



# Análise de impacto orçamentário

**Bimequizumabe (Bimzelx®) para hidradenite  
supurativa moderada a grave**

Proponente: UCB Biopharma

Outubro de 2025

# **Bimequizumabe (Bimzelx®) para hidradenite supurativa moderada a grave**

**Proponente: UCB Biopharma**

Autores: Bruna Orsi<sup>a</sup>, Nayê Balzan Schneider<sup>a</sup>, Maicon Falavigna<sup>a</sup> e Celina Borges Migliavaca<sup>a</sup>

Revisores: Claudia Maria Benis Carvalho Beleze<sup>b</sup>, Juarez Bianco<sup>b</sup>

---

<sup>a</sup> Inova HTA - Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado

<sup>b</sup> UCB Biopharma

**Bimequizumabe (Bimzelx®) para hidradenite supurativa moderada a grave**

**Autores:** Atuaram como autores do documento, na condição de representantes da empresa Inova Evidência em Saúde e Acesso a Mercado LTDA (Inova HTA): Nayê Balzan Schneider, Maicon Falavigna e Celina Borges Migliavaca.

**Revisores:** Atuaram como revisores do documento, na condição de representantes da UCB Biopharma: Claudia Maria Benis Carvalho Beleze e Juarez Bianco.

**Declaração:** A análise de impacto orçamentário foi desenvolvida pelos sócios-diretores Celina Borges Migliavaca e Maicon Falavigna, pela gerente de avaliação de tecnologias em saúde Nayê Balzan Schneider e pela pesquisadora Bruna Orsi. A empresa recebeu honorários para a realização do referido projeto, possuindo independência técnica para o desenvolvimento deste documento, a partir de questão de pesquisa e proposta de incorporação definida pela contratante. A veracidade das informações apresentadas pode ser verificada em contato com o autor através do e-mail [contato@inovamedical.com.br](mailto:contato@inovamedical.com.br).

## SUMÁRIO EXECUTIVO

**CONTEXTO:** A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica e debilitante, que leva a episódios intensos de dor, abscessos recorrentes, cicatrizes, resultando em importante impacto físico, psicológico e social, e é associada a maior risco de morte em comparação à população saudável. O tratamento convencional, baseado em antibióticos, tem eficácia limitada; para casos de maior severidade, recomenda-se a classe de imunobiológicos, entretanto, os atualmente disponíveis no Brasil (adalimumabe e secuquinumabe) ainda não garantem resposta adequada para todos os pacientes. Diante dessa lacuna, destaca-se a necessidade da incorporação de alternativas terapêuticas com mecanismos de ação distintos, de forma a ampliar o arsenal terapêutico e permitir maior personalização do cuidado para esta população. Nesse contexto, o bimequizumabe demonstra resultados de eficácia, surgindo como uma opção inovadora para o manejo de pacientes com hidradenite supurativa moderada a grave.

**TECNOLOGIA:** Bimequizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado de imunoglobulina G1 que se destaca por inibir simultaneamente as citocinas IL-17A e IL-17F, diferentemente de outros agentes que atuam apenas sobre a IL-17A. A dupla inibição promove maior redução da inflamação e da migração de neutrófilos, mecanismos centrais na fisiopatologia da hidradenite supurativa, na qual os níveis de IL-17F chegam a ser superiores aos de IL-17A. Ao bloquear ambas as isoformas, o bimequizumabe pode atenuar a inflamação crônica e melhorar os sintomas clínicos da doença. A dose recomendada de bimequizumabe é de 320 mg (administrada em duas injeções subcutâneas de 160 mg cada) a cada 2 semanas até a semana 16, seguido de aplicações a cada 4 semanas.

**INDICAÇÃO PROPOSTA:** Pacientes adultos com hidradenite supurativa ativa moderada a grave que falharam, apresentaram intolerância ou contraindicação à terapia com antibióticos sistêmicos.

**MÉTODOS:** Foi conduzida uma análise de impacto orçamentário com horizonte de cinco anos (2026 a 2030), sob a perspectiva da Saúde Suplementar. O objetivo foi estimar o impacto da incorporação do bimequizumabe no tratamento de adultos ( $\geq 18$  anos) com hidradenite supurativa moderada a grave. Compararam-se dois cenários: atual (adalimumabe e secuquinumabe) e alternativo (inclusão do bimequizumabe). O modelo considerou população dinâmica (casos prevalentes e incidentes), óbitos e descontinuação, assumindo permanência no imunobiológico enquanto houver resposta e possibilidade de migração após descontinuação. Os parâmetros foram baseados em projeções do IBGE e literatura nacional/internacional: prevalência de HS de 0,41%, proporção de casos moderados/graves de 32%, 50% em terapia sistêmica, 32,5% refratários/intolerantes/contraindicados e 20,8% em uso de imunobiológicos.

Em 2025, o market share era de 90,5% para adalimumabe e 9,5% para secuquimumabe. Adotaram-se mortalidade anual de 1,31% e taxa de descontinuação de 6% ao ano, com incidência derivada da variação anual da prevalência ajustada pela mortalidade. A adoção da tecnologia seguiu a dinâmica de entrada de novos pacientes e de descontinuações: no cenário atual, a troca ocorre entre adalimumabe e secuquimumabe; no cenário alternativo, o bimequizumabe é incluído de forma simétrica (33,3% de iniciação entre as três opções e migrações de 50% para cada alternativa disponível após descontinuação). Para estimativas de custo, consideraram-se apenas os medicamentos. Realizou-se análise de sensibilidade determinística univariada para avaliar a robustez dos resultados frente à variação dos principais parâmetros do modelo.

**RESULTADOS:** No cenário base, estima-se que 1.838 pacientes estejam em uso de imunobiológicos em 2026, chegando a 1.896 em 2030. Com a incorporação do bimequizumabe, estima-se que o número de pacientes tratados com a nova tecnologia será 68 no primeiro ano e 321 no quinto ano, correspondendo a 14,7% do total da população com hidradenite supurativa em uso de imunobiológicos. Em custos, o total acumulado em cinco anos é de R\$ 2.036.077 milhões no cenário com bimequizumabe contra R\$ 2.214.819 milhões no cenário atual, resultando em impacto orçamentário incremental de –R\$ 178,742 milhões (economia em cinco anos).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A incorporação do bimequizumabe para o tratamento de hidradenite supurativa moderada a grave demonstrou potencial de economia acumulada de R\$ 178,7 milhões em cinco anos na saúde suplementar, com resultados consistentes nas análises de sensibilidade. Além da redução de custos, o medicamento apresenta melhores desfechos clínicos e agrega valor relevante ao manejo da doença, configurando uma alternativa terapêutica custo-efetiva e sustentável.

## LISTA DE SIGLAS

AIO	Avaliação de Impacto Orçamentário
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	intervalo de confiança de 95%
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IL-17	interleucina 17
PF	Preço Fábrica

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica da dinâmica populacional do modelo.....	13
Figura 2: Estimativa de casos incidentes para o ano de 2026.....	25
Figura 3: Diagrama de tornado com os resultados da análise de sensibilidade determinística univariada. ....	27

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Parâmetros utilizados no modelo para o caso base. ....	14
Tabela 2: Taxa de adoção das tecnologias. ....	17
Tabela 3: Preço e posologia dos tratamentos. ....	18
Tabela 4: Preço e proporção de mercado do medicamento referência e biossimilares de adalimumabe. ....	19
Tabela 5: Custo do tratamento conforme período. ....	19
Tabela 6: Parâmetros da análise de sensibilidade. ....	20
Tabela 7: Estimativa da população alvo. ....	22
Tabela 8: Estimativa de uso de cada terapia no cenário atual. ....	23
Tabela 9: Estimativa de uso de cada terapia no cenário alternativo.....	24
Tabela 10: Número de pacientes e custo total do tratamento de acordo com o cenário alternativo e o cenário atual. ....	26
Tabela 11: Resultados da análise de sensibilidade determinística univariada.....	27



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Questão de pesquisa e componentes do modelo de análise do impacto orçamentário. .....	12
--	----

## SUMÁRIO

1. CONTEXTO .....	11
2. MÉTODOS .....	12
2.1. População do estudo .....	13
2.2. Parâmetros do modelo .....	13
2.2.1. <i>Estimativa populacional</i> .....	14
2.2.2. <i>Taxa de adoção da tecnologia</i> .....	16
2.2.3. <i>Mortalidade</i> .....	17
2.2.4. <i>Custos de tratamento</i> .....	17
2.3. Análise de sensibilidade .....	19
3. RESULTADOS .....	21
3.1. Cenário base.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
5. REFERÊNCIAS .....	29

## 1. CONTEXTO

A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica caracterizada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes e cicatrizes;<sup>1,2</sup> de origem multifatorial, envolve disfunção folicular, alterações na microbiota cutânea e desregulação imunológica, com destaque para a via inflamatória da interleucina 17 (IL-17).<sup>3</sup> Esta condição afeta pacientes de todas as idades, sobretudo adultos jovens, e está associada a um importante impacto físico, emocional e social, grande comprometimento funcional e psicológico, além de risco aumentado de mortalidade.<sup>4-7</sup> Sua prevalência é estimada em 0,40%, tanto global quanto no Brasil.<sup>8,9</sup>

O tratamento farmacológico convencional baseia-se principalmente em antibióticos, que não atuam nos mecanismos fisiopatológicos da doença, levando a respostas limitadas e pouco satisfatórias.<sup>10</sup> Para casos moderados a graves, o uso de medicamentos biológicos é recomendado, com início precoce do tratamento a fim de reduzir a progressão da doença, evitar a cronificação e otimizar os resultados terapêuticos.<sup>10,11</sup>

No Brasil, os imunoterápicos atualmente aprovados para hidradenite supurativa moderada a grave incluem adalimumabe, secukinumabe e bimequizumabe, sendo os dois primeiros já incorporados ao Rol de Procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Entretanto, parte expressiva dos pacientes não apresenta resposta adequada às opções atuais, apresentando inflamação residual e baixa satisfação dos pacientes, o que evidencia uma necessidade não atendida por opções terapêuticas adicionais, seguras e com diferentes mecanismos de ação, permitindo maior personalização do tratamento. Diante desse cenário, o bimequizumabe surge como alternativa promissora no manejo de pacientes adultos com hidradenite supurativa moderada a grave.

## 2. MÉTODOS

Foi realizada análise de impacto orçamentário sob a perspectiva da saúde suplementar brasileira, seguindo as orientações das Diretrizes Metodológicas de Análise de Impacto Orçamentário do Ministério da Saúde.<sup>12</sup> A pergunta de interesse foi: “Qual é o impacto orçamentário em cinco anos na Saúde Suplementar da incorporação de bimequizumabe para hidradenite supurativa moderada a grave?”.

Os componentes da questão de pesquisa, assim como as principais características do modelo, estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1: Questão de pesquisa e componentes do modelo de análise do impacto orçamentário.**

<b>Questão de pesquisa</b>	Qual é o impacto orçamentário em cinco anos na Saúde Suplementar da incorporação de bimequizumabe para hidradenite supurativa moderada a grave?
<b>População</b>	Adultos ( $\geq 18$ anos), com hidradenite supurativa moderada a grave
<b>Cenário alternativo</b>	Disponibilização do bimequizumabe para o tratamento de hidradenite supurativa moderada a grave, além de adalimumabe e secuquimumabe, na Saúde Suplementar
<b>Cenário atual</b>	Não há disponibilização de bimequizumabe para esta população. Atualmente, os imunobiológicos disponíveis na Saúde Suplementar para o tratamento de hidradenite supurativa são adalimumabe e secuquimumabe
<b>Desfechos</b>	Diferença absoluta de custos em reais (anual e em 5 anos)
<b>Horizonte temporal</b>	5 anos (2026 a 2030)
<b>Perspectiva</b>	Saúde suplementar brasileira
<b>Análise de sensibilidade</b>	Determinística (univariada)
<b>Cálculo das estimativas</b>	Realizado no software Microsoft Excel®

Fonte: elaboração própria.

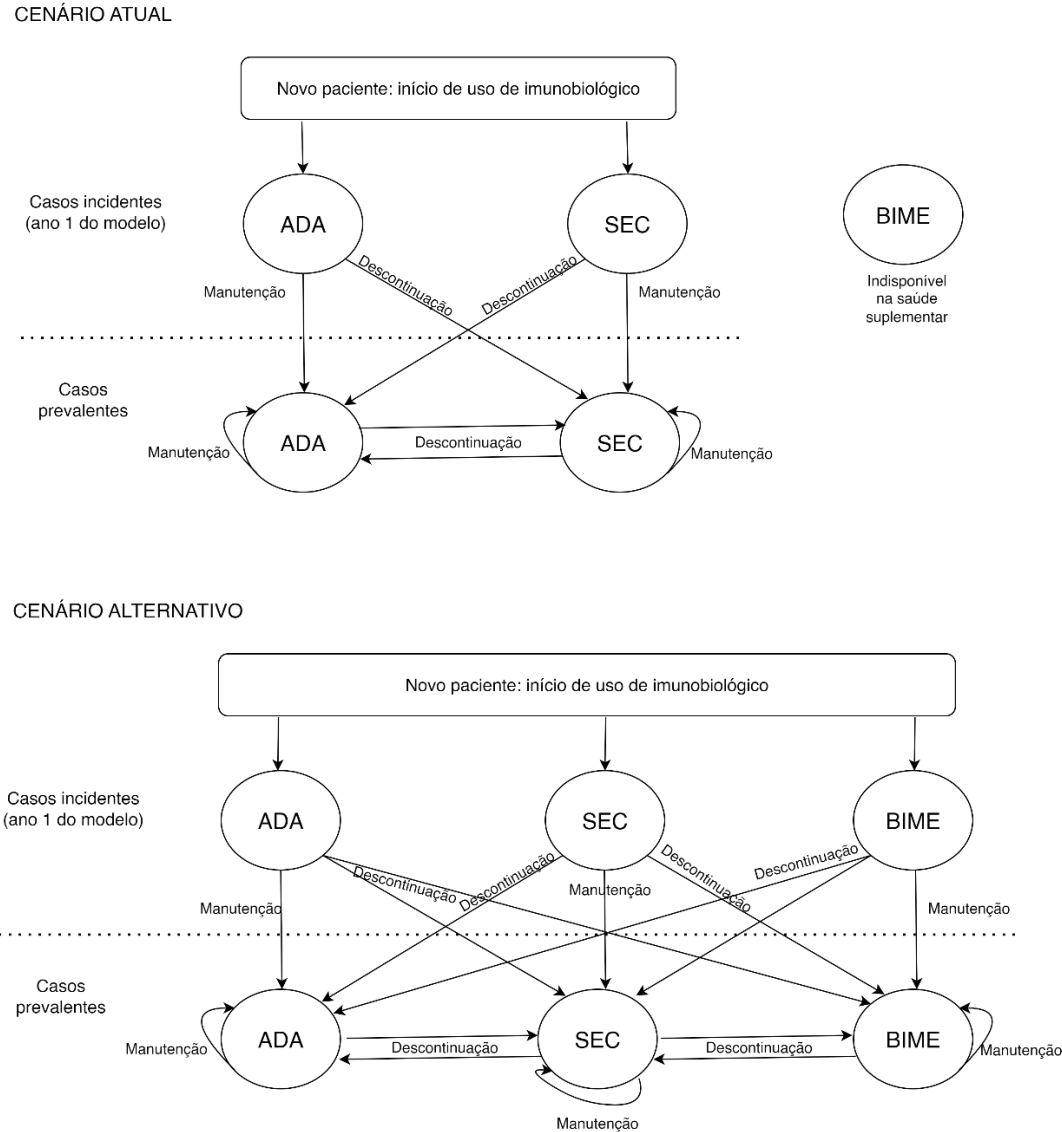
A estrutura do modelo (Figura 1) considerou uma população dinâmica, composta pelos casos prevalentes e incidentes de hidradenite supurativa, bem como pelas transições decorrentes de óbitos e descontinuação de tratamento.

Assumiu-se que os pacientes permanecem em uso do mesmo imunobiológico enquanto mantêm resposta clínica adequada, até a ocorrência de descontinuação ou óbito (não representado no diagrama). Nos casos de descontinuação — seja por perda de eficácia ou evento adverso — o paciente pode migrar para outro imunobiológico disponível, conforme regras predefinidas de substituição.

Pacientes novos (isto é, virgens de tratamento com imunobiológicos) podem iniciar o tratamento com qualquer uma das tecnologias disponíveis, de acordo com as taxas de uso

iniciais definidas no modelo. Todas as transições possíveis (óbito ou troca de imunobiológico após descontinuação) estão representadas esquematicamente na figura a seguir.

**Figura 1: Representação gráfica da dinâmica populacional do modelo**



Fonte: elaboração própria.

### 2.1. População do estudo

A população avaliada foi composta por pacientes adultos ( $\geq 18$  anos) com diagnóstico de hidradenite supurativa com severidade moderada a grave. Essa população foi avaliada nos ensaios clínicos randomizados de Glatt e colaboradores (2021) e BE HEARD I e II.

### 2.2. Parâmetros do modelo

Na Tabela 1, são sumarizados os parâmetros utilizados no modelo, considerando o caso base. Nas seções posteriores, é apresentada a memória de cálculo para tais parâmetros.

**Tabela 1: Parâmetros utilizados no modelo para o caso base.**

Parâmetro	Valor	Fonte
Brasil: População total	2026: 214.211.951	IBGE
	2030: 216.973.093	
Brasil: Adultos ( $\geq 18$ anos)	2026: 164.457.318	IBGE
	2030: 169.696.511	
Cobertura saúde suplementar (adultos)	25,20%	ANS/TABNET e IBGE
Prevalência de hidradenite supurativa	0,41%	Ianhez et al., 2018
Prevalência de hidradenite supurativa moderada a grave	32%	Van der Zee et al., 2015
Proporção de pacientes em tratamento com terapia sistêmica	50%	Andrade et al., 2017
Proporção de pacientes refratários/intolerantes ou com contraindicação à terapia sistêmica	32,5%	Relatório Conitec nº 456 <sup>13</sup>
Proporção de pacientes em uso de imunobiológicos	20,8%	Garg et al., 2020
Taxa de uso de adalimumabe (2025)	90,5%	Pesquisa de mercado: Close-up
Taxa de uso de adalimumabe (2025)	9,5%	Pesquisa de mercado: Close-up
Taxa de descontinuação dos imunobiológicos	6%	NICE TA935
Mortalidade anual	1,31%	IBGE 2023 (assumido como 1/76,4, sendo 76,4 a expectativa de vida ao nascer)

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; TABNET: ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS.

Fonte: elaboração própria.

### **2.2.1. Estimativa populacional**

Considerou-se, a cada ano do modelo, o número de pacientes com hidradenite supurativa moderada a grave elegíveis para o tratamento com bimequizumabe. A estimativa populacional seguiu o método epidemiológico. Foi considerado como primeiro estrato populacional os adultos com idade superior a 18 anos, com o quantitativo sendo obtido a partir da estimativa da população brasileira conforme projeção de 2024 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).<sup>14</sup>

Em seguida, a proporção de beneficiários com planos de saúde foi estimada com o cruzamento de dados do tamanho da população brasileira estimado pelo IBGE e o número de beneficiários, de acordo com a ANS, tendo ambos como base março de 2025.<sup>15</sup> Nesse momento, o total de beneficiários era de 52.179.323, frente a uma população de 213.421.037 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 24,45%. Em relação à população adulta, há 39.582.267 beneficiários com idade igual ou superior a 20 anos, frente a uma população de 157.073.978

para essa faixa etária, resultando em cobertura de 25,20% entre os adultos. Essa taxa de cobertura foi extrapolada para a população adulta brasileira (idade igual ou superior a 18 anos) no horizonte temporal do modelo. Para 2026, estimam-se 41.442.851 adultos beneficiários de planos de saúde.

Foram coletadas estimativas de prevalência da hidradenite supurativa, bem como a proporção de casos de severidade moderada a grave; ademais, foram levantadas as proporções de pacientes em terapia sistêmica, aqueles refratários, intolerantes ou com contraindicação à esta terapia, além daqueles que fazem uso de imunobiológicos.

A prevalência de hidradenite supurativa foi obtida do estudo de Ianhez e colaboradores (2018) realizado em 87 cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes, no qual um representante de cada família informava casos de diagnóstico de hidradenite supurativa ou se havia ocorrência nódulos inflamatórios recorrentes na virilha ou axila em algum membro da família.<sup>8</sup> Em relação à população avaliada (17.004 habitantes), o estudo demonstrou uma prevalência de 0,41% (intervalo de confiança de 95% [IC95%] 0,32 a 0,50) de hidradenite supurativa. Já a prevalência de casos moderados e graves utilizada neste modelo foi obtida no estudo de Van der Zee e Jemec (2015), de acordo com a proporção dos pacientes nos estágios de Hurley II e III (28% e 4%, respectivamente), totalizando 32%.<sup>16</sup>

No estudo de Andrade e colaboradores (2017), conduzido em um centro dermatológico de referência em Bauru entre 2005 e 2015, 42% dos pacientes com hidradenite supurativa em estágio de Hurley II e 8% no estágio III encontravam-se em antibioticoterapia sistêmica, somando 50%.<sup>17</sup> Conforme descrito no relatório de submissão do adalimumabe à Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, nº 456/2019), a eficácia da combinação de clindamicina e rifampicina para hidradenite supurativa moderada foi de 67,5%; desta forma, a proporção de pacientes sem resposta eficaz para este tratamento (32,5%) foi assumida como a taxa de pacientes refratários, intolerantes ou com contraindicação ao tratamento sistêmico.

Ademais, considerou-se a proporção de pacientes em tratamento com imunobiológicos, por se tratar do público-alvo desta submissão. Esse dado foi obtido a partir do estudo VOICE (2020), que avaliou 27 centros de referência em cuidado da hidradenite supurativa em quatro continentes entre outubro de 2017 e julho de 2018, e identificou prescrição de imunobiológicos em 20,8% dos pacientes.<sup>6</sup> Embora parte dos parâmetros tenha origem em literatura internacional, optou-se pela utilização desses parâmetros por serem os mesmos já empregados em outras submissões referentes a essa condição junto à ANS.

A estimativa de casos incidentes foi obtida a partir da diferença entre o número de casos prevalentes estimados ano a ano, acrescida da mortalidade observada no ano anterior, de modo a contabilizar a substituição dos pacientes que evoluíram a óbito. Considerando que a hidradenite supurativa é uma condição crônica e associada a baixa mortalidade, a proporção de casos prevalentes tende a ser substancialmente maior do que a de casos incidentes.

### **2.2.2. Taxa de adoção da tecnologia**

Assumiu-se que não há substituição de imunobiológicos enquanto o paciente apresentar resposta clínica adequada. Nesse contexto, não se espera que a taxa de adoção da tecnologia siga um padrão fixo aplicado à população total, como usualmente empregado em avaliações para a ANS (por exemplo, incremento linear de 5% a 25% ao longo de cinco anos). A adoção depende, predominantemente, da taxa de descontinuação dos tratamentos em uso e da proporção de novos pacientes que iniciarão terapia com imunobiológicos.

Dessa forma, a substituição entre medicamentos ocorre apenas em casos de descontinuação (por perda de eficácia ou ocorrência de eventos adversos), quando o paciente pode migrar para outro imunobiológico disponível. Pacientes incidentes, por sua vez, podem iniciar tratamento com qualquer uma das tecnologias disponíveis.

No cenário atual, considerou-se que todos os pacientes que descontinuam o uso de adalimumabe passam a utilizar secuquimumabe, enquanto aqueles que descontinuam secuquimumabe passam a utilizar adalimumabe. Para os casos incidentes (virgens de tratamento), assumiu-se que 50% iniciam tratamento com adalimumabe e 50% com secuquimumabe.

No cenário alternativo, considerou-se a introdução do bimequizumabe, que poderia ser utilizado na mesma proporção das demais alternativas, tanto nos casos de descontinuação quanto nos novos casos incidentes. Assim, pacientes incidentes passariam a ter 33,3% de probabilidade de iniciar o tratamento com bimequizumabe, secuquimumabe ou adalimumabe. Entre os pacientes que descontinuam adalimumabe, 50% migrariam para bimequizumabe e 50% para secuquimumabe. Da mesma forma, entre os que descontinuam secuquimumabe, 50% passariam a utilizar bimequizumabe e 50% adalimumabe. Já para pacientes em uso de bimequizumabe que descontinuam o tratamento, assumiu-se que 50% passariam a utilizar adalimumabe e 50% secuquimumabe.

As probabilidades de uso estão apresentadas na Tabela 2.



**Tabela 2: Taxa de adoção das tecnologias.**

Parâmetro	Cenário atual	Cenário alternativo
Uso de bimequiziumabe após descontinuação de adalimumabe	0,00%	50,00%
Uso de secuquinumabe após descontinuação de adalimumabe	100,00%	50,00%
Uso de bimequiziumabe após descontinuação de secuquinumabe	0,00%	50,00%
Uso de adalimumabe após descontinuação de secuquinumabe	100,00%	50,00%
Uso de secuquinumabe após descontinuação de bimequiziumabe	NA	50,00%
Uso de adalimumabe após descontinuação de bimequiziumabe	NA	50,00%
Uso de bimequiziumabe em pacientes novos	0,00%	33,33%
Uso de secuquinumabe em pacientes novos	50,00%	33,33%
Uso de adalimumabe em pacientes novos	50,00%	33,33%

Fonte: elaboração própria.

### **2.2.3. Mortalidade**

A mortalidade foi incorporada à dinâmica populacional do modelo, uma vez que influencia diretamente a contabilização de novos casos. A incidência pode ser classicamente expressa como a razão entre a prevalência e a duração média da doença, sendo esta última determinada, em parte, pela mortalidade da população.

Para simplificação, assumiu-se uma taxa anual de mortalidade de 1,31%, correspondente ao inverso da expectativa de vida ao nascer no Brasil (1/76,4), considerando 76,4 anos como expectativa média de vida da população brasileira.<sup>14</sup>

### **2.2.4. Custos de tratamento**

Para a avaliação do impacto orçamentário consideramos apenas o custo dos medicamentos. Uma vez que os mesmos possuem semelhantes custos com acompanhamento, monitoramento e eventos adversos, essa abordagem permite simplificação das estimativas, já complexas pela dinâmica populacional no modelo de impacto orçamentário.

O custo do tratamento foi calculado considerando o Preço Fábrica (PF) com Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) de 18%, definidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). A posologia, apresentação e preço dos medicamentos, conforme a e preço fábrica com alíquota de, estão apresentados na Tabela 3 e Tabela 4.

**Tabela 3: Preço e posologia dos tratamentos.**

Medicamento	Apresentação	Posologia	Custo PF (ICMS 18%) <sup>a</sup>
<b>Bimequizumabe (Bimzelx®)</b>	160 MG/ML SOL INJ CT 2 CANETAS PREENC X 1 ML	320 mg a cada 2 semanas até a Semana 16 e a cada 4 semana após.	R\$ 11.957,02
<b>Secuquinumabe (Cosentyx®)</b>	300 MG SOL INJ CT 1 SER PREENC VD TRANS X 2 ML + 1 CAN APLIC	300 mg por injeção subcutânea, com administração inicial nas Semanas 0, 1, 2, 3, e 4, seguida por administração de manutenção mensal. Baseado na resposta clínica, a dose de manutenção pode ser aumentada para 300 mg a cada 2 semanas.	R\$ 9.061,67
<b>Adalimumabe (Humira® e biossimilares)</b>	Tabela 4	160 mg inicialmente, no Dia 1, seguidas de 80 mg duas semanas depois, no Dia 15. Duas semanas depois continuar com uma dose de 40 mg a cada 7 dias ou 80 mg a cada 14 dias.	R\$ 4.899,49 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> De acordo com CMED publicada em 11 de setembro de 2025.

<sup>b</sup> Custo proporcional, de acordo com *market share*, apresentado na Tabela 4.

ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços; PF: preço fábrica.

Fonte: elaboração própria.

Para adalimumabe, além do medicamento referência (Humira®), foram considerados os custos de biossimilares, conforme proporção de uso apresentadas no processo de incorporação de secuquinumabe para o tratamento de pacientes adultos com hidradenite supurativa moderada a grave na ANS, especificados na Tabela 4.<sup>18</sup> Desde a publicação do referido relatório, dois novos biossimilares estão sendo comercializados (Hulio® e Yuflyma®); todavia, esses medicamentos não foram considerados na análise pois, considerando a inserção recente no mercado, ainda correspondem a uma parcela muito pequena de venda, além de possuírem custos semelhantes a outros biossimilares, representando pouco impacto no custo proporcional de adalimumabe. Além disso, espera-se que tenha havido pouca mudança no *market share* desde o momento de geração dos dados anteriores, e considerar o *market share* utilizado no processo de incorporação de secuquinumabe permite melhor comparabilidade entre os processos.

De acordo com a bula de secuquinumabe, a frequência da dose de manutenção (após a semana 52) pode ser aumentada de acordo com a resposta clínica.<sup>19</sup> Para o medicamento secuquinumabe, considerou-se que 47,8% dos pacientes estarão em uso de secuquinumabe a cada duas semanas, enquanto os demais estarão em uso da posologia mensal, de acordo com a mediana observada nos estudos de Becherel e colaboradores (2025), Haselgruber e colaboradores (2025) e Trigoni e colaboradores (2025).

**Tabela 4: Preço e proporção de mercado do medicamento referência e biossimilares de adalimumabe.**

Medicamento	Apresentação	Custo <sup>a</sup>	Market share <sup>c</sup>
Humira <sup>®b</sup>	100 MG/ML SOL INJ CT 2 BL X SER PREENC VD TRANS X 0,2 ML + ENV LEN ALCOOL	R\$ 5.700,99	64,00%
Hyrimoz <sup>®</sup>	40 MG SOL INJ CT 2 CANETA PREENCH X 0,8ML	R\$ 11.402,01	15,00%
Xilbrilada <sup>®</sup>	40MG SOL INJ CT BL X SER PREENC VD TRANS X 0,8 ML + 2 ENV LEN ALCOOL	R\$ 5.700,99	1,10%
Amgevita <sup>®</sup>	50 MG/ML SOL INJ CT SER PREENC VD TRANS X 0,8 ML ACOPLADA EM CAN APLIC	R\$ 1.671,00	18,80%
Idacio <sup>®</sup>	50 MG/ML SOL INJ SC CT FA VD TRANS X 0,8 ML + 2 LEN + 1 SER + 1 AGU + 1 ADAPT	R\$ 1.993,57	0,40%
Hadlima <sup>®</sup>	40 MG SOL INJ CT 1 SER PREENCH VD TRANS X 0,8 ML	R\$ 1.552,76	0,70%

<sup>a</sup> De acordo com CMED publicada em 11 de setembro de 2025.

<sup>b</sup> Medicamento referência.

<sup>c</sup> De acordo com UAT 132 - Secuquinumabe para o tratamento de pacientes adultos com hidradenite supurativa moderada a grave.

Fonte: elaboração própria.

Os custos do tratamento, para a intervenção e comparadores, de acordo com o período do modelo é apresentado na Tabela 5.

**Tabela 5: Custo do tratamento conforme período.**

Tratamento	Ampolas (ano 1)	Custo (ano 1)	Ampolas (ano 2+)	Custo (ano 2+)
Bimequizumabe	18	R\$ 215.226,36	13	R\$ 155.441,26
Adalimumabe	56	R\$ 274.371,26	52	R\$ 254.773,32
Secuquinumabe <sup>a</sup>	21,3	R\$ 193.194,80	19,2	R\$ 174.346,53

<sup>a</sup> Custo proporcional as duas posologias de uso.

Fonte: elaboração própria.

Adicionalmente, consideramos que o tempo de tratamento segue ciclos anuais, com a substituição e início de terapias ocorrendo sempre no início do ano subsequente.

### 2.3. Análise de sensibilidade

Para identificar as variáveis com maior impacto nos resultados do modelo, foi realizada análise de sensibilidade determinística univariada. Foram considerados nesta análise os principais parâmetros relacionados à estimativa da população, incluindo parâmetros de epidemiologia e parâmetros clínicos, além de taxas de adoção. Seus descritivos, variações e valores mínimos e máximos são apresentados na Tabela 6.

**Tabela 6: Parâmetros da análise de sensibilidade.**

<b>Parâmetro</b>	<b>Cenário base</b>	<b>Valor mínimo</b>	<b>Valor máximo</b>
<b>Prevalência Hidradenite Supurativa</b>	0,41%	0,32%	0,50%
<b>Prevalência Hidradenite Supurativa moderada a grave (+/- 10%)</b>	32,00%	28,80%	35,20%
<b>Pacientes em tratamento com terapia sistêmica (+/- 20%)</b>	50,00%	40,00%	60,00%
<b>Pacientes refratários/intolerantes/com contraindicação à terapia sistêmica</b>	32,50%	24,30%	41,90%
<b>Pacientes em uso de imunobiológicos (+/- 20%)</b>	20,80%	16,64%	24,96%
<b>Proporção de pacientes em uso de secuquimumabe Q2W (+/- 20%)</b>	48,00%	38,40%	57,60%
<b>Taxa anual de descontinuação: bimequizumabe (+/- 50%)</b>	6,00%	3,00%	9,00%
<b>Taxa anual de descontinuação: adalimumabe (+/- 50%)</b>	6,00%	3,00%	9,00%
<b>Taxa anual de descontinuação: secuquimumabe (+/- 50%)</b>	6,00%	3,00%	9,00%
<b>Uso de bimequizumabe após descontinuação de adalimumabe (+/- 50%)</b>	50,00%	25,00%	75,00%
<b>Uso de bimequizumabe após descontinuação de secuquimumabe (+/- 50%)</b>	50,00%	25,00%	75,00%
<b>Uso de bimequizumabe em pacientes novos (+/- 50%)</b>	33,33%	16,67%	50,00%

HS: hidradenite supurativa.

Fonte: elaboração própria.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Cenário base**

A projeção da população alvo, considerando os parâmetros especificados, está apresentada na

Estima-se que, em 2026, o total de 1.838 pacientes em uso de imunobiológicos (Figura 2). Ao longo de 5 anos, estimam-se 1.896 pacientes em tratamento com imunobiológicos. Considerando a dinâmica populacional, estimamos que 68 pacientes irão utilizar o bimequizumabe no primeiro ano e 321 estarão em uso no quinto ano, correspondendo a 14,7% do total da população com hidradenite supurativa em uso de imunobiológicos. O quantitativo de pacientes em uso de cada uma das terapias nos cenários atual e alternativo estão apresentados na Tabela 8 e Tabela 9, respectivamente.

A estimativa de pacientes que irão a óbito durante os cinco anos não foi considerada no cálculo de pacientes do impacto orçamentário pois os eventos óbitos já foram contabilizados no modelo de avaliação econômica. Como os resultados da avaliação econômica populam o modelo de impacto orçamentário, incluir os óbitos configuraria dupla contagem destes eventos.

A Tabela 10 apresenta os custos em cada um dos cenários. O custo no cenário atual gira em torno de R\$ 2,21 bilhões em cinco anos, passando a ser de R\$ 2,04 bilhões com a oferta de bimequizumabe, resultando em economia acumulada de aproximadamente R\$ 178,7 milhões em 5 anos.

**Tabela 7: Estimativa da população alvo.**

	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>
<b>Brasil - População total</b>	214.211.951	214.959.713	215.667.282	216.337.693	216.973.093
<b>População adulta (+18 anos)</b>	164.457.318	165.806.197	167.098.556	168.393.986	169.696.511
<b>Cobertura saúde suplementar (adultos)</b>	41.442.851	41.782.765	42.108.437	42.434.882	42.763.115
<b>Prevalência HS</b>	169.916	171.309	172.645	173.983	175.329
<b>Prevalência HS moderada a grave</b>	54.373	54.819	55.246	55.675	56.105
<b>Pacientes em tratamento com terapia sistêmica</b>	27.187	27.409	27.623	27.837	28.053
<b>Pacientes refratários/intolerantes/com contraindicação à terapia sistêmica</b>	8.836	8.908	8.978	9.047	9.117
<b>Pacientes em uso de imunobiológicos</b>	1.838	1.853	1.867	1.882	1.896

HS: hidradenite supurativa.

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 8: Estimativa de uso de cada terapia no cenário atual.**

<b>Estimativa</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>
<b>Casos totais</b>	1.822	1.838	1.853	1.867	1.882	1.896
<b>Pacientes em manutenção de tratamento</b>	--	1.689	1.703	1.717	1.731	1.744
<b>Pacientes em troca de imunobiológico</b>	--	109	110	111	112	113
<b>Pacientes iniciando tratamento (naive)</b>	--	39	39	39	39	39
<b>Em uso de bimequizumabe - ano 1</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Em uso de bimequizumabe - ano 2+</b>		0	0	0	0	0
<b>Em uso de adalimumabe - ano 1</b>	1.649	30	36	42	47	51
<b>Em uso de adalimumabe - ano 2+</b>		1.529	1.445	1.373	1.311	1.259
<b>Em uso de secuquinumabe - ano 1</b>	173	119	113	108	104	101
<b>Em uso de secuquinumabe - ano 2+</b>		160	259	345	420	486
<b>Taxa de uso bimequizumabe</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Taxa de uso adalimumabe</b>	90,5%	84,8%	79,9%	75,8%	72,2%	69,1%
<b>Taxa de uso secuquinumabe</b>	9,5%	15,2%	20,1%	24,2%	27,8%	30,9%

Fonte: elaboração própria.

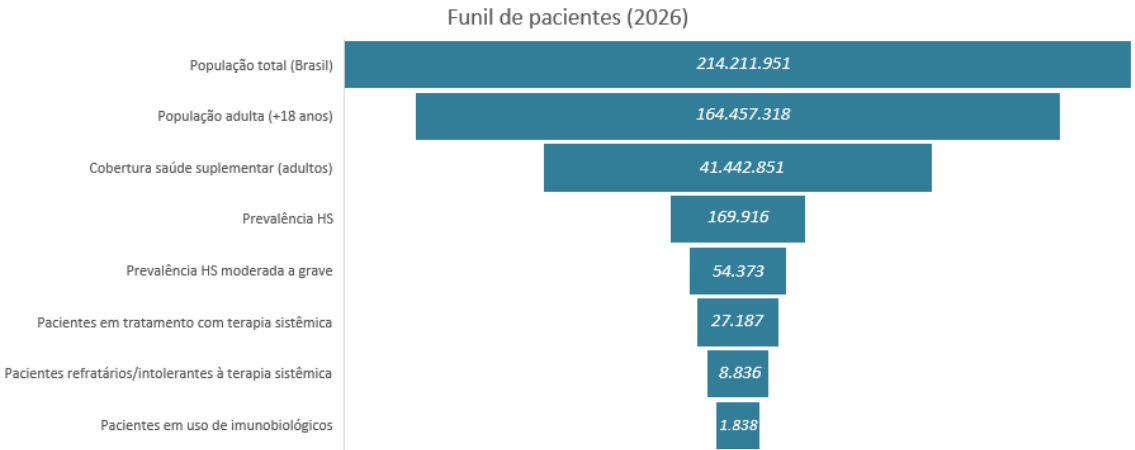
**Tabela 9: Estimativa de uso de cada terapia no cenário alternativo**

<b>Estimativa</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>
<b>Casos totais</b>	1.822	1.838	1.853	1.867	1.882	1.896
<b>Pacientes em manutenção de tratamento</b>	--	1.689	1.703	1.717	1.731	1.744
<b>Pacientes em troca de imunobiológico</b>	--	109	110	111	112	113
<b>Pacientes iniciando tratamento (naive)</b>	--	39	39	39	39	39
<b>Em uso de bimequizumabe - ano 1</b>	0	68	66	65	63	62
<b>Em uso de bimequizumabe - ano 2+</b>		0	63	120	171	217
<b>Em uso de adalimumabe - ano 1</b>	1.649	18	22	25	28	30
<b>Em uso de adalimumabe - ano 2+</b>		1.529	1.434	1.349	1.274	1.206
<b>Em uso de secuquimumabe - ano 1</b>	173	63	61	60	60	59
<b>Em uso de secuquimumabe - ano 2+</b>		160	207	249	286	321
<b>Taxa de uso bimequizumabe</b>	0,0%	3,7%	7,0%	9,9%	12,4%	14,7%
<b>Taxa de uso adalimumabe</b>	90,5%	84,2%	78,6%	73,6%	69,2%	65,2%
<b>Taxa de uso secuquimumabe</b>	9,5%	12,1%	14,5%	16,6%	18,4%	20,0%

Fonte: elaboração própria.



Figura 2: Estimativa de casos incidentes para o ano de 2026.



Fonte: elaboração própria.

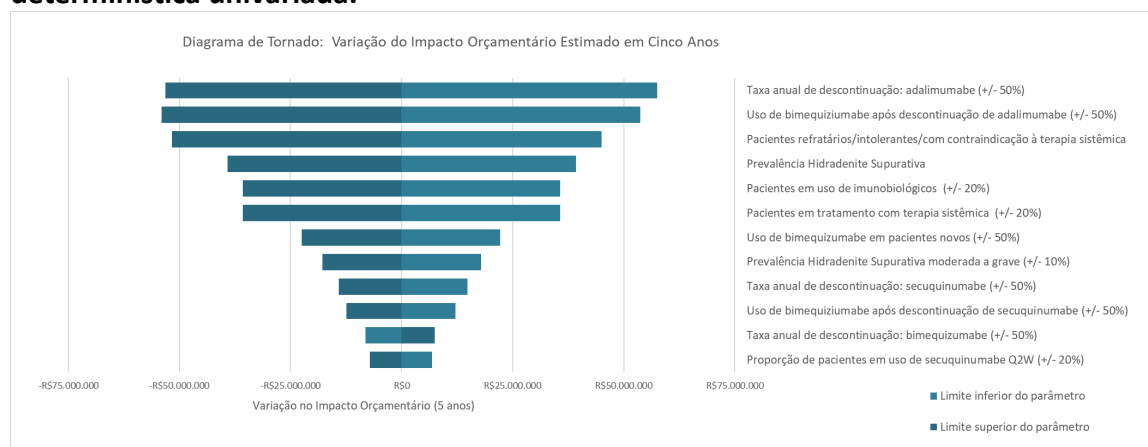
**Tabela 10: Número de pacientes e custo total do tratamento de acordo com o cenário alternativo e o cenário atual.**

			2026	2027	2028	2029	2030	Total
Taxa de adoção - Bimequizumabe			3,7%	7,0%	9,9%	12,4%	14,7%	
Pacientes totais	Cenário alternativo	Bimequizumabe	68	129	184	234	280	
		Secuquinumabe	223	268	309	346	380	
		Adalimumabe	1.547	1.456	1.374	1.301	1.237	
	Cenário atual	Bimequizumabe	0	0	0	0	0	
		Secuquinumabe	1.559	1.481	1.415	1.358	1.310	
		Adalimumabe	279	372	453	524	587	
Custos totais (R\$)	Cenário alternativo	Bimequizumabe	14.580.555	23.996.852	32.484.664	40.189.713	47.185.073	158.436.857
		Secuquinumabe	40.063.419	47.921.242	55.020.859	61.481.299	67.368.081	271.854.899
		Adalimumabe	394.500.773	371.307.308	350.581.340	332.125.709	315.707.165	1.764.222.295
		Total	434.564.192	419.228.549	405.602.199	393.607.008	383.075.247	2.036.077.194
	Cenário atual	Bimequizumabe	0	0	0	0	0	0
		Secuquinumabe	50.885.290	66.943.133	80.981.284	93.328.088	104.208.346	396.346.140
		Adalimumabe	397.719.114	378.066.953	361.202.889	346.839.153	334.644.487	1.818.472.597
		Total	448.604.404	445.010.086	442.184.173	440.167.240	438.852.834	2.214.818.737
Impacto orçamentário			-14.040.212	-25.781.537	-36.581.974	-46.560.232	-55.777.587	-178.741.543

Fonte: elaboração própria.

Os resultados da análise de sensibilidade são apresentados na Figura 3 e na Tabela 11. Os resultados permaneceram consistentes para as diferentes análises realizadas. As estimativas de impacto orçamentário em 5 anos variaram de uma economia de R\$ 121,1 milhões a uma economia de 232,6 milhões.

**Figura 3: Diagrama de tornado com os resultados da análise de sensibilidade determinística univariada.**



Fonte: elaboração própria.

**Tabela 11: Resultados da análise de sensibilidade determinística univariada.**

Parâmetro	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Prevalência Hidradenite Supurativa</b>	-R\$ 139.392.790	-R\$ 217.801.234
<b>Prevalência Hidradenite Supurativa moderada a grave (+/- 10%)</b>	-R\$ 160.737.311	-R\$ 196.456.713
<b>Pacientes em tratamento com terapia sistêmica (+/- 20%)</b>	-R\$ 142.877.610	-R\$ 214.316.415
<b>Pacientes refratários/intolerantes/com contraindicação à terapia sistêmica</b>	-R\$ 133.535.612	-R\$ 230.252.763
<b>Pacientes em uso de imunobiológicos (+/- 20%)</b>	-R\$ 142.877.610	-R\$ 214.316.415
<b>Proporção de pacientes em uso de secuquinumabe Q2W (+/- 20%)</b>	-R\$ 171.804.086	-R\$ 185.679.000
<b>Taxa anual de descontinuação: bimequizumabe (+/- 50%)</b>	-R\$ 186.761.584	-R\$ 171.088.840
<b>Taxa anual de descontinuação: adalimumabe (+/- 50%)</b>	-R\$ 121.118.908	-R\$ 231.774.401
<b>Taxa anual de descontinuação: secuquinumabe (+/- 50%)</b>	-R\$ 163.741.783	-R\$ 192.780.805
<b>Uso de bimequizumabe após descontinuação de adalimumabe (+/- 50%)</b>	-R\$ 124.880.214	-R\$ 232.602.871
<b>Uso de bimequizumabe após descontinuação de secuquinumabe (+/- 50%)</b>	-R\$ 166.428.786	-R\$ 191.054.299
<b>Uso de bimequizumabe em pacientes novos (+/- 50%)</b>	-R\$ 156.437.128	-R\$ 201.045.958

Fonte: elaboração própria.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise de impacto orçamentário avaliou a incorporação do bimequizumabe para o tratamento de pacientes adultos com hidradenite supurativa moderada a grave, no contexto da saúde suplementar brasileira. Quando possível, a avaliação utilizou dados epidemiológicos nacionais atualizados e parâmetros de custos compatíveis com a realidade da saúde suplementar. Diante da ausência de alguns parâmetros da doença no contexto brasileiro, optou-se pela utilização de evidências internacionais. Ressalta-se, contudo, que tais dados já foram empregados em submissões anteriores à ANS e à Conitec para tecnologias voltadas à hidradenite supurativa, o que sustenta sua aceitação e aplicabilidade no contexto avaliado, conferindo robustez e relevância aos achados.

No caso base, a disponibilização do bimequizumabe resulta em economia acumulada de R\$ 178,7 milhões em cinco anos (2026 a 2030), com economia crescente conforme a participação do medicamento aumenta no mix terapêutico (até 14,7% dos usuários de imunobiológicos no 5º ano). Esses números são consistentes com os achados da avaliação econômica em saúde, que mostraram dominância do bimequizumabe frente ao cenário atual de uso de imunobiológicos. A análise de sensibilidade determinística confirmou a robustez das estimativas, mantendo economias entre R\$ 121,1 milhões e R\$ 232,6 milhões mesmo diante de variações conservadoras de parâmetros epidemiológicos, clínicos, de adoção e de descontinuação.

Os mecanismos econômicos que explicam as economias projetadas incluem: (i) menor custo por paciente/ano do bimequizumabe (especialmente após o 1º ano) em comparação com adalimumabe e secuquimumabe; (ii) dinâmica de substituição nos casos de descontinuação, que desloca o gasto para uma opção com melhor razão custo/uso; e (iii) entrada de pacientes incidentes com partilha entre as três tecnologias, acelerando o reequilíbrio do portfólio. A decisão de focar o custo de medicamentos (assumindo custos assistenciais semelhantes entre as opções) é adequada para a AIO (Avaliação de Impacto Orçamentário) e evita complexidade adicional sem alterar a direção do efeito.

Diante do cenário clínico atual, o bimequizumabe representa uma alternativa terapêutica com potencial de agregar valor relevante à saúde suplementar no manejo de pacientes com hidradenite supurativa moderada a grave, proporcionando melhores resultados clínicos e economia de recursos.

## 5. REFERÊNCIAS

1. Rivitti-Machado MC, Ferreira Magalhaes R, Souto da Silva R, Duarte GV, Bosnich FZ, Tunala RG, et al. Therapies for hidradenitis suppurativa: a systematic review with a focus on Brazil. *Drugs Context*. 2022;11.
2. Seivright J, Collier E, Grogan T, Shih T, Hogeling M, Shi VY, et al. Pediatric hidradenitis suppurativa: epidemiology, disease presentation, and treatments. *J Dermatolog Treat*. 2022;33(4):2391-3.
3. Jenkins T, Isaac J, Edwards A, Okoye GA. Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin*. 2023;41(3):471-9.
4. Canadian Skin Patient Alliance. Scarred for Life: 2020 Update — A National Report of Patients' Experiences Living with Hidradenitis Suppurativa [Internet]. May 2020 [citado 2025 out 4]. Disponível em: [https://canadianskin.ca/images/HS\\_Report/CSPA\\_HS\\_Report\\_May\\_22\\_2020\\_Final.pdf](https://canadianskin.ca/images/HS_Report/CSPA_HS_Report_May_22_2020_Final.pdf).
5. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Bimekizumab (Bimzelx HS). Reimbursement Review for the treatment of adult patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa [Internet]. Ottawa: CADTH; 2024 Sep 6 [citado 2025 out 4]. Disponível em: <https://www.cda-amc.ca/bimekizumab-2>.
6. Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GBE, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: Results from the Global Survey Of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):366-76.
7. Egeberg A, Gislason GH, Hansen PR. Risk of Major Adverse Cardiovascular Events and All-Cause Mortality in Patients With Hidradenitis Suppurativa. *JAMA Dermatol*. 2016;152(4):429-34.
8. Ianhez M, Schmitt JV, Miot HA. Prevalence of hidradenitis suppurativa in Brazil: a population survey. *Int J Dermatol*. 2018;57(5):618-20.
9. Jfri A, Nassim D, O'Brien E, Gulliver W, Nikolakis G, Zouboulis CC. Prevalence of Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA Dermatol*. 2021;157(8):924-31.
10. Gulliver W, Zouboulis CC, Prens E, Jemec GB, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Rev Endocr Metab Disord*. 2016;17(3):343-51.
11. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Moltrasio C, Dapavo P, Micali G, et al. Evidence for a 'window of opportunity' in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol*. 2021;184(1):133-40.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: análise de impacto orçamentário: manual para o Sistema de Saúde do Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2025 out 21]. 76 p. (Série A: Normas e manuais técnicos). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_analise\\_impacto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_analise_impacto.pdf).
13. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Clindamicina 300 mg associada com rifampicina 300 mg para o tratamento de hidradenite supurativa moderada [Internet]. Brasília (DF): Conitec; 2019 [citado 2025 out 21]. 52 p. Relatório Técnico nº 456. Disponível em:

[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatorio\\_clindamicinarifampicina\\_hidradenitesupurativa.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2019/relatorio_clindamicinarifampicina_hidradenitesupurativa.pdf).

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções das Populações, Revisão 2024. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2025 out 21]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>.
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Informações em saúde suplementar [Internet]. TabNet. 2025 [citado 2025 out 21]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def).
16. van der Zee HH, Jemec GB. New insights into the diagnosis of hidradenitis suppurativa: Clinical presentations and phenotypes. J Am Acad Dermatol. 2015;73(5 Suppl 1):S23-6.
17. Andrade T, Vieira BC, Oliveira AMN, Martins TY, Santiago TM, Martelli ACC. Hidradenitis suppurativa: epidemiological study of cases diagnosed at a dermatological reference center in the city of Bauru, in the Brazilian southeast State of Sao Paulo, between 2005 and 2015. An Bras Dermatol. 2017;92(2):196-9.
18. ANS. UAT 132. Secuquinumabe para adultos com hidradenite supurativa moderada a grave [Internet]. ANS; 2024 [citado 2025 out 21]. Disponível em: <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/ConsultaPublica/139>. .
19. Novartis Biociências SA. Cosentyx® (secuquinumabe) solução injetável 150 mg/mL; 300 mg/2 mL [bula de medicamento]. Registro MS – 1.0068.1122. São Paulo (BR): Novartis Biociências SA; 2025 [citado 2025 out 21]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=COSENTYX>.