



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde

Nota Técnica nº 24/SES/SUBVS-SVS-DVSS/2024

PROCESSO Nº 1320.01.0150953/2024-04

Assunto: Caso de *Candida auris* no estado de Minas Gerais

A presente Nota Técnica tem por objetivo comunicar o primeiro caso de *Candida auris* em Minas Gerais e reforçar as orientações sobre monitoramento, vigilância, fluxos laboratoriais e medidas de controle e prevenção da *C. auris* no estado.

1. INTRODUÇÃO

Candida auris é um fungo emergente que representa uma grave ameaça à saúde global, pois pode causar infecções invasivas que são associadas à alta mortalidade, podendo ser multirresistente e levar à ocorrência de surtos em serviços de saúde.

Estudos apontam a produção de biofilmes tolerantes a antifúngicos, conferindo à *C. auris* resistência aos medicamentos comumente utilizados para tratar infecções por fungos do gênero *Candida*. Embora o perfil de resistência a antifúngicos possa ser variável, a maioria das infecções pode ser tratada, em primeira linha, com equinocandinas, como opção secundária às anfotericinas.

A *C. auris* pode afetar várias regiões do corpo, além de causar infecções invasivas, como as de corrente sanguínea. Também já foi isolada em feridas, amostras respiratórias e de urina, na maioria dos casos apenas como colonizante.

Evidências iniciais sugerem que o ambiente pode ser o principal reservatório da *C. auris*, levando à sua disseminação por meio de superfícies e equipamentos contaminados, incluindo os de assistência ao paciente (tais como: estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, etc.), ou ainda, por contato direto com os pacientes. Mesmo com as medidas de prevenção de infecção, sua persistência e propagação deve-se à sua alta transmissibilidade, à capacidade de colonizar rapidamente a pele do paciente e o ambiente próximo a ele e à uma resistência às condições ambientais. Pacientes podem permanecer colonizados e assintomáticos por meses.

Os fatores de risco para infecções por *C. auris* são: internação em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e hospitais, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI), por longos períodos; uso de cateter venoso central ou outros dispositivos médicos invasivos (sonda vesical de demora, sondas para alimentação enteral ou tubos para ventilação mecânica); além de cirurgia recente, diabetes e uso de antimicrobianos de amplo espectro.

A identificação desse fungo requer métodos laboratoriais especializados, visto que os métodos bioquímicos convencionais (manuais e eventualmente automatizados) e aqueles com base em análise morfológica não conseguem identificá-lo.

As reais taxas de incidência e prevalência globais não são conhecidas, sendo provável a subnotificação de casos. O primeiro relato de caso de *C. auris* no Brasil foi em dezembro de 2020, de um

paciente internado na UTI de um hospital em Salvador, no estado da Bahia, devido a complicações da Covid-19. Posteriormente, ocorreram novos surtos em seis hospitais de Recife, no estado de Pernambuco.

2. CENÁRIO ATUAL EM MINAS GERAIS

Desde o início de 2021, após o surto no estado da Bahia, o estado de Minas Gerais vem monitorando os casos suspeitos de *C. auris*, conforme figura abaixo.

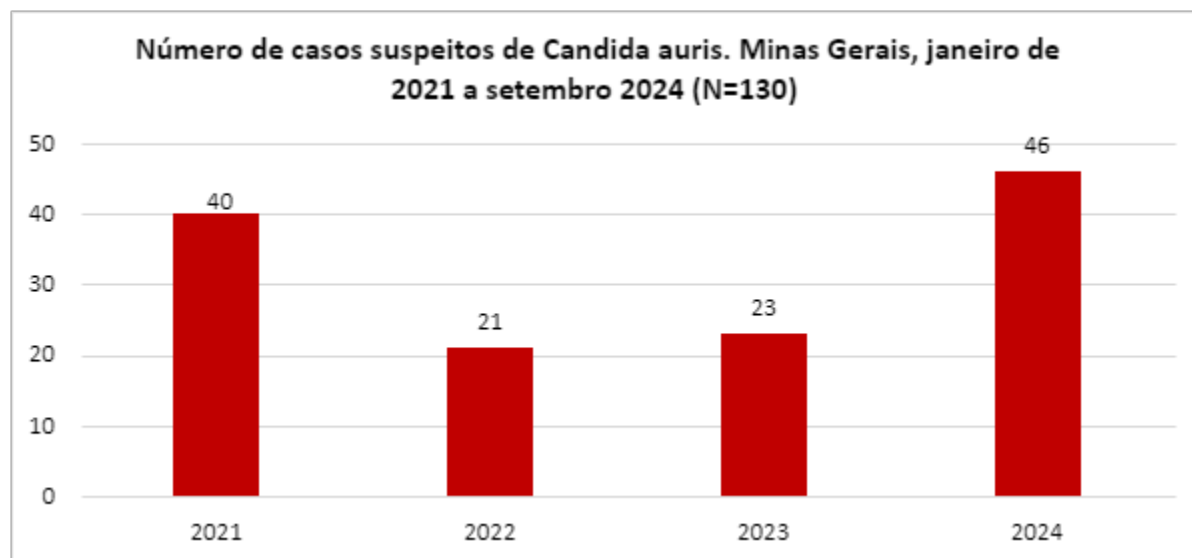


Figura 1- Número de casos suspeitos de *Candida auris* em Minas Gerais, 2021 a 2024

No dia 24 de setembro de 2024, a Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecções/SES-MG foi notificada de um caso confirmado de *C. auris* em um hospital público de Belo Horizonte, em resultado de urocultura. O paciente já havia recebido alta hospitalar e estava assintomático. A amostra foi confirmada pelo LACEN/FUNED, por meio do método MALDI-TOF, e encaminhada para sequenciamento genético no Laboratório Especial de Micologia (LEMI).

Trata-se do primeiro caso de *C. auris* no Estado. Portanto, torna-se necessária a instituição de medidas de prevenção e controle da disseminação desse fungo, além de intensificação da vigilância pelos serviços de saúde.

3. ORIENTAÇÕES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1. Medidas gerais

Entre as medidas de controle preconizadas para prevenção da transmissão de *C. auris* em ambientes de saúde, destacamos:

- Necessidade urgente de elaboração ou atualização pelos serviços de saúde de Plano de Vigilância, Monitoramento e Controle da *C. auris*, além de Plano de Contingência para Resposta a Surtos provocados por este patógeno, de acordo com as características estruturais e perfil de atendimento de cada serviço;
- Atenção para higiene correta das mãos, envolvendo todos os trabalhadores da saúde, acompanhantes e visitantes dos pacientes que adentrem o serviço. Para tal, é importante

o 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 instalação de dispensadores com preparações alcoólicas a 70% para a higiene das mãos (sob as formas gel, preferencialmente, ou solução líquida), tanto na recepção, quanto em pontos estratégicos dentro do serviço, incluindo dispensador a beira leito;

c) Capacitação continuada dos trabalhadores de saúde sobre *C.auris*, com ênfase nos fatores de risco, medidas de prevenção e controle, uso correto de equipamento de proteção individual (paramentação e desparamentação) e limpeza/desinfecção de equipamentos médico-hospitalares;

d) Revisão e intensificação dos procedimentos de limpeza e desinfecção de todo o serviço e dos instrumentos/equipamentos reutilizáveis, com produtos saneantes recomendados na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 02/2022 e com registro na Anvisa;

e) Supervisão sistemática dos procedimentos de limpeza e desinfecção para garantir sua efetividade;

f) Comunicação entre os serviços de saúde, por meio de contato fonado e envio de relatório produzido pelo serviço de origem, indicando a situação do paciente em relação à presença da *C. auris*, quando o paciente que se enquadra como caso suspeito, confirmado ou contato for transferido para outro estabelecimento de saúde.



Não há restrições para o atendimento a pacientes que se enquadrem como caso suspeitos, confirmado ou contactante. Portanto, cabe aos serviços de saúde adotar as medidas de precaução e admitir tais pacientes com uma postura acolhedora e contrária à estigmatização dos mesmos.

3.2.Vigilância da *C. auris*

A identificação de *C. auris* é fundamental para conter um surto numa unidade de saúde. Os pacientes podem apresentar-se apenas colonizados (estes carregam *C. auris* em seus corpos, mesmo que não estejam doentes), assintomáticos, funcionando como um reservatório e potencial disseminador da levedura para o ambiente hospitalar e para outros pacientes. A partir da identificação de um caso suspeito/confirmado, é necessário realizar seu isolamento imediato e fazer a triagem e monitoramento em pacientes que são contactantes do caso, a fim de controlar a disseminação.

Obs: 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.

Contato/contactante: paciente que tenha permanecido por mais de 72 horas no mesmo ambiente (quarto, enfermaria ou UTI) de um caso com cultura positiva suspeita ou confirmada, sem ter sido isolado ou adotadas precauções de contato, desde a data da coleta das amostras positivas. 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, são os alvos prioritários para a vigilância.

Notificação

A identificação de um caso suspeito e/ou confirmado de *C. auris* deve ser comunicada imediatamente às autoridades sanitárias locais (Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de

Infecções, Vigilância Sanitária estadual/municipal) e à Anvisa.

A notificação deve ser realizada no formulário “Notificação Nacional de Surto Infeccioso em Serviços de Saúde”, disponível no link <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/359194?lang=pt-BR>

Isolamento de caso confirmado

O isolamento dos casos (pacientes colonizados ou infectados) deve ser feito preferencialmente em sala/quarto individual. Quando isso não for possível, ou quando mais de um caso for identificado, realizar o isolamento em coorte, garantindo que os leitos tenham pelo menos um metro de distância entre eles e as medidas de precaução de contato adicionadas às precauções padrão sejam seguidas.

3.3. Triagem e cultura de vigilância

Todas as unidades onde houver casos de *C. auris* devem ser avaliadas em relação a busca ativa de casos secundários de colonização ou infecção por este patógeno. A partir do reconhecimento do primeiro caso, todos os pacientes internados na (s) unidade (s) deverão ser submetidos à vigilância de colonização.

A triagem de pacientes para *C. auris* permite que os serviços identifiquem oportunamente aqueles suspeitos ou confirmados e intensifiquem as medidas de prevenção e controle de infecções. A seleção de pacientes para compor a “coorte” de triagem deverá ser realizada observando os seguintes critérios:

- Pacientes que estejam internados no mesmo setor e, caso não seja possível monitorar todos, focar nos pacientes com fatores de risco, como: diabéticos, imunossuprimidos, com doença renal crônica, com cirurgia recente;

- Pacientes com tempo de internação prolongado, principalmente em UTI;

- Pacientes que estejam em uso de dispositivos invasivos ou realizando procedimentos invasivos, como hemodiálise, alimentação enteral ou ventilação mecânica, presença de sondas, cateter venoso central;

- Pacientes que estejam fazendo uso de antimicrobianos de amplo espectro.

Para **cultura de vigilância** deve-se coletar amostras das regiões axilar e inguinal de casos suspeitos. Após a coleta dos dois swabs, esses deverão ser imediatamente acondicionados em um único tubo cônico de 15mL, contendo Ágar Sabouraud dextrose (SDA) com 10% de cloreto de sódio (NaCl) (5mL de meio) e discos de imipenem/meropenem (10µg) e vancomicina (30µg) e incubados a 40°C por até 5 dias. Observado o crescimento de microrganismos nos tubos, centrifugá-los e dispensar o sedimento em placas de ágar cromogênico por 24h a 48h a 40°C. Recomenda-se ainda que seja enviada para cultura uma amostra de urina de pacientes em uso de sonda vesical de demora.

Pacientes colonizados podem ter resultados negativos intermitentemente, seguidos por um resultado positivo. Por isso, o paciente identificado como colonizado ou infectado (caso confirmado) não precisa passar por novas culturas de vigilância. E as precauções adequadas de prevenção e controle de infecções devem ser mantidas por período mínimo de 6 meses.

Para **coleta ambiental**, utilizar esponjas de celulose livres de biocidas com haste plástica ou gazes estéreis pré-umedecidas em solução salina estéril, nos locais de alto contato (toque) com pacientes e com profissionais de saúde, incluindo os sítios abaixo:

- Uma haste com esponja para amostrar grades da cama;

- Uma haste com esponja para amostrar ventiladores mecânicos, monitores de sinais vitais, bombas de infusão intravenosa, mesas e bandejas;

- Uma haste com esponja para amostrar termômetros digitais reutilizáveis (se possível poderá ser coletado também da superfície interna do recipiente plástico na parede), esfigmomanômetro e oxímetro.

Imediatamente após a coleta, as hastes com esponjas deverão ser colocadas em sacos plásticos estéreis, lacrados e enviados ao LACEN/FUNED. As esponjas devem ser inseridas em tubos cônicos de 50mL (uma esponja dispensada em cada tubo) contendo SDA com 10% de NaCl (20mL de meio) e discos de antibióticos contendo imipenem/meropenem (10µg) e vancomicina (30µg). Incubar os tubos a 40°C, por até 5 dias. Observado o crescimento de microrganismos nos tubos de coleta, centrifugá-los, dispensar o sedimento em placas de ágar cromogênico e incubá-las por 24h a 48h a 40°C.

Monitoramento de possíveis novos casos em serviços de saúde com caso confirmado

Em serviços onde já tenha sido identificado caso de *C. auris* é importante o monitoramento sistemático de possíveis novos casos, em especial em unidades de terapia intensiva, por um período de seis (6) meses, a partir do último caso confirmado. Após esse monitoramento com culturas negativas, deverá ser realizada a vigilância para detecção de recorrência tardia de novos casos de *C. auris*, com coletas de culturas mensais em pacientes de alto risco (com dispositivo invasivo, e uso de antimicrobianos por período superior a 48 horas com ao menos dez (10) dias de internação na unidade).

Quando um paciente que se enquadre como confirmado necessitar de novas internações na mesma Unidade, ele deve ser colocado em isolamento de contato, preferencialmente em quarto individual, não necessitando, neste caso, reiniciar a contagem dos seis (6) meses de vigilância com culturas negativas.

Monitoramento de pacientes oriundos de serviços de saúde com casos positivos de *C. auris*

Os serviços de saúde que recebam pacientes de locais onde foi detectado surto, deverão realizar o monitoramento através de cultura de vigilância, pela coleta de um swab axilar, um inguinal e um nasal no momento de sua admissão.

Na situação de transferência para outra unidade de saúde e ter feito parte de uma coorte de contatos é importante que as medidas de precaução de contato sejam reforçadas e que continue a coleta das amostras de monitoramento, caso não tenha finalizado este protocolo na unidade de origem. Neste caso, no relatório de transferência deve constar a informação que o paciente é contactante. Se possível, mantê-lo em quarto único ou coorte, até os três (3) swabs negativos com intervalo de 24h a 48h.

3.4.Fluxo laboratorial

Fluxo para encaminhamento de isolados

Devem ser encaminhados para o Laboratório Central de Saúde Pública- LACEN/FUNED, para identificação de *C. auris*, isolados de leveduras provenientes de sangue, urina, ponta de cateter vascular, lavado broncoalveolar, abscessos intracavitários e secreção de ferida cirúrgica não *Candida albicans*, obtidas de pacientes hospitalizados. A cultura enviada deverá ser proveniente de repiques recentes (até 24 horas de incubação), para evitar ressecamento e inviabilização da mesma.

- Realizar o repique da cultura em frasco de poliestireno com tampa de rosca (de preferência) ou em placa de Petri (ágar cromogênico, ágar sangue, ágar chocolate, ágar nutriente etc.) bem vedada com parafilm, fita crepe ou outra fita específica para vedação ou, na ausência de uma das duas opções anteriores, em tubo de meio de cultura (ágar Sabouraud) com tampa de rosca.

- Identificar o frasco/placa/tubo com o nome do paciente, tipo de material do qual a cultura foi isolada e data do repique;

- Encaminhar o frasco/placa/tubo à temperatura ambiente em caixa rígida ou caixa própria para transporte de material biológico e com etiqueta ou outra sinalização de risco biológico, adotando medidas de biossegurança;

- Encaminhar um breve relatório das provas utilizadas na identificação da cultura, caso já tenham sido realizados;

- Cadastrar no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). Quando o laboratório não tiver acesso ao GAL, entrar em contato com o gestor do GAL do estado para liberar o acesso do laboratório ao sistema.

Método de Identificação	Banco de dados/software, se aplicável	<i>Candida auris</i> (identificação confirmada)	Supeita de <i>Candida auris</i> (confirmar por MALDI-TOF)
Bruker Biotyper MALDI-TOF	Bibliotecas RUO (versão 2014 [5627] e mais recente)	<i>Candida auris</i>	n/a
	Biblioteca CA System (versão Claim 4)	<i>Candida auris</i>	n/a
bioMérieux VITEK MS MALDITOF	Biblioteca RUO (com base de dados da versão Saramis 4.14 e atualização Saccharomycetaceae)	<i>Candida auris</i>	n/a
	Biblioteca IVD (versão 3.2)	<i>Candida auris</i>	n/a
	Bibliotecas IVD mais antigas	n/a	<i>Candida haemulonii</i> <i>Candida lusitanae</i> Sem identificação
VITEK 2 YST	Software versão 8.01*	<i>Candida auris</i>	<i>Candida haemulonii</i> <i>Candida duobushaemulonii</i> <i>Candida spp.</i> não identificada
	Versões mais antigas	n/a	<i>Candida haemulonii</i> <i>Candida duobushaemulonii</i> <i>Candida spp.</i> não identificada
API 20C		n/a	<i>Rhodotorula glutinis</i> (sem coloração vermelha) <i>Candida sake</i> <i>Candida spp.</i> não identificada
API ID 32C		n/a	<i>Candida intermedia</i> <i>Candida sake</i> <i>Saccharomyces kluyveri</i>
BD Phoenix		n/a	<i>Candida catenulata</i> <i>Candida haemulonii</i> <i>Candida spp.</i> não identificada
MicroScan		n/a	<i>Candida lusitanae</i> ** <i>Candida guilliermondii</i> ** <i>Candida parapsilosis</i> ** <i>Candida famata</i> <i>Candida spp.</i> não identificada
RapID Yeast Plus		n/a	<i>Candida parapsilosis</i> ** <i>Candida spp.</i> não identificada
GenMark ePlex BCID-FP Panel		<i>Candida auris</i>	n/a

* Há relatos de *C. auris* sendo erroneamente identificado como *C. lusitanae* e *C. famata* no Vitek 2. Um teste confirmatório, como ágar fubá, pode ser realizado para confirmar estas espécies.

** *C. guilliermondii*, *C. lusitanae* e *C. parapsilosis* geralmente apresentam hifas ou pseudohifas no ágar fubá. Se hifas ou pseudohifas não estiverem presentes, deve-se suspeitar de *C. auris*. Entretanto, alguns isolados de *C. auris* podem também formar hifas ou pseudohifas. Portanto, é prudente considerar quaisquer isolados de *C. guilliermondii*, *C. lusitanae* e *C. parapsilosis* identificados no MicroScan e quaisquer isolados de *C. parapsilosis* identificados no RapID Yeast Plus como possíveis isolados de *C. auris* e uma investigação adicional deve ser realizada.

Fonte: Adaptado de CDC/EUA.²³

Figura 2- Identificação inicial ou suspeita de *Candida auris* com base em sistemas comerciais

Fonte: Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 02/2022 - Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções por *Candida auris* em serviços de saúde.



As amostras devem ser encaminhadas de acordo com o “Manual de coleta, acondicionamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais/FUNED”, disponível no link <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Manual-de-Coleta-MAIO-2020-1.pdf>

3.5. Medidas de prevenção e controle de disseminação de *C. auris* nos serviços de saúde

É fundamental reforçar as medidas de prevenção e controle com ênfase na higiene das mãos, limpeza e desinfecção do ambiente e equipamentos.

- Capacitar todos os profissionais do serviço de saúde, incluindo os profissionais de limpeza e desinfecção do ambiente, sobre o grave problema da *C. auris* e a necessidade de implementar precauções adicionais. Educação continuada pode ser necessária para reforçar os conceitos.

- Garantir que suprimentos adequados e em número suficiente estejam disponíveis para implementar as medidas de prevenção e controle de infecção e para que a adequada limpeza e desinfecção do ambiente seja realizada e supervisionada.

- Identificar no prontuário do paciente as medidas de precaução de contato para alertar aos profissionais de saúde que instituem medidas de controle de infecção recomendadas, bem como na porta do quarto e leito do paciente.

- 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. Focar nos cinco momentos da higiene de mãos.

- Intensificar a verificação da adesão às práticas de higiene das mãos nas unidades onde estão pacientes colonizados/infectados por *C. auris*.

- Isolar o paciente em quarto individual ou coorte, mantendo separação espacial de pelo menos um metro entre os leitos e com precauções de contato em adição às precauções padrão, durante toda a sua permanência no serviço de saúde.

- 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. Reforçando que, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o risco de infecção por *C. auris* para pessoas saudáveis, incluindo profissionais de saúde, é muito baixo.

- Avaliar a necessidade de manter profissionais de saúde exclusivos para atendimento ao paciente suspeito/confirmado com *C. auris*.

- Aumentar a frequência da limpeza e desinfecção de superfícies e do ambiente. Realizar limpeza concorrente 3 (três) vezes ao dia e terminal, incluindo equipamentos, com água e sabão/detergente seguida de desinfecção. Os produtos com princípios ativos a base de hipoclorito de sódio a 1% e de peróxido de hidrogênio 3% são os que apresentam os melhores resultados e suas diluições devem seguir as recomendações do fabricante. Princípios ativos a base de quaternário de amônia de forma isolada **não são** efetivos contra *C. 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 Etilíco	29,4%	Moderada
Ácido Acético	>5% pH 2.0	Moderada
Luz Ultravioleta	515 J/m ²	Moderada
Quaternário de Amônio**	-----	Baixa

Fonte: OPAS/OMS⁹

(*) Concentração baseada no produto utilizado por: Alastruey-Izquierdo et al., 2019.

(**) Produto não associado a outros ativos.

Tabela 1 - Desinfetantes hospitalares com atividade contra *Candida auris* em serviços de saúde

Fonte: Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 02/2022 – Orientações para identificação, prevenção e controle de infecções por *Candida auris* em serviços de saúde.

- Os utensílios (panos, baldes e outros) utilizados na limpeza e desinfecção de ambientes com pacientes colonizados/infetados devem ser de uso exclusivo do quarto ou submetidos ao processo de desinfecção adequado antes de serem reutilizados.

- Realizar monitorização da qualidade da limpeza concorrente e terminal com marcador fluorescente na forma de gel ou solução em spray, não tóxicos e de fácil aplicação. As falhas na higienização ficarão em evidência, sugerindo necessidade de melhorar a técnica de limpeza e correção dos processos.

- Garantir que todas as etapas do processamento das roupas sejam adequadamente executadas, com destaque para as etapas de coleta, transporte e separação das roupas sujas, bem como o processo de lavagem das mesmas.

- O manejo dos resíduos de serviço de saúde deve seguir o disposto na RDC 222/2018 (Resíduos de Serviços de Saúde do Grupo A).

- Os produtos para saúde devem ser, preferencialmente, de uso exclusivo do paciente durante todo o período de internação. Ex: termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro. Os produtos ou equipamentos compartilhados devem ser submetidos a limpeza e desinfecção após o uso. Antes de transferir um paciente com colonização ou infecção por *C. auris* para outra unidade de saúde, certifique-se de notificar a unidade receptora sobre a infecção ou colonização pelo fungo, incluindo todas as precauções de controle de infecção recomendadas, para que já se prepare para implementar as medidas de precaução para receber o paciente.

- O veículo utilizado no transporte do paciente deve ser submetido a rigorosa limpeza e desinfecção.

- O tempo de permanência do visitante/acompanhante deve ser estabelecido previamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do serviço de saúde. Indivíduos imunodeprimidos devem evitar a entrada e circulação em hospitais com casos confirmados ou suspeitos, para visita a familiares.

- Não contraindicar a alta hospitalar de caso confirmado de *C. auris* e nem o seu retorno para atendimento, seja na unidade de origem ou em outro serviço de saúde. É importante que o mesmo seja orientado quanto às medidas de prevenção e que o serviço forneça um relatório informando que o paciente é positivo para *C. auris*, para que ele possa apresentar quando precisar ser atendido em outras unidades de

saúde.

- Realizar a diálise do paciente em uma estação isolada ou com o mínimo possível de estações adjacentes (por exemplo, no final ou canto da unidade) e realizar a diálise do paciente no último turno do dia, preferencialmente sempre na mesma sala/equipamento de diálise.

- Limpar e desinfetar minuciosamente a estação de diálise (por exemplo, cadeiras, mesas auxiliares, máquinas) entre pacientes.



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, até a obtenção de 3 resultados de *swabs* negativos, com intervalos de 24h a 48h entre as coletas.

Se um contactante tiver alta da unidade ou for transferido para outro serviço, antes da coleta e resultado das 3 amostras negativas, este deve ser colocado em precauções de contato e, quando possível, realizado a coleta domiciliar pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) ou no serviço de saúde onde se encontra.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. 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. Brasília, 2022

BRASIL. AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica- SES- Diretoria Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – nº 8/2024. Recife, junho de 2024.

BRASIL. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Coordenação de Vigilância Serviços de Saúde - Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar. Nota Técnica NECIH/COVIS/DIVISA nº 01/2020 Medidas para contenção de *C. auris* na Bahia – revisada em 15 de dezembro de 2020. Bahia, 2020.

CENTER DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Candida auris*. Abril, 2024. Disponível em <https://www.cdc.gov/candida-auris/index.html>. Acesso em 30/09/2024

Nádia Aparecida Campos Dutra
Coordenadora de Segurança do Paciente e Controle de Infecções

Anderson Macedo Ramos
Diretor de Vigilância em Serviços de Saúde

Filipe Curzio Laguardia
Superintendente de Vigilância Sanitária



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Aparecida Campos Dutra, Coordenador(a)**, em 03/10/2024, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Anderson Macedo Ramos, Diretor (a)**, em 03/10/2024, às 16:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Filipe Curzio Laguardia, Superintendente**, em 03/10/2024, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **98671216** e o código CRC **DD8FD71C**.