



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 1 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão: 10/01/2025	Próxima revisão: 10/01/2027
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FLUXOGRAMA	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
CONCEITOS.....	4
DIAGNÓSTICO	5
TRATAMENTO	7
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO	9
MONITORAMENTO	9
CONFLITOS DE INTERESSE.....	9
REFERÊNCIAS.....	9
SIGLAS	10
HISTÓRICO DE REVISÃO	11

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 2 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão: 10/01/2025	Próxima revisão: 10/01/2027
		VERSÃO: 02	

INTRODUÇÃO

As oclusões venosas retinianas (OVR) são, depois da retinopatia diabética, a segunda doença vascular mais comum da retina. Elas frequentemente resultam em baixa visual ou defeitos de campo de início súbito.

Oclusões de ramo venoso contribuem para quase 80% dos casos de oclusões venosas retinianas. Os demais correspondem a oclusões de veia central e oclusões hemirretinianas.

A faixa etária com maior incidência são os indivíduos entre a 6ª e 7ª décadas de vida. Em vista da associação entre hipertensão arterial sistêmica, arteriosclerose e OVR, frequentemente pacientes maiores de 60 anos não são submetidos a investigação laboratorial mais detalhada. As oclusões venosas retinianas são relativamente incomuns em indivíduos com menos de 40 anos, exceto pelos portadores de hiperlipidemia, distúrbios da coagulação, hiperviscosidade sanguínea ou mulheres em uso de contraceptivos orais.

A pesquisa de anticorpos antifosfolípidos não é recomendada para uma OVR que ocorra isoladamente de outras manifestações clínicas reconhecidas de Síndrome Antifosfolípide (SAF). Atualmente, não existem provas de alta qualidade que apoiem a utilização de anticoagulação ou de fármacos antiplaquetários no tratamento do OVR. A descoberta de uma anomalia trombofílica em um doente que apresenta um OVR não altera as opções de tratamento nem tem valor prognóstico. A decisão sobre a continuidade das terapias com estrogênios em uma mulher com OVR deve ser tomada caso a caso.

Ainda não há consenso quanto à associação entre diabetes mellitus e oclusões venosas retinianas. Diabetes não é mais comum em doentes com OVR do que na população geral. No entanto, o rastreamento laboratorial do diabetes quando do diagnóstico de OVR é útil na detecção da doença não diagnosticada. Também não está bem estabelecida a relação entre eventos cerebrovasculares e oclusões venosas retinianas.

Entre os fatores de risco oculares podemos citar o glaucoma primário de ângulo aberto (oclusão de veia central da retina) e o diâmetro axial pequeno (oclusão de ramo da veia central da retina). Há algumas associações mais raras entre oclusões venosas retinianas e algumas condições oculares, tais como orbitopatia distireoidiana, tumores orbitários e hemorragia retrobulbar.

OBJETIVOS

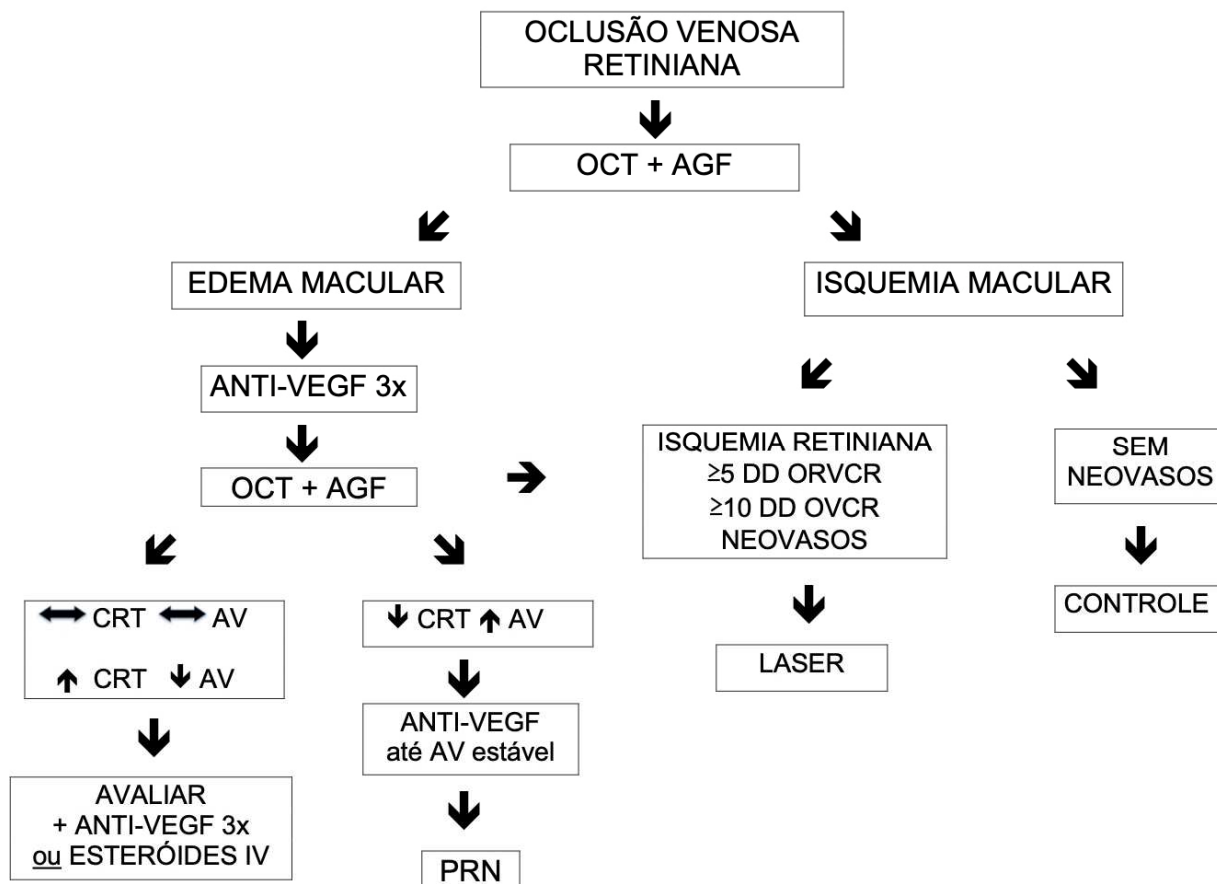
O objetivo deste protocolo é padronizar a propedêutica e oferecer a melhor terapia disponível para os diferentes casos de oclusões venosas retinianas atendidos no Hospital São Geraldo (HSG), baseado nas evidências científicas atuais.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Todos os pacientes com diagnóstico de oclusão venosa retiniana.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 3 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão: 10/01/2025	Próxima revisão: 10/01/2027
		VERSÃO: 02	

FLUXOGRAMA



Onde: OCT: tomografia de coerência óptica; AGF: angiografia fluoresceínica; VEGF: fator de crescimento do endotélio vascular; CRT: espessura retiniana central; AV: acuidade visual; IV: intravítreo; DD: diâmetro de disco; PRN: *pro re nata* (ou *as needed*)

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Professores UFMG / Chefes do Serviço	Participar da discussão dos casos clínicos com médicos assistentes, <i>fellows</i> e residentes. Realizar cirurgias.
Médico Assistente Ebserh ou UFMG	Participar da discussão dos casos clínicos com a chefia, <i>fellows</i> e residentes. Realizar consultas, cirurgias, injeções intravítreas e fotocoagulações a laser delegados pela chefia. Prestar assistência ao técnico de enfermagem 2 durante realização dos exames contrastados, se necessário.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 4 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

Médico em treinamento (<i>Fellowship</i>) em Oftalmologia	Participar da discussão dos casos clínicos com a chefia, médicos assistentes e residentes. Realizar consultas, cirurgias, injeções intravítreas e fotocoagulações a laser delegados pela chefia.
Residente em Oftalmologia	Participar da discussão dos casos clínicos com a chefia, médicos assistentes e <i>fellows</i> . Realizar consultas sob a supervisão de médicos acima.
Técnico de Enfermagem 1	Dilatar a pupila dos pacientes. Auxiliar o técnico 2 em exames contrastados.
Técnico de Enfermagem 2	Realizar exames de imagem (retinografia, angiografia fluoresceínica, angiografia com indocianina e tomografia de coerência óptica).
Secretária	Realizar a admissão, agendar o retorno às consultas e agendar exames complementares do Setor de Retina. Orientar sobre confecção do cartão do hospital e locais de realização de outros exames. Manter os impressos dos ambulatórios. Entrar em contato com pacientes quando houver solicitação pela equipe médica ou administração do hospital. Entrar em contato com o funcionário da limpeza quando houver solicitação pela equipe médica ou de enfermagem.
Funcionário da Limpeza	Realizar a limpeza e higiene antes do horário de atendimento dos ambulatórios e durante eles, quando solicitados pela secretária.

CONCEITOS

As oclusões venosas são classificadas pela localização da obstrução em oclusão de veia central da retina (**OVCR**), oclusão de ramo da veia central da retina (**ORVCR**) e oclusão venosa hemirretiniana (**OVH**). O fator etiológico mais comum é a compressão da veia por artérias retinianas ateroscleróticas adjacentes. Outras causas possíveis são a compressão externa ou a doença da parede da veia, por exemplo, vasculite.

As OVCR ocorrem quando há trombose e obstrução da principal via de drenagem da circulação retiniana. As ORVCR são resultado da compressão de uma tributária da veia central da retina pela parede espessada de uma arteríola, com alteração no fluxo e trombose; também podem ser decorrentes de um processo inflamatório focal na parede do vaso. OVH podem ser divididas em oclusões hemisféricas, quando o local presumido da obstrução é o cruzamento arteriovenoso (variante da ORVCR), ou oclusão hemi-central, quando o provável sítio da obstrução está posterior à lâmina crivosa (nesse caso não há consenso em classificar como OVCR ou ORVCR).

A obstrução venosa desencadeia uma série de eventos e respostas do organismo aos mesmos. O aumento da pressão intraluminal e da permeabilidade vascular resultam em hemorragias e edema. Há um precoce aumento da produção do fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) na retina, que também participa na etiologia do edema tecidual. O edema, por sua vez, leva a variável

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 5 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão: 10/01/2025	Próxima revisão: 10/01/2027
		VERSÃO: 02	

fechamento do leito capilar, que pode resultar em isquemia. No caso de fechamento de capilares perifoveais, teremos uma baixa visual mais acentuada. O edema macular é a causa mais comum de deficiência visual na OVR, seguida da isquemia foveal.

A isquemia retiniana, se extensa, pode levar à neovascularização. As principais complicações da neovascularização são a hemorragia vítrea (HV) e o glaucoma neovascular (GNV). Também pode ocorrer, em fases mais tardias, a formação de membranas epirretinianas (MER), proliferações fibrovasculares (PFV) e descolamento da retina tracional (DRT).

Na maioria dos casos, o grau de edema macular e a extensão de isquemia retiniana serão determinantes para a conduta.

DIAGNÓSTICO

Os casos de oclusões venosas retinianas devem ser avaliados clinicamente de forma detalhada, logo à admissão no Serviço. Os principais aspectos a serem avaliados são: história clínica, pressão arterial, última glicemia em jejum e outros exames laboratoriais disponíveis (principalmente hemograma e velocidade de hemossedimentação).

A anamnese deve incluir todos os dados do paciente (principalmente idade, sexo, procedência), olho acometido, presença e duração da BAV ou defeito de campo visual, existência de comorbidades (oculares ou sistêmicas), uso de medicações e histórico de procedimentos oculares.

O principal benefício dos exames médicos nos casos de OVR é melhorar a saúde do paciente através do tratamento dos fatores de risco normalmente associados como aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia.

Indivíduos com menos de 40 anos, sem relato de comorbidades, dever ser encaminhados para o hematologista ou reumatologista para pesquisa de distúrbios da coagulação ou doenças que resultam em hiperviscosidade sanguínea.

Ao exame oftalmológico devem ser avaliados: AV corrigida, reflexos pupilares (presença ou ausência de defeito pupilar aferente relativo), biomicroscopia do segmento anterior (presença de neovasos irianos - NVI, profundidade da câmara anterior, presença de reação inflamatória, transparência do cristalino, presença de lente intraocular), gonioscopia (neovasos de ângulo - NVA ou risco de fechamento angular), biomicroscopia de fundo (edema de disco, neovasos de disco - NVD, vasos colaterais, espessamento de mácula, hemorragias, exsudatos algodinosos), tonometria e oftalmoscopia binocular indireta.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 6 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão: 10/01/2025	Próxima revisão: 10/01/2027
		VERSÃO: 02	

Achados oftalmoscópicos:**• Oclusão da Veia Central da Retina:**

Hemorragias retinianas nos quatro quadrantes.

Dilatação e aumento da tortuosidade venosas nos quatro quadrantes.

Outros: exsudatos algodinosos, edema e hemorragia de disco óptico, edema macular, vasos colaterais.

• Oclusão Venosa Hemirretiniana:

Hemorragias retinianas em dois quadrantes (superiores ou inferiores).

Dilatação e aumento da tortuosidade venosas em dois quadrantes.

Outros: exsudatos algodinosos, edema e hemorragia de disco óptico, edema macular, vasos colaterais.

• Oclusão do Ramo da Veia Central da Retina:

Hemorragias retinianas em chama de vela ao longo do ramo venoso acometido.

Dilatação e aumento da tortuosidade venosas no quadrante afetado (maior incidência: quadrante temporal superior).

Outros: exsudatos algodinosos, edema e hemorragia de disco óptico, edema macular, vasos colaterais.

Os principais diagnósticos diferenciais das oclusões venosas retinianas são: síndrome ocular isquêmica, oclusão de carótida, retinopatia diabética, retinopatia por radiação, edema de papila, retinopatia hipertensiva, distúrbios da coagulação, trombose de seio cavernoso, telangiectasias maculares.

A realização de exames complementares é útil para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de oclusões venosas retinianas, e os exames de maior importância são a angiografia fluoresceínica (AGF), a tomografia de coerência óptica (OCT) e a angioOCT (OCTA).

A AGF e a OCTA são recomendadas para avaliar a não-perfusão da retina e ajudar a identificar os olhos com OVCR isquêmica. A AGF pode ser realizada de imediato ou ser adiada por algumas semanas para aguardarmos a reabsorção de parte das hemorragias retinianas. Esse período pode ser reduzido se o paciente for submetido a injeções de agentes anti-VEGF, que aceleram a reabsorção das hemorragias. Esse exame serve para avaliarmos a extensão das áreas de isquemia retiniana, que normalmente são hipofluorescentes por não-perfusão capilar. Essa área é quantificada em diâmetros de disco (DD). As hemorragias retinianas causam um bloqueio da fluorescência de fundo, e podem impedir a correta avaliação da perfusão em área significativa da retina.

Estudos como o *Branch Vein Occlusion Study (BVOS)* e o *Central Vein Occlusion Study (CVOS)* classificou as oclusões com auxílio da AGF: casos de ORVCR com área de não-perfusão ≥ 5 DD e casos

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 7 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

de OVCR com ≥ 10 DD de não-perfusão foram classificados como forma isquêmica. Caso a área de não-perfusão fosse menor, o caso era classificado como não-isquêmico, normalmente com melhor prognóstico visual em comparação com as oclusões isquêmicas. Esta definição de > 10 DD não é adequada com imagens de retinógrafos *widefield* ou *ultra-widefield*, dada a maior área fotografada e o significado clínico pouco claro da isquemia na extrema periferia. A não-perfusão capilar > 10 DD no pólo posterior dos olhos com OVCR, independentemente da modalidade de imagem, sugere um risco elevado de neovascularização. Verificou-se que um índice isquêmico (razão de não-perfusão capilar/área total visível) $> 45\%$, uma área total de não-perfusão > 75 DD na angiografia *ultra-widefield* ou > 10 DD de não-perfusão no pólo posterior se correlacionam com a neovascularização. É importante também fazer uma distinção clara entre isquemia macular e OVR isquêmica (ou seja, isquemia global da retina). A OCTA pode ajudar a avaliar melhor a perfusão na área central. Além disso, a definição de uma OVCR isquêmica pode não depender apenas dos resultados da angiografia, mas também de outros parâmetros, como a acuidade visual, o defeito pupilar aferente relativo e os resultados de testes como a eletrorretinografia.

A OCT é recomendada no diagnóstico, monitorização e avaliação da resposta ao tratamento do edema macular secundária a OVR. Além dos cortes ópticos, a OCT fornece a medida da espessura retiniana central (CRT), considerada o melhor parâmetro para acompanhar a progressão do edema e a resposta ao tratamento. Normalmente o aumento da CRT implica em perda funcional e a diminuição em ganho funcional. A avaliação do aspecto dos fotorreceptores à OCT, apesar de não ter relação direta com a visão inicial, pode ser útil durante o acompanhamento do quadro para determinar prognóstico.

TRATAMENTO

O tratamento das oclusões venosas no HSG deverá, preferencialmente, seguir o fluxograma acima. O tratamento poderá ser individualizado, visando o benefício do paciente, a critério médico.

A AGF e a OCT serão realizadas logo à admissão do paciente no ambulatório. Caso seja comprovada a presença de edema macular, o tratamento indicado será a terapia anti-VEGF, com 3 injeções em intervalos de 1 mês. Após a terceira injeção os exames de AGF e OCT serão repetidos, assim como a medida da AV corrigida. Documentada redução na CRT e melhora na AV, novas injeções serão realizadas em intervalos mensais até a estabilização da AV, por até 6 meses de acompanhamento. Assim que a AV estiver estável, e a CRT apresentar poucas variações, o paciente será orientado a retornar mensalmente, para avaliação da AV e OCT. Será aplicado então o regime *pro re nata* (PRN), ou seja, somente será realizada nova injeção caso ocorra piora da AV ou aumento da CRT. O regime PRN poderá se estender por até 24 meses.

Após 3 injeções mensais do anti-VEGF, se a OCT demonstrar CRT igual ou aumentada em relação ao exame base, com AV pior ou mantida, o caso será reavaliado. Pouco mais de um terço dos doentes

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 8 de 11	
Título do Documento:	OCCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

necessitará de apenas três injeções anti-VEGF para atingir a VA máxima, enquanto outro terço necessitará de seis injeções anti-VEGF consecutivas. Antes de considerar o caso não-responsivo, poderão ser indicadas mais 3 injeções mensais do anti-VEGF. A critério do médico assistente será avaliado o uso de esteroides intravítreos (acetato de triancinolona 1 mg ou implante de dexametasona 0,7 mg) após pelo menos 3 injeções mensais. O uso dos esteroides será feito preferencialmente em olhos pseudofácicos e sem história de hipertensão ocular ou glaucoma. A pressão intraocular será avaliada em 2 semanas e a resposta ao tratamento (AV e CRT) em 3 meses. Novas aplicações poderão ser feitas em regime PRN, dentro dos primeiros 24 meses de acompanhamento.

Os pacientes com sinais de isquemia macular à AGF e OCT iniciais e com neovascularização ou isquemia extensa (≥ 5 DD se ORVCR ou ≥ 10 DD se OVCR/OVH), serão submetidos a fotocoagulação a laser focal (quadrante) no caso de ORVCR/OVH ou panfotocoagulação – PFC (OVCR). Não existe evidência que sugira qualquer benefício de uma combinação de laser em *grid* macular ou panfotocoagulação e anti-VEGF intravítreo ou esteróides para edema macular secundária a OVCR.

Parâmetros de fotocoagulação:

Focal (Quadrante):

- Spot 200 - 500 micras
- Espaçamento 01 spot
- Realizar em toda área isquêmica ou de neovascularização até 2 diâmetros de disco de distância do centro mácula
- Laser em periferia até, no mínimo, o equador

Parâmetros de panfotocoagulação:

- 1500 a 3000 disparos
- Spot 500 micras
- Tempo 0,1 seg
- Evitar áreas de hemorragia
- Espaçamento de 01 spot
- Marcas brancas na retina

Se houver isquemia macular, sem isquemia extensa em periferia, ou neovascularização, o caso será acompanhado mensalmente por 6 meses. Para olhos que apresentem AV $<20/320$, deve ser cuidadosamente considerada a continuação da terapêutica nos casos que não melhorem em termos de acuidade visual ou de espessura macular após três injeções de carregamento com intervalos mensais e o tratamento não é recomendado se não houver resposta após seis injeções. Devem considerados múltiplos fatores, como o grau de isquemia macular, os danos estruturais na fóvea e

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 9 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

outros fatores de confusão, para decidir a continuação do tratamento neste grupo de doentes após a terapêutica inicial.

Se for observada neovascularização, ou se o paciente não puder seguir em acompanhamento, será indicada PFC. Se o olho tiver algum potencial visual, a pressão intraocular deve ser controlada com agentes hipotensores tópicos, intervenção cirúrgica ou procedimentos ciclo-ablativos. A regressão da NVI e da NVA parece favorecer o conforto ocular a longo prazo.

CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

O acompanhamento deve ser mantido até a exclusão do diagnóstico de oclusão venosa retiniana ou até a conclusão do tratamento pelos critérios de alta acima.

MONITORAMENTO

O monitoramento será realizado no setor de Retina do HSG, com avaliação regular da AV, exame de biomicroscopia, tonometria, oftalmoscopia, AGF e OCT.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

CAMPOCHIARO, PA et al. Ranibizumab for Macular Edema following Branch Retinal Vein Occlusion. **Ophthalmology** 117: p 1102–1112, 2010.

CAMPOCHIARO, PA et al. Sustained Benefits from Ranibizumab for Macular Edema following Central Retinal Vein Occlusion: Twelve-Month Outcomes of a Phase III Study. **Ophthalmology**; 2011. Article in press.

HALLER, JA et al. Dexamethasone Intravitreal Implant in Patients with Macular Edema Related to Branch or Central Retinal Vein Occlusion. **Ophthalmology** 118: p 2453–2460, 2011.

IP, MS et al. A Randomized Trial Comparing the Efficacy and Safety of Intravitreal Triamcinolone with Observation to Treat Vision Loss Associated with Macular Edema Secondary to Central Retinal Vein Occlusion: The Standard Care vs Corticosteroid for Retinal Vein Occlusion (SCORE) Study Report 5. **Arch Ophthalmol.** 127(9): p 1101–1114, 2009.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 10 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

NICHOLSON, L et al. Retinal vein occlusion (RVO) guideline: executive summary. Royal College of Ophthalmologists. **Eye** 36:909-912, 2022.

PIELEN, A et al. Integrated results from the Copernicus and Galileo studies. *Clinical Ophthalmology* 11, p 1533–1540, 2017.

RYAN, SJ. Branch Vein Occlusion. **Retina**. Elsevier, 2018. p 1155-1165

RYAN, SJ. Central Retinal Vein Occlusion. **Retina**. Elsevier, 2018. p 1166-1179

SCHMIDT-ERFURT, U et al. Guidelines for the Management of Retinal Vein Occlusion by the European Society of Retina Specialists. **Ophthalmologica** 242: p 123–162, 2019.

Scott IU et al. A Randomized Trial Comparing the Efficacy and Safety of Intravitreal Triamcinolone with Standard Care to Treat Vision Loss Associated with Macular Edema Secondary to Branch Retinal Vein Occlusion: The Standard Care vs Corticosteroid for Retinal Vein Occlusion (SCORE) Study Report 6. **Arch Ophthalmol**. 127(9): p 1115–1128, 2009.

YANNUZZI, LA. Oclusões Venosas na Retina. **Atlas de Retina**. Elsevier, 2011. p 393-406.

SIGLAS

AGF	Angiofluoresceinografia
AV	Acuidade visual
CRT	Espessura central da retina
DD	Diâmetro de disco
HSG	Hospital São Geraldo
IV	Intravítreo
NVI/NVA	Neovascularização de íris/ângulo
OCTA	angioOCT
OCT	Tomografia de Coerência Óptica
ORVCR	Oclusão do Ramo da Veia Central da Retina
OVH	Oclusão Venosa Hemirretiniana
OVCR	Oclusão da Veia Central da Retina
OVR	Oclusões Venosas Retinianas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UOOT.271 - PÁGINA 11 de 11	
Título do Documento:	OCLUSÕES VENOSAS RETINIANAS	Emissão:	Próxima revisão: 10/01/2027
		10/01/2025	
		VERSÃO: 02	

PRN Pro re nata
VEGF Fator de crescimento do endotélio vascular

HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
02	03/01/2025	Atualização da literatura.

Elaboração/Revisão	Christiano Andrade Souza, Diogo Ruffo, Maria da Conceição Frasson Correa da Silva - médicos oftalmologistas
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Daniel Vitor Vasconcelos Santos - médico - oftalmologista
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico