Wilms Cancer Foundation

Tumor de Wilms

Impacto global

Estatísticas, sobrevivência, desigualdade, acesso ao tratamento e custos de saúde





Wilms Cancer Foundation (WCF)

A Wilms Cancer Foundation (WCF) é uma organização de beneficência que apoia e representa crianças, famílias e organizações de saúde afetadas pelo cancro renal pediátrico, em particular o nefroblastoma, conhecido como tumor de Wilms. A sua missão é criar um programa internacional de sensibilização, educação, defesa de direitos, deteção precoce, tratamento e apoio para combater a propagação da doença.

Este guia da WCF destina-se apenas a fins educativos. Baseia-se em normas internacionais de oncologia pediátrica do Canadá, dos Estados Unidos e da Europa. Consulte um profissional de saúde qualificado se tiver dúvidas ou preocupações.

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Todos os direitos reservados

Índice

Impacto global
Estatísticas, sobrevivência, desigualdade, acesso ao tratamento e custos de saúde

1 - Resumo executivo 1

2 - Equidade global na sobrevivência ao tumor de Wilms 2

3 - Porque importa o tumor de Wilms a nível mundial 3

4 - Evidência e limitações dos dados 4

5 - A desigualdade global na sobrevivência 5

6 - Requisitos de acesso ao tratamento 6

7 - Custos para o Estado e os sistemas de saúde 7

8 - Panorama das estatísticas por país 8

9 - Regiões prioritárias para intervenção 10

10 - Mensagens para financiadores e governos 11

11 - Painel de indicadores recomendado 12

Anexo A: Tabela de trabalho por país 13

Anexo B: Tabela de trabalho por país 14

Notas sobre fontes e referências 21

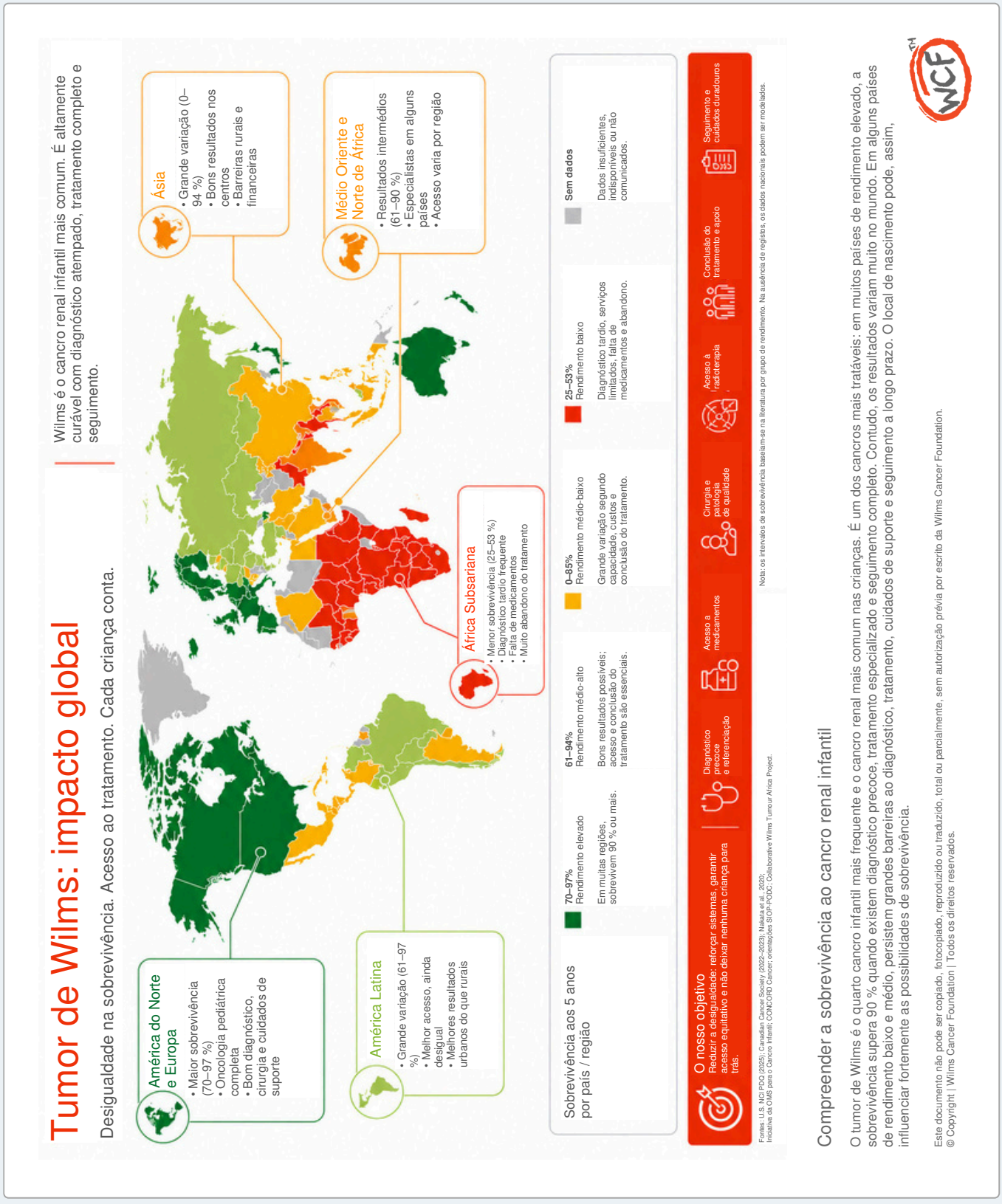
1 - Resumo executivo

- O tumor de Wilms é o cancro renal infantil mais comum e é altamente curável quando as crianças têm acesso atempado a diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, radioterapia quando necessária, anatomia patológica, produtos sanguíneos, controlo de infeções e seguimento.
- O problema mundial não é apenas científico: também envolve o acesso aos sistemas de saúde. Em países de rendimento elevado, a sobrevivência aproxima-se frequentemente de 90 % ou mais; em contextos com poucos recursos, pode ser muito inferior.
- As estatísticas nacionais específicas do tumor de Wilms são incompletas. Muitos países comunicam dados agregados de cancro infantil, tumores renais ou apenas séries hospitalares, em vez de registos nacionais de tumor de Wilms.
- Para a defesa de direitos, a abordagem mais credível é apresentar dados nacionais confirmados, estimativas modeladas da carga da doença quando faltam registos e uma avaliação transparente da fiabilidade dos dados.
- O argumento mais forte para uma ação política imediata é que o tumor de Wilms é curável: diagnóstico mais precoce, conclusão do tratamento, acesso a medicamentos e redes de referenciação podem melhorar a sobrevivência de forma mensurável.

«O tumor de Wilms é frequentemente curável, mas a sobrevivência ainda depende de onde a criança vive e do acesso ao tratamento.»

2 - Equidade global na sobrevivência ao tumor de Wilms

Fig. 1 / Mapa mundial do impacto do tumor de Wilms



Compreender a sobrevivência ao cancro renal infantil

O tumor de Wilms é o quarto cancro infantil mais frequente e o cancro renal mais comum nas crianças. É um dos cancros mais tratáveis: em muitos países de rendimento elevado, a sobrevivência supera 90 % quando existem diagnóstico precoce, tratamento especializado e seguimento completo. Contudo, os resultados variam muito no mundo. Em alguns países de rendimento baixo e médio, persistem grandes barreiras ao diagnóstico, tratamento, cuidados de suporte e seguimento a longo prazo. O local de nascimento pode, assim, influenciar fortemente as possibilidades de sobrevivência.

Este documento não pode ser copiado, fotocopiado, reproduzido ou traduzido, total ou parcialmente, sem autorização prévia por escrito da Wilms Cancer Foundation.
© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Todos os direitos reservados.

3 - Porque importa o tumor de Wilms a nível mundial

Fig. 2 / Área de impacto

Área de impacto	Importância
Sobrevivência infantil	A sobrevivência pode ser muito elevada, mas depende do diagnóstico atempado e da conclusão do tratamento.
Equidade	A doença evidencia a distância entre serviços completos de oncologia pediátrica e países onde cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou cuidados de suporte são tardios ou indisponíveis.
Encargos familiares	Mesmo com medicamentos disponíveis, viagens, alojamento, perda de rendimentos, custos de diagnóstico e pagamentos diretos podem levar ao abandono ou à interrupção do tratamento.
Estado	Os sistemas de saúde suportam custos de imagem, cirurgia, quimioterapia, internamento, radioterapia e anatomia patológica. Poucos países publicam custos estatais exclusivos do tumor de Wilms.

4 - Evidência e limitações dos dados

- Incidência: poucos países disponibilizam taxas nacionais específicas do tumor de Wilms. O NCI dos EUA refere cerca de 650 casos anuais e 9,7 casos por milhão de crianças com menos de 15 anos. O Canadá comunica casos de cancro renal/da pelve renal infantil, quase todos tumores de Wilms.
- Indicador aproximado de incidência global: dados internacionais apontam para cerca de 8,3 tumores renais por milhão de crianças, com taxas superiores na América do Norte/Europa e inferiores em muitas regiões asiáticas.
- Sobrevivência: uma revisão global encontrou intervalos de 70–97 % em países de rendimento elevado, 61–94 % de rendimento médio-alto, 0–85 % de rendimento médio-baixo e 25–53 % de rendimento baixo.
- Mortalidade: raramente são publicados dados nacionais exclusivos do tumor de Wilms. Este documento utiliza, por isso, um indicador relativo de risco/carga, salvo quando existe um número nacional público.
- Custos: os custos estatais nacionais específicos do tumor de Wilms não são publicados regularmente. O documento identifica fatores de custo e assinala os países sem dados publicados.



5 - A desigualdade global na sobrevivência

Fig. 3 / Rendimento dos países

Rendimento / sistema de saúde	Intervalo de sobrevivência publicado	Interpretação
Países de rendimento elevado	70–97%	A maioria das crianças recebe tratamento multimodal; as sequelas tardias e a vida após o cancro são prioridades políticas.
Países de rendimento médio-alto	61–94%	Bons resultados são possíveis; o acesso, a desigualdade regional e a conclusão do tratamento influenciam a sobrevivência.
Países de rendimento médio-baixo	0–85%	Grande variação; os resultados dependem da capacidade dos centros, da acessibilidade financeira e da conclusão do tratamento.
Países de rendimento baixo	25–53%	Diagnóstico tardio, serviços limitados, falta de medicamentos e abandono do tratamento reduzem a sobrevivência.

Mensagem essencial
O tumor de Wilms evidencia uma desigualdade global marcante no cancro infantil: a mesma doença pode ser curável num país e fatal noutro, consoante o acesso aos cuidados.

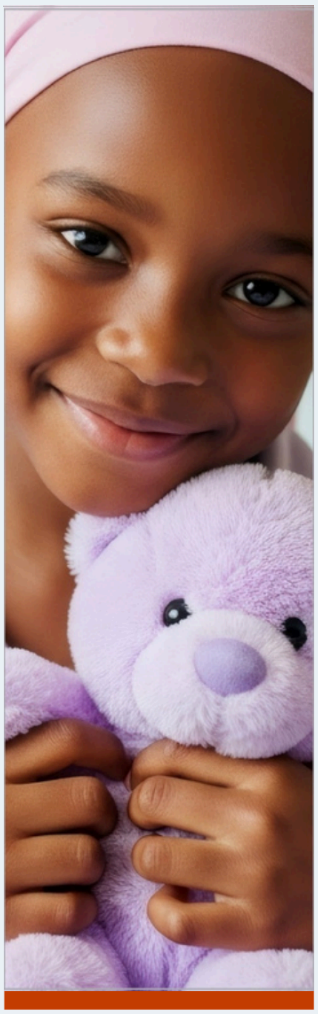
6 - Requisitos de acesso ao tratamento

Fig. 4 / Elementos necessários

Elemento necessário	Elevada capacidade assistencial	Riscos com capacidade limitada
Deteção precoce e referenciação	Cuidados primários, exames de imagem e vias de referenciação permitem detetar massas abdominais mais cedo.	As crianças chegam mais tarde, com tumores maiores ou metástases.
Imagem e estadiamento	Ecografia/TC/RM, imagem do tórax e anatomia patológica permitem adaptar o tratamento ao risco.	Um estadiamento incompleto pode causar tratamento excessivo, insuficiente ou tardio.
Cirurgia	Cirurgia oncológica e anestesia disponíveis.	Atrasos cirúrgicos, falta de anestesia pediátrica ou de produtos sanguíneos aumentam o risco.
Quimioterapia	Quimioterapia segundo protocolos e cuidados de suporte disponíveis.	Falta de medicamentos, preços incomportáveis e complicações infecciosas interrompem o tratamento.
Radioterapia	Disponível quando indicada.	A ausência ou o atraso da radioterapia piora os resultados em certos estádios/histologias.
Seguimento	Vigilância de recidivas e efeitos tardios.	Sem seguimento, recidivas ou complicações a longo prazo podem passar despercebidas.

7 - Custos para o Estado e os sistemas de saúde

- Os custos médicos diretos incluem ecografia/TC/RM, anatomia patológica, cirurgia, quimioterapia, internamentos, produtos sanguíneos, antibióticos, radioterapia indicada, tratamento de recidivas e consultas de seguimento.
- Os custos públicos indiretos decorrem do diagnóstico tardio, urgências, cuidados intensivos, abandono do tratamento, incapacidade, apoio social e perdas de produtividade ao longo da vida quando um cancro infantil curável não é tratado com sucesso.
- Nos países de rendimento elevado, o custo por doente pode ser alto, mas é geralmente suportado pelo Estado ou por seguros. Em contextos com poucos recursos, a baixa despesa pública transfere frequentemente os encargos para famílias e organizações de beneficência.
- Dados publicados de projetos africanos indicam custos para os pais de cerca de 100–1.100 dólares americanos como importante barreira à conclusão do tratamento. Para muitas famílias, este encargo é catastrófico, mesmo com serviços hospitalares subsidiados.
- Mensagem política: os governos não poupam dinheiro ao deixar o tumor de Wilms sem tratamento.
- A apresentação tardia, as recidivas, o tratamento incompleto e as mortes evitáveis aumentam as perdas humanas, económicas e dos sistemas de saúde.



8 - Panorama das estatísticas por país

Fig. 5 / Estatísticas por país

País	Diagnósticos anuais	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento
Estados Unidos	~650 confirmados	~85-95%*	Oncologia pediátrica completa, cirurgia, radioterapia, patologia e ensaios
Canadá	30 diagnósticos infantis de cancro renal/da pelve renal em 2022	~96 % de sobrevivência global aos 5 anos	Redes provinciais completas de oncologia pediátrica
Reino Unido	~70-90 modelados	~85-95%+	Redes de oncologia pediátrica do NHS
França	~60-80 modelados	~85-95%+	Redes nacionais de oncologia pediátrica
Alemanha	~70-90 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa
Itália	~45-65 modelados	~85-95%+	Centros nacionais de oncologia pediátrica
Espanha	~40-55 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa
Países Baixos	~15-25 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica muito centralizada
Suécia	~8-15 modelados	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa
Austrália	~25-40 modelados	~85-95%+	Centros completos de oncologia pediátrica
Japão	~45-65 modelados	~85-95%	Oncologia pediátrica completa
Coreia do Sul	~15-25 modelados	~85-95%	Oncologia pediátrica terciária completa

8 - Panorama das estatísticas por país (continuação)

Fig. 6 / Estatísticas por país

País	Diagnósticos anuais	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento
Arábia Saudita	~60-90 modelados por ano	~70-95%	Oncologia especializada; acesso varia por região
EAU	~8-15 modelados por ano	~70-95%	Serviços terciários de elevada capacidade
Israel	~8-15 modelados por ano	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa
China	~900-1,400 modelados	~61-94% intervalo médio-alto	Grandes centros terciários; lacunas rurais/financeiras
Brasil	~280-420 modelados	~61-94% intervalo médio-alto	Grande rede oncológica; desigualdades entre estados
México	~180-280 modelados	~61-94% intervalo médio-alto	Centros especializados; atrasos/barreiras persistentes
Argentina	~60-90 modelados por ano	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados; variação regional
Chile	~20-35 modelados por ano	~70-95%	Rede de oncologia pediátrica
Colômbia	~70-110 modelados por ano	~61-94% intervalo médio-alto	Centros de oncologia pediátrica; continuidade variável
Peru	~60-95 modelados por ano	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados concentrados nas cidades
África do Sul	~100-160 modelados	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados públicos/ privados; barreiras rurais
Turquia	~120-180 modelados por ano	~61-94% intervalo médio-alto	Oncologia pediátrica especializada nas cidades

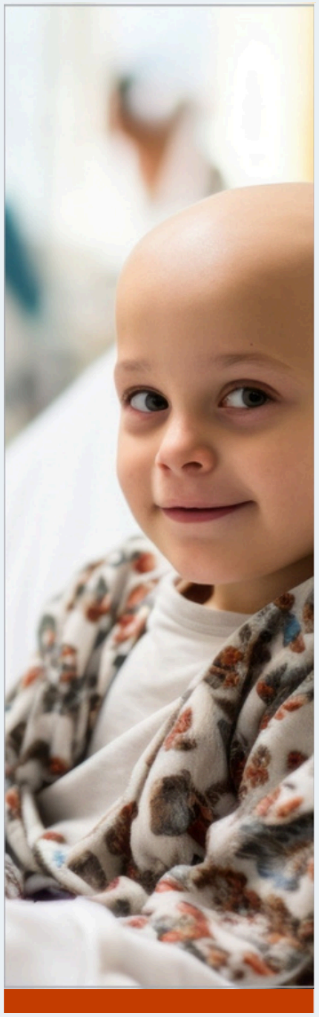
9 - Regiões prioritárias para intervenção

Fig. 7 / Estatísticas por país

Região / contexto	Importância	Intervenções prioritárias
Estados de baixo rendimento e frágeis	Maior risco de diagnóstico tardio, abandono, falta de medicamentos e ausência de radioterapia.	Vias de referenciação, fornecimento de medicamentos, subsídios ao tratamento, orientação dos pais e registos.
Países populosos de rendimento médio-baixo	Maior número absoluto de crianças afetadas, mesmo quando alguns centros obtêm bons resultados.	Expandir centros regionais, reduzir o abandono, apoiar a proteção social e integrar protocolos nacionais.
Países de rendimento médio-alto com desigualdades regionais	As médias nacionais podem ocultar desvantagens de populações rurais ou com baixos rendimentos.	Parcerias entre centros, unidades locais, telepatologia, apoio ao transporte e relatórios regionais de resultados.
Pequenos Estados e ilhas	Poucos casos dificultam a oferta de serviços especializados nacionais.	Acordos regionais de referenciação, protocolos partilhados e acesso transfronteiriço a medicamentos.

10 - Mensagens para financiadores e governos

- O tumor de Wilms é um ponto de partida prático para melhorar os cuidados oncológicos pediátricos: exige diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, cuidados de suporte e seguimento coordenados, mas exequíveis.
- A desigualdade na sobrevivência é inaceitável, pois a doença é frequentemente curável com tratamento atempado e completo.
- O objetivo vai além da compra de medicamentos: é garantir um percurso completo de cuidados que mantenha as crianças em tratamento até à cura e assegure o seguimento posterior.
- O investimento nacional deve medir: tempo entre sintomas e diagnóstico, estádio na apresentação, abandono, ruturas de medicamentos, atrasos cirúrgicos e de radioterapia, recidivas e sobrevivência.
- Um observatório global do tumor de Wilms ou uma parceria de registos poderia colmatar uma importante lacuna de evidência e permitir comparações responsáveis dos progressos.



11 - Painel de indicadores recomendado

Fig. 8 / Indicadores

Indicador	Definição	Importância
Novos diagnósticos	Casos anuais confirmados de tumor de Wilms dos 0–14 ou 0–19 anos	Mede a carga da doença e as necessidades de planeamento
Estádio ao diagnóstico	Distribuição dos estádios I–V	Mostra a eficácia da deteção precoce e referenciação
Início do tratamento	Dias desde a primeira apresentação até ao tratamento oncológico	Identifica atrasos que reduzem a sobrevivência
Conclusão do tratamento	Percentagem que conclui todo o tratamento previsto no protocolo	Medida direta do abandono / apoio do sistema
Disponibilidade de medicamentos	Dias sem medicamentos essenciais de quimioterapia ou de suporte	Mostra a fiabilidade da cadeia de abastecimento
Acesso à radioterapia	Disponibilidade e tempo de espera quando indicada	Importante para certos estádios e grupos de risco
Sobrevivência	Sobrevivência global/livre de eventos aos 1, 3 e 5 anos	Medida decisiva dos resultados

Anexo A: Tabela de trabalho por país

Fig. 9 / Passos

Passo	Ação	Objetivo prático
Passo 1	Avaliação nutricional inicial	Identificar precocemente o risco e estabelecer valores de referência de crescimento/ingestão
Passo 2	Otimização da alimentação oral	Aumentar a ingestão com alimentos preferidos, refeições mais frequentes e maior densidade calórica
Passo 3	Suplementos orais / alimentos enriquecidos	Colmatar insuficiências quando a alimentação habitual não chega
Passo 4	Nutrição entérica	Assegurar nutrição fiável quando a ingestão oral é insuficiente
Passo 5	Nutrição parentérica	Usar quando a nutrição entérica é impossível ou insuficiente
Passo 6	Reavaliação e ajuste	Adaptar o plano aos sintomas, função renal e fase do tratamento
Passo 7	Avaliação nutricional inicial	Identificar precocemente o risco e estabelecer valores de referência de crescimento/ingestão

Importante: as linhas identificadas como «modeladas» não são estatísticas nacionais confirmadas por registos. São estimativas de planeamento baseadas em referências públicas de incidência e na literatura sobre sistemas de saúde, grupos de rendimento e sobrevivência.

Anexo B: Tabela de trabalho por país

Importante: as linhas identificadas como «modeladas» não são estatísticas nacionais confirmadas por registos. São estimativas de planeamento baseadas em referências públicas de incidência e na literatura sobre sistemas de saúde, grupos de rendimento e sobrevivência.

Estados Unidos | Elevado | ~650 confirmados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica completa, cirurgia, radioterapia, patologia e ensaios | Custos diretos elevados; custos públicos exclusivos de Wilms não publicados regularmente

Canadá | Elevado | 30 diagnósticos infantis de cancro renal/da pelve renal em 2022 | 6 mortes em 2023 por cancro renal/da pelve renal infantil | ~96 % de sobrevivência global aos 5 anos | Redes provinciais completas de oncologia pediátrica | Custos públicos provinciais; custos exatos de Wilms não publicados regularmente

Reino Unido | Elevado | ~70-90 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Redes de oncologia pediátrica do NHS | Custos públicos do NHS; custos de Wilms não publicados regularmente

França | Elevado | ~60-80 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Redes nacionais de oncologia pediátrica | Custos públicos/ segurança social; custos de Wilms não publicados regularmente

Alemanha | Elevado | ~70-90 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica completa | Custos de seguros/públicos; custos de Wilms não publicados regularmente

Itália | Elevado | ~45-65 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Centros nacionais de oncologia pediátrica | Custos públicos de saúde; custos de Wilms não publicados regularmente

Espanha | Elevado | ~40-55 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica completa | Custos públicos de saúde; custos de Wilms não publicados regularmente

Países Baixos | Elevado | ~15-25 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica muito centralizada | Custos públicos / de seguros

Suécia | Elevado | ~8-15 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica completa | Custos públicos de saúde

Austrália | Elevado | ~25-40 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Centros completos de oncologia pediátrica | Custos públicos Medicare/Estado e seguros

Japão | Elevado | ~45-65 modelados por ano | Baixo a moderado | ~80-95% | Oncologia pediátrica completa | Custos públicos / de seguros

Coreia do Sul | Elevado | ~15-25 modelados por ano | Baixo a moderado | ~80-95% | Oncologia pediátrica terciária completa | Custos públicos / de seguros

Arábia Saudita | Elevado | ~60-90 modelados por ano | Moderado; referenciação regional afeta resultados | ~70-95% | Oncologia especializada; acesso varia por região | Cuidados terciários financiados pelo Estado

EAU | Elevado | ~8-15 modelados por ano | Moderado; poucos casos | ~70-95% | Serviços terciários de elevada capacidade | Custos estatais / seguros privados

Israel | Elevado | ~8-15 modelados por ano | Baixa mortalidade relativa | ~85-95%+ | Oncologia pediátrica completa | Custos públicos / de seguros

China | Médio-alto | ~900-1,400 modelados por ano | Elevada carga absoluta de mortalidade | ~61-94% intervalo médio-alto | Grandes centros terciários; lacunas rurais/financeiras | Encargos públicos/privados/pagamentos diretos

Brasil | Médio-alto | ~280-420 modelados por ano | Carga absoluta moderada a elevada | ~61-94% intervalo médio-alto | Grande rede oncológica; desigualdades entre estados | Custos do SUS/públicos e privados

México | Médio-alto | ~180-280 modelados por ano | Moderado a elevado | ~61-94% intervalo médio-alto | Centros especializados; atrasos/barreiras persistentes | Seguro público e custos familiares

Argentina | Médio-alto | ~60-90 modelados por ano | Moderado | ~61-94% intervalo médio-alto | Cuidados especializados; variação regional | Custos públicos / segurança social

Chile | Elevado / médio-alto | ~20-35 modelados por ano | Moderado a baixo | ~70-95% | Rede de oncologia pediátrica | Custos do sistema público e seguros

Colômbia | Médio-alto | ~70-110 modelados por ano | Moderado a elevado | ~61-94% intervalo médio-alto | Centros de oncologia pediátrica; continuidade variável | Custos públicos/privados e familiares

Peru, África do Sul, Turquia, Irão, Índia, Paquistão, Bangladeche, Indonésia, Filipinas, Vietname, Tailândia, Malásia, Egito, Marrocos, Argélia, Nigéria, Gana, Quénia, Uganda, Tanzânia, Etiópia, RD Congo, Sudão, Iraque, Síria, Iémen, Jordânia, Líbano, Palestina, Omã, Kuwait, Barém, Afeganistão, Nepal, Sri Lanca, Myanmar, Camboja, Laos, Mongólia, Ucrânia, Polónia, Roménia.

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 10 / Grupo de rendimento do país

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Estados Unidos	Elevado	~650 confirmados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%*	Oncologia pediátrica completa, cirurgia, radioterapia, patologia e ensaios	Custos diretos elevados; custos públicos exclusivos de Wilms não publicados regularmente
Canadá	Elevado	30 diagnósticos infantis de cancro renal/da pelve renal em 2022	6 mortes em 2023 por cancro renal/da pelve renal infantil	~96 % de sobrevivência global aos 5 anos	Redes provinciais completas de oncologia pediátrica	Custos públicos provinciais; custos exatos de Wilms não publicados regularmente
Reino Unido	Elevado	~70-90 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Redes de oncologia pediátrica do NHS	Custos públicos do NHS; custos de Wilms não publicados regularmente
França	Elevado	~60-80 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Redes nacionais de oncologia pediátrica	Custos públicos/segurança social; custos de Wilms não publicados regularmente
Alemanha	Elevado	~70-90 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa	Custos de seguros/públicos; custos de Wilms não publicados regularmente
Itália	Elevado	~45-65 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Centros nacionais de oncologia pediátrica	Custos públicos de saúde; custos de Wilms não publicados regularmente
Espanha	Elevado	~40-55 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa	Custos públicos de saúde; custos de Wilms não publicados regularmente
Países Baixos	Elevado	~15-25 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica muito centralizada	Custos públicos / de seguros
Suécia	Elevado	~8-15 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa	Custos públicos de saúde
Austrália	Elevado	~25-40 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Centros completos de oncologia pediátrica	Custos públicos Medicare/ Estado e seguros
Japão	Elevado	~45-65 modelados	Baixo a moderado; incidência na Ásia pode ser menor	~85-95%	Oncologia pediátrica completa	Custos públicos / de seguros
Coreia do Sul	Elevado	~15-25 modelados	Baixa mortalidade relativa	~85-95%	Oncologia pediátrica terciária completa	Custos públicos / de seguros

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 11 / Grupo de rendimento do país (continuação)

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Arábia Saudita	Elevado	~60-90 modelados por ano	Moderado; referenciação regional afeta resultados	~70-95%	Oncologia especializada; acesso varia por região	Cuidados terciários financiados pelo Estado
EAU	Elevado	~8-15 modelados por ano	Moderado; poucos casos	~70-95%	Serviços terciários de elevada capacidade	Custos estatais / seguros privados
Israel	Elevado	~8-15 modelados por ano	Baixa mortalidade relativa	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa	Custos públicos / de seguros
China	Médio-alto	~900-1,400 modelados	Elevada carga absoluta de mortalidade	~61-94% intervalo médio-alto	Grandes centros terciários; lacunas rurais/financeiras	Encargos públicos/privados/ pagamentos diretos
Brasil	Médio-alto	~280-420 modelados	Carga absoluta moderada a elevada	~61-94% intervalo médio-alto	Grande rede oncológica; desigualdades entre estados	Custos do SUS/públicos e privados
México	Médio-alto	~180-280 modelados	Moderado a elevado	~61-94% intervalo médio-alto	Centros especializados; atrasos/barreiras persistentes	Seguro público e custos familiares
Argentina	Médio-alto	~60-90 modelados por ano	Moderado	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados; variação regional	Custos públicos / segurança social
Chile	Elevado / médio-alto	~20-35 modelados por ano	Moderado a baixo	~70-95%	Rede de oncologia pediátrica	Custos do sistema público e seguros
Colômbia	Médio-alto	~70-110 modelados por ano	Moderado a elevado	~61-94% intervalo médio-alto	Centros de oncologia pediátrica; continuidade variável	Custos públicos/privados e familiares
Peru	Médio-alto	~60-95 modelados por ano	Moderado a elevado	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados concentrados nas cidades	Custos públicos e pagamentos diretos
África do Sul	Médio-alto	~100-160 modelados	Moderado a elevado	~61-94% intervalo médio-alto	Cuidados especializados públicos/privados; barreiras rurais	Custos públicos/privados e transporte familiar
Turquia	Médio-alto	~120-180 modelados por ano	Moderado	~61-94% intervalo médio-alto	Oncologia pediátrica especializada nas cidades	Custos públicos / segurança social

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 12 / Grupo de rendimento do país (continuação)

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Irão	Médio-baixo / médio-alto	~110-170 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Oncologia terciária; acesso variável a medicamentos	Custos estatais/beneficência/ familiares
Índia	Médio-baixo	~1,600-2,500 modelados por ano	Carga absoluta muito elevada	~0-85% intervalo médio-baixo	Centros de excelência; acesso desigual	Programas estatais e custos familiares elevados
Paquistão	Médio-baixo	~450-700 modelados por ano	Carga absoluta elevada	~0-85% intervalo médio-baixo	Grandes centros; acesso/ custos variáveis	Encargos públicos/ beneficência/familiares
Bangladeche	Médio-baixo	~300-500 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Capacidade especializada concentrada nas grandes cidades	Encargos estatais/ONG/ familiares
Indonésia	Médio-alto / médio-baixo	~500-800 modelados por ano	Carga absoluta elevada	~0-85% a 61- 94% intervalo misto	Centros especializados nas grandes cidades	Seguro público e custos familiares
Filipinas	Médio-baixo	~180-280 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Oncologia pediátrica em grandes centros	Encargos públicos/seguros/ familiares
Vietname	Médio-baixo	~130-220 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Hospitais especializados nas grandes cidades	Seguro estatal e custos familiares
Tailândia	Médio-alto	~70-110 modelados por ano	Moderado	~61-94% intervalo médio-alto	Capacidade de oncologia pediátrica; cobertura universal ajuda	Custos dos financiadores públicos
Malásia	Médio-alto	~45-75 modelados por ano	Moderado	~61-94% intervalo médio-alto	Oncologia pediátrica pública; diferenças na referenciação	Custos públicos de saúde
Egito	Médio-baixo	~220-350 modelados por ano	Carga absoluta elevada	~0-85% intervalo médio-baixo	Grandes instituições de oncologia pediátrica	Encargos estatais/ beneficência/familiares
Marrocos	Médio-baixo	~65-100 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Oncologia especializada em grandes centros	Encargos públicos/ beneficência/familiares
Argélia	Médio-alto	~85-130 modelados por ano	Moderado	~61-94% intervalo médio-alto	Serviços especializados nas grandes cidades	Cuidados financiados pelo Estado

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 13 / Grupo de rendimento do país (continuação)

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Nigéria	Médio-baixo	~900-1,500 modelados por ano	Carga absoluta muito elevada	~0-85% intervalo médio-baixo; inferior em muitos centros	Centros especializados com pouca capacidade; barreiras de custos/serviços	Despesa pública limitada; encargos familiares/ beneficência
Gana	Médio-baixo	~120-190 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Centros especializados; cobertura nacional limitada	Encargos estatais/seguros/ familiares
Quénia	Médio-baixo	~150-240 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Grandes centros de referência; acesso desigual	Encargos públicos/seguros/ beneficência/familiares
Uganda	Baixo	~160-250 modelados por ano	Elevado	~25-53% intervalo baixo	Oncologia pediátrica limitada; barreiras de referenciação/ apoio	Pressão orçamental estatal; custos familiares
Tanzânia	Médio-baixo	~180-290 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Centros de referência; acesso nacional limitado	Custos estatais/ONG/ familiares
Etiópia	Baixo	~300-500 modelados por ano	Carga absoluta muito elevada	~25-53% intervalo baixo	Cuidados especializados concentrados; limites de diagnóstico	Pressão orçamental; viagens/ pagamentos diretos
RD Congo	Baixo	~280-450 modelados por ano	Muito elevado	~25-53% intervalo baixo	Acesso completo muito limitado	Baixa capacidade estatal; encargos familiares/ beneficência
Sudão	Baixo / médio-baixo	~130-220 modelados por ano	Muito elevado; perturbações por conflitos	~25-53% baixo / 0-85% intervalo médio-baixo	Acesso gravemente limitado	Capacidade estatal limitada; encargos ONG/familiares
Iraque	Médio-alto / médio-baixo	~80-130 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% a 61- 94% intervalo misto	Serviços especializados com variação regional	Encargos estatais/familiares
Síria	Baixo / médio-baixo	~50-90 modelados por ano	Muito elevado quando os serviços são afetados	~25-53% baixo / 0-85% intervalo médio-baixo	Capacidade gravemente afetada pelo conflito	Encargos estatais/ONG/ familiares
Iémen	Baixo	~90-150 modelados por ano	Muito elevado	~25-53% intervalo baixo	Acesso completo muito limitado	Capacidade estatal muito baixa; encargos humanitários/ familiares
Jordânia	Médio-baixo / médio-alto	~18-30 modelados por ano	Moderado	~0-85% a 61- 94% intervalo misto	Cuidados especializados regionais disponíveis	Encargos estatais/ beneficência/familiares

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 14 / Grupo de rendimento do país (continuação)

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Líbano	Médio-baixo	~8-15 modelados por ano	Moderado a elevado; efeitos da crise económica	~0-85% intervalo médio-baixo	Cuidados especializados; barreiras financeiras	Custos estatais/privados/ beneficência/familiares
Palestina	Médio-baixo	~10-20 modelados por ano	Elevado devido a restrições de referenciação	~0-85% intervalo médio-baixo	Frequentemente depende de autorizações/centros externos	Encargos estatais/ONG/ transporte familiar
Omã	Elevado	~8-15 modelados por ano	Moderado; poucos casos	~70-95%	Referenciação terciária especializada	Cuidados financiados pelo Estado
Kuwait	Elevado	~7-12 modelados por ano	Moderado; poucos casos	~70-95%	Cuidados terciários com muitos recursos	Cuidados financiados pelo Estado
Barém	Elevado	~2-4 modelados por ano	Moderado; poucos casos	~70-95%	Cuidados terciários / referenciação regional	Cuidados financiados pelo Estado
Afeganistão	Baixo	~150-250 modelados por ano	Muito elevado	~25-53% intervalo baixo	Acesso completo limitado	Encargos estatais/ humanitários/familiares
Nepal	Médio-baixo	~45-75 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Centros especializados; acesso desigual	Encargos estatais/ONG/ familiares
Sri Lanca	Médio-baixo	~25-40 modelados por ano	Moderado	~0-85% intervalo médio-baixo	Oncologia pediátrica pública disponível	Cuidados financiados pelo Estado
Myanmar	Médio-baixo	~100-170 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Acesso especializado limitado e desigual	Encargos estatais/familiares/ humanitários
Camboja	Médio-baixo	~35-60 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Capacidade especializada limitada	Encargos estatais/ONG/ familiares
Laos	Médio-baixo	~14-25 modelados por ano	Elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Capacidade limitada de oncologia pediátrica	Encargos estatais/ONG/ familiares
Mongólia	Médio-baixo	~5-10 modelados por ano	Moderado a elevado	~0-85% intervalo médio-baixo	Cuidados especializados centralizados	Encargos estatais/familiares

Anexo B: Tabela estatística por país (continuação)

Fig. 15 / Grupo de rendimento do país (continuação)

País	Grupo de rendimento	Diagnósticos anuais	Mortalidade / carga	Referência de sobrevivência	Acesso ao tratamento	Pressão dos custos
Ucrânia	Médio-baixo	~45-75 modelados por ano	Variável devido à guerra	~0-85% intervalo médio-baixo	Centros especializados; continuidade afetada	Custos estatais/humanitários/ familiares
Polónia	Elevado	~30-45 modelados por ano	Baixo a moderado	~85-95%+	Oncologia pediátrica completa	Custos públicos de saúde
Roménia	Elevado / médio-alto	~15-30 modelados por ano	Moderado	~61-94% até rendimento elevado	Centros especializados disponíveis	Custos públicos de saúde

Notas sobre fontes e referências

Importante:

- S1: National Cancer Institute (NCI) dos EUA, PDQ: Tratamento do tumor de Wilms e de outros tumores renais infantis, atualizado em 15 de abril de 2025: 9,7 casos por milhão de crianças com menos de 15 anos e cerca de 650 casos anuais nos EUA.
- S2: Canadian Cancer Society: o Canadá registou 30 diagnósticos de cancro renal/da pelve renal em crianças dos 0–14 anos em 2022 e seis mortes em 2023. Quase todos estes cancros infantis são tumores de Wilms.
- S3: Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: incidência global de tumores renais infantis de 8,3 por milhão; mais elevada na América do Norte/Europa e menor na maioria das regiões asiáticas.
- S4: Cunningham et al., Global Disparities in Wilms Tumor, 2020: sobrevivência de 70–97 % em países de rendimento elevado, 61–94 % médio-alto, 0–85 % médio-baixo e 25–53 % baixo.
- S5: Estatísticas de sobrevivência Cancer.ca: no Canadá, a sobrevivência global aos 5 anos para tumor de Wilms entre os 0–14 anos é de cerca de 96 %.
- S6: Iniciativa Global da OMS para o Cancro Infantil: meta de pelo menos 60 % de sobrevivência mundial no cancro infantil até 2030.
- S7: Plataforma Global OMS / St. Jude de Acesso a Medicamentos para o Cancro Infantil: visa garantir abastecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade assegurada em países de rendimento baixo e médio, para cerca de 120.000 crianças.
- S8: Orientações SIOP-PODC para o tumor de Wilms: o tratamento curativo pode ser adaptado a contextos de baixo rendimento quando existem requisitos mínimos.
- S9: Relatório inicial do Collaborative Wilms Tumour Africa Project: sobrevivência de 39 % no fim do tratamento nos centros participantes. Tratamento incompleto e custos parentais contribuíram para a não conclusão.
- S10: Disease Control Priorities / Tratamento do cancro infantil em países de rendimento baixo e médio: o tratamento de Wilms é menos intenso do que o de alguns outros cancros infantis e favorece o reforço dos sistemas com boa relação custo-eficácia.



Wilms Cancer Foundation

Telefone: +1 (778) 514 5000
E-mail: info@WilmsFoundation.org
Website: www.WilmsFoundation.org
Morada: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, Estados Unidos, 20002.

Wilms Cancer Foundation, WCF e os lemas «Vencer o cancro renal infantil» e «A doença de que nunca ouviu falar» são marcas internacionais da Wilms Cancer Foundation e estão protegidos por direitos de autor. Conteúdo e conceção do documento: Wilms Cancer Foundation. © Copyright. Todos os direitos reservados.

Ao abrigo da legislação sobre direitos de autor, este documento não pode ser copiado, fotocopiado, reproduzido ou traduzido, total ou parcialmente, sem autorização prévia por escrito da Wilms Cancer Foundation.

EUA: Organização isenta de impostos ao abrigo de 501(c)(3) | EIN: 98-3478827
Canadá: Organização de beneficência registada: 756261939BC0001

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Todos os direitos reservados

Wilms Cancer Foundation (WCF)

A Wilms Cancer Foundation (WCF) é uma organização de beneficência que apoia e representa crianças, famílias e organizações de saúde afetadas pelo cancro renal pediátrico, em particular o nefroblastoma, conhecido como tumor de Wilms. A sua missão é criar um programa internacional de sensibilização, educação, defesa de direitos, deteção precoce, tratamento e apoio para combater a propagação da doença.

Este guia da WCF destina-se apenas a fins educativos. Baseia-se em normas internacionais de oncologia pediátrica do Canadá, dos Estados Unidos e da Europa. Consulte um profissional de saúde qualificado se tiver dúvidas ou preocupações.

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

© Copyright | Wilms Cancer Foundation | Todos os direitos reservados