

Perfil epidemiológico e tendência temporal das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025

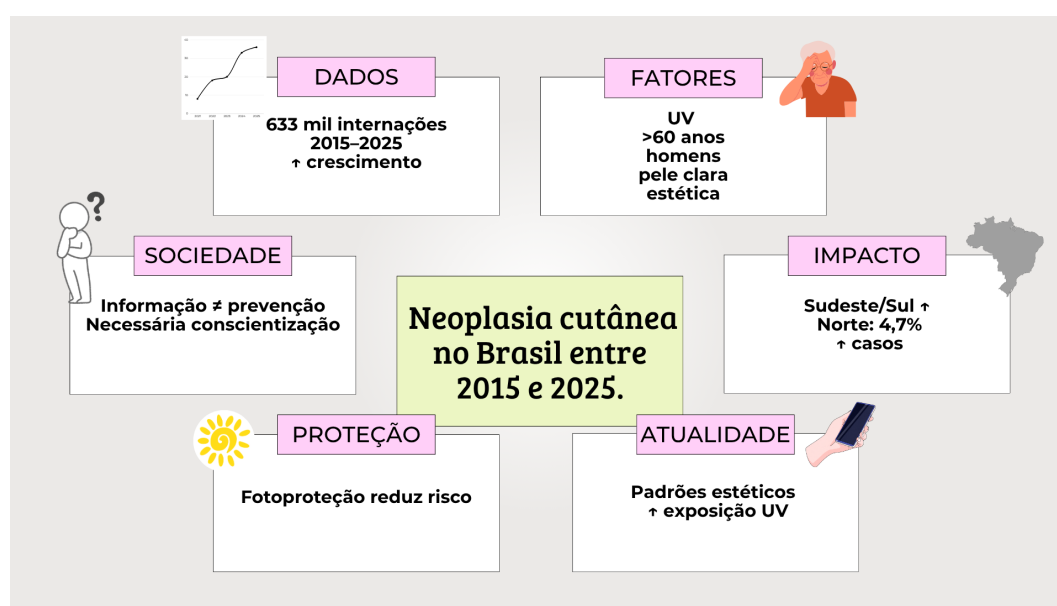
Geovanna Oliveira Martins Pinto¹  Matheus Oliveira Martins Pinto¹  Tainara dos Anjos Rodrigues¹ 
Maria Paula Maia Mariano¹  Ana Clara Moraes Silva¹  Gabriela Cardoso de Araújo¹ 

¹Universidade Iguaçu – UNIG. Nova Iguaçu/RJ, Brasil.
E-mail: med101.gabriela@gmail.com

Resumo Gráfico

Highlights

- Alta de internações por câncer de pele no Brasil entre 2015 e 2025.
- Predomínio de casos no Sul e Sudeste associado a fenótipos claros.
- Norte registra maior taxa de mortalidade hospitalar.
- Padrões estéticos e redes sociais podem influenciar a exposição solar de risco.



Elaboração própria por meio da plataforma Canva (imagem ilustrativa). Acesso em maio de 2026.

Resumo

Este estudo analisou o perfil epidemiológico e a tendência temporal das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025, com base em dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Foram registradas 633.457 internações no período, com predominância do sexo masculino (51,9%), de indivíduos autodeclarados brancos (65,8%) e da faixa etária de 60 anos ou mais (72,3%). As regiões Sudeste e Sul concentraram o maior número de internações, enquanto a região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade (4,70%). Observou-se tendência geral de crescimento ao longo da série histórica, com redução em 2020 e retomada progressiva nos anos subsequentes. Os achados indicam maior ocorrência de internações em grupos mais vulneráveis à exposição cumulativa à radiação ultravioleta e evidenciam desigualdades regionais no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, reforçando a necessidade de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Neoplasias da Pele. Epidemiologia. Saúde Pública. Raios Ultravioleta.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2026,50:e19952026
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 20 março 2026.

Aceito: 22 julho 2026.

Publicado: 17 agosto 2026.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele representa a neoplasia de maior incidência no mundo e constitui um importante problema de saúde pública devido à elevada frequência de casos e ao impacto sobre os sistemas de saúde¹. As neoplasias malignas da pele são classificadas em melanoma e câncer de pele não melanoma, grupo que inclui principalmente o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). Embora o melanoma apresente menor incidência, destaca-se pelo elevado potencial metastático e maior letalidade. Em contrapartida, os carcinomas não melanoma correspondem à maior parte dos diagnósticos e são responsáveis por expressiva demanda por procedimentos cirúrgicos e internações hospitalares².

Nas últimas décadas, estudos nacionais e internacionais têm demonstrado crescimento progressivo da ocorrência dessas neoplasias, especialmente em populações envelhecidas e em regiões com elevada intensidade de radiação solar³. Esse cenário resulta da interação entre fatores biológicos, ambientais e demográficos, incluindo idade avançada, características fenotípicas, predisposição genética e exposição cumulativa à radiação ultravioleta (UV), reconhecida como o principal fator ambiental associado ao desenvolvimento do câncer de pele⁴.

Além da exposição solar decorrente das atividades cotidianas e ocupacionais, a literatura descreve que fontes artificiais de radiação UV, como câmaras de bronzeamento, também estão associadas ao aumento do risco de melanoma e de outras neoplasias cutâneas, principalmente quando utilizadas em idades precoces⁵. Da mesma forma,

dispositivos empregados em procedimentos estéticos que utilizam radiação ultravioleta vêm sendo investigados quanto ao seu potencial de promover danos celulares cumulativos, embora as evidências sobre seus efeitos em longo prazo ainda sejam limitadas⁶.

Paralelamente, diferentes estudos têm discutido a influência de fatores socioculturais sobre os hábitos de exposição ao sol. A valorização do bronzeamento como padrão estético, frequentemente reforçada por meios de comunicação e plataformas digitais, pode favorecer comportamentos relacionados à exposição solar inadequada. Entretanto, essas associações decorrem de evidências descritas na literatura e não permitem estabelecer relação causal isolada com a ocorrência das neoplasias cutâneas⁷.

No contexto brasileiro, o monitoramento das internações hospitalares por neoplasias malignas da pele constitui importante ferramenta para compreender a distribuição da doença e subsidiar ações de planejamento em saúde. As informações disponibilizadas pelos sistemas nacionais permitem identificar tendências temporais e diferenças regionais, contribuindo para o direcionamento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e organização da assistência.

Considerando a elevada carga epidemiológica do câncer de pele no país, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a tendência temporal das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025, discutindo os achados à luz das evidências disponíveis na literatura científica.

METODOLOGIA

Pesquisa

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), abrangendo o período de 2015 a 2025⁸.

Para subsidiar a discussão dos resultados, realizou-se levantamento bibliográfico em março de 2026, utilizando artigos científicos relacionados à epidemiologia, fatores de risco e prevenção das neoplasias malignas da pele.

Seleção das informações

Foram incluídos os registros de internações classificados segundo os códigos C43.0 a C43.9 (melanoma maligno da pele) e C44.0 a C44.9 (outras neoplasias malignas da pele) da Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10)⁹.

As variáveis analisadas compreenderam sexo, faixa etária, raça/cor, região de internação, número de óbitos, taxa de mortalidade, média de permanência hospitalar e valores dos serviços hospitalares.

Para o desfecho óbito, foram considerados os registros de mortalidade hospitalar ocorridos durante internações cujo diagnóstico principal estava

codificado como neoplasia maligna da pele (C43.0 a C43.9 e C44.0 a C44.9). O sistema não permite distinguir se a causa básica do óbito foi diretamente a neoplasia ou outras condições associadas, motivo pelo qual os dados de mortalidade devem ser interpretados com cautela.

Extração de dados
Os dados foram extraídos do DATASUS e or-

ganizados em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*. Posteriormente, realizou-se análise descritiva por meio de frequências absolutas, relativas e distribuição temporal das internações, sendo os resultados apresentados em tabelas e gráficos.
Os achados foram interpretados com base na literatura científica disponível, sem a realização de análises destinadas a estabelecer relações de causalidade entre os fatores descritos e a ocorrência das internações.

Tabela 1 - Variáveis e categorias utilizadas na coleta de dados sobre internações por neoplasia maligna da pele no Brasil, 2015–2025.

Variável	Categorias	Descrição
Gênero	Feminino; Masculino	Gênero declarado pelo indivíduo.
Cor/raça	Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena; Sem informação	Autodeclaração conforme categorias utilizadas no sistema de informação.
Região	Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste	Região de internação do paciente.
Ano de notificação	2015 a 2025	Ano do registro da internação.
Faixa etária	<20 anos; 20–39 anos; 40–59 anos; 60–79 anos; 80 anos e mais	Distribuição dos indivíduos em grupos etários.
Valor de serviços hospitalares	Texto livre	Soma dos valores gastos com atendimentos e procedimentos hospitalares.
Média de permanência hospitalar	Texto livre	Tempo médio, em dias, de permanência hospitalar.
Número de óbitos	Texto livre	Quantidade de óbitos registrados no período ou local analisado.
Taxa de mortalidade	Texto livre	Relação entre o número de óbitos e o total de internações no período.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nas variáveis extraídas do SIH/SUS-DATASUS.

Uso de inteligência artificial
Ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas exclusivamente como apoio para revisão gramatical, organização textual e elaboração de tabelas e gráficos. Todas as decisões metodológicas, análises dos resultados, interpretação dos dados e elaboração das conclusões foram realizadas integralmente pelos autores.

Aspectos éticos e legais
Por utilizar exclusivamente dados secundários, públicos e sem identificação individual dos participantes, o presente estudo está dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No período de 2015 a 2025, foram registradas 633.457 internações hospitalares por neoplasia maligna da pele no Brasil. A distribuição desses casos, apresentada na Tabela 2, evidencia predomínio do sexo masculino, da faixa etária acima de 60 anos e de indivíduos autodeclarados brancos, além de expressiva concentração das internações nas regiões Sudeste e Sul. Esses achados apontam para um perfil epidemiológico marcado pela maior ocorrência da doença em populações mais envelhecidas e em contextos regionais com maior carga assistencial registrada.

Ainda de acordo com a Tabela 2, observa-se que a faixa etária de 60 a 79 anos concentrou a maior proporção das internações, seguida pelo grupo com 80 anos ou mais, reforçando a relação entre envelhecimento e maior frequência de hospitalizações por neoplasias malignas da pele. A distribuição por raça/cor também demonstrou predominância de indivíduos brancos, com participação relevante de pardos e presença de registros sem informação, o que sugere limitações no preenchimento dessa variável nos sistemas de informação.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico das internações por neoplasia maligna da pele no Brasil, 2015–2025.

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	329.129	51,9
Feminino	304.328	48,1
Faixa etária		
<20 anos	5.502	0,9
20–39 anos	25.939	4,1
40–59 anos	143.747	22,7
60–79 anos	329.710	52,0
80 anos e mais	128.559	20,3
Cor/raça		
Branca	416.701	65,8
Preta	8.580	1,4
Parda	164.910	26,0
Amarela	4.252	0,7
Indígena	124	0,02
Sem informação	38.890	6,1
Total	633.457	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base em dados do SIH/SUS-DATASUS.

A análise temporal mostrou tendência geral de crescimento das internações ao longo da série histórica, com redução em 2020 e retomada progressiva nos anos subsequentes, culminando nos maiores valores ao final do período analisado. Esse comportamento sugere influência do contexto pandêmico sobre o acesso aos serviços de saúde e posterior reorganização da assistência, com ampliação da detecção dos casos nos anos seguintes.

Os dados apresentados na Tabela 3 indicam que, embora as regiões Sudeste e Sul tenham concentrado os maiores números absolutos de óbitos, a região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade. Esse achado sugere que, apesar de menor volume absoluto de internações, a gravidade dos desfechos pode ter sido mais expressiva nessa região, possivelmente refletindo desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno.

Tabela 3 - Distribuição regional das internações, dos óbitos e da taxa de mortalidade por neoplasia maligna da pele no Brasil, 2015–2025.

Região	Internações (n)	Óbitos (n)	Taxa de mortalidade (%)
Norte	14.123	664	4,70
Nordeste	115.189	2.077	1,80
Sudeste	253.104	5.668	2,24
Sul	207.908	3.196	1,54
Centro-Oeste	43.133	689	1,60
Brasil	633.457	12.294	1,94

Fonte: Elaborada pelos autores com base em dados do SIH/SUS-DATASUS.

Em relação aos óbitos, os dados disponíveis não permitem discriminar se os registros decorreram diretamente da neoplasia maligna da pele ou de outras causas associadas durante a internação. Dessa forma, a interpretação desses resultados deve conside-

rar as limitações inerentes ao sistema de informação utilizado, especialmente porque a mortalidade por carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular é geralmente baixa, enquanto o melanoma apresenta comportamento clínico mais agressivo e maior po-

tencial de letalidade.

Outrossim, a permanência hospitalar média foi curta, sugerindo que parte expressiva das internações

esteve associada a procedimentos de curta duração, o que é compatível com o perfil assistencial esperado para esse tipo de neoplasia.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou tendência crescente das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025, com predominância de casos em indivíduos do sexo masculino, idosos, autodeclarados brancos e residentes nas regiões Sudeste e Sul. Esses achados são consistentes com o perfil epidemiológico descrito na literatura nacional e internacional, que demonstra aumento progressivo da carga dessas neoplasias nas últimas décadas, especialmente em populações envelhecidas e em regiões de maior incidência de radiação ultravioleta¹⁰.

É importante destacar que os dados analisados compreendem internações relacionadas tanto ao melanoma (CID C43) quanto às demais neoplasias malignas da pele (CID C44), incluindo principalmente os carcinomas basocelular e espinocelular. Esses subtipos apresentam características clínicas distintas quanto à incidência, ao comportamento biológico, ao prognóstico e ao tratamento¹¹. Como o banco de dados utilizado não permite a estratificação das internações segundo o tipo histológico, os resultados devem ser interpretados de forma conjunta, refletindo o comportamento epidemiológico das neoplasias malignas da pele como um todo.

A maior concentração de internações nas regiões Sudeste e Sul pode ser atribuída a diferentes fatores. Além de concentrarem parcela expressiva da população brasileira, essas regiões apresentam maior proporção de indivíduos com fototipos cutâneos claros, característica reconhecida como fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas¹². Estudos realizados no Brasil demonstram que indivíduos com pele clara, olhos claros, presença de múltiplos nevus e histórico de queimaduras solares apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento dessas neoplasias¹³.

Entretanto, é importante considerar que diferenças regionais também podem refletir desigualdades na organização da rede assistencial, na disponibilidade de serviços especializados e na capacidade diagnóstica. Dessa forma, o maior número de internações observado nas regiões Sul e Sudeste não deve ser interpretado exclusivamente como maior ocorrência da doença, mas também como possível consequência de maior acesso ao diagnóstico e ao tratamento hospitalar.

A predominância de internações entre indivíduos

do sexo masculino também está de acordo com estudos prévios realizados no Brasil e em outros países¹⁰. Entre os fatores descritos na literatura, destacam-se a maior participação masculina em atividades ocupacionais desenvolvidas ao ar livre, com consequente exposição cumulativa à radiação ultravioleta, além da menor adesão às medidas de fotoproteção e à procura por serviços preventivos de saúde quando comparados às mulheres. Ressalta-se, entretanto, que essas características não foram avaliadas diretamente no presente estudo, constituindo interpretações fundamentadas em evidências previamente publicadas.

Em relação à faixa etária, observou-se maior frequência de internações entre indivíduos com 60 anos ou mais. Esse resultado pode ser explicado pelo efeito cumulativo da exposição à radiação ultravioleta ao longo da vida, reconhecido como um dos principais mecanismos envolvidos na carcinogênese cutânea¹⁴. O envelhecimento também favorece o acúmulo de alterações celulares e a redução da capacidade de reparo do DNA, fatores que contribuem para o desenvolvimento dessas neoplasias.

A predominância de internações entre indivíduos autodeclarados brancos, correspondente a 65,8% dos registros, é compatível com o conhecimento atual acerca da suscetibilidade biológica associada aos fototipos cutâneos mais claros. A menor quantidade de melanina reduz a proteção natural contra os efeitos da radiação ultravioleta, aumentando o risco de danos ao DNA e, consequentemente, do desenvolvimento de câncer de pele¹⁵. Entretanto, deve-se considerar que diferenças na composição demográfica das regiões brasileiras também podem influenciar essa distribuição.

A análise temporal revelou crescimento progressivo das internações ao longo da série histórica, interrompido apenas durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19. A redução observada em 2020 provavelmente não representa diminuição da ocorrência da doença, mas sim reflexo das limitações impostas ao acesso aos serviços de saúde, da suspensão temporária de procedimentos eletivos e da redução das atividades de rastreamento e diagnóstico durante a emergência sanitária³. Nos anos subsequentes, observou-se retomada do crescimento das internações, acompanhando a reorganização da assistência hospitalar e a recuperação da capacidade diagnóstica.

Outro aspecto relevante refere-se à distribuição regional da mortalidade. Embora as regiões Sudeste e Sul tenham concentrado maior número absoluto de óbitos, a maior taxa de mortalidade foi registrada na região Norte. Esse achado pode refletir desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce, à assistência especializada e ao tratamento oportuno, fatores frequentemente apontados como determinantes das diferenças regionais nos desfechos oncológicos. Entretanto, o delineamento deste estudo não permite identificar os fatores responsáveis por essa diferença, sendo necessários estudos específicos para melhor compreensão desse cenário.

A exposição à radiação ultravioleta permanece como o principal fator ambiental associado ao desenvolvimento das neoplasias malignas da pele, sendo amplamente documentada na literatura científica¹⁶. Tanto a intensidade quanto o caráter cumulativo da exposição ao longo da vida contribuem para alterações moleculares capazes de favorecer a carcinogênese cutânea. Dessa forma, medidas de fotoproteção, diagnóstico precoce e educação em saúde continuam sendo estratégias fundamentais para reduzir a carga da doença.

Além da exposição solar natural, estudos demonstram associação entre o uso de câmaras de bronzamento artificial e o aumento do risco de melanoma, especialmente quando a exposição ocorre em idades mais precoces¹⁷. A radiação emitida por esses equipamentos pode atingir níveis superiores aos da radiação solar em determinadas condições de uso, motivo pelo qual diversas entidades de saúde pública recomendam sua restrição ou proibição.

Outras fontes artificiais de radiação ultravioleta, como equipamentos utilizados em procedimentos estéticos, também têm despertado interesse da comunidade científica. Embora estudos experimentais sugiram que exposições repetidas possam provocar danos celulares cumulativos, as evidências ainda são insuficientes para estabelecer sua contribuição direta para a ocorrência das neoplasias cutâneas em nível populacional¹⁸. Dessa forma, novos estudos são necessários para esclarecer a magnitude desse possível risco.

Outro aspecto frequentemente discutido na literatura refere-se à influência de fatores socioculturais sobre os hábitos de exposição ao sol. A valorização do bronzamento como padrão estético, frequentemente reforçada por meios de comunicação e plataformas digitais, pode favorecer comportamentos relacionados à exposição solar sem proteção adequada¹³. Entretanto, o presente estudo não avaliou hábitos individuais, utilização de redes sociais ou comportamentos relacionados à expo-

sição solar. Assim, tais aspectos são apresentados apenas como elementos descritos na literatura que podem contribuir para a compreensão do contexto epidemiológico observado.

Embora atualmente exista ampla disponibilidade de informações sobre prevenção do câncer de pele, a manutenção da tendência crescente das internações demonstra que a disseminação do conhecimento, isoladamente, pode não ser suficiente para promover mudanças sustentáveis nos comportamentos de risco⁷. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias preventivas que integrem educação em saúde, ampliação do acesso às medidas de fotoproteção, fortalecimento da Atenção Primária e campanhas direcionadas aos grupos populacionais mais vulneráveis.

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento observado na série histórica refere-se ao aprimoramento dos sistemas de informação em saúde e à ampliação do acesso aos serviços diagnósticos¹⁶. A melhoria da qualidade dos registros e da capacidade de identificação dos casos pode influenciar o número de internações notificadas ao longo dos anos, devendo esse aspecto ser considerado na interpretação dos resultados.

Em conjunto, os achados reforçam a importância do monitoramento contínuo das neoplasias malignas da pele por meio dos sistemas nacionais de informação. A utilização desses dados possibilita identificar tendências epidemiológicas, reconhecer desigualdades regionais e subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce, à prevenção e à organização da assistência oncológica no Brasil.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento ecológico e à utilização de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Inicialmente, ressalta-se que o banco de dados contempla apenas internações hospitalares, não permitindo estimar a incidência total das neoplasias malignas da pele na população brasileira.

Outra limitação refere-se à impossibilidade de estratificar os casos segundo o subtipo histológico. Embora tenham sido incluídos os códigos referentes ao melanoma e às demais neoplasias malignas da pele, não foi possível analisar separadamente as internações por carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma, cujos comportamentos clínicos, prognósticos e terapêuticos são distintos.

Adicionalmente, o banco de dados não disponibiliza informações sobre variáveis clínicas, como estadiamento tumoral, extensão da doença, tratamentos realizados, recorrência ou evolução clínica

dos pacientes. Também não contempla fatores individuais relacionados ao risco de desenvolvimento do câncer de pele, como ocupação profissional, hábitos de exposição solar, uso de medidas de fotoproteção, histórico familiar, fototipo cutâneo ou utilização de fontes artificiais de radiação ultravioleta.

Por essa razão, as discussões referentes aos fatores ambientais, ocupacionais, comportamentais e socioculturais foram fundamentadas exclusivamente nas evidências disponíveis na literatura cien-

tífica e utilizadas para contextualizar os resultados encontrados, não sendo possível estabelecer relações de causalidade a partir dos dados analisados.

Apesar dessas limitações, a utilização de uma base nacional de abrangência pública permitiu caracterizar o perfil epidemiológico das internações por neoplasias malignas da pele ao longo de uma série histórica de onze anos, fornecendo informações relevantes para o planejamento de estratégias de vigilância, prevenção e organização da assistência oncológica no Brasil.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou tendência crescente das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025, evidenciando maior frequência entre indivíduos do sexo masculino, idosos, autodeclarados brancos e residentes nas regiões Sudeste e Sul. Além disso, observou-se que a região Norte apresentou a maior taxa de mortalidade, indicando possíveis desigualdades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno.

Os achados reforçam a importância do monitoramento epidemiológico contínuo por meio dos sistemas nacionais de informação em saúde, uma vez que esses dados subsidiam o planejamento de políticas públicas voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e à organização da assistência oncológica. Considerando o envelhecimento populacional e a tendência de crescimento das internações, torna-se

necessário fortalecer ações de educação em saúde, promoção da fotoproteção e ampliação do acesso aos serviços especializados, especialmente nas regiões com maiores indicadores de mortalidade.

Ressalta-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados considerando as limitações inerentes ao uso de dados secundários e à impossibilidade de estratificação dos diferentes subtipos de neoplasias malignas da pele. Dessa forma, estudos futuros que permitam analisar separadamente melanoma, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular, bem como incorporar informações clínicas e fatores individuais de risco, poderão ampliar a compreensão do comportamento epidemiológico dessas doenças e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e assistência mais direcionadas.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Pinto, GOM. Metodologia: Araújo, GC. Validação: Rodrigues, TA; Mariano, MPM. Análise estatística: Pinto, MOM; Silva, ACM. Análise formal: Pinto, MOM; Silva, ACM. Investigação: Pinto, GOM; Rodrigues, TA. Recursos: Mariano, MPM. Redação do rascunho original: Pinto, GOM; Rodrigues, TA. Redação, revisão e edição: Silva, ACM; Araújo, GC. Visualização: Pinto, GOM; Pinto, MOM; Silva, ACM. Supervisão: Araújo, GC. Administração do projeto: Pinto, GOM. Curadoria de dados: Pinto, MOM; Mariano, MPM.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Arnold M, et al. Global burden of cutaneous melanoma in 2020 and projections to 2040. *JAMA Dermatol.* 2022;158(5):495-503. DOI:10.1001/jamadermatol.2022.0160.
2. Langselius O, et al. Global burden of cutaneous melanoma incidence attributable to ultraviolet radiation in 2022. *Int J Cancer.* 2025;157(6):1110-1119. DOI: 10.1002/ijc.35463.
3. Zhang X, et al. Global, regional and national trends in melanoma and non-melanoma skin cancer burden from 1990 to 2021: a Global Burden of Disease study. *Sci Rep.* 2025;15(1):1-12.
4. Whiteman DC, Green AC, Olsen CM. The growing burden of invasive melanoma: projections of incidence rates and numbers of new cases in six susceptible populations through 2031. *J Invest Dermatol.* 2016;136(6):1161-1171. DOI: 10.1016/j.jid.2016.01.035.
5. Schadendorf D, et al. Melanoma. *Lancet.* 2018;392(10151):971-984. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31559-9.
6. Lucas RM, et al. Human health in relation to exposure to solar ultraviolet radiation under changing stratospheric ozone and climate. *Photochem Photobiol Sci.* 2019;18(3):641-680. DOI: 10.1039/c8pp90060d.

-
7. Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e4757. DOI: 10.1136/bmj.e4757.
 8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [base de dados na Internet]. Brasília: DATASUS; 2024 [acesso em 4 mar 2026]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
 9. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [base de dados na Internet]. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em 2 mar 2026]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>
 10. Karimkhani C, et al. The global burden of melanoma: results from the Global Burden of Disease Study. *Br J Dermatol*. 2017;177(1):134-140. DOI: 10.1111/bjd.15510.
 11. Garbe C, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics: Update 2022. *Eur J Cancer*. 2022;170:236-255. DOI: 10.1016/j.ejca.2022.03.008.
 12. Duquia RP, et al. Prevalence of sun exposure and its associated factors in southern Brazil: a population-based study. *An Bras Dermatol*. 2013;88(4):554-561. DOI:10.1590/abd1806-4841.20132122
 13. Moreno M, Batista FRB, Bonetti TC. Sobrevida de pacientes com melanoma cutâneo na região Oeste de Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(4):649-653. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n4.567.
 14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso em 2 mar 2026]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
 15. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*. 2012;166(5):1069-1080. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2012.10830.x.
 16. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Campanha nacional de prevenção ao câncer da pele: dados epidemiológicos. *An Bras Dermatol*. 2008;83(4): DOI: 10.1590/S0365-05962008000400004.
 17. Guy GP Jr, Thomas CC, Thompson T, Watson M, Massetti GM, Richardson LC. Vital signs: melanoma incidence and mortality trends and projections - United States, 1982-2030. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(21):591-596.
 18. Holman DM, Freeman MB, Shoemaker ML. Trends in melanoma incidence among non-Hispanic whites in the United States, 2005 to 2014. *JAMA Dermatol*. 2018;154(3):361-362. DOI: 10.1001/jamadermatol.2017.5541.
-

Como citar este artigo: Pinto, G.O.M., Pinto, M.O.M., Rodrigues, T.A., Mariano, M.P.M., Silva, A.C.M., Araújo, G.C. (2026). Perfil epidemiológico e tendência temporal das internações por neoplasias malignas da pele no Brasil entre 2015 e 2025. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19952026P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e19952026.