



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE RONDÔNIA

NOTA TÉCNICA Nº 2/2023/AGEVISA-NSS

INTERESSADOS: PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS, SERVIÇOS DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE, NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA, GESTORES DE UNIDADES HOSPITALARES E LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS E MICROBIOLOGIA PÚBLICOS E PRIVADOS NO ESTADO DE RONDÔNIA

ASSUNTO: Informe e orientações para a prevenção e controle de *Candida auris*, em serviços de saúde hospitalares no estado de Rondônia

1. CONTEXTO

A *Candida auris* é um fungo emergente que representa uma grave ameaça à saúde global, pelo potencial de causar infecções invasivas, graves e associadas à alta mortalidade, podendo apresentar características de multirresistência e ocasionar surtos em serviços de saúde.

O Brasil encontra-se em pleno enfrentamento de diversos surtos de *C. auris* (1 caso novo já é considerado surto no caso desse microrganismo). Os casos começaram a ser reportados à Anvisa desde o ano de 2020, com ocorrência nos estados da Bahia, Pernambuco e recentemente em São Paulo (maio/2023), despertando alerta a todos os serviços de saúde do país, a fim de iniciarem ações de preparação para resposta.

Ainda não se conhece totalmente o mecanismo de transmissão da *C. auris* dentro dos serviços de saúde, embora evidências iniciais surgiram que ocorra por contato com superfícies ou equipamentos contaminados de quartos de pacientes colonizados/infetados. Dessa forma, é fundamental reforçar as medidas de prevenção e controle enfatizando a higiene das mãos, limpeza e desinfecção do ambiente e equipamentos.

2. PROBLEMA

Candida auris é um fungo emergente de preocupação para a saúde pública pois:

- Produz biofilmes tolerantes a antifúngicos;
- Apresenta resistência aos medicamentos habitualmente utilizados para tratar infecções por *Candida* (fluconazol, anfotericina B ou equinocandinas), padrão de multirresistência não observado em nenhuma outra espécie do gênero *Candida*;
- Pode causar infecção de corrente sanguínea (ICS) e outras infecções invasivas, podendo ser fatal, especialmente em pacientes imunodeprimidos ou com comorbidades;
- Pode permanecer viável por longos períodos no ambiente (semanas ou meses) e apresenta resistência a diversos desinfetantes, entre os quais, os que são à base de quaternário de amônio;
- Tem capacidade de causar surtos em decorrência da dificuldade de identificação oportuna pelos métodos laboratoriais rotineiros, além de sua difícil eliminação do ambiente contaminado.

3. HISTÓRICO E CENÁRIO ATUAL

Em março de 2017, a Anvisa publicou um COMUNICADO DE RISCO que definiu a Rede Nacional para identificação de *C. auris* em serviços de saúde e detalhou orientações para a vigilância laboratorial, encaminhamento de isolados para laboratórios de referência e as medidas de prevenção e controle de IRAS pela *Candida auris*. Este documento foi atualizado e a versão vigente é a NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2022, disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-02-2022/view>.

O primeiro caso positivo de *Candida auris* no Brasil foi notificado à Anvisa em 07/12/2020, isolado em uma amostra de ponta de cateter de paciente internado na UTI de um hospital de Salvador/BA. O segundo surto ocorreu em outro hospital de Salvador/BA, teve apenas 1 caso e foi encerrado após 6 meses de monitoramento. O terceiro surto ocorreu em Pernambuco e teve 47 casos.

Este surto continua em monitoramento, apesar de o último caso positivo ter sido identificado há mais de 8 meses, devido à complexidade do evento. O quarto surto também ocorreu em Pernambuco e envolveu apenas 1 caso, sendo encerrado após 6 meses de monitoramento. Em maio de 2023, foram notificados novos surtos em 3 hospitais de Pernambuco, que ainda seguem em monitoramento. O mais recente ocorreu em São Paulo, totalizando no país 78 casos confirmados de *Candida Auris*, até 04/12/2023, conforme figura 1.

FIGURA 1 - Distribuição geográfica de surtos de Cândida auris no Brasil



Fonte: Anvisa (2023)

4. OBJETIVOS

Esta nota técnica tem como objetivos:

- Atualizar as informações sobre os surtos de Candida auris no país;
- Direcionar as ações a serem executadas para prevenção, identificação e controle de C. auris pelas unidades hospitalares no estado de Rondônia;
- Direcionar sobre as principais ações de preparação e resposta a nível estadual para uma possível emergência em saúde pública por C. auris nos serviços de saúde em Rondônia.

5. DEFINIÇÃO DE CASOS

Pacientes colonizados (carregam C. auris em seus corpos, mesmo que não estejam doentes), sem sintomas, podem servir como reservatórios e potenciais disseminadores da levedura para o ambiente hospitalar e para outros pacientes. É necessário realizar o isolamento imediato do paciente, a partir da identificação da suspeita/confirmação. Deve-se fazer a triagem e monitoramento em pacientes que são contactantes do caso, a fim de controlar a disseminação.

- **Caso suspeito:** Indivíduos que apresentarem resultado preliminar, através de cultura e/ou método automatizado, sugestivo para C. auris.
- **Caso confirmado:** Indivíduos que apresentarem detecção de C. auris em swab obtido para fins de vigilância (triagem de colonização) ou seja, swab axilar, inguinal e nasal, através de métodos laboratoriais específicos para identificação do patógeno (por vezes outros sítios de coleta podem ser utilizados para fins de diagnóstico); OU Indivíduos que apresentarem detecção de C. auris em amostras clínicas (sangue, LCR, urina, amostras do trato respiratório, fluido biliar, feridas, etc) obtidas durante atendimento, através de métodos laboratoriais específicos para identificação do patógeno.
- **Contacto/contactante:** Indivíduos que estiverem internados no mesmo ambiente do caso confirmado para C. auris, por 3 ou mais dias, desde a data da coleta das amostras positivas, sendo os indivíduos que foram submetidos a cuidados intensivos, incluindo ventilação mecânica e outros procedimentos médicos invasivos e uso de antibiótico por mais de 24 horas, os alvos prioritários para a vigilância.

6. CRITÉRIOS PARA TRIAGEM E DETECÇÃO

A triagem de pacientes para C. auris tem por objetivo a identificação oportuna daqueles pacientes com colonização, para implementação de medidas de prevenção e controle da disseminação da infecção na unidade de saúde. Deverá ser realizada observando as seguintes recomendações:

- Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que apresentem crescimento de candida não albicans, de qualquer sítio;
- Apresentem fatores de risco, como diabetes, imunossupressão, pacientes portadores de doença renal crônica, cirurgia recente;
- Com tempo de internação prolongado;
- Que estejam em uso de dispositivos invasivos (como cateter venoso central, cateter de Schilley, sonda vesical de demora, intubação orotraqueal,

ou traqueostomia) ou também em terapias como hemodiálise ou ventilação mecânica.

- Que estejam fazendo uso de antimicrobianos de amplo espectro.

OBSERVAÇÕES:

Sempre que possível, os contatos devem permanecer isolados e internados em formato de coorte, em espaço designado pelo serviço para este fim, de forma a intervir o mínimo possível com o fluxo de atendimento da unidade, incluindo o de admissão de novos pacientes e o de altas clínicas, até a obtenção de 3 resultados de swab negativos, com intervalos de no mínimo 72h entre as coletas.

Paciente já identificado como colonizado ou infectado (caso confirmado) não precisa passar por novas culturas de vigilância e deve ser considerado como colonizado por período mínimo de 6 meses.

7. DIAGNÓSTICO: COLETA, DOCUMENTAÇÃO E FLUXO DE ENVIO DE AMOSTRAS

A coleta deve ser feita, sempre que possível, antes do início da terapia específica e, particularmente, para lesões cutâneas de pele e unhas, deve-se orientar o paciente para evitar uso de medicação tópica por 4 a 5 dias antes da coleta de escamas.

As amostras de qualquer sítio (sangue, urina, ponta de cateter vascular, lavado broncoalveolar, abscessos intracavitários e secreção de ferida cirúrgica) devem ser identificadas com nome do paciente, número de registro hospitalar (quando for o caso), tipo de amostra, data e horário da coleta, entre outras informações adicionais, além do devido preenchimento no GAL. A requisição médica que acompanha a amostra deve conter, sempre que possível, as hipóteses diagnósticas, que auxiliarão o micologista na escolha da coloração e do meio de cultura mais adequado para o isolamento do agente etiológico suspeitado.

O ideal é que as amostras, após coletadas, fiquem armazenadas/ conservadas de 2°C a 8°C, por no máximo 4 horas, ficando estabelecido este intervalo de tempo entre a coleta e o envio pelos hospitais da capital ao LACEN. Os hospitais dos demais municípios deverão realizar o envio no mesmo dia da coleta da amostra, que deverá ser conduzida em meio de transporte, sem gelo, a fim de garantir sua qualidade até a chegada para análise de triagem.

Em pacientes imunodeprimidos ou muito debilitados o estudo de um mesmo tipo de amostra biológica, coletada em 2 ou 3 dias consecutivos, é importante para a interpretação correta de resultados positivos para fungos considerados como saprófitas, ou seja, contaminantes do meio ambiente, ou mesmo, constituinte da microbiota normal do paciente. Nesses pacientes, os fungos saprófitas podem se tornar oportunistas e comportarem-se como patógenos.

7.1 ETAPAS DO DIAGNÓSTICO

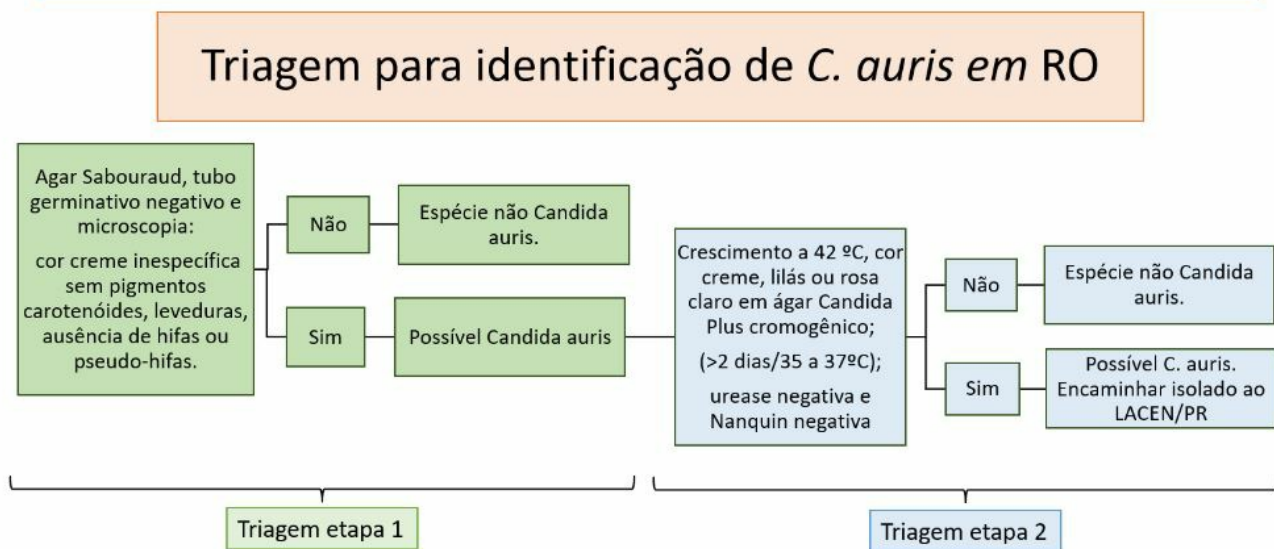
O estado de Rondônia não possui o equipamento de MALDI-TOF ou sequenciador para confirmação da *Candida auris*, portanto, os exames de triagem serão realizados no estado e as amostras sugestivas, serão enviadas pelo Lacen/RO para a referência, conforme fluxo ilustrado na figura 1.

- As **unidades públicas que não possuem laboratório próprio de microbiologia**, deverão enviar ao Lacen, como de costume, suas amostras para triagem, que seguirão o fluxo descrito na figura 2.
- As **unidades públicas que possuem seus próprios laboratórios de microbiologia contratualizados**, estes deverão providenciar insumos e estrutura mínima, a fim de realizarem os testes de triagem (etapa 1). Obtendo-se triagem sugestiva de *Candida auris*, deverão enviar a amostra ao Lacen para a segunda etapa da triagem (etapa 2).
- Às **unidades e laboratórios privados**, recomenda-se a aquisição de testes de triagem para *C. auris*, devendo ser enviadas ao Lacen, após realização dos testes de triagem etapas 1 e 2, apenas as amostras sugestivas de *C. auris*, para que o Lacen proceda o envio à referência nacional.

FIGURA 2 – Etapas de triagem de amostras para o diagnóstico de Candida auris

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

CULTURA DAS AMOSTRAS CLÍNICAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS



Fonte: Lacen (2023)

7.1.1 Descrição das Etapas de Triagem das Amostras para Candida auris:

Etapa 1: Descrição Da Etapa Com Ágar Sabouraud - Lacen

- a) Obter colônias puras de aspecto liso, com coloração que varia de branca a creme, sem pigmentos carotenóides;
- b) Microscopia: Estruturas em formas de leveduras com ausência de hifas ou pseudohifas;

Etapa 2: Descrição Da Etapa Com Ágar Candida Plus - Lacen

- a) Obter colônias puras, de preferência em meio cromogênico (> 2 dias/ 35-37°C);
- b) Observar e anotar cor das colônias no ágar cromogênico. Colônias de *C.auris* têm cor creme inespecífica, ou rósea, ou lilás;
- c) Realizar microscopia após coloração com tinta nanquim (tinta da China) para descartar presença de levedura capsulada, característica do gênero *Cryptococcus*;
- d) Em seguida, devem realizar PROVAS DE TRIAGEM para identificação presuntiva de *C. auris*.
- e) Teste Do Tubo Germinativo: Crescimento fúngico à (42 °C) apresentando forma de filamento que brota do blastoconídio sem formar constricção (tubo germinativo);
- f) Teste De Urease: A partir de colônias puras sem haver mudança de cor do meio (teste de urease negativo).

Vide NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2022

Observação:

A partir do reconhecimento do primeiro caso confirmado, todos os pacientes internados na (s) unidade (s)/ setor (s) em questão deverão ser submetidos a vigilância de colonização:

- a) Com swabs estéreis pré-umedecidos com solução salina estéril, coletar amostras das regiões axilar, inguinal e nasal de casos suspeitos;
- b) Nas coletas de vigilância de casos suspeitos, recomenda-se ainda que seja enviada para cultura uma amostra de urina de pacientes em uso de

sonda vesical de demora.

8. NOTIFICAÇÃO E COMUNICAÇÃO DE CASOS

O laboratório local, ao identificar uma amostra sugestiva, deverá imediatamente comunicar à CCIH da unidade de origem do paciente.

A CCIH ao tomar conhecimento do caso suspeito e/ou confirmado de *C. auris* deve imediatamente notificar à ANVISA pelo formulário “NOTIFICAÇÃO NACIONAL DE SURTOS INFECCIOSOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE”, disponível nos links:

<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/359194?lang=pt-BR>,

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-notificacao-de-surtos-infecciosos-em-servicos-de-saude.pdf>.

Deve ainda, comunicar rapidamente às autoridades sanitárias locais:

- Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – CECIH/RO pelo e-mail ccihrondonia@gmail.com e/ou (69) 992475389 – contato da coordenação estadual.
- Vigilância Sanitária Local;
- Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS pelo e-mail cievsro@gmail.com.

O Lacen deve comunicar imediatamente à CECIH/RO o recebimento de amostras suspeitas dos hospitais, bem como os resultados confirmados ou descartados recebidos dos laboratórios referência.

A CECIH Rondônia estará em contato direto com a Anvisa e Lacen, de modo a apoiar a unidade de saúde nas etapas de investigação e contenção do surto.

9. RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA *C. AURIS* EM SERVIÇOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA

Todos os profissionais do serviço de saúde que precisarão lidar direta ou indiretamente com o surto, devem estar cientes da importância da implementação das medidas de prevenção, com destaque para higiene das mãos e uso adequado de EPIs, bem como, da adequada limpeza e desinfecção de superfícies.

9.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E PREPARAÇÃO

- Intensificação das culturas de vigilância nas unidades, com avaliação de pacientes que atendam aos critérios para triagem de *C. auris*;
- Elaboração, pelos serviços de saúde, de PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DO FUNGO CANDIDA AURIS, atendendo às características estruturais e perfil de atendimento de cada serviço/unidade hospitalar;
- Revisão dos procedimentos de limpeza e desinfecção dos ambientes de atendimento do paciente e dos instrumentos/equipamentos reutilizáveis com produtos recomendados, conforme figura 3.
- Treinamento dos profissionais do serviço de saúde, incluindo os profissionais de limpeza e desinfecção do ambiente e direções, **sobre o grave problema da *C. auris* e a necessidade de implementar precauções adicionais**, em ação conjunta com o Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Reforço orientativo quanto à higiene correta das mãos para todos os trabalhadores de saúde, acompanhantes e visitantes dos pacientes que adentrem o serviço. Considerar reeducar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos por meio de capacitações em serviço, especialmente se as verificações demonstrarem baixa adesão às práticas recomendadas de higiene das mãos, em ação conjunta com o NEP;
- Identificação da necessidade de provimento de lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual, e ou ainda instalação de dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel preferencialmente ou solução a 70%) em diversos pontos dentro do serviço, desde a recepção. Esta ação deve ser realizada em conjunto com a direção da unidade de saúde.

9.2 MEDIDAS DE CONTROLE

9.2.1 Higiene das mãos

A higiene das mãos dos profissionais é um ponto crítico pois, os profissionais que atendem a esses pacientes circulam em outras unidades, o que pode favorecer a disseminação da *C. auris* no ambiente, caso as mãos não estejam adequadamente higienizadas. Dessa forma, recomenda-se:

- Enfatizar a importância da higiene das mãos com água e sabonete líquido (quando as mãos estiverem visivelmente sujas) ou preparações alcoólicas para todos os profissionais de saúde, pacientes, visitantes e acompanhantes;
- Disponibilizar insumos continuamente para a correta higiene das mãos, conforme previsto na RDC nº 42/2010.

9.2.2 Precauções de contato em adição às precauções-padrão

- Reforçar a necessidade da aplicação de precauções de contato, em adição às precauções-padrão para profissionais de saúde, visitantes e acompanhantes, quando do isolamento ou suspeita de *C. auris*, até obtenção de resultados de testes de vigilância microbiológica, considerar reeducar os profissionais de saúde sobre as medidas de precaução padrão e de contato;
- Disponibilizar continuamente Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas e aventais/capotes, para o manejo do paciente e suas secreções, além da correta paramentação para lidar com o ambiente em torno do paciente colonizado ou infectado;
- Manter os pacientes em precauções de contato em quartos individuais, sempre que possível. Com prioridade definida para pessoas com maior risco de transmissão de patógenos (aqueles com secreções ou excreções não contidas, diarreia aguda etc). Caso não existam quartos individuais disponíveis, os pacientes com os mesmos microrganismos multirresistentes podem ser alojadas no mesmo quarto ou área;
- Identificar as portas de acesso ao quarto dos pacientes em isolamento;
- Avaliar a necessidade de implementar medidas de coorte em relação a profissionais de saúde;
- Aumentar a frequência da limpeza e desinfecção de superfícies e do ambiente;
- Realizar o monitoramento da qualidade da limpeza e desinfecção das superfícies;
- Orientar a troca de EPIs dos profissionais de saúde e realização obrigatória de higiene das mãos ao prestar assistência entre um paciente e outro.

Recomenda-se continuar as precauções baseadas na forma de transmissão apropriada durante toda a sua permanência no serviço de saúde, visto que pacientes internados em serviços de saúde podem permanecer colonizados por *C. auris* por meses, mesmo após o tratamento e resolução da infecção aguda.

9.2.3 Utilização e processamento de dispositivos médicos/produtos para saúde

- Evitar compartilhamento de produtos para saúde, que devem ser, preferencialmente, de uso exclusivo do paciente durante o período de internação. No caso de termômetros, por exemplo, se for possível, durante o período do surto, recomendamos dar preferência para um modelo de aparelho que não tenha contato com o paciente, porém, quando não houver possibilidade de uso exclusivo (por exemplo, monitores, aparelhos de ventilação, equipamentos de fisioterapia, termômetros, etc), os produtos ou equipamentos compartilhados devem ser submetidos a limpeza e desinfecção após o uso;
- Realizar o processamento dos dispositivos médicos/produtos para saúde, de acordo com o grau de criticidade, após o uso pelo paciente, considerando as precauções de contato. Produtos para saúde classificados como não críticos utilizados por paciente com *C. auris* suspeita ou confirmada, também devem ser submetidos a desinfecção, após a limpeza.

9.2.4 Manejo de resíduos

Recomenda-se seguir o disposto na RDC 222/2018 (Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A). No caso de unidades pediátricas, deve ser dada especial atenção à eliminação de fraldas de pacientes colonizados/infectados.

9.2.5 Cuidados com as roupas

Com o objetivo de evitar que as roupas usadas por pacientes com suspeita ou confirmação de *C. auris* sejam veículos de propagação desse microrganismo no serviço de saúde orienta-se seguir as recomendações contidas no manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-processamento-de-roupas-de-servicos-de-saude-prevencao-e-controle-de-riscos.pdf/view>

9.2.6 Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Recomenda-se intensificar a realização de limpeza das superfícies, concorrente e terminal, incluindo equipamentos e o ambiente, com água, sabão/detergente seguida de desinfecção (não utilizar produtos à base de quaternário de amônio). As CCIH das unidades deverão definir o desinfetante a ser utilizado, seguindo recomendações da OPAS, conforme figura 3.

FIGURA 3. Desinfetantes hospitalares com atividade contra *Candida auris*.

Agente	Concentração*	Atividade
Hipoclorito de Sódio	≥1.000 ppm, 0,39-0,65%, 10%	Alta
Peróxido de hidrogênio vaporizado	8 g de peróxido/m ³	Alta
Ácido peracético e peróxido de hidrogênio <1%	1200 ppm	Alta
Peróxido de Hidrogênio	0,5-1,4%	Alta
Álcool Etílico	29,4%	Moderada
Ácido Acético	>5% pH 2.0	Moderada
Luz Ultravioleta	515 J/m ²	Moderada
Quaternário de Amônio**	-----	Baixa

Fonte: OPAS/OMS⁹

Fonte: ANVISA (2022)

9.2.7 Transferência entre unidades

Deve haver comunicação entre os serviços de saúde, além da articulação com a Central de Regulação estadual, quando o paciente que se enquadra como caso suspeito, confirmado ou contactante, nas situações de transferência para outro estabelecimento de saúde. Orienta-se que seja feita por meio de contato fonado e relatório produzido pelo serviço de origem, indicando a situação do paciente, para que a unidade de destino se prepare para implementar as medidas de precaução de infecção para receber o paciente.

Os profissionais que acompanham o paciente durante seu deslocamento até o leito/local de atendimento devem utilizar avental e luvas, evitar tocar nas superfícies, desprezar as luvas e demais EPIs na lixeira mais próxima após deixar o ambiente do paciente, colocar novas luvas e avental para higienizar a cadeira ou maca de transporte. Remover os EPIs imediatamente após a saída do quarto do paciente.

Destaca-se que NÃO há restrição de atendimento de pacientes que se enquadrem como caso suspeito, confirmado ou contactante em nenhum tipo de serviço de saúde, não cabendo aos responsáveis pelos diversos serviços negar atendimento e admissão de tais pacientes e sim a responsabilidade de adotar todas as medidas preconizadas de controle de transmissão e higiene na instituição, seja para realização de exames externos ou admissão em nova unidade.

OBS: Preconizamos uma postura acolhedora e contrária à estigmatização dos pacientes em precaução.

9.2.8 Serviços De Diálise

- Capacitar todos os profissionais sobre a temática e orientá-los quando da presença de um paciente com *C. auris*, bem como a necessidade de implementar medidas de controle de infecção;
- Orientar o paciente sobre a *C. auris* e a necessidade de correta higiene das mãos e do braço com a fístula antes do procedimento dialítico;
- Usar aventais/capotes e luvas descartáveis ao prestar assistência a pacientes com *C. auris* ou ao tocar em itens na estação de diálise;
- Aventais/capotes e luvas devem ser removidos e descartados usando a técnica adequada, e a higiene das mãos deve ser realizada ao sair do posto do paciente;
- Não deve ser utilizado o mesmo avental para atendimento de mais de um paciente;
- A diálise do paciente deve ser feita em uma estação com o mínimo de estações adjacentes possível (por exemplo, no final ou no canto da unidade) e considerar a diálise do paciente no último turno do dia;
- Limpar e desinfetar completamente a estação de diálise (cadeiras, mesas laterais, máquinas) entre os pacientes, usando um desinfetante ativo contra *C. auris*, conforme tópico sobre Limpeza e desinfecção dos ambientes e equipamentos;
- Manter os produtos como termômetro e aparelho de pressão exclusivo para o paciente durante toda a sessão de diálise. Após isso, realizar a limpeza e desinfecção antes de usar em outro paciente;
- Certificar-se de que qualquer equipamento reutilizável trazido para a estação de diálise esteja devidamente limpo e desinfetado antes de usar em outro paciente;
- Se o paciente for transferido para outra unidade de saúde, informar a unidade receptora sobre o estado de *C. auris* do paciente (colonizado ou infectado).
- Descartar dialisadores e linhas utilizados em pacientes hemodialíticos com suspeita ou confirmação de *C. auris*.

9.2.9 Alta Hospitalar

Deve-se recomendar aos membros da família a prática de boa higiene das mãos (água e sabonete ou preparações alcoólicas) e o uso de luvas descartáveis enquanto prestam cuidados intensivos, como a troca de fraldas ou de curativo em uma ferida infectada de uma pessoa com *C. auris*.

É importante que o serviço de saúde forneça um relatório informando que o paciente é colonizado por *Candida auris*, para que ele possa apresentar quando precisar ser atendido em outras unidades, a fim de que o serviço que vai atendê-lo possa implementar as medidas de precaução e fazer o atendimento adequado às especificidades do paciente.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2022. Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções por *Candida auris* em serviços de saúde – atualizada em 15/09/2022. Brasília: 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Alerta de Risco GVIMS/GGTES/Anvisa nº 01/2020. Identificação de possível caso de *Candida auris* no Brasil. Brasília: 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado de Risco GVIMS/GGTES/Anvisa nº 01/2017. Relatos de surtos de *Candida auris* em serviços de saúde da América Latina. Brasília: 2017.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DO FUNGO CANDIDA AURIS Hospital Universitários Federais. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/ acesso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/Cdigo206_PlanodeContingenciaCandidaauris2023.pdf . Acesso em: 10 de julho de 2023.

SES-PE. NOTA TÉCNICA - Diretoria Geral de Laboratórios de Saúde Pública do Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco - Nº 7/2023. 05 de junho de 2023.

LINKS PARA ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO DA CÂNDIDA AURIS NO BRASIL:

Powerbi - Casos de colonização por CANDIDA AURIS identificados no Brasil.

<https://app.powerbi.com/view?>

<r=eyJrjoiYjZmOTI2OTctZTRhZC00Mjg0LWI4MjMtODIxZTBiYjcyOWM3liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjMjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>

Infográfico - Casos de infecções por CANDIDA AURIS nos serviços de saúde do Brasil.

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/infografico-candida-auris_18-08-2023_portal.pdf

ELABORAÇÃO:

Maria Leiliane de Brito

Gerente de Vigilância Sanitária/Agevisa

Evelyn de Sousa Pinheiro

Coordenadora Estadual de Controle de Infecção Hospitalar/Agevisa

Tatiane Silva de Carvalho

Microbiologista/AGEVISA

Andréia Barbieri de Barros

Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro

Kelvin Paganini

Membro da Comissão de Controle de Infecção do Hospital CEMETRON

Elissâmia Guimarães Johnson Avelino

Farmacêutica/ LACEN

Jacqueline de Andrade Ferreira

Farmacêutica/ LACEN

Taiana Carvalho de Souza

Biomédica/LACEN

Rosineide Vieira Gois

Biomédica/ LACEN

De acordo,

Cel PM Jefferson Ribeiro da Rocha
Secretário de Estado da Saúde

Cel BM Gilvander Gregório de Lima
Diretor Geral AGEVISA/RO



Documento assinado eletronicamente por **EVELYN DE SOUSA PINHEIRO**, **Chefe de Núcleo**, em 05/12/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Gilvander Gregorio de Lima**, **Diretor(a)**, em 05/12/2023, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Maria Leiliane de Brito**, **Gerente**, em 05/12/2023, às 17:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **ELISSAMIA GUIMARAES JOHNSON**, **Farmacêutico(a)**, em 07/12/2023, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Kelvin Lucas Paganini**, **Médico(a)**, em 10/12/2023, às 23:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Tatiane Silva de Carvalho**, **Técnico(a)**, em 11/12/2023, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **ROSINEIDE VIEIRA GOIS**, **Farmacêutico(a)**, em 11/12/2023, às 18:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Taiana Carvalho de Souza**, **Analista**, em 11/12/2023, às 19:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **ANDREA BARBIERI DE BARROS**, **Chefe de Unidade**, em 15/12/2023, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **JACQUELINE DE ANDRADE FERREIRA**, **Farmacêutico(a)**, em 15/12/2023, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **JEFFERSON RIBEIRO DA ROCHA**, **Secretário(a)**, em 03/01/2024, às 10:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0043805676** e o código CRC **D4826BD6**.