

Minuta RESOLUÇÃO SESA n.º 0674/2017

Estabelece as ações de vigilância em saúde a serem desenvolvidas no controle de Microrganismos Multirresistentes (MMR) e Surtos decorrentes de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições conferidas pelo artigo 45, inciso XIV, da Lei Estadual nº 8.485/87, de 03 de junho de 1987, Decreto Estadual nº 777 de 09 de maio de 2007,

- considerando que as infecções relacionadas à assistência à saúde constituem importante problema de saúde pública em serviços de saúde, especialmente em hospitais;
- considerando que as unidades hospitalares têm por dever o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) sob alçada da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH) instituída dentro dos hospitais;
- considerando que bactérias e fungos vêm ampliando o seu espectro de resistência aos antibióticos e antifúngicos, respectivamente; por mecanismos diversos, passíveis de serem transferidos, potencializando o risco de tornar ineficaz o tratamento de tais infecções, por redução do arsenal terapêutico;
- considerando que os ambientes hospitalares ampliam o risco de resistência microbiana, por características peculiares de tais locais;
- considerando que a ausência de intervenção e/ou intensificação de medidas, para reduzir e/ou, se possível, eliminar o risco de surgimento de novos microrganismos multirresistentes, amplia a possibilidade de sua disseminação;
- considerando a necessidade de monitorar e identificar a presença de microrganismos multirresistentes e o seu padrão de resistência, assim como os locais e/ou fatores que propiciaram o seu aparecimento;
- considerando a importância de rastrear a origem e dispersão dos microrganismos multirresistentes no Estado do Paraná;
- considerando a necessidade de intensificação das medidas de prevenção e controle;
- considerando a necessidade de implantar a notificação e investigação obrigatória de casos de microrganismo multirresistentes no Estado do Paraná;
- considerando ser imperioso padronizar a coleta de amostra, o diagnóstico laboratorial, o controle de qualidade do diagnóstico laboratorial, o padrão fenotípico e genotípico de microrganismos multirresistentes de registro no Estado do Paraná;

- considerando a Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, com enfoque especial para os artigos 1º, 3º e 6º;
- considerando a Portaria GM/MS nº 205, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de doenças e agravos, a serem monitorados por meio de estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes;
- considerando o que estabelece a Portaria GM/MS nº 2.616 de 12 de maio de 1998, publicada no DOU de 13 de maio de 1998, expede na forma dos anexos I, II, III, IV e V diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, bem como a RDC nº 48, de 02 de junho de 2000 que aprovou o roteiro de inspeção do programa de controle de infecção hospitalar.

## **RESOLVE:**

**Artigo 1º** - Aprovar o regulamento técnico que estabelece as ações de vigilância em saúde a serem desenvolvidas no controle de Microrganismo Multirresistentes (MMR) e Surtos decorrentes de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em estabelecimentos de saúde, no Estado do Paraná, nos termos desta resolução.

**Artigo 2º** - Para efeitos dessa Resolução a forma para notificação de Microrganismo Multirresistentes (MMR) está subdividida em 02 (dois) grupos de acordo com o mecanismo de resistência:

**§ 1º** - Instituir de forma imediate e obrigatória a notificação e a investigação de microrganismo com padrão suspeito de multirresistência e com características de cepas emergentes, que correspondem ao **GRUPO I** e preenchem os seguintes critérios:

- Enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, entre outras) resistentes à Polimixina B/Colistina (suspeita de MCR-1);
- Bactérias não fermentadoras (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp) resistentes à Polimixina B/Colistina;
- Enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, entre outras) resistentes à Carbapenêmicos, com teste fenotípico positivo para metalo-betalactamase (NDM);
- *Staphylococcus aureus* resistentes e/ou com resistência intermediária, à vancomicina (VISA/VRSA);
- Leveduras do gênero *Candida* spp com resultados em teste de triagem indicativos de *Candida auris*;

- Isolados de microrganismos suspeitos de resistências emergentes ou não usuais.

§ 2º - As notificações do **GRUPO I**, Artigo 2º, parágrafo 1º, deverão ser registradas por meio do FORMSUS desenvolvido pelo Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS), no endereço eletrônico: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=22434&exibe\\_menu=0&exibe\\_duvidas=0&exibe\\_perfil=usuario](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=22434&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0&exibe_perfil=usuario), ou outro que vier a substituí-lo.

§ 3º - Os casos de infecções hospitalares de bactérias multirresistentes endêmicas (KPC, MRSA, VRE, bactérias gram-negativas resistentes à cefalosporinas de terceira/ quarta geração ou resistentes à Carbapenêmicos não NDM e bactérias não fermentadoras resistentes a Carbapenêmicos), correspondem ao **GRUPO II** e, portanto, deverão ser notificados mensalmente apenas no Sistema Online de Notificação de Infecções Hospitalares (SONIH), no endereço eletrônico: <http://www.sonih.saude.pr.gov.br/>, ou outro que vier a substituí-lo.

§ 4º - Em se tratando de casos **ocorridos pela primeira vez** nos EAS públicos ou privados de infecções hospitalares de bactérias multirresistentes descritas no **GRUPO II**, Artigo 2º, parágrafo 3º, estes deverão ser notificados por meio do FORMSUS desenvolvido pelo Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS), no endereço eletrônico: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=22434&exibe\\_menu=0&exibe\\_duvidas=0&exibe\\_perfil=usuario](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=22434&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0&exibe_perfil=usuario), ou outro que vier a substituí-lo.

**Artigo 3º** - Quanto às fontes notificadoras:

**Parágrafo único** - Os laboratórios, as Comissões e Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleos de Epidemiologia Hospitalar e os profissionais de saúde dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), serão as fontes notificadoras, conforme determinação da Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, ou outra que vier a substituí-la.

**Artigo 4º** - Quanto à investigação:

§ 1º - Os EAS públicos ou privados, na ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de MMR contidas no **GRUPO I**, Artigo 1º, parágrafos 1º, devem fornecer às autoridades sanitárias Municipais e/ou Estaduais informações necessárias para a investigação do(s) caso(s), incluindo o prontuário do paciente.

§ 2º - Determinar que, na ocorrência de caso(s) suspeito(s), os EAS públicos ou privados deverão realizar busca ativa de casos e monitoramento de novos casos. Estas ações deverão ser executadas a partir da cultura de vigilância, intensificando as medidas de controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), detalhadas no Anexo I ou outras medidas que vierem a ser publicadas.

§ 3º - Instituir de forma imediate e obrigatória a investigação *in loco* por uma equipe composta por profissionais da Vigilância Sanitária e Epidemiológica (Estadual e Municipal), nos EAS públicos ou privados com caso(s) suspeito(s) ou confirmado(s) de MMR contidos no **GRUPO I**, Artigo 1º, parágrafo 1º.

§ 4º - A investigação *in loco* do(s) caso(s) suspeito(s) ou confirmado(s) de MMR do **GRUPO I**, Artigo 1º, parágrafo 1º, realizada pela equipe da Vigilância Sanitária e Epidemiológica (Estadual e Municipal), deverá ser registrada no formato de **relatório descritivo** por meio do FORMSUS, desenvolvido pelo Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS), no endereço eletrônico: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=34078&exibe\\_menu=0&exibe\\_duvidas=0&exibe\\_perfil=usuario](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=34078&exibe_menu=0&exibe_duvidas=0&exibe_perfil=usuario), ou outro que vier a substituí-lo.

**Artigo 5º** - Quanto ao Estabelecimento de Assistência à Saúde:

**Parágrafo único** - O responsável legal pelo EAS público ou privado deverá cumprir as medidas de prevenção e controle das IRAS propostas pela Comissão/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, conforme Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 e RDC nº 48, de 2 de junho de 2000, ou outras que vierem a substituí-las.

**Artigo 6º** - Quanto ao diagnóstico laboratorial:

§ 1º - Deverão ser encaminhados ao Laboratório Central do Estado (LACEN), para confirmação diagnóstica, todos os isolados mencionados no Artigo 1º, parágrafo 1º, independentemente do sítio anatômico de origem, incluindo os swabs de vigilância:

- Enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, entre outras) resistentes à Polimixina B/Colistina (suspeita de MCR-1);
- Bactérias não fermentadoras (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp) resistentes à Polimixina B/Colistina;
- Enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, entre outras) resistentes à Carbapenêmicos, com teste fenotípico positivo para metalo-betalactamase (NDM);
- *Staphylococcus aureus* resistentes e/ou com resistência intermediária, à vancomicina (VRSA/VISA);
- Leveduras do gênero *Candida* sp com resultados em teste de triagem indicativos de *Candida auris*;
- Isolados de microrganismos suspeitos de resistências emergentes ou não usuais.

§ 2º – Os isolados de culturas de bactérias multirresistentes descritas no **GRUPO II**, Artigo 2º, parágrafo 3º **ocorridos pela primeira vez** nos EAS públicos ou

privados de infecções hospitalares, independentemente do sítio anatômico de origem, incluindo os swabs de vigilância, deverão ser encaminhados para o LACEN para confirmação diagnóstica.

§ 3º – Os isolados de culturas de Enterobactérias (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp, *Proteus* spp, *Serratia* spp, entre outras) resistentes à Carbapenêmicos, com teste fenotípico positivo para serino-carbapenemase (KPC); e, Bactérias não fermentadoras (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp) resistentes à Carbapenêmicos, provenientes dos sítios: **corrente sanguínea, líquido, líquidos estéreis ou oriundos de surtos** também deverão ser remetidos ao LACEN.

§ 4º - Todos os isolados deverão ser previamente cadastrados no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) como “Agravado Infecção/Colonização”. O isolado deverá ser encaminhado para o LACEN, juntamente com a cópia da notificação obtida pelo FORMSUS. (Atenção: não serão aceitos no LACEN isolados de amostras não cadastradas no GAL previamente).

§ 5º - Todas as cepas deverão ser enviadas ao LACEN em até 48 horas após o seu isolamento.

§ 6º - Os isolados, após a verificação de sua pureza, deverão ser transportados até o LACEN em ágar sólido, preferencialmente em tubos.

§ 7º - Em caso de surto os isolados deverão ser encaminhados ao LACEN da seguinte forma:

- surtos envolvendo até 10 pacientes: todos os isolados deverão ser encaminhados;
- surtos envolvendo de 11 a 20 casos: encaminhar 50% (cinquenta por cento) de isolados do total de casos registrados;
- surtos com mais de 21 casos: encaminhar no máximo 10 isolados.

§ 8º - Isolados de infecções por MMR (Artigo 1º, parágrafo 1º) associados à comunidade também deverão ser encaminhados ao LACEN.

§ 9º - Os métodos diagnósticos a serem utilizados nos laboratórios conveniados/credenciados ou laboratórios hospitalares deverão seguir as recomendações da ANVISA e das sociedades científicas da área: Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), Sociedade Brasileira de Microbiologia (SBM), Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC) e Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC).

§ 10º - A interpretação dos pontos de corte dos antimicrobianos testados e o controle de qualidade dos testes de sensibilidade deverão seguir as normas preconizadas pelo Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) ou Brazilian

Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (BrCAST). O controle de qualidade dos antimicrobianos deverá ser realizado semanalmente, ou no mínimo mensalmente, de acordo com o porte do laboratório. Os registros serão solicitados no momento da inspeção sanitária.

**Artigo 7º** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Curitiba, XX de maio de 20XX.

Michele Caputo Neto  
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

## ANEXO I

### CRITÉRIOS DE VIGILÂNCIA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR).

Como principais medidas para prevenção e controle da disseminação dos MMR, enfatizamos:

#### 1. Higienização das mãos com preparação alcoólica:

É a principal medida para reduzir a disseminação de MMR e deve seguir critérios importantes, tais como:

- Ser adotada nos seguintes momentos: (a) antes do contato com o paciente; (b) após o contato com o paciente; (c) antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; (d) antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; (e) após risco de exposição a fluídos corporais; (f) ao mudar de um sítio corporal para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente; (g) após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; (h) antes e após a remoção de luvas;
- Após a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não há necessidade de secagem com papel toalha ou outros equipamentos;
- É obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde, nas salas de triagem, pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde; nos serviços de atendimento móvel e nos locais onde são realizados quaisquer procedimentos invasivos;
- Os dispensadores contendo preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos devem ser disponibilizados à beira do leito do paciente, em lugar visível e de fácil acesso, de forma que os profissionais de saúde não necessitem deixar o local de assistência para higienizar as mãos. Também é permitido que a preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos seja portata pelos profissionais de saúde, por meio de frascos individuais de bolso.

#### 2. Limpeza e desinfecção de superfícies:

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. Para evitar a transmissão cruzada destes agentes é preciso considerar alguns itens importantes:

- Para que a limpeza atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização de produtos saneantes, como sabões e detergentes na diluição recomendada. Em locais onde há presença de matéria orgânica, após a limpeza, torna-se

necessária a utilização de outra categoria de produtos saneantes, que são os chamados desinfetantes;

- A limpeza concorrente da unidade deve ser feita diariamente e sempre que necessária, antecedendo a limpeza de pisos;
- A limpeza terminal, realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos inclui todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É importante lembrar que nesta limpeza as paredes devem ser limpas de cima para baixo e o teto deve ser limpo em sentido unidirecional;
- Independentemente da área a ser limpa, o importante é a remoção mecânica da sujeira e não simplesmente a passagem de panos úmidos que podem espalhar ainda mais a sujeira. É imprescindível que o local seja rigorosamente limpo antes da desinfecção;
- Nas áreas de isolamento de contato e superfícies próximas é recomendada a limpeza a cada troca de plantão ou duas vezes ao dia, principalmente nos locais de maior contato das mãos do paciente e dos profissionais de saúde;
- A revisão da limpeza deve ser feita nos três períodos: manhã, tarde e noite;
- A desinfecção deve ser intensificada em superfícies próximas ao paciente e as frequentemente tocadas pela equipe e paciente, tais como: maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades da cama e outras;
- Os desinfetantes utilizados devem ser padronizados com aprovação da CCIH, possuir registro na ANVISA e ser utilizados conforme recomendação do fabricante quanto à concentração (diluição se aplicável), modo de uso, indicações, tempo mínimo de contato, além de segurança na sua utilização;
- Principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies:
  - (a) álcool etílico e isopropílico: pode ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção;
  - (b) compostos liberadores de cloro ativo (hipocloritos de sódio 0,02% a 1,0%): são indicados para desinfecção de superfícies fixas, tornando-se inativos na presença de matéria orgânica;
  - (c) compostos quaternários de amônio: são indicados para desinfecção de superfícies fixas, incluindo ambiente de nutrição e neonatologia (sem a presença dos neonatos). É recomendado o enxágue do local com água para a retirada completa deste produto;
  - (d) ácido peracético: é um desinfetante para superfícies fixas que possui uma ação bastante rápida sobre os microrganismos, inclusive sobre os esporos bacterianos em baixas concentrações de 0,001 a 0,2%. É efetivo em presença de matéria orgânica;
  - (e) Monopersulfato de potássio (ex.: Virkon®): é ativo na presença de matéria orgânica, entretanto reduz a contagem micobacteriana, somente após 50 minutos de exposição em concentração de 3%;
- Evitar atividades que favoreçam o levantamento das partículas em suspensão, como varredura seca nas áreas internas dos serviços de saúde, bem como o uso de ventiladores. Utilizar a varredura úmida, que pode ser realizada com rodo e panos de limpeza de pisos;
- Os panos utilizados para limpeza e desinfecção de superfícies devem ser exclusivos do setor e separados para mobília, piso e parede. Preferencialmente



devem ser descartáveis. Em caso de reutilização, os panos devem estar sempre limpos e alvejados;

- A desinfecção do material de limpeza deverá ser realizada logo após a sua utilização, para evitar a contaminação de outras superfícies com os mesmos. Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no *kit* de limpeza e desinfecção de superfícies;
- Os baldes devem ser lavados e secos antes de nova utilização;
- Assegurar que o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies tenha seus próprios EPIs, sem que seja necessário depender da disponibilidade de outros serviços institucionais para utilizá-los.

### **3. Vigilância intra e inter-hospitalar:**

- Recomenda-se a coleta de swab de vigilância de admissão em todo paciente com histórico de internamento clínico prévio por mais de 48 horas nos últimos 30 dias ou qualquer internamento prévio com procedimento ou passagem por UTI nos últimos 6 meses. Estes pacientes devem ser mantidos em isolamento, sendo adotadas medidas de precauções de contato, em adição às precauções-padrão, até a liberação da análise dos resultados da cultura de vigilância;
- A vigilância na admissão pode consistir de coleta de swabs retal e/ou nasal ou de amostras respiratórias nos pacientes admitidos com tubo orotraqueal, amostras urinárias em paciente com sondagem vesical e amostras de sangue ou ponta de cateter em pacientes com cateter venoso central na admissão;
- Na admissão de pacientes sob vigilância em serviços de Pronto Atendimento/Unidades de Pronto Atendimento, onde a cultura de vigilância não está disponível, os casos de pacientes citados acima (candidatos a coleta de amostras de vigilância), devem ser mantidos em precauções de contato até a transferência para o hospital de retaguarda ou alta;
- No caso de transferência intra ou inter-institucional de paciente com MMR o setor/serviço de destino deve ser previamente avisado sobre as medidas de precauções a serem adotadas. O prontuário do paciente deve estar sinalizado acerca das precauções recomendadas e o profissional que transporta o paciente devidamente paramentado, com especial atenção para a higienização das mãos antes e após o contato com o paciente;
- Disponibilizar continuamente Equipamento de Proteção Individual para o manejo do paciente e suas secreções, além da correta paramentação para lidar com o ambiente em torno do paciente colonizado ou infectado;
- Os equipamentos (termômetros, esfigmomanômetros, estetoscópio, bombas infusoras, monitores, entre outros) devem ser de uso exclusivo dos pacientes com infecção/colonização por MMR. Para otimizar esta prática, recomenda-se utilizar kits de precaução de uso individual contendo além de esfigmomanômetro, estetoscópio, os seguintes artigos: caneta, termômetro, tesoura e garrote. Recomenda-se evitar o uso de esfigmomanômetros com braçadeira de tecido;
- Pacientes em precaução de contato devem permanecer internados em quarto individual com banheiro exclusivo. Quando não houver disponibilidade de

quarto individual recomenda-se isolamento por coorte e nestes casos a distância mínima entre os leitos deve ser de 1 metro, preferencialmente com banheiro exclusivo;

- Não se recomenda a interrupção da assistência em serviços de saúde como medida a ser adotada de forma sistemática no controle de microrganismos multirresistentes. As medidas sanitárias que conduzam à interrupção da assistência em serviços de saúde devem ser avaliadas criteriosamente, em conjunto com as autoridades locais e entre os níveis de gestão do sistema de saúde;

#### **4. Atendimento pré-hospitalar móvel e serviços de remoção:**

- Seguir recomendações de precaução de contato no atendimento de pacientes colonizados/infectados por MMR, colocando os EPIs indicados imediatamente antes do contato com o paciente e retirando-os imediatamente após o atendimento. O avental deverá ser descartável ou de uso único;
- Higienizar as mãos imediatamente após o transporte de pacientes portadores de MMR;
- Após o atendimento/transporte de cada paciente, independente de colonização/infecção por MMR, realizar a desinfecção da maca, equipamentos e artigos utilizados na assistência e superfícies em contato com o paciente.

#### **5. Recomendações para o tratamento de pacientes com infecções por MMR:**

- Todo tratamento deve ser orientado e supervisionado por um médico infectologista/SCIH;
- Artigos críticos como sondas e cateteres endovenosos devem ser mantidos somente durante o tempo necessário, devendo ser removidos imediatamente após a suspensão do uso;
- As escolhas terapêuticas antimicrobianas devem ser guiadas pela apresentação clínica do paciente em termos de gravidade, sendo considerados graves pacientes hemodinamicamente instáveis. Entretanto, é fundamental para o manejo terapêutico de pacientes infectados por MMR o início precoce do tratamento antimicrobiano adequado;
- Quando possível, implementar restrição preferencial de uso de certas classes de antimicrobianos potencialmente associadas à maior risco seleção de resistência, como as polimixinas, as fluoroquinolonas, as cefalosporinas de terceira geração e os carbapenêmicos. Essa medida pode ser adotada, por exemplo, por meio da necessidade de preenchimento de formulário especial para uso desses agentes;
- Quando da posse dos resultados de antibiogramas deve-se proceder ao estreitamento de espectro do tratamento antimicrobiano, bem como observar o prazo mínimo eficaz para definição do tempo de tratamento das síndromes infecciosas.

## 6. Recomendações para os Laboratórios de Microbiologia e SCIH/CCIH:

- Deverão ser encaminhados ao LACEN os isolados de culturas de microrganismos com suspeita de falha terapêutica em uso de polimixina, bem como isolados de microrganismos portadores de outros mecanismos de resistência considerados prioritários, tais como: Enterobactérias resistentes à Carbapenêmicos com suspeita de mecanismo de resistência New Delhi metalobetalactamase (NDM); Enterobactérias resistentes à Carbapenêmicos (KPC – neste caso enviar somente em suspeita de surtos ou quando for o primeiro caso na instituição); *Staphylococcus aureus* resistentes e/ou com resistência intermediária à Vancomicina (VISA/VRSA) e *Enterococcus spp.* resistente à Vancomicina (VRE); Leveduras do gênero *Candida spp* que não são *Candida Albicans* ou com resultados em teste de triagem indicativos de *Candida auris*. Tais isolados deverão ser encaminhados ao LACEN para confirmação da identificação microbiana, teste de sensibilidade a antimicrobianos, fenotipagem e genotipagem;
- Todos os isolados deverão ser previamente cadastrados no sistema: Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), sendo necessário preencher todas as informações solicitadas no sistema e anexar cópia da notificação realizada no FORMSUS. Não serão aceitos no LACEN/PR isolados de amostras não cadastradas previamente;
- Todas as cepas devem ser enviadas no prazo de 72 horas após o seu isolamento e conservadas em ágar sólido.

### SECRETÁRIO DE SAÚDE

MICHELE CAPUTO NETO

### SUPERINDENTE DE SAÚDE

JULIA VALÉRIA FERREIRA CORDELLINI

### CHEFE DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PAULO COSTA SANTANA

### CHEFE DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SERVIÇOS

ANA MARIA PERITO MANZOCHI

### Coordenadora

PATRÍCIA DE JESUS CAPELO

### Equipe de Elaboração

ANA MARIA PERITO MANZOCHI – FARMACÊUTICA - CEVS/DVVSS/SESA-PR  
CLAUDIA RIBEIRO REIS – ENFERMEIRA - CEVS/DVVSS/SESA-PR  
LAVÍNIA NERY VILLA STANGLER AREND – BIOQUÍMICA – LACEN-PR  
MARCELO PILONETTO – BIOQUÍMICO – LACEN-PR  
PATRÍCIA DE JESUS CAPELO – ENFERMEIRA – CEVS/DVVSS/SESA-PR  
PRISCILA MEYENBERG CUNHA SADE - CEVS/DVVSS/SESA-PR  
VIRGÍNIA DOBKOWSKI FRANCO DOS SANTOS – FARMACÊUTICA