



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES N° 151/2019

Vitória, 25 de janeiro de 2019

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender à solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial e Criminal da Serra– MM. Juiz de Direito não informado – sobre o medicamento: **Micofenolato de mofetila 500 mg.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com Inicial e laudo oftalmológico completo anexado às fls. 09 e emitido em 07 de janeiro de 2019 pelo Dr. Giulliano Faitanin Yin, trata-se de paciente com quadro de panuveíte bilateral, recidivante, definido como quadro inflamatório autoimune (Doença de Harada). Quadro teve início em março/17, iniciado tratamento com prednisona VO 80 mg/dia, com desmame lento, associado imunomodulador (azatioprina) na dosagem 150 mg/dia, em uso desde fev/18. Houve melhora parcial do quadro desde out/17, com acuidade visual de 20/40 em olho direito e 20/20 em olho esquerdo, porém ainda com sinais de atividade aos exames de retinografia colorida e angiofluoresceinografia (papilite em ambos os olhos, exames de 17/12/18), apesar do uso de prednisona 20mg/dia (há 22 meses) e Azatioprina 150mg/dia (há 11 meses). Como alternativa ao tratamento atual, que não está se mostrando eficaz, solicita introdução de micofenolato de mofetila, dosagem de 2g/dia (2 comprimidos de 500 mg a cada 12 horas), para melhor controle da doença. CID H 30.8.
2. Consta às fls. 08 Formulário para pedido judicial em saúde – medicamentos não



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

padronizados emitido em 18 de janeiro de 2019 pelo Dr. Giulliano Faitanin Yin, quem informa paciente em atendimento particular, que necessita de micofenolato de mofetila 2g/dia. Atualmente em uso de Azatioprina 150mg/dia e Prednisona (20mg/dia, já usou anteriormente doses maior com efeitos colaterais), porém sem controle adequado da Pan-uveíte, sendo necessário a troca para o medicamento micofenolato de mofetila.

3. Consta às fls. 10 e 11 Decisão GEAF/CEFT nº 5284/18, datada de 03/09/18, com indeferimento da solicitação administrativa considerando que não há descrição de contraindicação para o emprego da ciclosporina, constante no Protocolo do Ministério da Saúde. Consta ainda de que no caso de contraindicação ao fármaco padronizado, há que se enviar documentação comprobatória da contraindicação e laudo médico consubstanciado.

## **II – ANÁLISE**

### **DA LEGISLAÇÃO**

1. Considerando o disposto na **Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégicos; e (3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Esse último componente teve a sua denominação modificada pela Portaria GM/MS nº 2981, republicada no DOU em 01 de dezembro de 2009, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

3. A Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, regulamentou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, revogando todas as portarias vigentes, exceto as que publicaram os PCDT. Já a **Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013**, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é a que regulamenta o elenco atual do CEAF.
4. A dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada de acordo com o acompanhamento farmacoterapêutico previsto pelos protocolos de tratamento publicados pelo Ministério da Saúde que são desenvolvidos com base nos critérios da Medicina Baseada em Evidências e têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.
5. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e as Secretarias de Saúde dos Municípios desse estado pactuaram na CIB, através da **Resolução CIB nº 200/2013 de 02 de setembro de 2013**, o repasse e as normas para aquisição dos medicamentos pelos municípios. Conforme art. 2º, o incremento no financiamento estadual e municipal para o incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica será realizado por adesão dos Municípios e seguirá proposta elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), conforme anexo I desta resolução. O valor total tripartite passa a ser de R\$ 12,00 habitante/ano para os Municípios que já aderiram ou que



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

aderirem à proposta de aumento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

6. O Ministério da Saúde dispõe de **Protocolo Clínico específico para o tratamento das Uveítes posteriores não infecciosas, aprovado pela Portaria SAS/MS nº 1158, de 18 de novembro de 2015.**

## DA PATOLOGIA

1. Uveíte corresponde à inflamação da úvea, camada vascular média dos olhos, e pode ser classificada como anterior (íris), intermediária (corpo ciliar e vítreo) e posterior (vítreo, retina, coróide e esclera). Uveítes com acometimento de mais de uma porção uveal são chamadas de difusas, apresentando geralmente acometimento bilateral. As doenças oculares inflamatórias são causa importante de cegueira (acuidade visual com melhor correção < 20/400 ou 0,05) e de baixa visão (acuidade visual com melhor correção entre 20/70 ou 0,3 e 20/200 ou 0,1) no mundo todo. As uveítes podem ser divididas em infecciosas, nas quais o patógeno responsável é identificado e o paciente é submetido a tratamento antimicrobiano específico, e não infecciosas.
2. As doenças sistêmicas apresentam acometimento ocular variável. **Doença de Vogt-Koyanagi-Harada** é uma síndrome uveomeningea multissistêmica caracterizada por resposta autoimune dirigida aos antígenos melanocíticos dos olhos, da pele e do sistema nervoso central e auditivo. A manifestação ocular é **uveíte difusa bilateral** com edema de papila, descolamento seroso da retina neurosensorial, defeito na impermeabilidade do epitélio pigmentar da retina, com discreta ou nenhuma vitreíte.
3. A dificuldade no diagnóstico da **Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada** decorre de sua raridade e da pouca divulgação na classe médica, sendo na maioria das vezes a síndrome reconhecida apenas pelos especialistas que tratam dos sistemas acometidos



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

pela doença. Este fato contribui para que os dados de incidência da doença sejam escassos, sobretudo no Brasil.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento das uveítes posteriores não infecciosas é baseado na busca da homeostase imunológica do paciente. Especificamente para **Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (SVKH)**, recomenda-se que o tratamento inicial seja realizado com os corticoides pela via intravenosa. Deve-se levar em conta a sensibilidade do paciente aos corticoides, os riscos do tratamento com estas drogas e caso haja necessidade deve-se optar pelo tratamento com imunomoduladores ou a imunoglobulina intravenosa.
2. De forma geral, nas uveítes posteriores não infecciosas procura-se, com a terapia, a supressão da reatividade imune aberrante e a manutenção da integridade do sistema de defesa do hospedeiro durante o maior tempo possível. A principal classe de medicamentos para atingir esses objetivos são os glicocorticoides, representados pela prednisona. Desvantagens de seu uso são os eventos adversos locais, como o aumento da pressão intraocular e catarata, e sistêmicos, como a osteoporose, síndrome de Cushing, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e necrose asséptica de cabeça de fêmur, entre outros. Além dos eventos adversos, eventualmente não ocorre controle adequado da doença com o uso isolado de glicocorticoide. Medicamentos imunossupressores de diferentes classes apresentam um papel relevante no controle de uveítes posteriores não infecciosas, servindo como redutores da dose ou poupadores de glicocorticoides e adjuvantes no controle inflamatório. Imunossupressores estão indicados principalmente para pacientes com as seguintes condições:
  - sem resposta adequada a glicocorticoide sistêmico em monoterapia;
  - com necessidade de dose de glicocorticoide sistêmico com toxicidade intolerável



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

para o controle da doença;

- com indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico; ou
  - com uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional.
3. Geralmente medicamentos imunossupressores apresentam efeito terapêutico pleno após algumas semanas de uso, motivo pelo qual costumam ser iniciados de forma simultânea ao glicocorticoide sistêmico, que tem sua dose progressivamente reduzida ou suspensa após a estabilização da doença. Diversos estudos mostraram a eficácia e segurança dos diversos imunossupressores no tratamento de doença ocular inflamatória.
4. Inibidores das células T ou inibidores da calcineurina, representados pela ciclosporina, apresentam inúmeros estudos reforçando seu uso no tratamento de uveítes posteriores não infecciosas. Ensaio clínico randomizado demonstraram eficácia superior da ciclosporina sobre o uso isolado de glicocorticoide, colchicina, placebo e clorambucila no controle de uveítes diversas. **A associação de ciclosporina e glicocorticoide obteve resultados ainda melhores no controle da inflamação ocular.** Estudos de coorte, séries de casos não controlados e artigos de revisão também apontam para a eficácia da ciclosporina em uveítes refratárias, coroidite multifocal, uveíte em crianças, coriorretinopatia de birdshot, doença de Behçet, oftalmia simpática, coroidite serpiginosa **e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.**
5. Antimetabólitos, representados pela azatioprina, também apresentam eficácia no controle de uveítes posteriores não infecciosas. Estudo de coorte com acompanhamento médio de oito anos mostrou eficácia da azatioprina no controle de diversos tipos de uveíte. Séries de casos e estudos não controlados colaboram para a evidência de benefício no uso de azatioprina em pacientes com uveíte refratária, coroidite serpiginosa, coroidite multifocal, doença de Behçet, síndrome de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

VogtKoyanagi-Harada e pars planitis, fazendo referência ao sucesso no uso de azatioprina em monoterapia ou associada a ciclosporina ou glicocorticoide.

## **DO PLEITO**

1. **Micofenolato de mofetila 500 mg:** é um medicamento imunossupressor utilizado no tratamento de doenças autoimunes. O ácido micofenólico, metabolito ativo do micofenolato mofetil, inibe seletivamente a proliferação de linfócitos T e B, a formação de anticorpos e a glicosilação de moléculas de adesão pela inibição da síntese de nucleotídeos de purina e depleção de trifosfato de guanosina de linfócitos e monócitos. Desta forma, o ácido micofenólico reduz o recrutamento de linfócitos e monócitos aos sítios de inflamação, contribuindo para sua ação imunossupressora em doenças autoimunes e rejeição de transplantes. De acordo com a bula do medicamento, o mesmo está indicado em associação com ciclosporina e corticosteroides na profilaxia da rejeição aguda do transplante em doentes com transplante alogênico renal, cardíaco ou hepático.

1.1 A droga foi aprovada pela FDA para uso em transplantes de órgãos sólidos, porém, existe uso *off-label* em Dermatologia e Reumatologia para diversas doenças autoimunes e inflamatórias. Ela é indicada nas seguintes situações:

- Como poupadora de corticosteroide: pênfigo vulgar, pênfigo foliáceo, penfigoide bolhoso, dermatite atópica. Na experiência de alguns autores, ele é a melhor droga poupadora de corticosteroide nas doenças bolhosas;
  - Em monoterapia: buloses (quando há restrição ao uso de corticosteroide), pioderma gangrenoso;
  - Combinada com outras drogas: vasculites, colagenoses.
2. Algumas contraindicações da droga são absolutas: gestação e/ou lactação; hipersensibilidade à medicação, enquanto outras são relativas: hepatopatia; nefropatia e uso concomitante com azatioprina.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

3. Antes do início do tratamento, é necessário realizar os seguintes exames: hemograma completo; hepatograma; ureia e creatinina; glicemia; elementos anormais e sedimentos urinários; sorologias (hepatites, HIV, HTLV-1);  $\beta$ hCG; PPD; radiografia de tórax.
4. Quanto a posologia, o esquema terapêutico deve ser iniciado com aumento gradual da dose, a cada duas a quatro semanas, para evitar, principalmente, os efeitos gastrointestinais e, caso necessário, ajustar a dose em pacientes nefropatas. A dose recomendada é 35mg-45mg/kg/dia (até 2g), administrada de 12/12 horas com as refeições. A apresentação é em capsulas de 500mg. O início dos efeitos terapêuticos se dá dentro de seis a oito semanas. Atualmente, existe outra forma, chamada micofenolato sódico, que causa menos efeito adverso gastrointestinal e é apresentada em capsulas de 360mg (corresponde a 500mg do micofenolato mofetil).

### III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Primeiramente cabe esclarecer que o medicamento **Micofenolato de mofetil 500 mg** está padronizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como no Protocolo do Ministério da Saúde, sob a competência de fornecimento da Secretaria Estadual de Saúde. Ressalta-se que o mesmo é disponibilizado nas Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), para os pacientes em tratamento da Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria e da Imunossupressão no Transplante Renal e Transplante Cardíaco (sem PCDT). **Ou seja, não está contemplado para o caso da Requerente.**
2. Entretanto, estão padronizados na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME-2017) e contemplados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uveítes posteriores não infecciosas, por meio da rede estadual de saúde, sendo fornecidos pelas Farmácias Cidadãs Estaduais, os medicamentos **ciclosporina e azatioprina (imunossupressores) assim como prednisona e metilprednisolona (corticosteroide).**





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

3. Conforme o tópico “tratamento” do presente parecer técnico-científico, os inibidores das células T ou inibidores da calcineurina, representados pela ciclosporina, apresentam inúmeros estudos reforçando seu uso no tratamento de uveítes posteriores não infecciosas. Além de ensaios clínicos randomizados terem demonstrado eficácia superior da ciclosporina sobre o uso isolado de glicocorticoide, colchicina, placebo e clorambucila no controle de uveítes diversas, a associação de ciclosporina e glicocorticoide obteve resultados ainda melhores no controle da inflamação ocular. Estudos de coorte, séries de casos não controlados e artigos de revisão também apontam para a eficácia da ciclosporina em uveítes refratárias, coroidite multifocal, uveíte em crianças, coriorretinopatia de birdshot, doença de Behçet, oftalmia simpática, coroidite serpiginosa e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.
4. O referido Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Uveítes posteriores não infecciosas do Ministério da Saúde preconiza que a grande variabilidade de apresentações e etiologias das uveítes posteriores não infecciosas não permite o estabelecimento de tempo padrão de tratamento, sendo necessária constante reavaliação da doença e do quadro ocular. A resposta ao tratamento é o principal fator que define o tempo de uso de cada medicamento. Uveítes agudas sabidamente mais graves, como síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas, frequentemente necessitam doses maiores de glicocorticoide, podendo-se optar pela administração endovenosa de metilprednisolona por 3 dias, seguida de prednisona via oral durante 3- 6 semanas. Em pacientes com doença crônica, o esquema inicial de corticoide é seguido por redução gradual e manutenção com doses menores, associadas ou não a outros imunossupressores. Uma vez que imunossupressores tenham sido iniciados, eles são usualmente mantidos por um período de 6 a 24 meses, após o qual as doses são reduzidas lentamente, com pequenos decréscimos a cada 4 a 6 semanas, sempre



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

observando a atividade inflamatória ocular. Alguns pacientes necessitam de imunossuppressores indefinidamente.

5. Após busca na literatura científica identificou-se estudo retrospectivo de série de casos, no qual foram incluídos pacientes com uveíte não infecciosa, em tratamento oral com micofenolato de mofetila por um período mínimo de seis meses e que faziam uso de pelo menos um imunossupressor e apresentavam doença ocular ativa, observou-se controle total ou parcial da inflamação em 43,7% dos pacientes em 12 meses. Dois pacientes (14%) tiveram remissão da doença após 4,7 anos do início de micofenolato mofetila (MMF). Os efeitos adversos foram distúrbios gastrintestinais, infecção, insônia e anormalidade da função hepática com 0,03 eventos paciente-ano (PPY) respectivamente. Como conclusões o trabalho descreve que a pequena série retrospectiva de casos ratifica os achados na literatura sobre a alta eficácia e tolerância moderada de micofenolato de mofetila em uveítes não infecciosas. A literatura trás ainda que na uveíte refratária com risco de cegueira, há alguns casos de tratamento eficaz da uveíte grave com Rituximabe e Micofenolato de Mofetil.
6. Em outro estudo multicêntrico, cujo objetivo foi investigar se a monoterapia com micofenolato mofetil é efetiva nas várias formas de uveíte, os pacientes foram tratados através de um protocolo de estudo prospectivo, com um grama de micofenolato mofetil, duas vezes ao dia sendo a imunossupressão prévia descontinuada em consequência do aparecimento de efeitos adversos ou da ineficácia do tratamento. Os autores concluíram que o micofenolato mofetil cessou a atividade inflamatória ocular em 8 dos 10 pacientes e reduziu de forma drástica a incidência de recorrência, posto que não haviam apresentado boa resposta com outros imunossuppressores. Os efeitos adversos foram toleráveis, quando comparados com outros imunossuppressores. Entretanto os autores alertaram para a necessidade de outros estudos com maiores tempo de seguimento e número de pacientes e **apontaram para a necessidade de um estudo comparativo com ciclosporina A a longo prazo.**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

7. Luiz Alberto Alves Mota e Arthur Borges dos Santos, em artigo de revisão publicado no ano de 2015 trazem que, para os pacientes que não apresentam boa resposta aos corticoides ou que desenvolvem efeitos colaterais devido ao seu uso, como síndrome de Cushing, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, estão recomendados o uso dos imunomoduladores. São utilizados o metotrexato, etarcept, tacrolimus, ciclosporina, micofenolato mofetil, azatioprina, ciclofosfamida, clorambucil e adalimumabe. **Os pacientes que apresentam formas agressivas da doença podem ser beneficiados com a terapia imunossupressora tripla, que consiste no uso da prednisolona, azatioprina e ciclosporina em conjunto.** Em casos de pacientes córtico-resistentes e que também não respondem a terapia imunomodulatória, o uso de imunoglobulina intravenosa pode ser uma opção viável de tratamento. A injeção intravítrea de triancinolona pode proporcionar a resolução do processo inflamatório e exsudativo intra e sub-retiniano cursando com melhora significativa da acuidade visual.
8. Ressalta-se que, de acordo com informações prestadas nos documentos médicos remetidos a este Núcleo, a paciente é portadora de panuveíte bilateral, recidivante, definido como quadro inflamatório autoimune (Doença de Harada). Iniciado tratamento com prednisona VO 80 mg/dia, com desmame lento, associado imunomodulador (azatioprina) na dosagem 150 mg/dia, em uso desde fev/18. Melhora parcial do quadro porém ainda com sinais de atividade aos exames de retinografia colorida e angiofluoresceinografia, apesar do uso de prednisona 20mg/dia (há 22 meses) e Azatioprina 150mg/dia (há 11 meses). Atualmente em uso de Azatioprina 150mg/dia e Prednisona (20mg/dia, já usou anteriormente doses maiores com efeitos colaterais), porém sem controle adequado da Pan-uveíte, sendo necessário a troca para o medicamento micofenolato de mofetila na dosagem de 2g/dia (2 comprimidos de 500 mg a cada 12 horas), para melhor controle da doença.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

9. **Ocorre que nos referidos documentos não há relato de utilização de TODOS os medicamentos padronizados supracitados, em particular a utilização de ciclosporina e corticoide, comprovando, se houve refratariedade ou se há contraindicação ao uso dos mesmos, informações estas que poderiam embasar justificativa para a solicitação de medicamento não padronizado para o tratamento da condição que aflige a Requerente. Não obstante, cabe destacar ainda que não foi remetido a este Núcleo exame que comprove o quadro clínico da Requerente, conforme descrito em laudo médico.**
10. Ou seja, apesar das evidências científicas sugerirem benefício com o uso do medicamento micofenolato de mofetila em situações semelhantes ao caso em questão, não foi informada a tentativa prévia de utilização de todos os medicamentos contemplados no protocolo do ministério da saúde, antes da opção do medicamento ora pleiteado.
11. Frente aos fatos acima expostos, entende-se que, **com base apenas nas informações remetidas a este Núcleo, não é possível afirmar que houve comprovada falha terapêutica frente a todo tratamento disponível no SUS, portanto neste momento, não é possível afirmar que o medicamento ora pleiteado deva ser considerado única alternativa terapêutica para tratamento do caso em tela.**
12. No entanto, no presente caso, considerando que a Requerente já possui processo administrativo junto à SESA pleiteando o medicamento Micofenolato de Mofetila, considerando que, de acordo com Decisão GEAF/CEFT nº 5284/18, no caso de contraindicação ao fármaco padronizado, há que se enviar documentação comprobatória da contraindicação e laudo médico consubstanciado, **este Núcleo sugere que todas as informações e demais documentos pertinentes sejam**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

**apresentados pela Requerente junto à SESA, possibilitando uma nova análise por parte desse órgão.**

[REDACTED]

**REFERÊNCIAS**

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITISH MEDICAL JOURNAL PUBLISHING GROUP. *Clinical Evidence*. London, 2011.

Disponível em:

<[http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1014/1014\\_background.jsp](http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/meh/1014/1014_background.jsp)>.

Acesso em: 25 janeiro 2018.

RODRIGUEZ, E., E., C. ET AL. **Micofenolato mofetila como agente imunomodulador no tratamento das uveítes não infecciosas refratárias**. Arq Bras Oftalmol.

2016;79(6):369-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v79n6/0004-2749-abo-79-06-0369.pdf>>. Acesso em: 25 janeiro 2018.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

LUIZ ALBERTO ALVES MOTA E ARTHUR BORGES DOS SANTOS. **Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada e o seu acometimento multissistêmico.** Rev Assoc Med Bras 2010; 56(5): 590-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a23.pdf>>. Acesso em: 25 janeiro 2018.

IVÂNIO ALVES PEREIRA. **Envolvimento Ocular nas Doenças Reumáticas.** Rev Bras Reumatol, v. 44, n. 2, p. 160-7, mar./abr., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n2/v44n2a10.pdf>>. Acesso em: 25 janeiro 2018.

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1158, 18 de novembro de 2015, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Uveítes Posteriores não Infecciosas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt\\_uveites-posteriores\\_2015.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt_uveites-posteriores_2015.pdf)>. Acesso em: 25 janeiro 2018.

DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.. Medicina **Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FUCHS, Flávio; WANNMACHER, Lenita; FERREIRA, Maria Beatriz. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional.** 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006, 543p.

MICOFENOLATO MOFETILA. **Bula.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5545972015&pIdAnexo=2701247](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5545972015&pIdAnexo=2701247)>. Acesso em: 25 janeiro 2018.