

Câncer Urotelial no Brasil

Do forecast à jornada real do paciente

Michael Sale · CEO, Mavie Health & Tech®

maviepulse.com

01 EXECUTIVE THESIS

O funil já existe. A questão é quanto dele é observado.

A oncologia já trabalha com funis de pacientes. Incidência, diagnóstico, estágio, elegibilidade, tratamento, progressão e linhas subsequentes estruturam forecasts e ajudam a dimensionar mercados. Em tumores de alta complexidade, essas estimativas incorporam múltiplas transições e perdas ao longo da jornada.¹

O desafio estratégico é outro: entender quais taxas de conversão refletem o que acontece na prática brasileira - e quais ainda dependem de premissas.

O câncer urotelial tornou essa pergunta especialmente relevante. A arquitetura terapêutica está mudando simultaneamente na doença não músculo-invasiva, músculo-invasiva e avançada, enquanto novos dados brasileiros revelam heterogeneidade na execução do cuidado.

Pergunta estratégica: entre os pacientes previstos como elegíveis, o que realmente acontece ao longo da jornada?

Três sinais tornam o momento particularmente relevante

02 LENTE BRASIL

Um mercado relativamente pequeno, mas cada vez mais complexo

O INCA estima 13.110 novos casos de câncer de bexiga por ano no Brasil entre 2026 e 2028; em 2024, foram registradas 5.483 mortes pela doença.²

Esses números continuam essenciais para dimensionamento epidemiológico. Para planejamento, porém, o ponto de partida é apenas o começo: novas opções estão alterando diferentes momentos do continuum terapêutico.



FIGURA 1. Evolução recente do panorama terapêutico e regulatório do câncer urotelial no Brasil.

A consequência para o planejamento é direta: diagnóstico, estadiamento, avaliação de elegibilidade, encaminhamento, decisão multidisciplinar, cirurgia e tratamento sistêmico tornam-se mais interdependentes. A disponibilidade de uma terapia não garante, por si só, que o paciente percorra todas essas transições.

03 REAL-WORLD PRACTICE

Da diretriz à prática: onde a jornada começa a divergir

Em julho de 2026, as Diretrizes Brasileiras Conjuntas para o Tratamento do Câncer de Bexiga consolidaram recomendações para diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento em diferentes estágios da doença.⁶

Diretrizes ajudam a responder o que deveria acontecer diante de um determinado perfil clínico. A inteligência de mundo real acrescenta uma segunda pergunta: o que acontece de fato?

Da diretriz à prática: o que a saúde suplementar revela

Um estudo com 914 urologistas de 25 unidades federativas mostra diferenças importantes na disponibilidade de tecnologias, acesso à BCG e padrões de tratamento.³



FIGURA 2. Evidência da saúde suplementar brasileira: disponibilidade e padrões de prática reportados por urologistas.

Os achados não descrevem uma jornada longitudinal completa e não devem ser interpretados como um julgamento de qualidade assistencial. Mas mostram que, mesmo na saúde suplementar, infraestrutura, disponibilidade e padrões de prática podem variar entre médicos e centros.⁷

Nota de contexto: o dado de cistectomia reporta volume por cirurgião; benchmarks internacionais mais estabelecidos são institucionais. A EAU recomenda ao menos 20 cistectomias radicais por hospital/ano.⁸

04 MARKET ACCESS

Cobertura obrigatória não é sinônimo de utilização

Na saúde suplementar, medicamentos antineoplásicos injetáveis prescritos dentro de indicação aprovada pela Anvisa contam com cobertura obrigatória. Isso reduz uma incerteza importante do modelo, mas não revela a utilização real.⁹

Cobertura ≠ utilização

Na saúde suplementar, a cobertura obrigatória de medicamentos antineoplásicos injetáveis garante que a terapia pode ser coberta — mas não mostra quantos pacientes são tratados, quando iniciam e por quanto tempo permanecem em tratamento.



FIGURA 3. Cobertura obrigatória não revela, por si só, a utilização real ao longo da jornada.

Entre cobertura e continuidade existem várias decisões observáveis: identificação do paciente, avaliação clínica, prescrição, autorização, agendamento, início e permanência em tratamento.

Para Brand, Business Intelligence e Market Access, a questão comercialmente útil deixa de ser apenas 'há cobertura?' e passa a ser 'quantos pacientes elegíveis iniciam, em quanto tempo e com que continuidade?'

05 SIGNATURE FRAMEWORK

Forecasts continuam essenciais. O papel do RWD não é substituí-los, mas calibrar parte de suas premissas com observações da prática.



FIGURA 4. Do funil modelado ao funil observado: onde RWD pode calibrar premissas do forecast.

Ao comparar o funil modelado com o funil observado, o planejamento deixa de olhar apenas para o potencial teórico e passa a enxergar as conversões reais entre as etapas.

O AHA: a mesma estrutura usada para estimar o mercado pode se tornar uma estrutura contínua de inteligência quando as transições passam a ser medidas no mundo real.

06 SEQUENCIAMENTO

Uma linha de tratamento não garante a próxima

Uma coorte brasileira multicêntrica avaliou 46 pacientes com carcinoma urotelial metastático tratados com manutenção com avelumabe após quimioterapia de primeira linha à base de platina.¹⁰

A quimioterapia e a manutenção com avelumabe pertencem à estratégia de primeira linha. Após progressão, a próxima terapia corresponde à segunda linha.



FIGURA 5. Sequenciamento observado na pequena coorte brasileira com manutenção com avelumabe.

O estudo é pequeno e não deve ser extrapolado como estimativa nacional. Seu valor estratégico está em tornar visível uma realidade simples: a existência de uma linha no treatment pathway não significa que todos os pacientes previstos chegarão até ela.

07 PERGUNTAS ESTRATÉGICAS

Cinco perguntas para o planejamento do mercado brasileiro

As perguntas abaixo não substituem forecast, pesquisa de mercado ou inteligência competitiva. Elas ajudam a identificar onde dados longitudinais podem reduzir incertezas que permanecem invisíveis em análises estáticas.



FIGURA 6. Cinco perguntas que conectam planejamento de mercado à jornada observada.

A implicação é mais ampla do que câncer urotelial: quando a jornada muda rapidamente, business planning precisa acompanhar não apenas a inovação, mas também como pacientes e decisões se redistribuem ao longo do sistema.

08 EXECUTIVE CONCLUSION

Visibilidade antes da próxima decisão

O câncer urotelial brasileiro está entrando em uma fase em que acompanhar novas evidências e aprovações já não é suficiente. O desafio estratégico é compreender como essas mudanças estão sendo incorporadas à prática.

O sistema possui diretrizes. A saúde suplementar possui regras de cobertura. Os médicos possuem novas opções. Os modelos comerciais possuem seus funis. O que permanece incompleto é uma visão contínua de como os pacientes efetivamente atravessam essas etapas.

Para empresas que precisam planejar lançamentos, ajustar forecasts, acompanhar adoção ou entender mudanças no sequenciamento, essa diferença importa porque transforma um modelo periódico em um sistema de aprendizado.

A ciência nos mostra o que é possível. O mundo real nos mostra o que realmente acontece.

TRANSPARÊNCIA

Nota metodológica

Este Mavie Executive Perspective foi elaborado a partir de fontes públicas, incluindo órgãos reguladores e governamentais, sociedades médicas, guidelines internacionais e publicações científicas. Os dados apresentados como evidência brasileira foram mantidos dentro das limitações das respectivas fontes.

O documento não afirma que a Mavie possua dados proprietários de câncer urotelial no Brasil. As lacunas de visibilidade apresentadas representam perguntas que podem ser investigadas por meio de estudos observacionais, revisão longitudinal de prontuários e outras abordagens de RWD/RWE adequadamente desenhadas.

Este material é informativo e de thought leadership. Não constitui recomendação médica, diretriz clínica, aconselhamento regulatório ou recomendação de uso de qualquer produto.

Referências selecionadas

1 Viscadia. Global Oncology Forecasting: Building forecasting capabilities for a complex oncology patient flow. Acesso em setembro de 2026. Fonte

2 Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de bexiga - versão para população. Estimativas 2026-2028 e mortalidade 2024. Fonte

3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). KEYTRUDA (pembrolizumabe) e PADCEV (enfortumabe vedotina) - ampliação de uso. Publicado em 17 jul. 2024. Fonte

4 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Anvisa amplia indicações terapêuticas para dois medicamentos oncológicos. Publicado em 13 maio 2026. Fonte



Referências selecionadas

6 Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e sociedades participantes. Diretrizes Brasileiras Conjuntas das Sociedades para o Tratamento do Câncer de Bexiga. 15 jul. 2026. Fonte

7 Astua IF, Suartz CV, Chade DC, et al. Bladder Cancer Management in Brazil's Supplementary Health System: Real-World Practice Patterns. Int Braz J Urol. 2026;52(6):e20260218. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2026.0218. Fonte

8 European Association of Urology (EAU). Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer - Disease Management. 2026 edition/current web version. Fonte

9 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Informação institucional sobre cobertura de medicamentos antineoplásicos injetáveis na saúde suplementar. Fonte

10 Cohen IE, Bruzzi HF, Gontijo GCES, et al. Real-world efficacy and sequential therapy patterns after avelumab maintenance in metastatic urothelial carcinoma: a Brazilian multicenter retrospective cohort study. Cancer Treat Res Commun. 2026;48:101368. doi:10.1016/j.ctarc.2026.101368. Fonte

Continuous Intelligence for Better Healthcare Decisions.

Mavie Health & Tech® | maviePulse™ | maviepulse.com