

Do paciente identificado ao paciente tratado

Os gaps invisíveis que definem a população realmente elegível no câncer de pulmão no Brasil

Michael Sale · CEO, Mavie Health & Tech®

maviepulse.com

EXECUTIVE THESIS

A população epidemiológica não é a população tratável. E a população elegível não é necessariamente a população tratada.

O Brasil deverá registrar aproximadamente 35.380 novos casos de câncer de pulmão por ano entre 2026 e 2028, segundo a estimativa mais recente do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Para 2026, são estimados 18.730 casos entre homens e 16.650 entre mulheres.

Para quem planeja o desenvolvimento, lançamento ou crescimento de uma terapia oncológica, porém, epidemiologia é apenas o começo.

Entre uma pessoa que existe em uma estimativa epidemiológica e um paciente que efetivamente recebe uma determinada terapia existe uma sequência de transições clínicas e operacionais: identificação, diagnóstico, estadiamento, caracterização molecular quando indicada, elegibilidade clínica, acesso, decisão terapêutica e início de tratamento.

E a jornada continua depois da primeira prescrição.

Progressão, duração do tratamento, descontinuação, manutenção e acesso às linhas subsequentes alteram novamente a população relevante para cada decisão terapêutica.

Dados brasileiros recentes e históricos ajudam a tornar essas transições visíveis. No WCLC 2026, o estudo BRELT3 demonstrou que novas estratégias podem ampliar a identificação de indivíduos de alto risco. Estudos brasileiros de mundo real mostram, por sua vez, que diagnóstico, testagem molecular, tempo até o tratamento e acesso às terapias apropriadas podem modificar substancialmente a jornada depois que o paciente é encontrado.

A implicação para a indústria farmacêutica é direta: estimar a oportunidade de uma terapia exige mais do que aplicar filtros clínicos a dados epidemiológicos. É preciso compreender quantos pacientes realmente atravessam cada etapa, quanto tempo levam e quais decisões determinam sua progressão pela jornada.

01 O ponto de partida não é o ponto de chegada

A epidemiologia oferece a dimensão inicial de uma doença. É indispensável para planejamento, mas não descreve sozinha o mercado terapêutico real.

No câncer de pulmão, essa diferença se tornou particularmente importante à medida que o tratamento se tornou mais segmentado.

Histologia, estágio, performance status, características clínicas e biomarcadores podem determinar se um paciente é ou não elegível para uma determinada abordagem. Em algumas situações, o ambiente assistencial e o mecanismo de financiamento também interferem na possibilidade de transformar elegibilidade clínica em tratamento efetivamente iniciado.

Assim, uma estimativa epidemiológica precisa atravessar sucessivos filtros antes de se transformar em uma população tratada.

Essa mudança de perspectiva é especialmente relevante para medicamentos de alto custo, terapias-alvo, imunoterapias, ADCs e outras inovações em oncologia.

02 Encontrar mais pacientes: ampliando a entrada na jornada

Um exemplo atual surgiu no World Conference on Lung Cancer 2026.

O BRELT3, estudo prospectivo observacional realizado em quatro cidades do Nordeste brasileiro, avaliou a viabilidade de uma estratégia móvel de rastreamento de câncer de pulmão por tomografia computadorizada de baixa dose.

Dos 5.223 potenciais participantes identificados, 2.018 preencheram os critérios de elegibilidade e realizaram o rastreamento.

Um aspecto particularmente relevante foi a contribuição dos agentes comunitários de saúde: 894 participantes — 44,3% da população rastreada — chegaram ao programa por esse canal. Entre os residentes de áreas rurais, a participação dos agentes comunitários se aproximou de 60%.

O estudo demonstra que a forma como buscamos pacientes pode alterar quem efetivamente entra na jornada.

Esse é um avanço importante.

Mas ampliar o topo do funil não significa automaticamente aumentar, na mesma proporção, a população diagnosticada ou tratada.

No BRELT3, 283 indivíduos apresentaram achados classificados como Lung-RADS 3 ou 4. Houve indicação de biópsia para 46 participantes, 34 realizaram o procedimento e 19 casos de câncer de pulmão foram diagnosticados. Sete pacientes apresentavam doença avançada e sete foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Esses números não demonstram “perdas” entre etapas — o desenho e os dados divulgados não permitem essa interpretação.

Eles ilustram, entretanto, algo fundamental:

A população rastreada é diferente da população com achado suspeito. Essa, por sua vez, é diferente da população biopsiada, diagnosticada e finalmente considerada para tratamento.

BRELT3 expande nossa capacidade de encontrar pacientes.

A próxima questão é como esses pacientes avançam.

FIGURA 1.

Do rastreamento ao diagnóstico: o funil do estudo BRELT3

Cada nova etapa da jornada cria uma nova população.

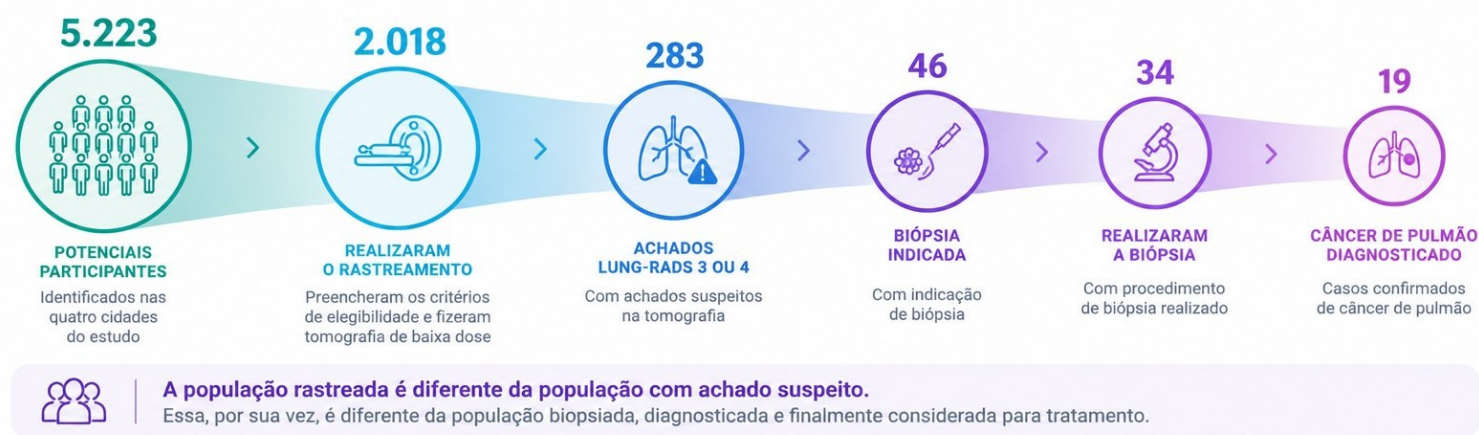


FIGURA 1.

Do rastreamento ao diagnóstico: o funil do estudo BRELT3

Cada nova etapa da jornada cria uma nova população.

Fonte: IASLC. BRELT3, WCLC 2026. Elaboração visual maviePulse™.

03 Identificação não é caracterização

Em oncologia de precisão, confirmar a presença de câncer pode ser apenas o início do processo diagnóstico necessário para uma decisão terapêutica.

Depois do diagnóstico, podem ser necessários estadiamento, definição histológica, obtenção de tecido adequado e testes moleculares específicos.

Dados brasileiros anteriores ajudam a demonstrar como essa etapa pode modificar significativamente a população terapêutica.

Em um estudo de prática clínica brasileira envolvendo pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, 54% dos pacientes com adenocarcinoma metastático foram encaminhados para testagem molecular de EGFR. Entre pacientes com cobertura privada, a frequência foi significativamente maior — 70,4% versus 52,3% — mas ainda não universal.

É importante contextualizar corretamente esse resultado: os dados refletem prática clínica de 2014. Não devem ser usados como uma estimativa da taxa atual de testagem no Brasil.

Seu valor é conceitual.

Eles demonstram que uma mutação acionável só pode influenciar uma decisão terapêutica se o paciente for efetivamente testado.

Um paciente pode, portanto, existir epidemiologicamente, receber um diagnóstico correto e ainda permanecer invisível para uma opção terapêutica específica caso uma etapa essencial de caracterização não aconteça.

Essa distinção transforma a maneira como pensamos sobre “população elegível”.

O AHA

Uma mutação acionável só pode influenciar a decisão terapêutica se o paciente for efetivamente testado.

04 A jornada tem tempo — e o tempo também é uma variável

Outro estudo brasileiro avaliou mais de 10 mil pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células em estágios III ou IV dentro do sistema privado de saúde, utilizando dados de pacientes cuja primeira consulta ocorreu entre 2016 e 2018.

Entre aqueles diagnosticados a partir da primeira consulta no hospital, o intervalo mediano entre consulta e diagnóstico foi de 15 dias.

O intervalo entre diagnóstico e primeiro tratamento foi de 25 dias para pacientes sem diagnóstico prévio e 57 dias entre aqueles que já chegaram ao serviço com diagnóstico estabelecido. Os autores observaram uma jornada longa e variável até o início do tratamento, mesmo em um ambiente de saúde suplementar com maior disponibilidade de opções terapêuticas.

Esses dados também representam um período histórico específico e não devem ser considerados uma fotografia da prática de 2026.

Mas acrescentam uma dimensão importante ao framework:

Uma população elegível hoje pode não representar exatamente a mesma oportunidade terapêutica semanas ou meses depois.

Condição clínica pode mudar. A doença pode progredir. Material diagnóstico pode tornar-se insuficiente. A opção terapêutica pode mudar.

Assim, o tempo entre as transições também faz parte da jornada.

05 Paciente caracterizado não é necessariamente paciente tratado

Um estudo brasileiro publicado em 2026 traz essa discussão para um cenário de oncologia de precisão ainda mais evidente.

O LACOG/GBOT 1918 analisou 101 pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células ALK-positivo tratados em 12 centros públicos e privados brasileiros. Os pacientes haviam sido diagnosticados entre 2015 e 2020.

O tempo mediano desde o diagnóstico até a realização do teste ALK foi de 1,7 mês. O mesmo intervalo mediano foi observado entre diagnóstico e início do tratamento sistêmico.

Mas conhecer o biomarcador não garantiu automaticamente o tratamento-alvo em primeira linha.

Entre os pacientes que receberam tratamento de primeira linha, 47,9% receberam um inibidor de ALK.

A análise por ambiente assistencial mostrou uma diferença importante: 53,9% dos pacientes tratados em instituições privadas receberam um inibidor de ALK na primeira linha, comparados com 22,2% no sistema público.

Ao longo das linhas subsequentes, a jornada continuou mudando. Cerca de 59% dos pacientes chegaram à segunda linha; proporções menores chegaram à terceira e quarta linhas. Entre os pacientes tratados, o acesso a um inibidor de ALK em algum momento da jornada foi mais frequente no setor privado, embora também ocorresse no público.

Esse estudo torna visível uma distinção essencial:

Entre biomarcador e tratamento existem outras transições.

Acesso é uma delas.

Linha terapêutica é outra.

Tempo é outra.



FIGURA 3.

Da elegibilidade clínica ao tratamento: biomarcador não é garantia de acesso

Mesmo quando o paciente é corretamente caracterizado e clinicamente elegível, múltiplas barreiras podem impedir que ele receba a terapia indicada.

Fonte: LACOG/GBOT 1918. JCO Global Oncology, 2026. Elaboração visual maviePulse™.

06 O funil real da população tratável

A partir dessas evidências, podemos pensar na população terapêutica como uma sequência de transições:

FIGURA 2.

A jornada real do paciente com câncer de pulmão no Brasil

Da população em risco à próxima decisão clínica, cada etapa cria uma nova população.

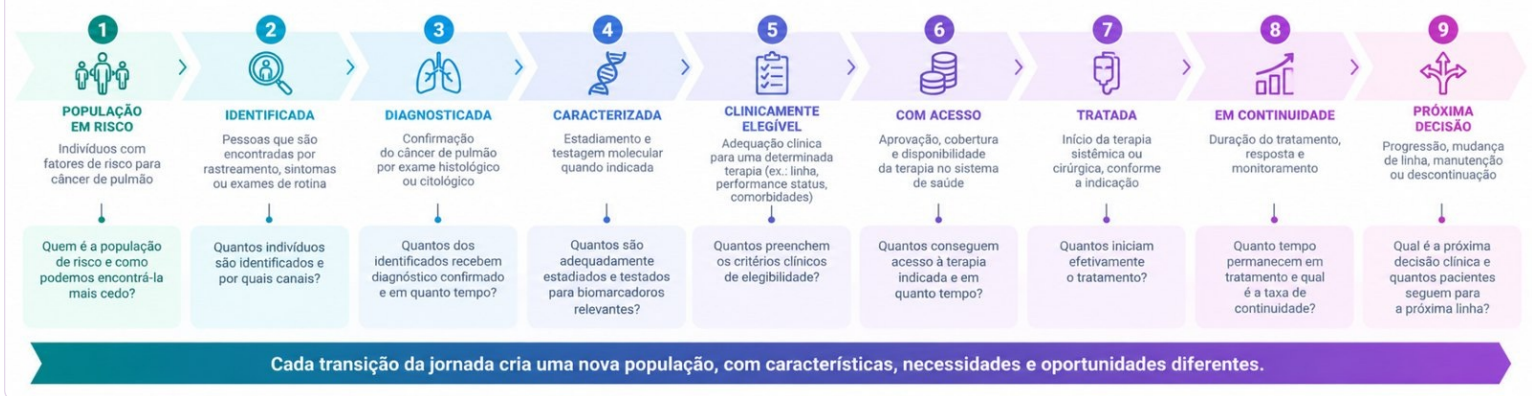


FIGURA 2.

A jornada real do paciente com câncer de pulmão no Brasil

Da população em risco à próxima decisão clínica, cada etapa cria uma nova população.

Fonte: framework maviePulse™ de jornada longitudinal do paciente.

É nas diferenças entre essas populações que surgem alguns dos gaps mais relevantes para planejamento farmacêutico.

E a população tratada em uma determinada linha não é necessariamente a população que chegará à próxima.

O QUE MEDIR

As transições precisam ser observadas com métricas que expliquem não apenas volume, mas também tempo, acesso e continuidade.

07 O limite do market sizing tradicional

Modelos tradicionais de oportunidade frequentemente partem de epidemiologia e aplicam filtros sucessivos: subtipo histológico, estágio, biomarcador, linha terapêutica e eventualmente participação esperada.

Essa abordagem é necessária.

Mas ela pode assumir que as transições entre esses filtros acontecem como previsto.

O mundo real é menos linear.

Nem todo paciente é identificado no mesmo momento.

Nem todo paciente diagnosticado completa a caracterização necessária.

Nem todo paciente com um biomarcador acionável atende às demais condições clínicas.

Nem todo paciente elegível consegue acesso.

Nem todo paciente com acesso inicia o tratamento esperado.

E nem todo paciente tratado permanece tempo suficiente ou chega à próxima linha nas condições presumidas pelo modelo.

O resultado é uma diferença potencial entre:

Para uma terapia inovadora, essa diferença pode ter implicações para forecasting, launch planning, segmentação, medical strategy, geração de evidência, market access e avaliação de performance pós-lançamento.

FIGURA 4.

Do mercado teoricamente elegível à população realmente tratável

Estimativas epidemiológicas são um ponto de partida importante, mas a população que efetivamente recebe a terapia é definida por múltiplas transições clínicas, operacionais e de acesso.

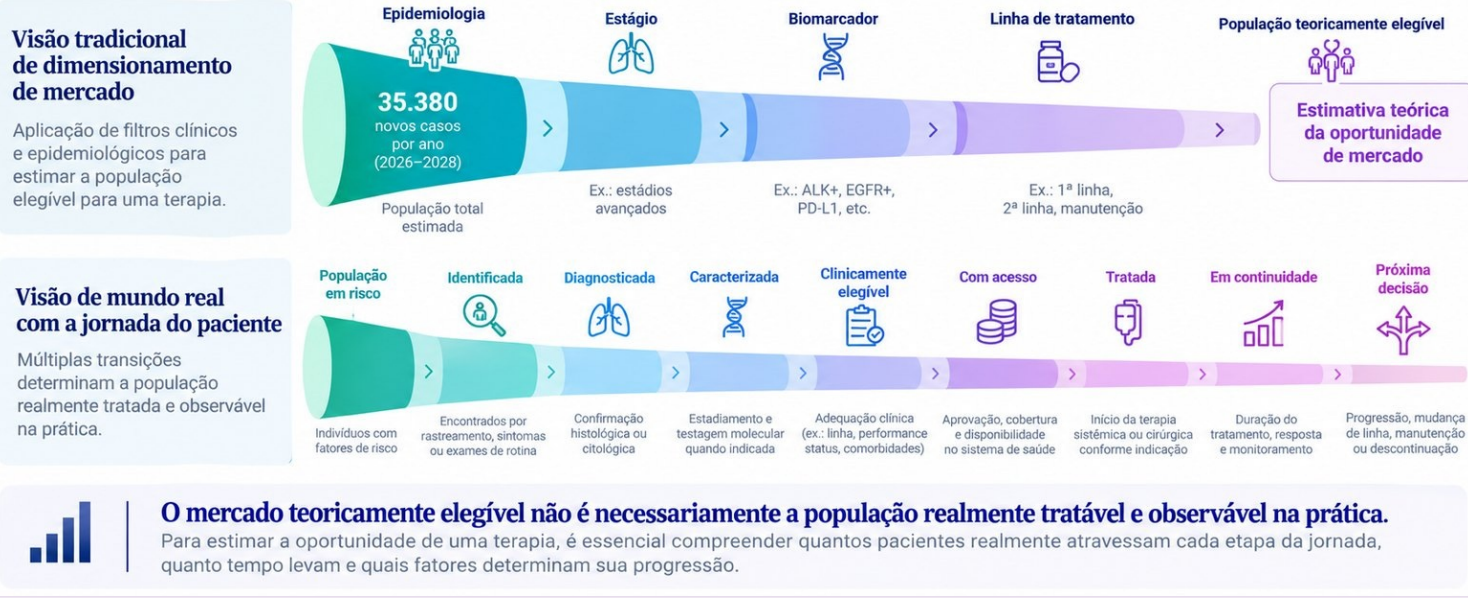


FIGURA 4.

Do mercado teoricamente elegível à população realmente tratável

Estimativas epidemiológicas são um ponto de partida importante, mas a população que efetivamente recebe a terapia é definida por múltiplas transições clínicas, operacionais e de acesso.

Fonte: elaboração maviePulse™; estimativa epidemiológica baseada em INCA 2026–2028.

08 Da fotografia ao acompanhamento da jornada

Grande parte dos dados utilizados em planejamento comercial oferece uma fotografia.

Quantos pacientes existem? Qual participação de mercado possui determinado produto? Qual proporção dos médicos afirma utilizar uma terapia?

Essas informações continuam sendo importantes.

Mas uma jornada é, por definição, longitudinal.

Para compreender como uma população terapêutica é formada, é preciso conectar os momentos.

Qual era o paciente no diagnóstico? Como foi caracterizado? Qual tratamento recebeu? Como o tratamento foi financiado? Quanto tempo permaneceu nessa terapia? Houve progressão? Qual foi a decisão seguinte? Quantos pacientes chegaram à próxima linha?

Quando essas perguntas são conectadas, a análise deixa de mostrar apenas volume e passa a mostrar movimento.

É essa visibilidade que permite compreender não apenas o tamanho de uma população, mas como ela é construída — e onde ela muda.

09 O que a indústria deveria medir

Para uma equipe responsável por uma terapia inovadora, o ponto crítico não é simplesmente produzir mais dados.

É medir as transições que podem alterar uma decisão.

Na fase de pré-lançamento, isso pode significar entender o tamanho realmente observado da população caracterizada e elegível, a frequência de testagem, os regimes utilizados anteriormente e os ambientes onde o paciente é tratado.

No lançamento, pode significar acompanhar quanto tempo existe entre elegibilidade, decisão, autorização e início efetivo da terapia.

Depois do lançamento, a pergunta muda novamente: quais pacientes estão realmente recebendo a terapia, por quanto tempo, em qual sequência e por quais razões ela é interrompida?

E, à medida que novas evidências ou indicações alteram o tratamento, a mesma estrutura permite observar como a jornada também se reorganiza.

A inteligência deixa de ser uma estimativa estática e passa a acompanhar a evolução do mercado clínico real.

10 Tornando visível o que acontece entre as etapas

O desafio não é falta de dados.

É a dificuldade de conectar os pontos necessários para responder a uma decisão específica.

O maviePulse™ parte dessa perspectiva: acompanhar jornadas reais de pacientes de forma longitudinal e transformar dados do mundo real em visibilidade sobre as transições que determinam tratamento, acesso, sequência e evolução clínica.

O objetivo não é substituir epidemiologia, pesquisas de mercado ou dados de vendas.

É conectar uma dimensão que frequentemente permanece entre essas fontes:

Porque, para compreender uma terapia no mundo real, não basta saber quantos pacientes poderiam recebê-la.

É preciso entender quantos realmente chegam até ela — e o que acontece a partir daí.

11 Conclusão

O BRELT3 mostrou que novas estratégias podem ampliar nossa capacidade de identificar indivíduos de alto risco para câncer de pulmão no Brasil. Evidências brasileiras de mundo real, em diferentes períodos e ambientes assistenciais, mostram que as etapas seguintes — diagnóstico, caracterização molecular, tempo, acesso e tratamento — também contribuem para definir quem efetivamente chega a uma determinada terapia.

Nenhum desses estudos, isoladamente, descreve a jornada atual completa do câncer de pulmão no país. Seus desenhos, populações e períodos são diferentes.

Considerados em conjunto, porém, eles revelam uma questão estratégica comum:

Para a oncologia de precisão, portanto, encontrar o paciente certo é fundamental.

Tornar visíveis as transições que levam esse paciente ao tratamento — e às decisões que vêm depois — é o próximo passo.

12 Nota metodológica

Este Mavie Executive Perspective foi elaborado a partir de fontes públicas, incluindo órgãos governamentais, associações científicas 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 de pulmão no Brasil. Os pontos identificados como lacunas de visibilidade 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.

13 Referências selecionadas

1. Instituto Nacional de Câncer — INCA. Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa anual de 35.380 novos casos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão. gov.br
2. International Association for the Study of Lung Cancer — IASLC. Mobile CT Lung Cancer Screening Expands Access for Underserved Populations in Brazil. BRELT3, WCLC 2026. Publicado em setembro de 2026. iaslc.org
3. de Lima Lopes G, et al. Real-World Molecular Testing and Treatment Patterns in Brazilian Patients with Newly Diagnosed Locally Advanced or Metastatic NSCLC. Dados de prática clínica brasileira e testagem molecular. PMC
4. Cerqueira ER, et al. The journey of stage III and IV non-small cell lung cancer patients in the Brazilian private healthcare system: a retrospective study. Frontiers in Oncology. 2023;13:1257003. PMC
5. LACOG/GBOT 1918. Treatment of ALK+ Non–Small Cell Lung Cancer in the Brazilian Public and Private Health Care Systems: A Tale of Inequalities. JCO Global Oncology. 2026;12:e2600042. ASCO Publications