

Mestrado Profissional associado à residência médica

MEPAREM



Perfil clínico e demográfico de casos de melanoma cutâneo atendidos no HC-Unesp Botucatu antes, durante e após a pandemia por covid-19

Me.^a Vitória Castelo Branco Rocha Ibiapina do Monte

Prof. Dr. Juliano Vilaverde Schmitt

Prof.^a. Dr.^a. Gabriela Roncada Haddad



Programa de Pós-Graduação em Medicina
Mestrado Profissional Associado à Residência Médica
FMB - UNESP

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Programa de Pós-Graduação em Medicina**

Mestrado Profissional associado à Residência Médica-MEPAREM

Título:

Perfil clínico e demográfico de casos de melanoma cutâneo atendidos no HC-Unesp Botucatu antes, durante e após a pandemia por Covid-19

Autores:

Mestranda: Vitória Castelo Branco Rocha Ibiapina do Monte

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gabriela Roncada Haddad

Coorientador: Prof. Dr. Juliano Vilaverde Schmitt

Editoração e Diagramação:

Rafael Victor Francisco e Silva – **Staepe - FMB/Unesp**

Coordenação do MEPAREM:

Coordenadora: Profa. Associada Silméia Garcia Zanati Bazan

Vice-Coordenadora: Profa. Associada Maria Regina Bentlin

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ANA CLARA GATTO – CRB 8/10577

Monte, Vitória Castelo Branco Rocha Ibiapina do

Perfil clínico e demográfico de casos de melanoma cutâneo atendidos no HC-Unesp Botucatu antes, durante e após a pandemia por covid-19 [recurso eletrônico] / Vitória Castelo Branco Rocha Ibiapina do Monte, Gabriela Roncada Haddad, Juliano Vilaverde Schmitt. - Botucatu : FMB, 2026.

16 p. : il., tabs.

Ebook

Mestrado Profissional associado à Residência Médica - MEPAREM

ISBN: 978-65-5067-102-0

1. Melanoma. 2. Neoplasias cutâneas. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. COVID-19, Pandemia de, 2020-2023. I. Haddad, Gabriela Roncada. II. Schmitt, Juliano Vilaverde. III. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu. IV. Título

CDD 616.99477

Sumário

INTRODUÇÃO	4
OBJETIVO	7
MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO	12
RESULTADOS	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

O melanoma é o mais agressivo dentre os cânceres de pele, correspondendo a 90% da mortalidade por câncer de pele¹.

O diagnóstico dessa condição em fases iniciais é de extrema importância, já que nesse estágio há maior chance de cura com cirurgia, ao contrário do que ocorre em fases avançadas – com metástases à distância –, em que a sobrevida em cinco anos cai para aproximadamente 25%^{2,3,4}.

Alguns fatores estão relacionados a um maior risco de melanoma cutâneo: sexo masculino, fototipos de pele mais baixos (menor quantidade de melanina), exposição à radiação ultravioleta, idade e história familiar, por exemplo^{5,6}.

O diagnóstico exige inicialmente suspeita clínica de uma determinada lesão. Algumas ferramentas foram criadas para que a população possa reconhecer lesões suspeitas: como o método ABCDE – a presença de assimetria, bordas irregulares, duas ou mais cores em uma lesão, diâmetro igual ou superior a 6 mm ou a evolução (história da lesão) devem chamar atenção para a possibilidade de malignidade^{7,8} (Figura 1). Outro exemplo é o “sinal do patinho feio”: quando há uma lesão pigmentada que difere das demais presentes em um mesmo paciente, o que também deve aumentar a suspeita para melanoma⁹.



Figura 1: Lesões pigmentadas, que sugerem diagnóstico de melanoma: tais lesões chamam atenção: assimetria, bordas irregulares, variação de cor, não sendo possível avaliar o diâmetro. Fonte: Arquivo do serviço.

Após a suspeita, o diagnóstico é comprovado por meio de biópsia excisional – ou seja, retirada da lesão por inteiro com uma margem de segurança de 1 a 3 mm^{10,11}. O laudo da biópsia deve contar o subtipo da doença, a espessura do tumor (índice de Breslow), nível de invasão, índice mitótico, presença de ulceração, invasão perineural, invasão linfática e invasão vascular^{12,13}.

A evolução do paciente com melanoma pode ser estimada baseado no estadiamento da

doença, que é feito seguindo o sistema TNM da “American Joint Committee on Cancer” (AJCC) ^{14,15}, que varia com base em Tumor (T), Linfonodo (N), e presença ou não de Metástase à distância (M) ⁴³, conforme a imagem abaixo.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE T (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017)			
TAMANHO DA LESÃO PRIMÁRIA			
CATEGORIA T	ESPESSURA	ULCERAÇÃO	
Tx: espessura tumoral não pode ser acessada (ex.: curetagem)	Não se aplica	Não se aplica	
T0: Não há evidência de tumor (ex.: primário desconhecido ou regressão total do primário)	Não se aplica	Não se aplica	
Tis (melanoma in situ)	Não se aplica	Não se aplica	
T1	≤ 1 mm	Desconhecido ou não especificado	
	T1a	< 0,8 mm	Sem ulceração
	T1b	< 0,8 mm	Com ulceração
T2	0,8-1,0 mm	Com ou sem ulceração	
	>1,0-2,0 mm	Desconhecido ou não especificado	
	T2a	>1,0-2,0 mm	Sem ulceração
T2b	>1,0-2,0 mm	Com ulceração	
T3	>2,0-4,0 mm	Desconhecido ou não especificado	
	T3a	>2,0-4,0 mm	Sem ulceração
	T3b	>2,0-4,0 mm	Com ulceração
T4	>4,0 mm	Desconhecido ou não especificado	
	T4a	>4,0 mm	Sem ulceração
	T4b	>4,0 mm	Com ulceração

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE N (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017)			
METÁSTASE LOCO-REGIONAL LINFONODAL E/OU EXTRALINFONODAL			
CATEGORIA N	NÚMERO DE LINFONODOS POSITIVOS	PRESENÇA DE SAT, MSAT OU MT*	
Nx	não avaliado	não	
N0	linfonodo negativo	não	
N1	1 LN (+) ou presença de SAT, MSAT ou MT		
	N1a	pN1(sn)	não
	N1b	pN1	não
	N1c	Linfonodo negativo	sim
N2	2 ou 3 LN (+) ou 1 LN (+) e presença de SAT, MSAT ou MIT *		
	N2a	pN2(sn)	não
	N2b	pN2	não
	N2c	pN1(sn) ou pN1	sim
N3	4 ou mais LN (+) ou 2 ou 3 LN (+) e presença de SAT, MSAT ou MIT *		
	N3a	pN4(sn) ou mais	não
	N3b	pN4 ou LN coalescente	não
	N3c	pN2(sn) e/ou pN2 e/ou qq LN coalescente	sim

SAT: satelitose; MSAT: microssatelitose; MIT: metástase em trânsito

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE M (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017) METÁSTASES À DISTÂNCIA		
CATEGORIA M	SÍTIO ANATÔMICO	NÍVEL DHL
M0	Sem evidências de metástases	Não se aplica
M1	Evidências de metástases à distância	
M1a		Não avaliado
M1a(0)	Metástases para pele, tecidos moles, músculos ou linfonodos não regionais	Não elevado
M1a(1)		Elevado
M1b		Não avaliado
M1b(0)	Metástases para pulmão com ou sem comprometimento dos sítios M1a	Não elevado
M1b(1)		Elevado
M1c		Não avaliado
M1c(0)	Metástases para outros órgãos sem comprometimento de SNC com ou sem comprometimento dos sítios M1a e M1b	Não elevado
M1c(1)		Elevado
M1d		Não avaliado
M1d(0)	Metástases para SNC com ou sem comprometimento dos sítios M1a, M1b ou M1c	Não elevado
M1d(1)		Elevado

Figura 4: Tabelas de classificação das categorias T, N e M, de acordo com a 8ª edição da AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2017.

A pandemia por covid-19 teve como consequência a prioridade dos atendimentos voltadas aos pacientes infectados, com consultas e cirurgias por outros motivos canceladas ou adiadas, como por exemplo as dos pacientes dermatológicos, além da recomendação de isolamento social e ordem de “ficar em casa”, com queda na procura por consultas, exames e cirurgias por queixas de pele ^{16,17,18,19,20}.

Diversos estudos mostraram redução no número de atendimentos dermatológicos e diagnósticos de câncer de pele durante esse período, tanto no Brasil quanto em outros países, com consequentes diagnósticos mais tardios e em estágios mais avançados^{21,22}.

As consultas voltaram ao fluxo normal a partir de 2022 e 2023 e não há dados publicados na literatura atual que analisem o impacto da pandemia também nesse período. Por isso, este trabalho, um estudo observacional e retrospectivo, avalia o perfil clínico-demográfico dos casos de melanoma que foram diagnosticados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), em três períodos: PRÉ (2018 e 2019, anos anteriores à pandemia), TRANS (2020 e 2021, anos de pandemia em que houve redução dos atendimentos e cirurgias eletivos) e PÓS (2022 e 2023, após o retorno do fluxo habitual do serviço).

OBJETIVO

O e-book apresenta como a pandemia impactou os diagnósticos de melanoma, comparando os períodos PRÉ (2018-2019), TRANS (2020-2021) e PÓS (2022-2023). São avaliados os seguintes dados:

- Mudanças na quantidade de diagnósticos de melanoma entre os diferentes períodos.
- Consequências do atraso no diagnóstico em relação à gravidade dos casos.
- Variações no perfil clínico e demográfico dos pacientes.

MÉTODOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e, em seguida, foi realizado estudo baseado na revisão dos prontuários eletrônicos dos pacientes cujo diagnóstico de melanoma cutâneo foi confirmado por exame anatomopatológico no Hospital das Clínicas de Botucatu nos períodos PRÉ (2018-2019), TRANS (2020-2021) e PÓS (2022-2023).

Foram excluídos os pacientes que não tiveram o diagnóstico confirmado, os que não tiveram tumor primário esclarecido e os que não tinham todos os dados preenchidos no prontuário.

RESULTADOS

Entre 2018 e 2023, foram confirmados 258 casos de melanoma cutâneo no Hospital das Clínicas de Botucatu, sendo 112 em mulheres e 146 em homens.

Número de casos por período:

- 2018 e 2019 (antes da pandemia): 75 casos.
- 2020 e 2021 (durante a pandemia): 76 casos.
- 2022 e 2023 (após a pandemia): 107 casos.

A maioria dos pacientes tinham em torno de 62 anos, com tendência de aumento após a pandemia (média de 66 anos).

Em relação à localização das lesões:

- Tronco (37,2%).
- Cabeça e pescoço (29,5%).
- Membros superiores (18,6%).
- Membros inferiores (14,7%).

Tipos de melanoma mais frequentes:

- Extensivo superficial (41%).
- Lentigo maligno (30%).
- Nodular (15%).
- Acral lentiginoso (9%).

As informações acima estão resumidas na TABELA 1.

A profundidade das lesões de melanoma (índice de Breslow) diminuiu no período PÓS (após a pandemia), conforme explicitado na TABELA 2.

Além disso, a maior parte dos casos diagnosticados em todos os períodos estava em estágios iniciais (*in situ*), com tendência de aumento desses casos no período PÓS.

Por outro lado, casos diagnosticados em estágio avançado (estágio IV) aumentaram no período TRANS.

A quantidade total de casos de melanoma cutâneo diagnosticados por período teve um aumento relevante durante a pandemia (TRANS), conforme TABELA 3.

Tabela 1 – Dados gerais dos pacientes diagnosticados entre 2018 e 2023 (n=258)

Característica	Valor
Sexo	
Feminino	112 (43,4%)
Masculino	146 (56,6%)
Idade	62,6 (16,6)
Localização	
Cabeça e pescoço	76 (29,5%)
Tronco	96 (37,2%)
Membro superior	48 (18,6%)
Membro inferior	38 (14,7%)
Tipo clínico-patológico	
Extensivo superficial	105 (40,7%)
Nodular	38 (14,7%)
Lentigo maligno	78 (30,2%)
Acral lentiginoso	23 (8,9%)
Outros	14 (5,4%)
Breslow (excluindo in situ)	1,5 (0,6 – 5,1)
<i>In situ</i>	122 (47,3%)
Ulceração	
Sim	40 (15,5%)
Não	191 (74,0%)
Indeterminado	27 (10,5%)
Índice mitótico	2 (1 - 7)
Diâmetro da lesão	12 (7 – 20)
Estágio clínico	
0	122 (47,3%)
I	72 (27,9%)
II	39 (15,1%)
III	12 (4,6%)
IV	13 (5,0%)

Tabela 2 – Comparação entre os períodos estudados

Característica	PRÉ (2018 – 19)	TRANS (2020 – 21)	PÓS (2022 – 23)	P (PRÉ-TRANS ou a-b) ou geral	P (TRANS-PÓS ou b-c)	P (PRÉ-PÓS ou a-c)
	a	b	c			
Sexo				0,32		
Feminino	28 (37,3%)	32 (42,1%)	52 (48,6%)			
Masculino	47 (62,7%)	44 (57,9%)	55 (51,4%)			
Idade	61,4 (16,4)	58,4 (17,2)	66,5 (15,4)	0,49	<0,01	0,09
Localização				0,28		
Cabeça	16 (21,3%)	22 (28,9%)	38 (35,5%)			
MMSS	10 (13,3%)	14 (18,4%)	14 (13,1%)			
MMII	19 (25,3%)	14 (18,4%)	15 (14%)			
Tronco	30 (40%)	26 (34,2%)	40 (37,4%)			
Tipo clínico				0,15		

Acral	6 (8%)	8 (10,5%)	9 (8,4%)			
Extensivo	36 (48%)	30 (39,5%)	39 (36,4%)			
Lentigo maligno	18 (24%)	17 (22,4%)	43 (40,2%)			
Nodular	10 (13,3%)	15 (19,7%)	13 (12,2%)			
Outros	5 (6,7%)	6 (7,9%)	3 (2,8%)			
Diâmetro da lesão	13,5 (5,3 - 24,5)	15,5 (10 - 24,5)	10 (6,8 - 15,5)	0,06		
Breslow	0,6 (0 - 1,9)	0,3 (0 - 3,6)	0 (0 - 0,9)	0,74	0,05	0,03
Ulceração				0,11		
Sim	53 (77,9%)	51 (78,5%)	87 (88,8%)			
Não	15 (22,1%)	14 (21,5%)	11 (11,2%)			
Índice mitótico	1 (0 - 4)	2 (1 - 8)	2 (1 - 8)	0,09		
Estágio T				0,10		
Tis	26 (34,7%)	34 (44,7%)	62 (57,9%)			
T1	23 (30,7%)	15 (19,7%)	20 (18,7%)			
T2	9 (12%)	5 (6,6%)	7 (6,5%)			
T3	5 (6,7%)	7 (9,2%)	5 (4,7%)			
T4	12 (16%)	15 (19,7%)	13 (12,2%)			
Estágio geral				0,04		
0	26 (34,7%)	34 (44,7%)	62 (57,9%)			
I	28 (37,3%)	18 (23,7%)	26 (24,3%)			
II	15 (20%)	12 (15,8%)	12 (11,2%)			
III	4 (5,3%)	5 (6,6%)	3 (2,8%)			
IV	2 (2,7%)	7 (9,2%)	4 (3,7%)			

Tabela 3 – Comparação entre atendimentos e diagnósticos de melanoma por período estudado

	Atendimentos no período	Diagnósticos de melanoma	Incidência (%)	P
PRÉ	31.348	75	0,24%	
TRANS	16.230	76	0,46%	p<0,01
PÓS	34.782	107	0,31%	

DISCUSSÃO

A pandemia por covid-19 trouxe grandes impactos no diagnóstico do melanoma, com atrasos no diagnóstico, que se traduzem com aumento de detecção de casos em estágios mais avançados: com 7 casos diagnosticados em estágio IV no início da pandemia (período TRANS), estágio que corresponde à presença de metástases à distância. Esses pacientes podem ter procurado atendimento no período por sintomas causados pelas metástases²³, ao contrário do caso de lesões iniciais que tendem a ser assintomáticas e que, por isso, os pacientes podem ter atrasado o atendimento por medo de infecção pelo vírus da covid-19²⁴.

Além disso, houve aumento proporcional da quantidade de melanoma nesses dois anos, o que mostra que o fluxo implementado em Botucatu de priorizar consultas de casos mais suspeitos foi eficaz, visto que mesmo com as restrições os diagnósticos desse câncer de pele se mantiveram.

Com a retomada dos atendimentos, no período PÓS (2022-2023), houve mudança na idade média dos pacientes diagnosticados, com aumento da idade. Isso pode ser consequência da maior chance de gravidade de covid-19 entre os idosos, que possivelmente levou esse grupo de pacientes a evitar procurar consultas eletivas durante a pandemia²⁵.

Nesse biênio também houve aumento de melanoma cutâneo em estágios iniciais, dado que pode ter influência do uso da dermatoscopia e do mapeamento corporal como técnicas diagnósticas neste serviço^{26,27}.

A pandemia reforçou a necessidade de manter programas de triagem de campanhas de conscientização sobre o câncer de pele. Consultas regulares com dermatologista continuam sendo fundamentais para o rastreamento e para que os casos sejam diagnosticados em fases iniciais.

RESULTADOS

A pandemia por covid-19 reduziu o número de atendimentos em dermatologia e atrasou diagnósticos de melanoma. Isso levou a um aumento de casos em estágios avançados, o que pode dificultar o tratamento e impactar a sobrevida dos pacientes.

O estudo também concluiu que a estratégia de priorização clínica de lesões suspeitas adotada em Botucatu foi eficaz para que os diagnósticos de melanoma cutâneo se mantivessem durante a pandemia.

Esses resultados reforçam a importância de consultas regulares com o dermatologista e do diagnóstico precoce, fundamentais para aumentar as chances de cura do melanoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70(1):7–30.
2. Yu J, Luo X, Huang H, Zhai Z, Shen Z, Lin H. Clinical characteristics of malignant melanoma in Southwest China: a single-center series of 82 consecutive cases and a meta-analysis of 958 reported cases. *PLoS One.* 2016;11(11):e0165591.
3. Davis LE, Shalin SC, Tackett AJ. Current state of melanoma diagnosis and treatment. *Cancer Biol Ther.* 2019;20(11-12):1366-79.
4. Eddy K, Chen S. Overcoming immune evasion in melanoma. *Int J Mol Sci.* 2020;21(23):8984.
5. Roh MR, Eliades P, Gupta S, Grant-Kels JM, Tsao H. Cutaneous melanoma in women. *Int J Womens Dermatol.* 2017;3(Suppl 1):S11–15.
6. Miola AC, Schmitt JV, Miot HA. Interpretations about gender in the epidemiology of cutaneous melanoma *An Bras Dermatol.* 2022;97(3):406-7. doi:10.1016/j.abd.2022.01.001.
7. Rigel DS, Friedman RJ. The rationale of the ABCDs of early melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29(6):1060-1.
8. Bränstrom R, Hedblad MA, Krakau I, Ullén H. Laypersons' perceptual discrimination of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(5): 667-73.
9. Grob JJ, Bonerandi JJ. The “ugly duckling” sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. *Arch Dermatol.* 1998;134(1):103-4.
10. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR. Melanoma. National Comprehensive Cancer Network clinical guidelines [Internet]. Version 3.2018. Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2018 [citado 2025 jul 30]. Disponível em: www.nccn.org.

11. Stell VH, Norton HJ, Smith KS, Salo JC, White RL. Method of Biopsy and Incidence of Positive Margins in Primary Melanoma. *Ann Surg Oncol*. 2007;14(2):893–8.
12. Abbas O, Miller DD, Bhawan J. Cutaneous malignant melanoma: up-date on diagnostic and prognostic biomarkers. *Am J Dermatopathol*. 2014;36(5):363–79.
13. Menzies S, Barry R, Ormond P. Multiple primary melanoma: a single centre retrospective review. *Melanoma Res*. 2017;27(6):638–40.
14. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, et al. Melanoma staging: evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(6):472-92.
15. Thompson JF, Soong SJ, Balch CM, Gershenwald JE, Ding S, Coit DG, et al. Prognostic Significance of Mitotic Rate in Localized Primary Cutaneous Melanoma: An Analysis of Patients in the Multi-Institutional American Joint Committee on Cancer Melanoma Staging Database. *J Clin Oncol*. 2011;29(16):2199–205.
16. Kwatra SG, Sweren RJ, Grossberg AL. Dermatology practices as vectors for COVID-19 transmission: A call for immediate cessation of non-urgent dermatology visits. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):e179–e80. doi: 10.1016/j.jaad.2020.03.0372
17. Kutlu Ö, Güneş R, Coerd K, Metin A, Khachemoune A. The effect of the “stay-at-home” policy on requests for dermatology outpatient clinic visits after the COVID -19 outbreak. *Dermatol Ther*. 2020;33(4):e13581. doi:10.1111/dth.13581
18. Gao C, Liu B, Xie Y, Wu Z. Change of dermatological practice after the COVID-19 outbreak resolves. *J Dermatolog Treat*. 2020;31(4):436-8.
19. Kearns DG, Chat VS, Uppal S, Wu JJ. Reply to Letter to the Editor Regarding: “Applying to dermatology residency during the COVID-19 pandemic.” *J Am Acad Dermatol*. 2020;84(1):e31–2.

20. Schauer AA, Kulakov EL, Martyn-Simmons CL, Bunker CB, Edmonds J. Melanoma defies “lockdown”: ongoing detection during COVID-19 in central London. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(7):900-1. doi:10.1111/ced.14324.
21. Felipe CO, Medeiros ACTR, Queiroz MVR, Vallandro EID, Sarmenghi KD de A. Impactos do COVID-19 no ambulatório e residência médica em dermatologia. *Rev Cient Fac Med Campos [Internet]*. 2021 [citado 2021 nov 4];16(1):42–5. Disponível em: <http://fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/497>.
22. Gisondi P, Piaserico S, Conti A, Naldi L. Dermatologists and SARS-CoV-2: the impact of the pandemic on daily practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(6):1196–201.
23. Pellegrini C, Caini S, Gaeta A, Lucantonio E, Mastrangelo M, Bruno M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on delay of melanoma diagnosis: a systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel)*. 2024;16(22):3734.
24. Sarriugarte Aldecoa-Otalora J, Loidi Pascual L, Córdoba Iturriagagoitia A, Yanguas Bayona JI. How has the COVID-19 pandemic and lockdown affected breslow thickness in cutaneous melanoma? *Actas DermoSifiliogr (Engl Ed)*. 2022;113(1):T107–9.
25. Toma AO, Prodan M, Reddyreddy AR, Seclaman E, Crainiceanu Z, Bloanca V, et al. The epidemiology of malignant melanoma during the first two years of the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1):305.
26. Neila J, Soyer HP. Key points in dermoscopy for diagnosis of melanomas, including difficult to diagnose melanomas, on the trunk and extremities. *J Dermatol*. 2011;38(1):3–9.
27. Barcaui C, Bakos RM, Paschoal FM, Bittencourt FV, Bá BCS, Miot HA. Total body mapping in the follow-up of melanocytic lesions: recommendations of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2021;96(4):472-6. doi:10.1016/j.abd.2020.10.005.



CAPES

**Coordenação de
Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior**

ISBN: 978-65-5067-102-0

CRL



9 786550 671020

unesp 
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Programa de Pós-Graduação em Medicina
Mestrado Profissional Associado à Residência Médica
FMB - UNESP