REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

O perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com carcinoma de tireoide no Brasil de 2020 a 2025

The epidemiological profile of patients diagnosed with thyroid carcinoma in Brazil from 2020 to 2025

Perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con carcinoma de tiroides en Brasil de 2020 a 2025

Daniel Garcia da Gama Alves[1], Erine Souza Aguiar[1], Larissa Lina Takehana[1], Flavia Marques Santos[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das pessoas diagnosticadas com carcinoma de tireoide no Brasil entre 2020 e 2025. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários do Painel de Oncologia do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo consistiu em todos os casos registrados de carcinoma tireoidiano no período. **Resultados:** A incidência nacional mostrou uma trajetória não linear, com crescimento acentuado de 6.528 casos (2020) para 9.696 (2023), seguido por um declínio abrupto para 3.275 (2025). Houve um forte dimorfismo sexual, com a razão mulheres/homens variando entre 5:1 e 6:1, e um pico de incidência na faixa etária de 40 a 69 anos (29.012 casos). A região Sudeste apresentou o maior volume absoluto de casos, enquanto a região Nordeste exibiu um perfil de incidência mais estável e uma distribuição etária mais jovem. A análise do estadiamento foi severamente prejudicada, com 98% dos casos sem essa informação registrada, o que impossibilitou a avaliação da relação entre estágio da doença e outras variáveis. **Conclusão:** O estudo destaca como os padrões brasileiros de diagnóstico do carcinoma tireoidiano diferem do aumento global, sugerindo subnotificação e barreiras de acesso.

Palavras-chave: Neoplasia da glândula tireoide, Perfil de saúde, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of individuals diagnosed with thyroid carcinoma in Brazil between 2020 and 2025. **Methods:** This is a retrospective cross-sectional study with a quantitative approach, using secondary data from the Oncology Panel of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The study population consisted of all registered cases of thyroid carcinoma in the period. **Results:** National incidence showed a non-linear trajectory, with a sharp increase from 6,528 cases (2020) to 9,696 (2023), followed by an abrupt decline to 3,275 (2025). There was a strong sexual dimorphism, with a female-to-male ratio ranging from 5:1 to 6:1, and an incidence peak in the 40-69 age group (29,012 cases). The Southeast region presented the highest absolute volume of cases, while the Northeast region showed a more stable incidence profile and a younger age distribution. The staging analysis was severely compromised, with 98% of cases lacking this recorded information, which prevented the assessment of the relationship

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 4/2026**

between disease stage and other variables. **Conclusion:** The study highlights how Brazilian thyroid carcinoma diagnosis patterns differ from the global increase, suggesting underreporting and barriers to access.

Keywords: Thyroid neoplasms, Health profile, Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de las personas diagnosticadas con carcinoma de tiroides en Brasil entre 2020 y 2025. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo con enfoque cuantitativo, que utiliza datos secundarios del Panel de Oncología del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). La población del estudio consistió en todos los casos registrados de carcinoma tiroideo en el período. **Resultados:** La incidencia nacional mostró una trayectoria no lineal, con un aumento marcado de 6.528 casos (2020) a 9.696 (2023), seguido de un descenso abrupto a 3.275 (2025). Se observó un fuerte dimorfismo sexual, con una proporción mujer/hombre que varió entre 5:1 y 6:1, y un pico de incidencia en el grupo de edad de 40 a 69 años (29.012 casos). La región Sureste presentó el mayor volumen absoluto de casos, mientras que la región Noreste mostró un perfil de incidencia más estable y una distribución etaria más joven. El análisis de la estadificación se vio gravemente comprometido, ya que el 98% de los casos carecían de esta información registrada, lo que impidió evaluar la relación entre el estadio de la enfermedad y otras variables. **Conclusión:** El estudio destaca cómo los patrones de diagnóstico del carcinoma tiroideo en Brasil difieren del aumento global, lo que sugiere subnotificación y barreras de acceso.

Palabras clave: Neoplasias de la tiroides, Perfil de salud, Brasil.

INTRODUÇÃO

A glândula tireoide, que se localiza na região anterior do pescoço, envolvendo a cartilagem cricóide e os anéis traqueais, é um importante sítio para o desenvolvimento de neoplasias malignas. Por ser uma glândula endócrina responsável pela produção de hormônios que regulam fatores como o metabolismo e o crescimento do corpo, patologias que levam a disfunções tireoidianas tendem a apresentar efeitos sistêmicos por todo o organismo e sintomas bastante variados. O câncer tireoidiano possui um vasto espectro de apresentações clínicas que vai desde tumores indolentes com baixíssima mortalidade até carcinomas de crescimento extremamente acelerado e péssimo prognóstico. Portanto, um dos principais desafios no manejo dessa patologia é a escolha da abordagem terapêutica adequada, uma vez que neoplasias benignas ou malignas de baixo risco tratadas de maneira agressiva podem repercutir com lesão iatrogênica da tireoide, enquanto os carcinomas de subtipos agressivos devem ser rapidamente reconhecidos e tratados devido ao seu elevado risco (CABANILLAS ME, et al., 2016; CHEN DW, et al., 2023).

Um passo fundamental na terapia é a sua identificação e classificação precoce nos subtipos adequados. Apesar de geralmente apresentar um bom prognóstico quando detectado cedo, alguns subtipos podem ser mais agressivos e letais. A principal ferramenta de rastreio de nódulos tireoidianos suspeitos, após sua identificação na USG de tireoide, é a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), sendo o exame histopatológico o principal método diagnóstico. Além disso, a imuno-histoquímica auxilia na diferenciação entre os tipos tumorais, por exemplo, o carcinoma papilífero tende à positividade para HBME-1 e CK19, enquanto o medular é marcado com calcitonina e CEA. Essa diferenciação é fundamental para o estabelecimento do prognóstico, uma vez que os subtipos histológicos possuem grande diferença na evolução, metástase e consequentemente na sobrevida do paciente (COTRAN RS, et al., 2021; PRETE A, et al., 2020).

Em termos epidemiológicos, observa-se que se trata de uma doença com a maior incidência no sexo feminino, com histórico familiar de câncer na tireoide, em idades entre os 30 a 60 anos e exposição prévia a radiação, sobretudo na infância e adolescência. Recentemente têm-se detectado uma queda na mortalidade, porém um substancial e constante aumento de sua incidência em diversos países, incluindo o Brasil, ao menos desde a década de 90. Há certa controvérsia acerca do quão real seria esse crescimento, com autores argumentando que se trata de uma consequência do aumento da exposição a fatores de risco, sobretudo maior parcela da população com idade na faixa de risco e exposição à radiação, devido ao envelhecimento populacional e maior uso de exames com radiação ionizante respectivamente (ZHANG X, et al., 2023).

Além disso, observa-se o fato de que o aumento da incidência de carcinomas de tireoide é desigual, constituindo-se quase exclusivamente do maior número de carcinomas do subtipo papilífero, o que poderia denunciar uma mudança verdadeira na sua incidência. Nesse sentido, existem estudiosos que defendem a possibilidade de que o aumento da incidência dessas neoplasias reflete o desenvolvimento das técnicas e equipamentos, os quais têm aprimorado a capacidade médica de detectar malignidade mesmo em nódulos tireoidianos milimétricos, bem como o maior acesso exames de ultrassonografia e citologia por punção aspirativa com agulha fina. Tal progresso no diagnóstico e tratamento aparenta ser a tese mais aceita no Brasil (DRUMOND EF e DRUMMOND MFC, 2021; COELI CM, et al., 2005)

Assim, por meio da análise das variações temporais entre os anos de 2020 e 2025, bem como da distribuição geográfica e sociodemográfica dos casos, o propósito desse estudo é o de traçar o perfil epidemiológico das pessoas com câncer de tireoide no Brasil.

MÉTODOS

O presente estudo consistiu em um estudo transversal de caráter retrospectivo e abordagem quantitativa, que teve como objeto de pesquisa o perfil epidemiológico das pessoas diagnosticadas com Carcinoma de tireoide no Brasil, compreendendo o período de 2020 a 2025. Foram utilizados dados secundários provenientes do Painel de Oncologia do INCA, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Em relação aos aspectos éticos, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, esta pesquisa dispensa submissão ao CEP por utilizar exclusivamente dados secundários, públicos e não identificáveis.

A presente pesquisa teve como população as pessoas diagnosticadas com carcinoma de tireoide e devidamente registradas no Painel de Oncologia do DATASUS, no intervalo de 2020 a 2025, em todo o território nacional. Segundo Rosário e colaboradores (2013), o diagnóstico de carcinoma de tireoide se dá mediante o resultado do exame histopatológico realizado através de biópsia, após o rastreamento do nódulo por meio do USG de tireoide com seguimento deste conforme a classificação TI-RADS e realização do citopatológico na amostra colhida por PAAF e categorizada conforme a classificação Bethesda. Assim, os casos confirmados de Neoplasia maligna de tireoide seriam restritos aquelas pessoas que já fizeram este seguimento, com a devida notificação no SUS.

Foi utilizado como critério de inclusão os casos confirmados e registrados no DATASUS tendo “Carcinoma de tireoide” como diagnóstico detalhado e entrada de Janeiro de 2020 a Novembro de 2025. A presente pesquisa considerou casos de todas as regiões e unidades federativas do Brasil com diagnóstico registrado no período mencionado. Foram excluídos do presente estudo os casos de carcinomas tireoidianos diagnosticados em rede privada ou que não foram registrados no Painel de Oncologia do DATASUS.

A execução do presente estudo seguiu seis fases, de acordo com estabelecido para pesquisas com levantamento estatístico: 1) definição do problema; 2) planejamento; 3) coleta de dados; 4) apuração dos dados; 5) apresentação dos dados e 6) análise e interpretação dos dados (FALCO e JUNIOR, 2012). Em relação a definição do problema, o aumento da frequência e da gravidade com que o diagnóstico de carcinoma de tireoide é feito no Brasil, e a importância cada vez maior do rastreamento de patologias de tireoide motivou a pesquisa do perfil epidemiológico das pessoas com carcinoma de tireoide no Brasil. Assim, com este perfil, planejou-se obter um panorama geral do câncer de tireoide no contexto brasileiro, durante o período de 2020 a 2025. A coleta foi realizada em 18 de Novembro de 2025.

Após a coleta dos dados, estes foram organizados com uso do *software* Microsoft Excel e seguiu-se com a análise estatística da relação entre as variáveis, para verificar sua significância no contexto considerado. Tal análise teve caráter quantitativo e qualitativo, e os testes estatísticos (Qui-quadrado, ANOVA e regressão linear) foram realizados com o auxílio do *software* BioEstat 5.0 a fim de verificar a relação entre as outras variáveis e a variável dependente, o diagnóstico detalhado de Neoplasia maligna da glândula tireoide (CID C73), considerando Neoplasias in situ, neoplasias malignas ou neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido no diagnóstico. Esta variável principal foi analisada de acordo com o ano de diagnóstico e com a região deste, considerando a distribuição de diagnósticos conforme sexo, faixa etária e estadiamento das pessoas com o carcinoma tireoidiano no Brasil de 2020 a 2025.

Todas as taxas de incidência de câncer de tireoide foram calculadas de acordo com a fórmula abaixo, tendo como fator a população de 100.000 habitantes, utilizando-se, dos dados do Censo de 2022 do IBGE e das estimativas oficiais dos anos de 2020 a 2025 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

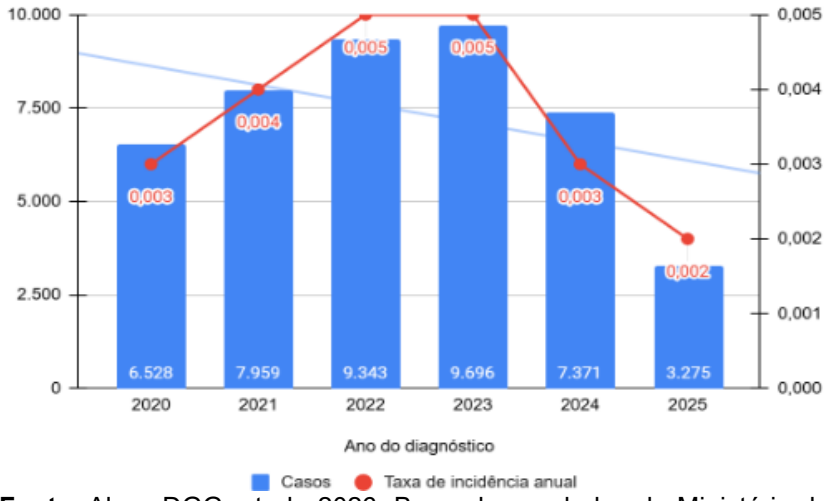
$$Taxa\ de\ incidência\ = \frac{Casos\ diagnosticados\ de\ CA\ de\ tireoide}{População\ total\ do\ ano} \cdot 100000$$

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnósticos por ano

Os dados sobre o diagnóstico e a incidência de carcinoma de tireoide no Brasil entre 2020 e 2025 revelam uma tendência não linear. O número absoluto de diagnósticos apresentou um crescimento acentuado de 2020 (6.528) até 2023 (9.696), com um pico neste último ano. Contudo, a partir de 2024 observa-se uma redução abrupta, com 7.371 casos, chegando a apenas 3.275 diagnósticos em 2025. Este padrão é corroborado pela taxa de incidência, que aumentou de 0,003% em 2020 para 0,005 em 2022 e 2023, seguida por um declínio para 0,003 em 2024 e 0,002 em 2025 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Diagnósticos e taxa de incidência de câncer de tireoide no Brasil por ano, de 2020 a 2025.



Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação -Sinan Net.

A incidência anual média de câncer de tireoide no período de estudo foi calculada de 0.003141808 por 100.000 habitantes. A análise de regressão linear para avaliar a tendência temporal da incidência apresentou um coeficiente de determinação (r) de -0,4056. O coeficiente de regressão (β1) foi de -0,0003 (p-valor = 0,4249), indicando uma correlação negativa moderada entre o ano e o número de diagnósticos, embora essa tendência não tenha atingido significância estatística (p-valor > 0,05).

Tais resultados apontam uma incidência muito baixa e uma tendência temporal decrescente de CA de tireoide contrastante com o aumento expressivo de diagnósticos amplamente documentado nos últimos anos. Enquanto a literatura atribui esse elevado índice principalmente ao sobrediagnóstico impulsionado pelo uso excessivo de exames de imagem (LYU Z, et al., 2024), a nova tendência observada localmente sugere que esse fenômeno é menos expressivo na população estudada. Essa diferença pode indicar tanto uma baixa ocorrência real da doença quanto possíveis limitações de acesso a serviços de diagnóstico especializado, que levariam a uma subnotificação (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a estabilidade na taxa de incidência reitera a ideia de que as práticas clínicas locais podem estar naturalmente mais alinhadas com as recomendações de evitar a investigação excessiva de nódulos tireoidianos (DAVIES L e WELCH HG, 2014). Este contexto reforça a necessidade de priorizar a investigação baseada em critérios de risco e sintomas, em detrimento de rastreamentos indiscriminados.

Diagnósticos por região

A análise em função da região geográfica e ano demonstrou heterogeneidade significativa, com os casos diagnosticados de CA de tireoide chegando a 4.468 no ano 2022 na região Sudeste (**Tabela 1**). Já o quantitativo de diagnósticos mais baixo foi registrado em 2020, na região Norte (230 casos). No geral, as regiões com maior incidência são Sudeste e Nordeste e a de menor incidência a região Norte. Apesar destes valores absolutos, quando analisada a taxa de incidência média no período, no Gráfico 2, observa-se que as regiões Centro Oeste e Norte tiveram as maiores (2,155 e 1,444), enquanto Sudeste e Nordeste as menores (0,004 e 0,150), refletindo a maior concentração populacional nessas últimas, que é proporcional aos altos índices de CA de tireoide.

Tabela 1 - Diagnósticos de câncer de tireoide no Brasil por ano segundo a região, de 2020 a 2025.

Região de diagnóstico	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	Taxa de incidência média
Região Norte	230	232	278	346	399	88	1.573	1,444
Região Nordeste	1.977	2.596	2.776	2.847	2.421	1.662	14.279	0,004
Região Sudeste	2.961	3.536	4.468	4.456	3.116	783	29.320	0,150
Região Sul	1.082	1.250	1.421	1.567	1.056	473	6.849	0,255
Região Centro-Oeste	278	345	400	480	379	269	2.151	2,155
Total	6.528	7.959	9.343	9.696	7.371	3.275	44.172	-

Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A Região Sudeste manteve o maior volume de casos ao longo de todo o período, com um pico de 4.468 diagnósticos em 2022. Em termos de tendência geral, observou-se um pico de diagnósticos em 2023, seguido por uma queda acentuada registrada em 2025. Contudo, foram identificados padrões regionais distintos: a Região Sudeste manifestou o declínio mais abrupto em 2025 (de 3.116 em 2024 para 783 em 2025); a Região Norte evidenciou um crescimento progressivo até 2024 (399), culminando em uma queda brusca em 2025 (88); e a Região Nordeste exibiu um padrão estável, com queda moderada em 2025 (1.662 diagnósticos) (**Tabela 1**).

O Teste ANOVA de Dois Critérios indicou que a incidência apresentou variações tanto em relação à região quanto ao ano ($p < 0,001$), estabelecendo uma nítida tendência temporal e disparidades regionais. Adicionalmente, foi verificada uma interação considerável entre região e ano ($p < 0,001$), sugerindo que a evolução temporal da incidência é heterogênea entre os diferentes contextos regionais.

A distribuição heterogênea do CA de tireoide constatada corrobora a premissa de que os padrões de diagnóstico desta neoplasia são profundamente influenciados por determinantes contextuais, como a disponibilidade de serviços de alta complexidade e o acesso diferencial a tecnologias de diagnóstico por imagem, visto que a concentração histórica de casos na Região Sudeste está alinhada a este cenário de desigualdade estrutural em saúde (LIN Y e WU Y, 2023).

Contudo, a tendência temporal mais relevante é o declínio acentuado e sincrônico na incidência registrado a partir de 2024, particularmente pronunciado na região com a maior base de diagnósticos prévios. Este padrão de redução abrupta é epidemiologicamente inconsistente com a história natural da doença e sugere, em vez disso, um fenômeno de correção de um ciclo de sobrediagnóstico. A trajetória observada é compatível com a implementação ou maior adesão a diretrizes clínicas mais restritivas, que visam reduzir a investigação de nódulos tireoidianos de baixo risco clínico, um movimento documentado internacionalmente como resposta à epidemia de diagnósticos (LIM H, et al., 2017). A heterogeneidade nos padrões regionais, com o Nordeste exibindo uma trajetória mais estável e o Norte um pico e queda tardios, evidencia que o ciclo de sobrediagnóstico e sua subsequente correção não são eventos uniformes (SOUSA EL, et al., 2025).

Diagnósticos por faixa etária

Conforme a **Tabela 2**, a faixa etária com a maior incidência de câncer de tireoide é a de 50 a 59 anos, no entanto as décadas anterior (40 a 49 anos) e posterior (60 a 69 anos) se destacam com altos índices de câncer de tireoide. A região Sudeste apresentou o maior número de casos em indivíduos de 50 a 59 anos (4.718). Observa-se que os extremos de idade (0-19 anos e 80 anos e mais) não são muito acometidos com essa doença. É preciso destacar também que no Norte e no Nordeste a faixa etária que teve mais diagnósticos foi a de 40 a 49 anos, destoando do padrão observado nas outras regiões, o que pode apontar uma tendência de diagnóstico mais precoce nessas áreas.

Tabela 2 - Diagnósticos de câncer de tireoide no Brasil por região segundo a faixa etária, de 2020 a 2025.

Região de diagnóstico	0 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
Norte	38	137	292	400	356	249	82	19
Nordeste	216	1.118	2.507	3.550	3.318	2.250	1.018	302
Sudeste	249	1.070	2.568	4.093	4.718	4.218	1.936	468
Sul	117	507	965	1.454	1.687	1.309	677	133
Centro oeste	34	165	335	483	566	361	169	38
Taxa de incidência média	0,81	9,69	21,07	33,59	44,05	47,06	40,00	20,93
Total	654	2.997	6.667	9.980	10.645	8.387	3.882	960

Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

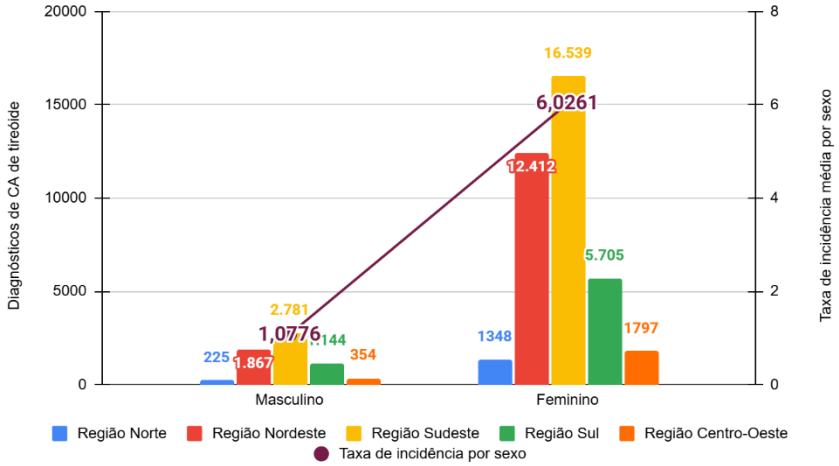
Para analisar a distribuição dos casos por região no período foram utilizados, o teste ANOVA que reforçou a distribuição desigual de diagnósticos por faixa-etária entre as regiões, obtendo p-valor < 0,001 para todas as faixas etárias testadas. Adicionalmente, ao analisar a taxa de incidência média por faixa etária, é possível concluir que há uma tendência predominantemente crescente do diagnóstico de CA de tireoide durante a vida, apesar da queda acentuada da curva após os 79 anos. As taxas aqui também sofreram variação do quantitativo populacional brasileiro por faixa etária, sendo que as maiores taxas de incidência foram observadas de 60 a 69 anos e 50 a 59 anos, enquanto as menores foram de 0 a 19 anos e de 20 a 29 anos (**Tabela 2**). Observa-se um padrão de crescimento comum entre todas as regiões, com uma maior concentração dos casos entre os 40 e 69 anos, faixa que contempla 29.012 casos no período analisado, compondo uma maioria absoluta. Este perfil demonstra que o carcinoma da tireoide, embora possa ocorrer em qualquer idade, apresenta-se predominantemente entre o fim da idade adulta e o início da terceira idade (KITAHARA CM e SCHNEIDER AB, 2024). Com forte influência do acúmulo de mutações e alterações do envelhecimento, como o encurtamento de telômeros, há uma maior suscetibilidade para progressão tumoral (LIDDY DD, et al., 2024).

Ademais, ao comparar-se a regiões Sudeste e Sul com as demais, sobretudo o Nordeste, observa-se que, o pico de incidência ocorre de forma mais tardia. Com uma incidência relativa na faixa 60-69 mais significativa que na região Nordeste. Tal fator pode ser explicado pela menor expectativa de vida nessa região, acesso a saúde mais difícil e menor eficiência do rastreio (JARDIM BC, et al., 2024). Nesse sentido, ressalta-se a compreensão de que as diversas grandezas epidemiológicas estão em constante interação e a explicação para determinadas oscilações no padrão etário pode estar nas diferenças regionais endêmicas do Brasil.

Diagnósticos por sexo

De acordo com o **Gráfico 2**, é notável a predominância dos casos de câncer de tireoide em mulheres em todas as regiões, fato que se reflete na taxa de incidência média entre as regiões no período considerado de 6,0261 a cada 100.000 mulheres. Na análise estatística, foi utilizado o teste Qui-quadrado de homogeneidade, que atestou que, apesar da frequência do CA de tireoide ser maior em mulheres em todas as regiões, existem diferenças altamente significativas na proporção dos diagnósticos entre homens e mulheres, conforme a região geográfica (p-valor < 0,0001) (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 - Diagnósticos e taxa de incidência média de câncer de tireoide por sexo segundo a região, de 2020 a 2025.



Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação -Sinan Net.

No que se refere à **Tabela 3**, nota-se que a distribuição de casos por sexo nos anos de 2020 a 2025 manteve-se estável, com as mulheres por 85,5% dos diagnósticos de CA de tireoide em média, sendo que em 2023 a taxa de incidência anual entre esta população foi a maior registrada no período (7,97), ao contrário de 2025 (2,25).

Tabela 3 - Taxas de incidência e distribuição dos diagnósticos de câncer de tireoide no Brasil por sexo segundo o ano, de 2020 a 2025.

Ano do diagnóstico	Masculino	Feminino	Total anual	Taxa de incidência anual entre homens	Taxa de incidência anual entre mulheres
2020	1.029	5.499	6.528	1,04	5,26
2021	1.149	6.810	7.959	1,17	6,51
2022	1.258	8.085	9.343	1,28	7,73
2023	1.361	8.335	9.696	1,38	7,97
2024	1.061	6.310	7.371	1,08	6,04
2025	513	2.762	3.275	0,52	2,64
Total	6.371	37.801	44.172	6,47	36,16

Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na análise temporal da distribuição dos diagnósticos de câncer de tireoide por sexo observa-se uma tendência significativa (p-valor = 0,038) no teste Qui-quadrado de tendência, destacando o sexo feminino com aproximadamente 6 vezes (RR = 5,59) mais risco de desenvolver câncer de tireoide comparado ao sexo masculino e cerca de 35 mais chances de desenvolver CA de tireoide (OR = 35,1).

Em suma, fica claro o forte dimorfismo sexual na incidência da doença. Esses achados alinham-se com a noção atual na literatura vigente de significativa maior expressão do carcinoma nesse sexo, fator que pode ser explicado pela ação de hormônios sexuais femininos, em especial o estrogênio na patogênese da doença através do estímulo à proliferação celular tireoidiana (SUTEAU et al., 2021). Por fim, a notável queda em 2025 deve ser pouco considerada, uma vez que pode ter havido atrasos na alimentação do sistema com os dados deste ano.

Diagnósticos por estadiamento

Conforme a **Tabela 4** apresenta, os diagnósticos de CA de tireoide no SUS se dão majoritariamente quando o tumor atinge o estágio 4, considerando os casos em que foi feito o estadiamento, um padrão observado em todas as regiões, assim como os baixos índices de diagnósticos de tumores em estágios de 0

a 3. Isso porque a maior parte desses diagnósticos de fato não sofre estadiamento como deveria, ou pelo menos, se estadiado, este não é registrado. Ao juntar os casos em que o estadiamento não foi aplicado com aqueles onde este foi ignorado, obteve-se a parcela esmagadora de 98% dos diagnósticos feitos no período, de modo que, em termos práticos, há pouquíssima viabilidade no seu uso para o entendimento da relação entre os estágios de carcinoma de tireoide e qualquer outra grandeza como tempo ou região.

Tabela 4 - Diagnósticos de câncer de tireoide por estadiamento segundo a região, de 2020 a 2025.

Região de diagnóstico	0	1	2	3	4	Não se aplica	Ignorado	Total
Região Norte	1	6	12	5	27	109	432	1.573
Região Nordeste	6	8	14	80	184	6.999	6.988	14.279
Região Sudeste	21	24	22	57	200	7.189	11.807	20.320
Região Sul	13	5	10	35	79	4.048	2.659	6.849
Região Centro-Oeste	1	2	3	3	28	1.478	636	2.151
Total	42	45	61	180	518	20.804	22.522	44.172

Fonte: Alves DGG, et al., 2026. Baseado em dados do Ministério da Saúde/SVS -Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Mesmo excluindo a categoria “Não se aplica”, os casos onde o estadiamento foi ignorado correspondem a maioria (50,9%), o que pode refletir o desinteresse de realizar o estadiamento ou a falta da estrutura necessária para tal. Existe associação altamente significativa entre região e estadiamento ($p < 0,00001$). Esta lacuna de informação apresenta-se ainda pior nas regiões Sudeste e Nordeste, uma vez que concentram a maior parte dos casos e denota uma grave falha sistêmica na notificação (BORGES AKM, et al., 2020).

Assim, fica evidente que a falta de estadiamento adequado pode levar à indicação excessiva de cirurgias radicais, mesmo em pacientes que poderiam se beneficiar de tratamentos mais conservadores (radioiodoterapia, supressão do TSH, lobectomia) ou até vigilância ativa, em tumores de baixo risco. Tais opções menos agressivas afetariam menos o paciente, podendo desobrigá-lo do tratamento de reposição dos hormônios tireoidianos vitalício que se segue a uma tireoidectomia total. Dessa forma, a ausência do estadiamento adequado impede que o paciente receba um tratamento individualizado e a subnotificação deste prejudica uma análise mais assertiva do panorama nacional (WARD LS, et al., 2022; BORGES AKM, et al., 2020).

Em última análise, o fato da maior parte dos casos registrados com o estadiamento adequado serem de diagnósticos nos estágios 3 e 4 sugere que há uma tendência maior à notificação da estratificação quando a doença já se encontra em caráter avançado, possivelmente pela complexidade do quadro demandar maior crivo e atenção. Outra possibilidade é que quando clinicamente aparente a ponto de ter seu estágio registrado, ela frequentemente já apresente disseminação local ou metastática. Em suma, há uma notável necessidade de retificação da coleta de dados, uma vez que a análise epidemiológica do estadiamento foi prejudicada pelo preenchimento inadequado dos dados, sendo esta lacuna o achado mais significativo em relação ao estadiamento e a maior limitação deste estudo.

CONCLUSÃO

Diante dos presentes achados, conclui-se que o perfil epidemiológico do câncer de tireoide no Brasil é marcado por fortes diferenças regionais, etárias e demográficas. A região Sudeste destaca-se pela maior incidência e volume absoluto de casos, fator possivelmente relacionado à maior densidade de serviços de saúde e métodos de diagnóstico. Enquanto isso, o Nordeste destaca-se por um perfil mais jovem em consequência das particularidades socioeconômicas da região. Ressalta-se que o menor número de casos registrados no Norte e Centro-Oeste provavelmente está associado a limitações estruturais para o diagnóstico. Observa-se ainda que o câncer de tireoide exibe um predomínio absoluto no sexo feminino sugerindo a influência de fatores hormonais em sua etiopatogênese. Quanto à idade, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária, há um pico de incidência entre adultos na quinta e sextas décadas de vida, explicado por alterações associadas ao envelhecimento que induzem à doença. Por outro lado, a apresentação em crianças e adolescentes é considerada rara. Temporalmente, a doença apresenta-se com uma ligeira

tendência a queda, possivelmente influenciada pela incompletude dos dados de 2025. Ressalta-se ainda a urgente necessidade de melhora na coleta de dados epidemiológicos na rede pública, particularmente com relação ao estadiamento, visto que qualquer análise estará naturalmente limitada e menos fidedigna sem o acesso aos índices necessários. Portanto, compreender as heterogeneidades nesse contexto é fundamental para a elaboração de estratégias de saúde que visem o rastreamento dirigido e o diagnóstico precoce do câncer de tireoide, além de uma alocação eficiente de recursos, sempre considerando as particularidades de cada grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. BORGES AKM, et al. Câncer de tireoide no Brasil: estudo descritivo dos casos informados pelos registros hospitalares de câncer, 2000-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2020; 29(4): e2019503.
2. BRASIL. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
3. CABANILLAS ME, et al. Thyroid cancer. The Lancet, 2016; 388(10061): 2783–2795.
4. CHEN DW, et al. Thyroid cancer. The Lancet, 2023; 401(10387).
5. COELI CM, et al. Incidência e mortalidade por câncer de tireóide no Brasil. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 2005; 49(4): 503–509.
6. COTRAN RS, et al. Robbins & Cotran Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 10. ed. Philadelphia, Pa: Elsevier, 2021; 1392p.
7. DANTAS TM, et al. Distribuição temporal e demográfica dos casos de neoplasia maligna da tireóide no brasil (2019-2024). Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, 2025; 30(1): 255–268.
8. DAVIES L e WELCH HG. Current thyroid cancer trends in the United States. JAMA otolaryngology-- head & neck surgery, 2014; 140(4): 317–322.
9. DRUMOND EF e DRUMMOND MFC. Câncer de tireoide no Brasil: o que dizem e o que não dizem os Registros Hospitalares de Câncer. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021; 30(3).
10. FALCO JG e JUNIOR RJM. Estatística. Curitiba: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – Paraná, 2012; 146p.
11. GRIPPA WR, et al. Early-onset (EO) cancer trends in Brazil: A comprehensive analysis of hospital-based cancer registry data (2000–2019). Journal of Clinical Oncology, 2025; 43(16_suppl): 10552–10552.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama Do Censo 2022.
13. JARDIM BC, et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil e regiões em 2018: aspectos metodológicos. Cadernos de Saúde Pública, 2024; 40(6).
14. KITAHARA CM e SCHNEIDER AB. Epidemiology of Thyroid Cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2022; 31(7): 1284–1297.
15. LIDDY DD, et al. Impact of age on genomic alterations and the tumor immune microenvironment in papillary thyroid cancer. Endocrine-Related Cancer, 2024.
16. LIM H, et al. Trends in Thyroid Cancer Incidence and Mortality in the United States, 1974-2013. JAMA, 2017; 317(13): 1338.
17. LIN Y e WU Y. Trends in incidence and overdiagnosis of thyroid cancer in China, Japan, and South Korea. Cancer Science, 2023; 114(10): 4052–4062.
18. LYU Z, et al. Global burden of thyroid cancer in 2022: Incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. Chinese Medical Journal, 2024; 14(04131).
19. PRETE A, et al. Update on Fundamental Mechanisms of Thyroid Cancer. Frontiers in Endocrinology, 2020; 11.
20. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores Básicos Para A Saúde No Brasil: Conceitos E Aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana Da Saúde, 2008.
21. ROSÁRIO PW, et al. Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 2013; 57(4): 240–264.
22. SILVEIRA VB, et al. Effect of COVID-19 pandemic on diagnosis and treatment of thyroid cancer in Brazil. Frontiers in Endocrinology, 2022; 13: 995329.

23. SOUSA EL, et al. Geographic disparities and temporal trends regarding access to cancer treatment: a spatial analysis, Brazil, 2015-2022. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2025; 35: e20240725.
24. SUTEAU V, et al. Sex Bias in Differentiated Thyroid Cancer. International Journal of Molecular Sciences, 2021; 22(23): 12992.
25. WARD LS, et al. Treatment strategies for low-risk papillary thyroid carcinoma: a position statement from the Thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM). Archives of Endocrinology and Metabolism, 2022; 66(4): 522–532.
26. ZHANG X, et al. Prevalence and Trends of Thyroid Disease Among Adults, 1999-2018. Endocrine Practice, 2023; 29(11): 875–880.