interior estiverem a ser consideradas como parte da política de visitas do lar, deverá identificar-se uma sala ou área de visitas dentro do lar onde todas as normas atuais de controlo e prevenção de infeção

e de distanciamento social possam ser implementadas e geridas de modo seguro.

- 3.12 Recomenda-se que somente uma pessoa visite de cada vez. Contudo, em certos casos, o próprio visitante poderá necessitar de assistência e, neste caso, duas pessoas no máximo poderão visitar o residente no interior de cada vez.
- 3.13 As visitas no interior poderão requerer o uso de barreiras de plástico/vidro entre o residente e o visitante. O uso de tais barreiras irá requerer aconselhamento e instruções por parte dos colegas de controlo e prevenção de infeção para garantir que as barreiras podem ser descontaminadas de modo eficaz entre cada uso com um desinfetante adequado. Também é possível consultar recomendações sobre a descontaminação no Manual de Controlo e Prevenção de Infeção da Irlanda do Norte (consultar <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/basic-principles>).
- 3.14 As visitas aos residentes nos seus próprios quartos só deverão ser realizadas em circunstâncias excecionais e mediante medidas rigorosas de controlo e prevenção de infeção. Isto deverá ser feito em conformidade com as avaliações de riscos individuais e planos de gestão e incluir os pormenores dos requisitos para o uso adequado de EPI. Tais eventuais visitantes devem limitar os seus movimentos e interações dentro do lar, dirigindo-se diretamente para o quarto do residente e saindo imediatamente após a visita.
- 3.15 Se um residente quiser ser visitado por um líder religioso, poderá ser organizada uma visita com antecedência. Esta visita não contará para a visita prevista de familiares/amigos ao residente, nem a substituirá. As visitas de líderes religiosos devem cumprir as normas da política de visitas do lar no que diz respeito ao controlo e prevenção de infeção, EPI, normas de distanciamento social, etc.

4.0 VISITAS A RESIDENTES EM FASE TERMINAL

- 4.1 Os residentes poderão ter indicado no seu plano de cuidados antecipado quem gostariam que os visitassem quando estiverem prestes a falecer. Se tal não tiver sido registado, deve ser perguntado ao paciente prestes a falecer, sempre que possível, quem gostaria que o visitasse. Se não for possível ao próprio residente fornecer esta informação, a família, o familiar mais próximo e/ou outra pessoa apropriada poderão eventualmente ajudar a este respeito. Todas as normas relativas à política de visitas do lar, que incluem as medidas de controlo e prevenção de infeção, uso de EPI, etc., devem ser cumpridas.

5.0 COMUNICAÇÃO COM AS FAMÍLIAS E OUTROS VISITANTES

- 5.1 Os lares devem informar as famílias e outros visitantes dos pormenores da sua política de visitas a residentes.
- 5.2 Os amigos e família devem ser informados de que a sua autorização a visitar o lar ainda está a ser controlada em conformidade com as orientações regionais e a avaliação de riscos do lar e encontra-se sujeita às circunstâncias específicas do lar e das pessoas a viver e trabalhar nele.
- 5.3 Se um lar se propor a tomar uma abordagem individual a um residente específico, deve procurar envolver a família e os outros prováveis visitantes, bem como os residentes se apropriado, nesta decisão.