

Wilms Tumor

Impacto Global

Estatísticas, Sobrevivência, Desigualdade, Tratamento, Disponibilidade e Custos de Saúde





Fundação do Cancro Wilms (WCF)

A Fundação do Cancro Wilms (WCF) é uma organização de caridade que apoia e representa as necessidades de crianças, famílias e organizações de saúde afetadas pelo cancro renal (renal) pediátrico (particularmente o nefroblastoma conhecido como 'Wilms'). A sua missão é estabelecer um programa internacional de sensibilização, educação, defesa, tratamento de deteção precoce e apoio para combater a propagação da doença.

Este guia da WCF destina-se apenas a fins educativos. Baseia-se em padrões internacionais de oncologia pediátrica no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa. Procure aconselhamento de um profissional de saúde qualificado caso tenha alguma dúvida ou preocupação.

Impacto Global

Estatísticas, Sobrevivência, Desigualdade, Tratamento, Disponibilidade e Custos de Saúde

1.1 - Resumo Executivo	2
1.2 - Mapa Global de Desigualdade de Sobrevivência ao Tumor de Wilms	2
1.3 - Porque é que o tumor de Wilms é importante a nível global	2
1.4 - Base de Evidências e Limitações de Dados	2
1.5 - Lacuna Global de Sobrevivência	2
1.6 - Quadro de Disponibilidade de Tratamento	2
1.7 - Custo para o Governo e Sistemas de Saúde	2
1.8 - Resumo das Estatísticas do País	2
1.9 - Regiões Prioritárias para Intervenção	2
2.0 - Mensagens de Advocacia para Financiadores e Governos	2
2.1 - Painel de Dados Recomendados	2
Apêndice A: Tabela de Trabalho País por País	2
Apêndice B: Tabela de Trabalho País a País	2
Notas de Fonte & Bibliografia	2

1 - Resumo Executivo

- O tumor de Wilms é o principal cancro renal infantil e é altamente curável quando as crianças podem aceder a diagnósticos atempados, cirurgia, quimioterapia, radioterapia quando necessário, patologia, produtos sanguíneos, gestão e seguimento de infeções;
- O problema global não é apenas científico. É também um problema de acesso ao sistema de saúde: as crianças em ambientes de rendimentos elevados frequentemente têm sobrevivência próxima dos 90% ou mais, enquanto os resultados em contextos de poucos recursos podem ser muito inferiores;
- As estatísticas específicas de Wilms a nível nacional são incompletas. Muitos países reportam cancro infantil em conjunto, tumores nos rins/renais ou apenas em coortes hospitalares, em vez de registos nacionais de tumores de Wilms;
- Para a advocacia, a abordagem mais credível é apresentar dados confirmados por países quando disponíveis, estimativas modeladas de carga onde os dados do registo estão ausentes e uma classificação transparente de confiança nos dados;
- O argumento político imediato mais forte é que o tumor de Wilms é um cancro curável, onde o diagnóstico precoce, a conclusão do tratamento, o acesso a medicamentos e as redes de encaminhamento podem produzir ganhos mensuráveis na sobrevivência.

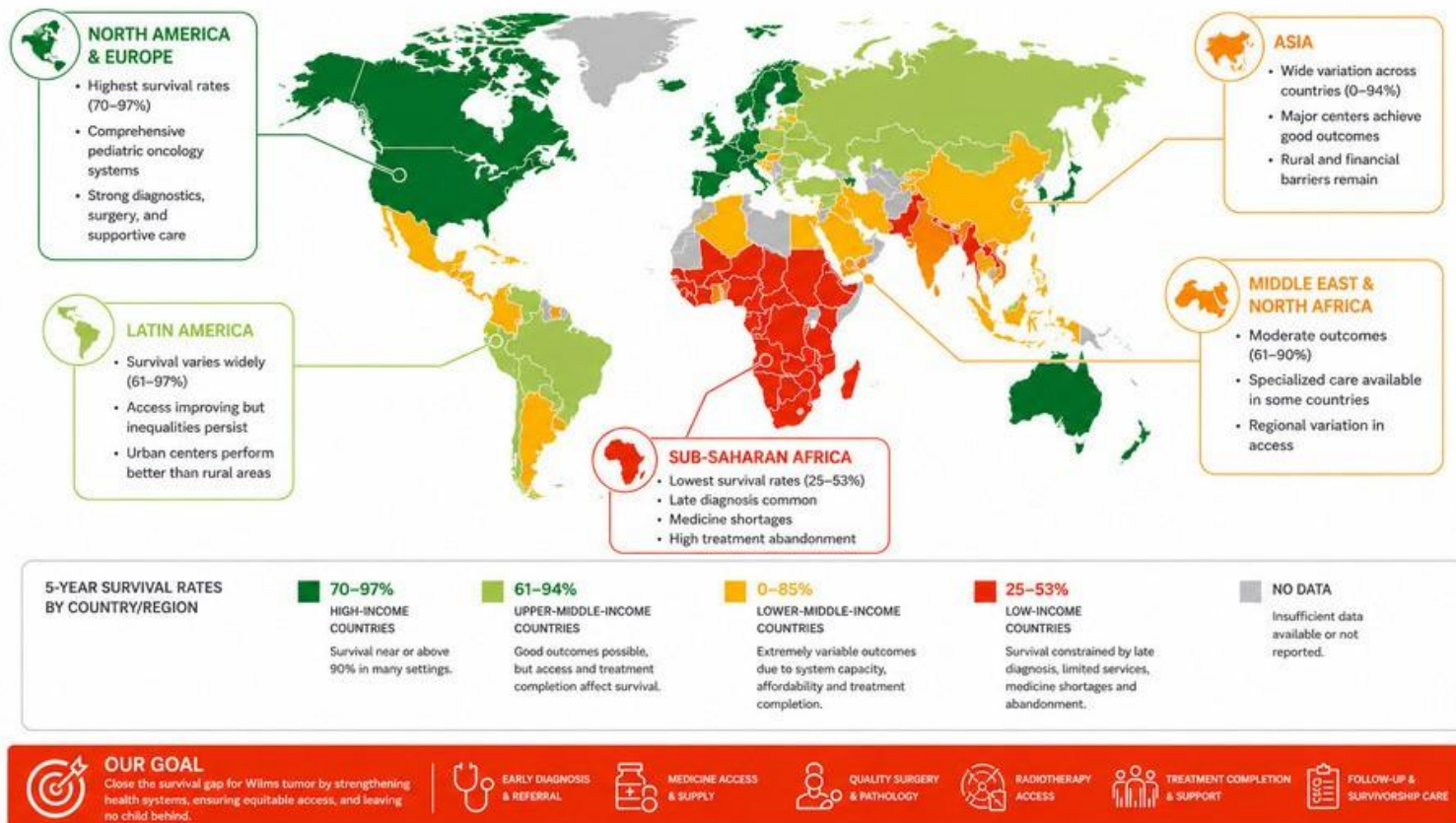
"O tumor de Wilms é frequentemente curável, mas a sobrevivência ainda depende de onde a criança vive e se o tratamento é acessível."

Fig. 1/ Mapa Global de Impacto do

Wilms Tumor Global Impact Map

Survival Inequity. Treatment Access. Every Child Matters.

Wilms tumor is the leading childhood kidney cancer and is highly curable when children can access timely diagnosis, complete treatment and follow-up care.



Sources: U.S. NCI PDQ (2025); Canadian Cancer Society (2022–2023); Nakata et al. 2020; Cunningham et al. 2020; WHO Global Initiative for Childhood Cancer; SIOP POGC Wilms tumour guidelines; Collaborative Wilms Tumour Africa Project.

Note: Survival ranges reflect published literature by country income group. Country data may be modelled where registry data are unavailable.

Comprender a Sobrevivência ao Câncer Renal Infantil

O tumor de Wilms é o 4.º câncer infantil mais comum e o câncer do rim que afeta crianças, mas é um dos mais tratáveis, com taxas de sobrevivência superiores a 90% em muitos países de rendimentos elevados, onde as crianças têm acesso a diagnóstico precoce, tratamento especializado e cuidados de seguimento abrangentes. No entanto, os resultados de sobrevivência variam significativamente em todo o mundo, com crianças em alguns países de baixos e médios rendimentos a continuarem a enfrentar barreiras substanciais ao diagnóstico, acesso ao tratamento, cuidados de apoio e serviços de sobrevivência a longo prazo. Como resultado, o local onde uma criança nasce pode ter um impacto significativo nas suas hipóteses de sobreviver ao câncer renal infantil.

De acordo com as leis de direitos de autor, esta documentação não pode ser copiada, fotocopiada, reproduzida ou traduzida, total ou parcialmente, sem o consentimento prévio por escrito da Wilms Cancer Foundation.

© Direitos de autor | Fundação de Câncer Wilms | Todos os Direitos Reservados



3 - Porque é que os tumores de Wilms se alteram globalmente

Fig.2/ Área de Impacto

Área de Impacto	
Sobrevivência da Criança	O tumor de Wilms pode ser altamente sobrevivível, mas a sobrevivência depende do acesso a um diagnóstico atempado e tratamento completo.
Património	A doença evidencia a diferença entre países com sistemas completos de oncologia pediátrica e países onde cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou cuidados de apoio estão atrasados ou indisponíveis.
Peso Familiar	Mesmo quando os medicamentos estão tecnicamente disponíveis, viagens, alojamento, salários perdidos, taxas de diagnóstico e custos diretos podem causar abandono ou tratamento incompleto.
Governo	Os sistemas nacionais de saúde suportam custos para imagiologia, cirurgia, quimioterapia, hospitalização, radioterapia, patologia, etc. Poucos países publicam dados de custos governamentais exclusivos da Wilms.

4 - Base de evidências ou limitações de dados

- Incidência: A incidência pública nacional apenas de Wilms está disponível para um pequeno número de países. O NCI dos EUA reporta cerca de 650 casos anuais de tumor de Wilms nos EUA e uma incidência de 9,7 por milhão de crianças com menos de 15 anos. O Canadá reporta contagens de cancro dos rins/rins na infância, sendo quase todos tumores de Wilms;
- Indicador global de incidência: Os dados internacionais de tumores renais mostram a incidência de tumores renais infantis cerca de 8,3 por milhão, com taxas mais elevadas na América do Norte/Europa e taxas mais baixas em muitas regiões asiáticas;
- Sobrevivência: Uma revisão global encontrou intervalos de sobrevivência de 70-97% em países de rendimento elevado, 61-94% em países de rendimento médio-alto, 0-85% em países de rendimento médio-baixo e 25-53% em países de rendimento baixo;
- Mortalidade: A mortalidade a nível nacional raramente é publicada apenas como Wilms. A mortalidade neste documento é, portanto, expressa como um indicador relativo de risco/encargo, a menos que exista um número nacional público disponível;
- Custos: Os dados de custos governamentais nacionais específicos da Wilms não são publicados rotineiramente. O documento identifica, portanto, fatores de custo e sinalizações quando os custos publicados ao nível do país não estão disponíveis.



5 - Lacuna Global de Sobrevivência

Fig.3/ Rendimento do País

Contexto do Rendimento/Sistema do País	Intervalo de Sobrevivência Reportado	Interpretação
Países de rendimento elevado	70–97%	A maioria das crianças pode aceder a tratamentos multimodais; Efeitos tardios e sobrevivência são questões políticas importantes
Países de rendimento médio-alto	61–94%	Bons resultados possíveis, mas o acesso, a desigualdade regional e a conclusão do tratamento afetam a sobrevivência.
Países de rendimento médio-baixo	0–85%	Extremamente variável; Os resultados dependem da capacidade do centro, da acessibilidade e da conclusão do tratamento.
Países de baixos rendimentos	25–53%	A sobrevivência é frequentemente limitada por diagnósticos tardios, serviços limitados, escassez de medicamentos e abandono.

Mensagem Chave

O tumor de Wilms demonstra uma das mais claras lacunas globais de equidade no cancro infantil: a mesma doença pode ser curável num país e fatal noutro devido ao acesso ao sistema.

6 - Quadro de Disponibilidade de Tratamento

Fig.4/ Elemento Obrigatório

Elemento Obrigatório	Configuração de Alta Capacidade	Risco de Definição de Capacidade Limitada
Reconhecimento e Encaminhamento Precoces	Cuidados primários, imagiologia e vias de referência identificam massas abdominais mais cedo	As crianças apresentam-se mais tarde com tumores maiores ou doença metastática
Imagem e Encenação	Ecografia/TAC/RM, imagiologia torácica e patologia apoiam o tratamento adaptado ao risco.	A encenação incompleta pode levar a tratamento excessivo/insuficiente ou tratamento atrasado.
Cirurgia	Oncologia cirúrgica e apoio anestésico disponíveis.	Atrasos cirúrgicos, falta de anestesia pediátrica ou de produtos sanguíneos aumentam o risco.
Quimioterapia	Quimioterapia baseada em protocolo e cuidados de apoio disponíveis.	A escassez de medicamentos, os medicamentos inacessíveis e as complicações da infeção interrompem o tratamento.
Radioterapia	Disponível quando indicado	A radioterapia indisponível ou atrasada agrava os resultados em estádios/histologias selecionadas.
Seguimento	Vigilância de recaídas e monitorização de efeitos tardios.	A perda de seguimento pode evitar recaídas ou complicações a longo prazo.

7 - Custo para o Governo e os Sistemas de Saúde

- Os custos médicos diretos incluem ecografia/TAC/RM, patologia, cirurgia, quimioterapia, internamentos, produtos sanguíneos, antibióticos, radioterapia quando necessário, gestão de recaídas e clínicas de sobrevivência;
- Os custos públicos indiretos incluem diagnóstico atrasado, apresentação de emergência, cuidados intensivos, abandono de tratamento, incapacidade, apoio social e perda de produtividade ao longo da vida quando câncers infantis curáveis não são tratados com sucesso.
- Em países de rendimento elevado, o custo por paciente pode ser substancial, mas o tratamento é geralmente absorvido por sistemas públicos ou de seguros. Em contextos com poucos recursos, a despesa pública mais baixa transfere frequentemente o encargo para as famílias e instituições de solidariedade;
- Os dados publicados de projetos africanos identificaram custos para pais de cerca de 100-1.100 dólares (USD) como uma barreira importante à conclusão do tratamento. Para muitos agregados familiares, esse valor é catastrófico mesmo quando os serviços hospitalares são subsidiados;
- Enquadramento da política: os governos não poupam dinheiro deixando o tumor de Wilms sem tratamento;
- Apresentação tardia, recaída, tratamento incompleto e mortes evitáveis aumentam as perdas humanitárias, económicas e do sistema de saúde.



7 - Resumo das Estatísticas do País

Fig.5/ Resumo das Estatísticas dos Países

País	Diagnóstico Anual	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade de Tratamento
Estados Unidos	~650 Confirmado	~85-95%*	Oncologia pediátrica abrangente, cirurgia, radioterapia, patologia, ensaios
Canadá	30 diagnósticos infantis de rins/bacia renal em 2022	~96% de sobrevivência global a 5 anos	Redes provinciais abrangentes de oncologia pediátrica
Reino Unido	~70-90 modelado	~85-95%+	Redes de oncologia pediátrica do NHS
França	~60-80 modelado	~85-95%+	Redes nacionais de oncologia pediátrica
Alemanha	~70-90 modelado	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente
Itália	~45-65 modelados	~85-95%+	Centros nacionais de oncologia pediátrica
Espanha	~40-55 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente
Países Baixos	~15-25 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica altamente centralizada
Suécia	~8-15 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente
Austrália	~25-40 modelados	~85-95%+	Centros abrangentes de oncologia pediátrica
Japão	~45-65 modelados	~85-95%	Oncologia pediátrica abrangente
Coreia do Sul	~15-25 modelados	~85-95%	Oncologia pediátrica terciária abrangente

Fig.6/ Resumo das Estatísticas do País

País	Diagnósticos Anuais	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade de Tratamento
Arábia Saudita	~60-90 modelados anualmente	~70-95%	Existe oncologia especializada; O acesso varia consoante a região
EAU	~8-15 modelados anualmente	~70-95%	Serviços terciários de alta capacidade
Israel	~8-15 modelados anualmente	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente
China	~900-1.400 modelados	~61-94% do intervalo UMIC	Principais centros terciários; Lacunas rurais/financeiras
Brasil	~280-420 modelados	~61-94% do intervalo UMIC	Grande rede de oncologia; Variação de estado
México	~180-280 modelados	~61-94% do intervalo UMIC	Centros especializados; Os atrasos/barreiras persistem
Argentina	~60-90 modelados anualmente	~61-94% do intervalo UMIC	Cuidados especializados disponíveis; Variação regional
Chile	~20-35 modelos anuais	~70-95%	Rede de oncologia pediátrica
Colômbia	~70-110 modelados anualmente	~61-94% do intervalo UMIC	Centros de oncologia pediátrica; A continuidade varia
Peru	~60-95 modelados anualmente	~61-94% do intervalo UMIC	Cuidados especializados concentrados nas cidades
África do Sul	~100-160 modelados	~61-94% do intervalo UMIC	Cuidados públicos/privados especializados; Barreiras rurais
Turquia	~120-180 modelados anualmente	~61-94% do intervalo UMIC	Oncologia pediátrica especializada nas cidades

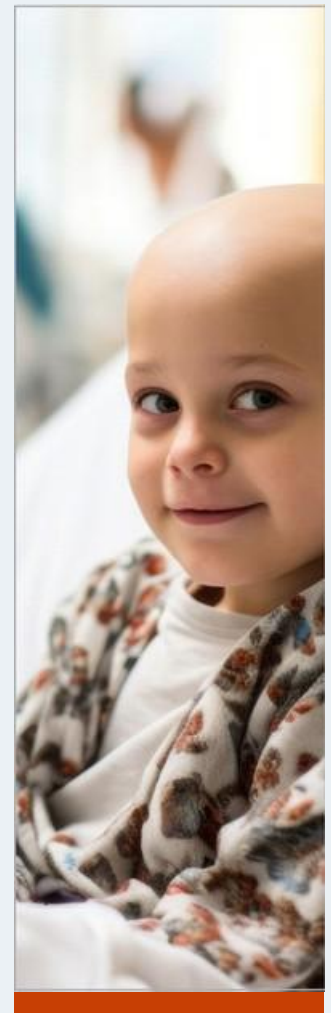
10 - Regiões de Prioridade para Intervenção

Fig.7/ Resumo das Estatísticas do País

Região/ Contexto	Por que é importante	Ações Prioritárias
Estados de baixos rendimentos e frágeis	Maior risco de diagnóstico tardio, abandono, escassez de medicamentos e falta de radioterapia.	Vias de encaminhamento, fornecimento de medicamentos, subsídios ao tratamento, desenvolvimento de registos de orientação para país.
Países de rendimento médio-baixo e alta população	O maior número de crianças afetadas, mesmo quando alguns centros têm bons resultados.	Expandir os centros regionais, reduzir o abandono, apoiar a proteção e integrar protocolos nacionais.
Países de rendimento médio-alto com desigualdade regional	As médias nacionais podem esconder disparidades rurais ou de baixos rendimentos.	Geminamento, clínicas satélite, telepatologia, apoio ao transporte e relatórios de resultados por região.
Pequenos estados e ilhas	O baixo número de casos torna os cuidados domésticos especializados difíceis.	Acordos regionais de encaminhamento, protocolos partilhados e acesso a medicamentos transfronteiriços.

11 - Mensagens de Defesa para Fundadores e Governos

- O tumor de Wilms é um ponto de entrada prático para melhorar os sistemas de cancro infantil porque requer cuidados coordenados, mas alcançáveis: diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, cuidados de apoio e seguimento;
- A diferença de sobrevivência é inaceitável porque a doença é frequentemente curável quando o tratamento é atempado e completo;
- O objetivo não é apenas comprar medicamentos. É construir um percurso de cuidados completo que mantenha as crianças em tratamento até à cura e as monitorize após o tratamento;
- O investimento a nível nacional deve medir: tempo desde os sintomas até ao diagnóstico, fase de apresentação, abandono do tratamento, esgotamento de medicamentos, atraso na cirurgia, atraso na radioterapia, recaída e sobrevivência;
- Um observatório global de tumores de Wilms ou uma parceria de registo colmataria uma grande lacuna de evidência e ajudaria os países a comparar o progresso de forma responsável.



12 - Painel de Dados Recomendados

Fig.8/ Indicador

Indicador	Definição	Por que é importante
Novos diagnósticos	Casos anuais confirmados de tumor de Wilms, idades 0-14 ou 0-19 anos	Encargo das medidas e necessidade de planeamento
Estádio no diagnóstico	Distribuição dos estágios I-V	Demonstra a deteção precoce e a eficácia do encaminhamento
Hora de início do tratamento	Dias desde a primeira apresentação até ao tratamento oncológico	Identifica atrasos que reduzem a sobrevivência
Conclusão do tratamento	Percentagem de conclusão da terapia protocolar	Mede diretamente o abandono/suporte do sistema
Disponibilidade de medicamentos	Dias de esgotamento para quimioterapia básica/medicamentos de suporte	Demonstra fiabilidade na cadeia de abastecimento
Acesso à radioterapia	Disponibilidade e atraso quando indicado	Importante para estágios selecionados e grupos de risco
Sobrevivência	Sobrevivência total de 1 ano, 3 anos e 5 anos no total/sem eventos	Medida de resultado final

Apêndice A: Tabela de Trabalho País por País

Fig.9/ Passos

Passos	Ação	Propósito Prático
Passo 1	Avaliação nutricional inicial	Identificar o risco cedo e estabelecer a linha base de crescimento/admissão
Passo 2	Otimização da nutrição oral	Aumente a ingestão com os alimentos preferidos, a frequência das refeições e a densidade calórica
Passo 3	Suplementos orais/ alimentos fortificados	Lacunas de ponte quando a admissão regular fica curta
Passo 4	Nutrição enteral	Forneça uma nutrição fiável quando a ingestão oral for insuficiente
Passo 5	Nutrição parenteral	Utilização quando a alimentação enteral não é possível ou insuficiente
Passo 6	Reavaliação e ajuste	Adapte o plano à medida que os sintomas, a função renal e a fase do tratamento mudam
Passo 7	Avaliação nutricional inicial	Identificar o risco cedo e estabelecer a linha base de crescimento/admissão

Importante: As linhas marcadas como "modeladas" não são estatísticas de país confirmadas pelo registo. Estão a planear estimativas baseadas em parâmetros de incidência pública e numa ampla literatura sobre sobrevivência de sistemas/grupos de rendimento.

Apêndice B: Tabela de Trabalho País a País

Importante

As linhas marcadas como "Modelado" não são estatísticas de país confirmadas pelo registro. São estimativas de planejamento baseadas em parâmetros públicos de incidência e em literatura ampla sobre sobrevivência de sistemas/grupos de rendimento.

- o Estados Unidos | Alto | ~650 confirmados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica abrangente, cirurgia, radioterapia, patologia, ensaios clínicos | Custo direto elevado; custo público exclusivo de Wilms preciso não publicado rotineiramente
- o Canadá | Alto | 30 diagnósticos de rins/bacia renal na infância em 2022 | 6 mortes em 2023 por cancro infantil dos rins/rins da pélvis | ~96% de sobrevivência global a 5 anos | Redes provinciais abrangentes de oncologia pediátrica | Custo do público provincial para o consumidor; Custo exato apenas de Wilms, não publicado rotineiramente
- o Reino Unido | Alto | ~70-90 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Redes de oncologia pediátrica do NHS | Custo do NHS Público; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
- o França | Alto | ~60-80 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Redes nacionais de oncologia pediátrica | Custo do seguro público/social; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
- o Alemanha | Alto | ~70-90 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica abrangente | Seguro/custo público; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
- o Itália | Alto | ~45-65 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Centros nacionais de oncologia pediátrica | custo do sistema de saúde pública; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
- o Espanha | Alto | ~40-55 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica abrangente | custo do sistema de saúde pública; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
- o Países Baixos | Alto | ~15-25 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica altamente centralizada | Custo público/seguro
- o Suécia | Alto | ~8-15 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica abrangente | Custo do sistema de saúde pública
- o Austrália | Alto | ~25-40 modelos anuais | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Centros abrangentes de oncologia pediátrica | Custos do Medicare público/estado mais seguro
- o Japão | Alto | ~45-65 modelados anualmente | Baixa a moderada | ~80-95% | Oncologia pediátrica abrangente | Custo público/seguro
- o Coreia do Sul | Alto | ~15-25 modelados anualmente | Baixa a moderada | ~80-95% | Oncologia pediátrica terciária abrangente | Custo público/seguro
- o Arábia Saudita | Alto | ~60-90 modelados anualmente | Moderado; O encaminhamento regional afeta os resultados | ~70-95% | Existe oncologia especializada; O acesso varia consoante a região | Cuidados terciários financiados pelo governo
- o EAU | Alto | ~8-15 modelados anualmente | Moderado; números pequenos | ~70-95% | Serviços terciários de alta capacidade | Custos de seguros públicos/privados
- o Israel | Alto | ~8-15 modelados anualmente | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica abrangente | Custo público/seguro
- o China | Parte superior-média | ~900-1.400 modelados anualmente | Grande carga absoluta de mortalidade | ~61-94% UMIC intervalo | Principais centros terciários; Lacunas rurais/financeiras | Carga mista pública/privada/despesa do próprio bolso
- o Brasil | Parte superior-média | ~280-420 modelados anualmente | Carga absoluta moderada a elevada | ~61-94% UMIC intervalo | Grande rede de oncologia; Variação de estado | Custos SUS/públicos e privados
- o México | Parte superior-média | ~180-280 modelados anualmente | Moderado a alto | ~61-94% UMIC intervalo | Centros especializados; atrasos/barreiras persistem | Seguro público mais custos familiares
- o Argentina | Parte superior-média | ~60-90 modelados anualmente | Moderado | ~61-94% UMIC intervalo | Cuidados especializados disponíveis; Variação regional | Custos de segurança pública/social
- o Chile | Alto/Médio-Superior | ~20-35 modelos anuais | Moderado a baixo | ~70-95% | Rede de oncologia pediátrica | Custos do sistema público e do seguro
- o Colômbia | Parte superior-média | ~70-110 modelados anualmente | Moderado a alto | ~61-94% UMIC intervalo | Centros de oncologia pediátrica; A continuidade varia | Pagador público/privado mais custos familiares
- o Peru, África do Sul, Turquia, Irão, Índia, Paquistão, Bangladesh, Indonésia, Filipinas, Vietname, Tailândia, Malásia, Egito, Marrocos, Argélia, Nigéria, Gana, Quênia, Uganda, Tanzânia, Etiópia, República Democrática do Congo, Sudão, Iraque, Síria, Iêmen, Jordânia, Líbano, Palestina, Omã, Kuwait, Bahrein, Afeganistão, Nepal, Sri Lanka, Myanmar, Camboja, Laos, Mongólia, Ucrânia, Polónia, Roménia.

Apêndice B: Tabela de Trabalho de Estatísticas País a País Cont/d

Fig.10/ Grupo de Rendimento do País

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade /Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidades de Tratamento	Pressão de Custos
Estados Unidos	Alto	~650 Confirmado	Baixa Mortalidade e Relativa	~85-95%*	Oncologia pediátrica abrangente, cirurgia, radioterapia, patologia, ensaios	Custo direto elevado; custo público exclusivo de Wilms preciso não publicado rotineiramente
Canadá	Alto	30 diagnósticos infantis de rins/bacia renal em 2022	6 mortes em 2023 devido a rim na infância/ Câncer da pelve renal	~96% de sobrevivência global a 5 anos	Redes provinciais abrangentes de oncologia pediátrica	Custo do público provincial para o consumidor; Custo exato apenas de Wilms, não publicado rotineiramente
Reino Unido	Alto	~70-90 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Redes de oncologia pediátrica do NHS	Custo do NHS Público; Wilms - apenas custo não publicado rotineiramente
França	Alto	~60-80 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Redes nacionais de oncologia pediátrica	Custo do seguro público/social; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
Alemanha	Alto	~70-90 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente	Seguro/custo público; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
Itália	Alto	~45-65 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Centros nacionais de oncologia pediátrica	custo do sistema de saúde pública; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
Espanha	Alto	~40-55 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente	custo do sistema de saúde pública; Custo apenas Wilms não publicado rotineiramente
Países Baixos	Alto	~15-25 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica altamente centralizada	Custo público/seguro
Suécia	Alto	~8-15 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente	Custo do sistema de saúde pública
Austrália	Alto	~25-40 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Centros abrangentes de oncologia pediátrica	Custos do Medicare público/estado mais seguro
Japão	Alto	~45-65 modelado	Baixa a moderada; A incidência asiática pode ser mais baixa	~85-95%	Oncologia pediátrica abrangente	Custo público/seguro
Coreia do Sul	Alto	~15-25 modelado	Baixa mortalidade relativa	~85-95%	Oncologia pediátrica terciária abrangente	Custo público/seguro

Fig.11/ Índice do Grupo de Rendimento do País

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade /Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade e de Tratamento	Pressão de Custos
Arábia Saudita	Alto	~60-90 Modelado anualmente	Moderado; O encaminhamento regional afeta os resultados	~70-95%	Existe oncologia especializada; O acesso varia consoante a região	Cuidados terciários financiados pelo governo
EAU	Alto	~8-15 modelados anualmente	Moderado; Pequenos números	~70-95%	Serviços terciários de alta capacidade	Custos de seguros públicos/privados
Israel	Alto	~8-15 modelados anualmente	Baixa mortalidade de relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente	Custo público/seguro
China	Superior-médio	~900-1.400 modelado	Grande carga absoluta de mortalidade	~61-94% UMIC Distribuição	Principais centros terciários; Lacunas rurais/financeiras	Carga mista pública/privada/despesa direta
Brasil	Superior-médio	~280-420 modelado	Carga absoluta moderada a elevada	~61-94% UMIC Distribuição	Grande rede de oncologia; Variação de estado	Custos SUS/públicos e privados
México	Superior-médio	~180-280 modelado	Moderado a alto	~61-94% UMIC Distribuição	Centros especializados; Os atrasos/barreiras persistem	Seguro público mais custos familiares
Argentina	Superior-médio	~60-90 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% UMIC Distribuição	Cuidados especializados disponíveis; Variação regional	Custos de segurança pública/social
Chile	Agudo/agudo-Meio	~20-35 Modelado anualmente	Moderado a baixo	~70-95%	Rede de oncologia pediátrica	Custos do sistema público e do seguro
Colômbia	Superior-médio	~70-110 Modelado anualmente	Moderado a alto	~61-94% UMIC Distribuição	Centros de oncologia pediátrica; A continuidade varia	Pagador público/privado mais custos familiares
Peru	Superior-médio	~60-95 Modelado anualmente	Moderado a alto	~61-94% UMIC Distribuição	Cuidados especializados concentrados nas cidades	Encargo público e de responsabilidade direta
África do Sul	Superior-médio	~100-160 modelado	Moderado a alto	~61-94% UMIC Distribuição	Cuidados públicos/privados especializados; Barreiras rurais	Custos de transporte público/privado e familiar
Turquia	Superior-médio	~120-180 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% UMIC Distribuição	Oncologia pediátrica especializada nas cidades	Custo público/da segurança social

8 - Resumo das Estatísticas do País

Fig.12/ Grupo de Rendimento do País Cont/d

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade /Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade e de Tratamento	Pressão de Custos
Irão	Inferior/superior médio	~110-170 Modelado anualmente	Moderado a alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Existe oncologia terciária; O acesso à medicina varia	Combinação de custos público/instituição de caridade/família
Índia	Baixo-médio	~1.600-2.500 Modelado anualmente	Um fardo absoluto muito grande	~0-85% de LMIC Distribuição	Existem centros de classe mundial; Acesso desigual	Esquemas governamentais mais elevados custos familiares
Paquistão	Baixo-médio	~450-700 Modelado anualmente	Carga absoluta elevada	~0-85% de LMIC Distribuição	Principais centros; O acesso e a acessibilidade variam	Responsabilidade pública/de caridade/família
Bangladesh	Baixo-médio	~300-500 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Capacidade especializada concentrada nas grandes cidades	Responsabilidade do governo/ONG/família
Indonésia	Alto/baixo médio	~500-800 Modelado anualmente	Carga absoluta elevada	~0-85% a 61-94% gama mista	Centros especializados nas principais cidades	Seguro público mais custos familiares
Filipinas	Baixo-médio	~180-280 Modelado anualmente	Moderado a alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Oncologia pediátrica de grande centro	Carga pública/seguros/família
Vietname	Baixo-médio	~130-220 Modelado anualmente	Moderado a alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Hospitais especializados nas principais cidades	Seguro governamental mais custos familiares
Tailândia	Superior-médio	~70-110 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% UMIC Distribuição	Capacidade de oncologia pediátrica; A cobertura universal ajuda	Custo do público
Malásia	Superior-médio	~45-75 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% UMIC Distribuição	oncologia pediátrica pública; Variação de referência	Custo do sistema de saúde pública
Egipto	Baixo-médio	~220-350 Modelado anualmente	Carga absoluta elevada	~0-85% de LMIC Distribuição	Principais instituições de oncologia pediátrica	Responsabilidade do governo/instituição de caridade/família
Marrocos	Baixo-médio	~65-100 Modelado anualmente	Moderado a alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Oncologia especializada nos principais centros	Responsabilidade pública/de caridade/família
Argélia	Superior-médio	~85-130 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% UMIC Distribuição	Serviços especializados nas principais cidades	Cuidados financiados pelo governo

Fig.13/ Grupo de Rendimento do País Cont/d

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade /Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade e de Tratamento	Pressão de Custos
Nigéria	Baixo-médio	~900-1.500 Modelado anualmente	Carga absoluta muito elevada	~0-85% de LMIC alcance; muitos centros mais baixos	Centros especializados, mas limitam capacidade/custo/barreras de fornecimento	Despesa governamental limitada; Responsabilidade Familiar/Instituição de Caridade
Gana	Baixo-médio	~120-190 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Centros especializados; Cobertura nacional limitada	Responsabilidade do governo/seguros/família
Quênia	Baixo-médio	~150-240 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Principais centros de referência; Acesso desigual	Carga pública/seguros/instituições de caridade/família
Uganda	Baixo	~160-250 Modelado anualmente	Alto	~25-53% LIC Distribuição	Oncologia pediátrica limitada; Restrições de referência/apoio	pressão orçamental governamental; Custo Familiar
Tanzânia	Baixo-médio	~180-290 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Centros de referência; Acesso Nacional Limitado	Custos do governo/ONG/famílias
Etiópia	Baixo	~300-500 Modelado anualmente	Carga absoluta muito elevada	~25-53% LIC Distribuição	Cuidados especializados focados; Restrições diagnósticas	pressão orçamental governamental; Deslocação/Carga de Despesas
RD Congo	Baixo	~280-450 Modelado anualmente	Muito alto	~25-53% LIC Distribuição	Acesso abrangente muito limitado	Capacidade governamental baixa; Responsabilidade Familiar/Instituição de Caridade
Sudão	Baixo/médio-baixo	~130-220 Modelado anualmente	Muito alto; Disrupção de conflitos	~25-53% LIC / 0-85% PIC Distribuição	Acesso severamente restrito	Capacidade governamental limitada; Peso das ONG/famílias
Iraque	Alto/baixo-médio	~80-130 Modelado anualmente	Moderado a alto	~0-85% a 61-94% gama mista	Serviços especializados com variação regional	Encargo dos custos governamental/família
Síria	Baixo/médio-baixo	~50-90 Modelado anualmente	Muito elevada onde os cuidados foram interrompidos	~25-53% LIC / 0-85% PIC Distribuição	Capacidade fortemente afetada por conflitos	Responsabilidade do governo/ONG/família
Iémen	Baixo	~90-150 Modelado anualmente	Muito alto	~25-53% LIC Distribuição	Acesso abrangente muito limitado	Capacidade governamental muito limitada; Responsabilidade humanitária/familiar
Jordânia	Inferior/superior-médio	~18-30 Modelado anualmente	Moderado	~0-85% a 61-94% gama mista	Cuidados especializados regionais disponíveis	Responsabilidade do governo/instituição de caridade/família

Apêndice B: Tabela de Trabalho de Estatísticas País a País Cont/d

Fig.14/ Cont. Grupo de Rendimento do País

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade/ Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidades de Tratamento	Pressão de Custos
Líbano	Baixo-médio	~8-15 modelados anualmente	Moderado a elevado; Efeitos da crise económica	~0-85% de LMIC Distribuição	Existem cuidados especializados; Barreiras de acessibilidade	Custos governamentais/privado/instituições de caridade/família
Palestina	Baixo-médio	~10-20 Modelado anualmente	Elevada devido a restrições de encaminhamento	~0-85% de LMIC Distribuição	Muitas vezes depende de licenças/centros externos	Encargo do transporte governamental/ONG/familiar
Omã	Alto	~8-15 modelados anualmente	Moderado; Pequenos números	~70-95%	Encaminhamento terciário para especialistas	Cuidados financiados pelo governo
Kuwait	Alto	~7-12 modelados anualmente	Moderado; Pequenos números	~70-95%	Cuidados terciários de alto nível de recursos	Cuidados financiados pelo governo
Bahrein	Alto	~2-4 modelados anualmente	Moderado; Pequenos números	~70-95%	Cuidados terciários/encaminhamento regional	Cuidados financiados pelo governo
Afganistão	Baixo	~150-250 Modelado anualmente	Muito alto	~25-53% LIC Distribuição	Acesso abrangente limitado	Responsabilidade governamental/humanitária/familiar
Nepal	Baixo-médio	~45-75 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Centros especializados; Acesso desigual	Responsabilidade do governo/ONG/família
Sri Lanka	Baixo-médio	~25-40 Modelado anualmente	Moderado	~0-85% de LMIC Distribuição	Oncologia pediátrica pública disponível	Cuidados financiados pelo governo
Myanmar	Baixo-médio	~100-170 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Acesso limitado e desigual de especialistas	Responsabilidade governamental/familiar/humanitária
Camboja	Baixo-médio	~35-60 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Capacidade limitada de especialização	Responsabilidade do governo/ONG/família
Laos	Baixo-médio	~14-25 Modelado anualmente	Alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Capacidade limitada em oncologia pediátrica	Responsabilidade do governo/ONG/família
Mongólia	Baixo-médio	~5-10 modelados anualmente	Moderado a alto	~0-85% de LMIC Distribuição	Cuidados especializados centralizados	Encargo do governo/família

Fig.15/ Grupo de Rendimento do País Cont/d

País	Grupo de Rendimento	Diagnósticos Anuais	Mortalidade /Sinal de Carga	Referência de Sobrevivência	Disponibilidade e de Tratamento	Pressão de Custos
Ucrânia	Baixo-médio	~45-75 Modelado anualmente	Variável devido à disrupção da guerra	~0-85% de LMIC Distribuição	Existem centros especializados; Continuidade interrompida	Custos governamentais/humanitários/familiares
Polónia	Alto	~30-45 Modelado anualmente	Baixa a moderada	~85-95%+	Oncologia pediátrica abrangente	Custo do sistema de saúde pública
Roménia	Agudo/agudo-Meio	~15-30 Modelado anualmente	Moderado	~61-94% para HIC Distribuição	Centros especializados disponíveis	Custo do sistema de saúde pública

Importante:

- S1: Instituto Nacional do Câncer dos EUA PDQ, Tratamento do Tumor de Wilms e Outros Tumores Renais Infantis, atualizado a 15 de abril de 2025: incidência 9,7 por 1 milhão de crianças com menos de 15 anos e cerca de 650 casos nos EUA anualmente;
- S2: Sociedade Canadense do Câncer: O Canadá registou 30 diagnósticos de cancro renal e pelve renal infantil entre os 0 e os 14 anos em 2022 e 6 mortes em 2023; quase todos os cânceros dos rins/bacia renal na infância em crianças são tumores de Wilms;
- S3: Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: incidência de tumores renais infantis 8,3 por milhão a nível global, mais alto na América do Norte/Europa e mais baixo na maioria das regiões asiáticas;
- S4: Cunningham et al., Global Disparities in Wilms Tumor, 2020: a sobrevivência varia entre 70-97% em países de rendimento elevado, 61-94% em países de rendimento médio-alto, 0-85% em países de rendimento médio-baixo e 25-53% em países de baixos rendimentos;
- S5: Cancer.ca estatísticas de sobrevivência: A sobrevivência global a 5 anos do tumor de Wilms em crianças dos 0 aos 14 anos é cerca de 96% no Canadá;
- S6: Iniciativa Global da OMS para o Câncer Infantil: objetivo de alcançar pelo menos 60% de sobrevivência para o cancro infantil a nível global até 2030;
- S7: Plataforma Global da OMS / St. Jude para o Acesso a Medicamentos para o Câncer Infantil: visa garantir medicamentos oncológicos infantis ininterruptos e garantidos de qualidade para os pequenos e baixos rendimentos e alcançar cerca de 120.000 crianças;
- S8: SIOP PODC Diretrizes para tumores de Wilms: tratamento com intenção curativa pode ser adaptado para contextos de baixos rendimentos quando existirem requisitos mínimos;
- S9: Relatório de referência colaborativo do Projeto Tumor de Wilms Africa: 39% de sobrevivência no final do tratamento nos centros participantes; o tratamento incompleto e os custos dos pais contribuíram para a falha em concluir o tratamento;
- S10: Prioridades de Controlo de Doenças / Tratamento do Câncer Infantil em PMB: A terapia do tumor de Wilms é menos intensiva do que alguns outros cânceros infantis, apoiando o fortalecimento do sistema rentável;



Fundação do Cancro Wilms

Telefone: +1 (778) 514 5000

E-mail: info@WilmsFoundation.org

Web: www.WilmsFoundation.org

Morada: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, Estados Unidos, 20002.

A WILMS CANCER FOUNDATION, WCF E OS SLOGANS: "DERROTAR O CANCRO RENAL INFANTIL" E "A DOENÇA QUE NUNCA OUVIU FALAR" SÃO MARCAS INTERNACIONAIS DA WILMS CANCER FOUNDATION E ESTÃO PROTEGIDAS POR DIREITOS DE AUTOR. DESIGN DO CONTEÚDO DO DOCUMENTO PELA WILMS CANCER FOUNDATION © DIREITOS DE AUTOR TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

De acordo com as leis de direitos de autor, esta documentação não pode ser copiada, fotocopiada, reproduzida ou traduzida, total ou parcialmente, sem o consentimento prévio por escrito da Wilms Cancer Foundation.

EUA: Organização Isenta de Impostos Qualificada 501(c)(3) | EIN:98-3478827 | Canadá: Instituição de caridade registrada: 756261939BC0001



Fundação do Cancro Wilms (WCF)

A Fundação do Cancro Wilms (WCF) é uma organização de caridade que apoia e representa as necessidades de crianças, famílias e organizações de saúde afetadas pelo cancro renal (renal) pediátrico (particularmente o nefroblastoma conhecido como 'Wilms'). A sua missão é estabelecer um programa internacional de sensibilização, educação, defesa, tratamento de deteção precoce e apoio para combater a propagação da doença.

Este guia da WCF destina-se apenas a fins educativos. Baseia-se em padrões internacionais de oncologia pediátrica no Canadá, nos Estados Unidos e na Europa. Procure aconselhamento de um profissional de saúde qualificado caso tenha alguma dúvida ou preocupação.

© **Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Utilizado com permissão em colaboração com a Wilms Cancer Foundation (WCF). "CureAll" faz parte da Iniciativa Global da OMS para o Cancro Infantil (GICC). A Organização Mundial da Saúde não endossa nenhuma organização, produto ou serviço específico.