

Euromelanoma em Portugal 2010 a 2016

Ana Filipa Duarte^{1,2,3}, Osvaldo Correia^{1,2,3}, João Nuno Maia e Silva^{1,4,5,6}, Cecília Moura^{1,7}, Ricardo Vieira^{1,8,9}, António Picoto^{1,10}

¹Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, Portugal

²Centro de Dermatologia Epidermis, Instituto CUF, Porto, Portugal

³Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁵Centro de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

⁶Instituto CUF de Oncologia, Lisboa, Portugal

⁷Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal

⁸Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

¹⁰Clínica de Dermatologia Dr. António Picoto, Lisboa, Portugal

RESUMO – Introdução: A incidência dos cancros da pele tem vindo a aumentar nos últimos anos em todo o mundo. O alerta das populações para a prevenção primária, promovendo o conhecimento sobre factores de risco e incentivando melhores comportamentos de protecção solar, bem como a prevenção secundária fomentando o auto-exame de pele e rastreios, são estratégias fundamentais da luta contra o cancro da pele. A Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia e a Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, têm colaborado com o Euromelanoma, uma iniciativa pan-Europeia de informação e rastreio de cancro da pele, desde o ano 2000. **Material e Métodos:** Este estudo transversal consistiu na avaliação dos dados do formulário do Euromelanoma preenchido aquando do rastreio no dia do Euromelanoma, em Portugal Continental e Ilhas, nas instituições públicas e privadas, de 2010 a 2016. **Resultados:** Foram incluídos 9862 indivíduos, 63% mulheres e 37% homens, com uma média de idades de 48 anos. O número de lesões clinicamente suspeitas de malignidade, ou de risco de malignidade, foi relativamente baixo mas consistente com outros estudos publicados do Euromelanoma: 3% carcinoma basocelular, 0,4% carcinoma espinocelular, 1% melanoma e 6% de queratoses actínicas. **Conclusão:** A iniciativa do Euromelanoma suscitou a nível nacional e internacional uma maior sensibilização das populações para a temática do cancro da pele, com amplificação das mensagens pela comunicação social, assumindo-se como um importante tema de saúde pública, reconhecido pelas autoridades políticas e sanitárias.

PALAVRAS-CHAVE – Detecção Precoce de Cancro; Melanoma/prevenção & controlo; Neoplasias da Pele/prevenção & controlo; Promoção da Saúde.

Euromelanoma in Portugal 2010-2016

ABSTRACT – Introduction: The incidence of skin cancer has been increasing in recent years around the world. Key targets in the fight against skin cancer include alerting populations to primary prevention by promoting knowledge about risk factors and encouraging better sun protection behaviors as well as secondary prevention promoting skin self-examination and screenings. The Portuguese Society of Dermatology and Venereology and the Portuguese Skin Cancer Association, have collaborated with Euromelanoma, a pan-European information and screening initiative for skin cancer since the year 2000. **Material and Methods:** This cross-sectional study consisted in the evaluation of data from the completed Euromelanoma questionnaires during the Euromelanoma screening day in Continental Portugal and Islands, in public and private institutions from 2010 to 2016. **Results:** A total of 9862 individuals were included, 63% female and 37% male, with a mean age of 48 years. The number of clinically suspected malignant or pre malignant lesions was relatively low but consistent with other published Euromelanoma studies: 3% basal cell carcinoma, 0.4% squamous cell carcinoma, 1% melanoma, and 6% of actinic keratoses. **Conclusion:** The Euromelanoma initiative has raised at national and international level a greater awareness of the population on the theme of skin cancer, with promotion of the messages by the media, assuming itself as an important subject of public health, recognized by the political and sanitary authorities.

Correspondência: Ana Filipa Duarte

Centro de Dermatologia Epidermis, Instituto CUF

Rua Fonte Sete Bicas nº 170, piso 2 - 4460-188 Sra. da Hora (Matosinhos), Portugal

E-mail: duarte.af.t30@gmail.com

DOI: <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.75.4.873>

Recebido/Received

10 Setembro/September 2017

Aceite/Accepted

15 Outubro/October 2017

Artigo Original

KEYWORDS – *Early Detection of Cancer; Health Promotion; Melanoma/ prevention & control; Skin Neoplasms/prevention & control.*

INTRODUÇÃO

A incidência dos vários tipos de cancro da pele está a aumentar em todo o mundo, sendo a exposição exagerada ou inadequada à radiação ultravioleta, um dos fatores causais reconhecidos mais importantes e passíveis de serem evitados. O diagnóstico tardio dos cancros da pele implica uma maior morbilidade e mortalidade dos pacientes e tem importante impacto económico nas famílias e na sociedade em geral. No entanto, as recomendações atuais das sociedades profissionais sobre rastreio de cancro da pele não são consensuais.^{1,2} Múltiplas iniciativas de prevenção primária e secundária têm surgido nas últimas décadas em todo o mundo,³⁻⁵ permitindo a difusão de informação para o grande público e incentivando práticas e políticas que visam reduzir a incidência e a mortalidade por cancro da pele. A campanha mais abrangente e sustentada foi conduzida em Victoria, Austrália, durante os últimos 40 anos.⁶

Na prevenção primária, o desenvolvimento de estratégias para evitar fatores de risco, alterando o comportamento das pessoas e / ou modificando as condições de exposição ambiental ou artificial, só são bem-sucedidos se forem realizados programas contínuos para grupos-alvo,⁷ com envolvimento multidisciplinar (educadores, professores, enfermeiros, farmacêuticos, médicos de família e do trabalho, pediatras, dermatologistas, oncologistas,...). A informação deve ser explícita e perceptível, evitando o risco de falsa sensação de segurança frequentemente atribuída aos protetores solares por permitirem a exposição prolongada pela minimização do risco de queimadura solar.⁸

Com o intuito de educar e informar a população foi criada a Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (APCC), em 1985, por iniciativa de António Cabral de Ascensão e vários outros colegas dermatologistas, associação sem fins lucrativos, que tem desenvolvido com o voluntariado e dedicação dos seus participantes e simpatizantes múltiplas ações de prevenção primária, com ações de divulgação dos cuidados a ter com o Sol e de alerta para o diagnóstico precoce dos cancros da pele. A APCC tem sido incumbida de organizar e promover o “Dia do Euromelanoma” desde o ano 2000, em estreita colaboração com a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV).

O primeiro despiste de cancro cutâneo em Portugal de que há registo realizou-se na última semana de Junho de 1988, pelo Serviço de Dermatologia, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, sob a coordenação de João Abel Amaro, tendo sido diagnosticados 68 cancros da pele em 1122 indivíduos rastreados.⁹

Na Europa, a campanha mais mediática é o Euromelanoma, uma iniciativa pan-Europeia de sensibilização e rastreio gratuito de cancro da pele, efectuado por dermatologistas voluntários, cuja edição piloto se realizou em 1999 na Bélgica.¹⁰

Atualmente conta com a participação de mais de 30 países e Portugal é participante ativo desde a primeira edição internacional no ano 2000, com o apoio da APCC e da SPDV.³ O primeiro dermatologista coordenador português foi João Abel Amaro, de 2000 a 2009, em colaboração com os Presidentes Thomas Masmelis (2000-2005) e Andreas Katsambas (2005-2009). O seu sucessor, desde 2009 até ao presente, é Osvaldo Correia, com a Presidente Veronique del Marmol (2009-2017).

O grupo internacional do Euromelanoma reúne-se habitualmente durante o Congresso anual da Academia Europeia de Dermatologia e Venereologia, altura em que define a data e tema da campanha anual que tem lugar em maio do ano seguinte antes do início da época estival. Todos os anos são produzidos materiais de suporte alusivos ao tema da campanha, nomeadamente cartazes e folhetos alertando para os fatores de risco, lesões suspeitas e auto exame. A divulgação da campanha é feita semanas antes do evento e conta ainda com o apoio dos meios de comunicação social e dos sites oficiais institucionais (www.euromelanoma.org; www.apcancrocuteano.pt; www.spdv.pt).¹¹ Em Portugal, habitualmente duas semanas antes do evento é convocada uma conferência de imprensa, com representantes da APCC, SPDV e Direção Geral da Saúde, acompanhados de figuras públicas do desporto ou televisão, a alertar para a relevância do tema e informar detalhes da iniciativa. No dia do rastreio é preenchido um formulário padronizado, anónimo,³ cujos dados são enviados para a base de dados internacional do Euromelanoma.

Apesar do nome da campanha internacional evocar apenas o melanoma, o cancro da pele com maior morbilidade e mortalidade, desde 2013 que o material informativo dá realce aos vários tipos de cancros da pele, melanoma e não melanoma.

São prioritários programas educacionais nacionais desde a infância, alertando para o risco de cancro da pele e a necessidade de ter uma relação saudável com a exposição UV, evitando a exposição solar direta nas horas mais perigosas (entre 11 horas e as 17 horas), procurar sombras, usar chapéu e óculos de sol, roupa que cubra dentro dos possíveis as áreas potencialmente expostas, aplicação de protetor solar em áreas expostas e evitar solários.

Múltiplas iniciativas têm sido desenvolvidas e promovidas pela APCC. Desde 2003 são organizados anualmente cursos de formação para profissionais de educação e saúde, no Porto ou em Lisboa, com uma assistência global de mais de 11 000 profissionais, até à data, ministrados com a colaboração de dezenas de dermatologistas portugueses e frequentemente apoio de colegas estrangeiros de renome na oncologia cutânea. Desde 2003 que se intensificaram ações de prevenção primária em escolas, praias, em iniciativas desportivas e junto de trabalhadores com profissões ao ar livre (agricultura

e construção civil), com distribuição de livros educativos (“Brinca e aprende com o Zé Pintas. Sol, Férias, cuidados a ter ...”) e folhetos informativos dos cuidados de prevenção primária e secundária.¹²⁻¹⁶

Anualmente, desde 2004, são distribuídos por um número crescente de múltiplas localidades, cartazes (*outdoors/muppies*) dirigidos à população geral, com mensagens claras de cuidados a ter com o Sol, ensino do diagnóstico precoce de cancro da pele e de estímulo ao auto exame.¹⁷ Em 2016, 127 autarquias associaram-se a esta causa com a colocação gratuita de cartazes durante a época de verão.

A promoção da detecção precoce de cancro da pele envolve a disseminação de estratégias de auto exame da pele, relembrando fatores de risco e promovendo rastreios.¹⁸ A prevenção secundária tem merecido a máxima atenção da APCC, com a participação em rastreios organizados em centros de saúde, escolas e entidades desportivas, bem como o ensino e incentivo para a realização do auto exame da pele.

O presente estudo pretende avaliar os principais dados do Euromelanoma em Portugal de 2010 a 2016, bem como traçar objectivos para melhor adequar as estratégias de prevenção primária e secundária à população nacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuado um estudo transversal que englobou a avaliação dos formulários do Euromelanoma (Anexo 1), preenchidos aquando do rastreio no Dia do Euromelanoma, em Portugal Continental e Ilhas, nas instituições públicas e privadas, de 2010 a 2016.

O rastreio foi realizado na segunda ou terceira quarta-feira do mês de maio, duas semanas após conferência de imprensa de divulgação do evento, em que era relembrado a importância do tema e quais os fatores de risco mais importantes a fim de alertar e sensibilizar os indivíduos de maior risco a participar. Nessa altura foram distribuídos cartazes de divulgação pelos serviços de dermatologia (Fig. 1), bem como folhetos informativos (Fig. 2). Foram convidados a participar todos os Serviços de Dermatologia públicos e privados interessados (no final do artigo encontram-se referenciados os serviços e anos em que participaram). Foram divulgadas, no site da APCC, linhas telefónicas de contacto para os candidatos se inscreverem e agendarem o rastreio gratuito.

No início da consulta foi solicitado aos pacientes o preenchimento do questionário anónimo que engloba informação sociodemográfica e fatores de risco para cancro de pele (data



Figura 1 - Posters do Dia do Euromelanoma, em Portugal, de 2010 a 2016. Adaptação do Poster internacional. A organização foi sempre conjunta entre APCC e SPDV, com o patrocínio da Direção Geral da Saúde. Até 2011 a imagem e mensagem era sobretudo em relação à detecção do melanoma e à promoção do auto exame. Em 2012 a mensagem foi sobre sinais e manchas e pela primeira vez é estimulado a consulta do www.euromelanoma.org e do novo site da APCC, www.apccancrocuteano.pt. Em 2013 pela primeira vez são introduzidas imagens referentes aos vários cancros da pele e a EADO (European Association of Dermato Oncology) associa-se a esta iniciativa internacional promovida pelo Grupo Euromelanoma e a EADV (European Academy of Dermatology and Venereology). Desde 2014, o Dia do Euromelanoma, em Portugal também se designa Dia dos Cancros da Pele, com imagens mais explícitas de vários tipos de cancros da pele, sensibilizando para o rastreio as pessoas de maior risco. Em 2016 o Poster incluiu a temática da Prevenção Primária não só na praia, mas no trabalho e desporto e reforça a importância do autoexame e de imagens dos vários tipos de cancros da pele.

Artigo Original



Figura 2 - Folheto informativo de 2016 (frente e verso) – Informação sobre prevenção primária, principais tipos de cancro de pele e como efetuar o auto exame de pele.

de nascimento, sexo, escolaridade, motivo da visita médica, factores de risco, hábitos de exposição solar/solário, fototipo). Após o preenchimento do questionário o paciente foi avaliado clinicamente pelo dermatologista que fazia o registo do exame objectivo e principais lesões cutâneas mediante formulário internacional.²

No final foi fornecido um destacável ao paciente para entregar ao seu médico de família com o resumo da principal informação clínica.

Os dados recolhidos foram posteriormente inseridos numa base nacional que reportava os dados ao Euromelanoma internacional.

Para descrever os participantes do estudo foram aplicadas metodologias de análise descritiva. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75 (AIQ- amplitude inter-quartil), consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respectivamente. Foi usado o teste de independência do Qui-quadrado para analisar a associação entre as variáveis categóricas. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas variáveis foi inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher (se as duas variáveis tem duas categorias) ou o teste exato de Qui-quadrado (se pelo menos uma das variáveis tem mais de duas categorias). O teste de one-way ANOVA foi utilizado para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas com distribuição simétrica.

Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipótese. Todos os dados foram inseridos e a análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística SPSS® v.23.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

Foram incluídos 9862 indivíduos, de 2010 a 2016. A caracterização demográfica dos participantes do estudo encontra-se na Tabela 1 e a evolução 2010-2016 na Tabela 2. Dos participantes 63% foram mulheres e 37% homens. A idade média foi de 48 anos, sendo menor que 18 anos em 3%, entre 18 e 55 anos em 65% e maior que 55 anos em 33%

Tabela 1 - Caracterização demográfica dos participantes no estudo (n = 9862).

	N	(%)
Público/Privado		
• Público	7262	(74)
• Privado	2600	(26)
Região		
• Norte	2761	(28)
• Centro	1303	(13)
• Sul	4723	(48)
• Ilhas	1075	(11)

Tabela 2 - Caracterização dos participantes no estudo (n = 9862) relativamente a dados sociodemográficos distribuídos por ano de Euromelanoma.

EUROMELANOMA																	
	Total (n=9862)		2010 (n=1409; 14%)		2011 (n=1124; 11%)		2012 (n=1046; 11%)		2013 (n=1245; 13%)		2014 (n=1663; 17%)		2015 (n=1672; 17%)		2016 (n=1703; 17%)		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Local																	<0,001*
Pública	7262	(74)	1240	(88)	923	(82)	773	(74)	1041	(84)	1063	(64)	1180	(71)	1042	(61)	
Privada	2600	(26)	169	(12)	201	(18)	273	(26)	204	(16)	600	(36)	492	(29)	661	(39)	
Sexo, n (%)																	0,311*
Masculino	3578	(37)	519	(38)	386	(34)	380	(37)	470	(38)	574	(35)	606	(37)	643	(38)	
Feminino	6180	(63)	855	(62)	735	(66)	660	(63)	775	(62)	1061	(65)	1052	(63)	1042	(62)	
Idade (anos)																	<0,001*
<18	255	(3)	44	(3)	41	(4)	42	(4)	31	(2)	37	(2)	34	(2)	26	(2)	
18-55	6221	(65)	1018	(74)	782	(70)	690	(66)	802	(64)	1004	(62)	1004	(63)	921	(57)	
>55	3153	(33)	313	(23)	299	(27)	313	(30)	411	(33)	575	(36)	568	(35)	674	(42)	

*Teste de independência do Qui-quadrado

dos casos. Relativamente ao grau de escolaridade, 40% tinham formação superior, 39% ensino secundário, 14% ensino primário e 7% curso profissional. Não houve diferenças estatisticamente significativas ao longo dos anos no que respeita

ao género e escolaridade dos participantes. Relativamente à idade, em 2016 tinham mais de 55 anos 42% dos participantes (vs 23% em 2010 $p < 0,001$).

Na Tabela 3 encontra-se a caracterização dos participantes

Tabela 3 - Caracterização dos participantes no estudo (n=9862) relativamente fotótipo e exposição solar.

Caracterização dos participantes no estudo	n	(%)
Cor da pele e Fotótipo		
Tipo I - Pele muito clara, queima sempre, nunca bronzeia	689	(7)
Tipo II - Pele clara, queima com frequência, bronzeia ligeiramente	3910	(41)
Tipo III - Pele moderadamente morena, queima por vezes, bronzeia gradualmente	4541	(47)
Tipo IV a VI - Pele morena ou negra, queima raramente, bronzeia facilmente	487	(5)
Sofreu alguma queimadura solar grave? (uma queimadura solar dolorosa, com vermelhidão intensa ou bolhas, que tenha durado 2 dias ou mais)		
• Antes dos 10 anos		
Não	6134	(78)
Sim	1681	(22)
• Dos 10 aos 18 anos		
Não	4158	(48)
Sim	4577	(52)
Com que frequência usa protector solar enquanto está exposto ao sol?		
• Quando está ao ar livre mais de uma hora (sem ser a tomar banhos de sol)		
Nunca	4383	(47)
Algumas vezes	2850	(30)
Sempre	2115	(23)
• Quando está a tomar banhos de sol		
Nunca	946	(10)
Algumas vezes	2242	(24)
Sempre	6107	(66)
• FPS		
< 30	932	(19)
≥ 30	3975	(81)
Passou um ano ou mais num país com muito mais exposição solar do que naquele em que reside actualmente?		
• Não	8362	(87)
• Sim	1308	(13)

mdn-mediana; P-Percentil

Artigo Original

relativamente ao fototipo e exposição solar. Quarenta e nove por cento dos participantes passam uma a duas semanas de férias ao sol por ano. Apenas 2% frequenta ou já frequentou solários artificiais. De 2010 a 2016 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no fototipo dos participantes, nas queimaduras solares, no número de semanas de férias passadas ao sol, na frequência de solários e na prática de desportos ao ar livre. Embora não se tenha observado modificação na frequência de utilização do protetor solar (cerca de 66% dos participantes utilizam sempre quando exposto a tomar banhos de sol e 23% utilizam sempre quando estão expostos ao sol mais que uma hora ainda que não seja para tomar banhos de sol), a utilização de fator de proteção solar ≥ 30 aumentou de 65% em 2010 para 85% em 2016 ($p < 0,001$).

As principais razões que motivaram a participação no rastreio do Euromelanoma foram a existência de muitos “sinais” (54%), a presença de lesão com modificação recente / suspeita (27%), e não ter razão específica apenas o facto de ser sempre aconselhável fazer um rastreio (25%). Em apenas 6% dos casos a motivação foi ter um parente ou amigo com o diagnóstico de cancro cutâneo e em 2% o diagnóstico pessoal prévio de cancro cutâneo. Não houve evolução significativa destes dados entre 2010 e 2016. No entanto é de realçar que o número de participantes reincidentes de campanhas anteriores tem vindo a aumentar (11% em 2010 para 14% em 2016, $p < 0,006$).

O número de pacientes submetidos pelo menos uma vez na vida a exame cutâneo completo para despiste de cancro de pele aumentou de 26% em 2010 para 34% em 2016 ($p < 0,001$).

No que concerne ao exame objectivo, em 96% dos casos o exame cutâneo foi completo. Essa variável foi constante ao longo dos anos do estudo. O uso de dermatoscópio na inspeção das lesões foi sendo crescente ao longo do tempo,

variando de 68% dos casos em 2010 para 78% em 2016 ($p < 0,001$), Tabela 4.

No total foram identificados mais de 9% de participantes com mais de 50 nevos melanocíticos, 41% com lentigos actínicos na área do decote/dorso, 20% com nevos melanocíticos atípicos, 6% com queratoses actínicas. Foram ainda identificados 307 indivíduos (3%) com lesão clinicamente suspeita de carcinoma basocelular, 42 indivíduos (0,4%) com lesão suspeita de carcinoma espinocelular e 107 indivíduos (1%) com lesão suspeita de melanoma (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A campanha do Euromelanoma incluindo o dia do rastreio, é organizada sobretudo para chamar a atenção para a prevenção primária e importância do diagnóstico precoce dos cancros da pele.¹⁹

Os resultados deste estudo são interessantes pelo elevado número de participantes ($n = 9862$) e por ser um estudo multicêntrico, com a participação de serviços de vários pontos de Portugal continental e ilhas, com uma população relativamente homogénea.

Ao longo dos sete anos do estudo a frequência de participação de homens e mulheres manteve-se estável (cerca de 2/3 de mulheres e 1/3 de homens), que vai de encontro aos principais estudos reportados.²⁰⁻²⁴ A média de idade foi 48 anos, sendo que 68% tinham 55 ou menos anos. A média de idades nos diferentes estudos é relativamente baixa, variando entre 33 e 60 anos.²⁰ O prognóstico do melanoma é pior em indivíduos do sexo masculino com mais de 65 anos,²⁵ pelo que em 2007 a campanha belga se focou nessa faixa etária com bastante sucesso.²⁶ No presente estudo é de realçar que o número de participantes tem aumentado de forma consistente ao longo dos anos, com 23% dos participantes com mais de 55 anos em 2010 e 42% em 2016 ($p < 0,001$), muito provavelmente fruto das campanhas de sensibilização para os

Tabela 4 - Caracterização dos participantes no estudo ($n = 3112$) relativamente ao exame clínico distribuídos por ano de euromelanoma 2010 vs 2016.

EUROMELANOMA							
	Total ($n=3112$)		2010 ($n=1409$; 14%)		2016 ($n=1703$; 17%)		p^*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Utilizei um dermatoscópio na inspeção supra-indicada							
• Não	704	(26)	369	(32)	335	(22)	<0,001
• Sim	1977	(74)	768	(68)	1209	(78)	
A lesão foi inicialmente detectada por							
• Paciente	394	(64)	321	(69)	73	(50)	0,001***
• Dermatologista	189	(31)	128	(27)	61	(42)	
• Outro Profissional de Saúde	10	(2)	5	(1)	5	(3)	
• Cônjuge/Companheiro	12	(2)	7	(2)	5	(3)	
• Outra pessoa	6	(1)	5	(1)	1	(1)	
Exame de pele realizado hoje							
• Completo	2528	(96)	1164	(96)	1364	(96)	0,660
• Parcial	110	(4)	53	(4)	57	(4)	

*Teste de independência do Qui-quadrado; ***Teste exato do Qui-quadrado.

Tabela 5 - Exame objectivo: tipo lesões suspeitas nos participantes do estudo (n – 9862).

EUROMELANOMA															
	2010 (n=1409; 14%)		2011 (n=1124; 11%)		2012 (n=1046; 11%)		2013 (n=1245; 13%)		2014 (n=1663; 17%)		2015 (n=1672; 17%)		2016 (n=1703; 17%)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p
Nº nevos															
<25	979	(75)	793	(72)	735	(71)	853	(71)	1167	(72)	1097	(68)	1126	(71)	<0,001*
25-50	223	(17)	219	(20)	196	(19)	254	(21)	325	(20)	333	(21)	348	(22)	
51-100	82	(6)	63	(6)	83	(8)	75	(6)	94	(6)	151	(9)	97	(6)	
>100	22	(2)	21	(2)	21	(2)	25	(2)	34	(2)	39	(2)	23	(1)	
Lentigos solares nas costas/peito															
Não	807	(63)	638	(59)	572	(57)	646	(55)	908	(58)	945	(59)	974	(60)	0,007*
Sim	473	(37)	442	(41)	431	(43)	522	(45)	662	(42)	656	(41)	660	(40)	
Nevos atípicos															
Não	1046	(82)	887	(83)	825	(82)	880	(76)	1250	(80)	1269	(79)	1322	(82)	<0,001*
Sim	233	(18)	188	(17)	179	(18)	279	(24)	317	(20)	333	(21)	288	(18)	
Queratoses actínicas															
Não	1240	(95)	1039	(95)	953	(93)	1103	(94)	1463	(93)	1493	(93)	1490	(92)	<0,006*
Sim	60	(5)	55	(5)	70	(7)	73	(6)	112	(7)	112	(7)	126	(8)	
Lesões clinicamente suspeitas de:															
• Melanoma															0,535*
Não	1275	(99)	1066	(99)	1002	(99)	1158	(98)	1535	(99)	1586	(99)	1594	(99)	
Sim	17	(1)	12	(1)	12	(1)	20	(2)	16	(1)	16	(1)	14	(1)	
• C.Basocelular															0,004*
Não	1253	(97)	1054	(98)	997	(98)	1148	(97)	1479	(96)	1545	(96)	1540	(96)	
Sim	34	(3)	26	(2)	23	(2)	32	(3)	65	(4)	57	(4)	70	(4)	
• C.Espinocelular															0,131*
Não	1271	(100)	1068	(100)	1005	(99)	1162	(100)	1526	(99)	1587	(100)	1580	(99)	
Sim	4	(0)	2	(0)	8	(1)	4	(0)	8	(1)	4	(0)	12	(1)	

*Teste de independência do Qui-quadrado

principais fatores de risco bem ilustrado nos posters e folhetos.

Neste estudo cerca de 80% dos participantes concluíram o ensino secundário ou têm formação universitária, o que está de acordo com restantes estudos europeus, confirmado que a população com maior nível educacional provavelmente mais informada é a que mais se preocupa e procura os rastreios.^{20,27} Há que desenvolver estratégias de comunicação e sensibilização que possam chegar mais próximo da população socioeconomicamente mais desfavorecida.

Mais de ¼ dos participantes provêm de instituições privadas, número que tem vindo a aumentar ao longo dos anos (12% em 2010 e 39% em 2016, $p < 0,001$), provavelmente devido à diminuição de dermatologistas nos serviços públicos e aumento do número de serviços privados organizados.

Embora a distribuição de fototipos em Portugal não seja conhecida, a prevalência dos fototipos II e III corresponde a 88% da população rastreada. Apenas 7% apresentam fototipo I, o de maior risco. Os fototipos desta população são mais elevados do que a média europeia, assemelhando-se mais à população de países mediterrânicos como a Grécia e Itália.^{3,21,28,29}

A prevalência de queimaduras solares na população estudada é elevada. Mais de 50% reportam queimadura solar importante (dolorosa, com vermelhidão intensa ou bolhas,

que tenha durado mais de 2 dias) entres os 10 e os 18 anos, o que é um importante factor de risco. Embora seja reconhecido o risco das queimaduras solares na infância e adulto jovem para o desenvolvimento futuro de cancro de pele, não devemos desvalorizar as queimaduras solares após os 18 anos, que não estão contempladas no questionário.

O uso de solários é referido em apenas 2%. Embora não seja totalmente conhecido o uso de solários na população portuguesa, os números publicados indicam que Portugal tem uma das frequências de utilização de solários mais baixas da Europa. O valor mais próximo do português nos registos do Euromelanoma é a Grécia com 2,9%.²¹ Noutros países mediterrânicos como Espanha e Itália a sua utilização excede os 20% de utilizadores.^{3,20,27,30} Os números que temos da população portuguesa é de 6% a 8% em veraneantes,³¹ bastante mais elevados que a população do Euromelanoma, ao qual recorrem pessoas preocupadas com o cancro de pele, provavelmente melhor informadas e/ou mais conscienciosas e por isso menos frequentadoras de solários.

A utilização de protetor solar, embora possa ser melhorada, é relativamente boa (66% usam o protetor sempre que estão a apanhar banhos de sol, comparando com 32% a 35% em estudos italianos^{23,27}), e o índice de proteção utilizada é igual ao superior a 30 em mais de 80%. Há relatos na

Artigo Original

literatura que sugerem que a aplicação de protetor solar confere uma falsa sensação de segurança, por diminuir a sensibilidade ao eritema, frequentemente está associado a uma maior exposição solar e, conseqüentemente poderá aumentar o risco de câncros da pele, por exposição acrescida, inclusive aos UVA.³² Fatores tipicamente associados a queimaduras solares inesperadas são a aplicação escassa de protetor, uso de formulações excessivamente líquidas, má distribuição de spray e falha na reaplicação após o banho.³³ O uso de protetor solar é recomendável, mas sempre em combinação com outras medidas de proteção como a sombra, chapéu, óculos de sol e roupa (cobrindo o decote, os antebraços e com tecido apropriado).³⁴

No que concerne ao exame objectivo, em Portugal o exame cutâneo completo foi efectuado em 96% dos casos (contrastando com 72% da média europeia que variou entre 32,3% na Suíça e 100% em Espanha²⁰), valor que foi constante ao longo dos anos e traduz uma abordagem metódica da dermatologia portuguesa. Relativamente à avaliação dermatoscópica das lesões, a sua frequência aumentou ao longo dos anos provavelmente devido a um maior treino em dermatoscopia nos últimos anos que se reflete numa melhor acuidade diagnóstica, sendo o valor total de 74% sobreponível com os estudos europeus.²⁰ O número de lesões identificadas por dermatologista foi aumentando ao longo dos anos, em detrimento das lesões detectadas pelo paciente, o que se poderá dever a um maior treino em dermatoscopia que poderá resultar num diagnóstico mais precoce de lesões malignas.³⁵

O número de pacientes que nunca foi submetido a exame cutâneo completo antes do rastreio do Euromelanoma (70%) é elevado quando comparado com outros estudos.²⁷ A sobrevivência do melanoma está relacionada com a sua espessura, e o exame cutâneo completo parece reduzir a incidência de melanomas espessos.³⁶ Por esse motivo é fundamental estimular este tipo de exame não só no decorrer de consultas de dermatologia por outros motivos, mas também estimular os médicos de medicina geral familiar e do trabalho a efetuar este exame sobretudo nas populações com fatores de risco acrescido.

O auto exame da pele é uma ferramenta eficaz no diagnóstico precoce do cancro da pele,^{37,38} pelo que é urgente sensibilizar a população para a sua importância, bem como ensinar como fazê-lo e com que frequência, informação que se encontra no folheto do Euromelanoma.

A taxa de suspeição de lesões malignas foi baixa, mas relativamente sobreponível aos dados europeus (1% melanoma, 3% carcinoma basocelular e 0,4% carcinoma espinocelular em Portugal vs 2,8% melanoma, 3,1% carcinoma basocelular e 0,4% carcinoma espinocelular).^{20,39} Apesar da divulgação dos fatores de risco de cancro cutâneo, os participantes que respondem ao rastreio não são seleccionados de acordo com os fatores de risco. São indivíduos que se propõem a rastreio sem avaliação prévia do seu médico de família e muitas vezes sem auto percepção adequada do seu risco. O facto de 13% dos participantes ser repetente do Euromelanoma é mais um dado a favor da falta de seleção dos pacientes, uma vez que não é suposto fazer deste rastreio uma forma de seguimento.

Vários estudos sugerem que a detecção de lesões suspeitas de cancro de pele é muito mais eficaz em rastreios seletivos de populações de risco.⁴⁰⁻⁴²

Embora não tenhamos dados objectivos, são vários os colegas que reportam um aumento do diagnóstico de cancro da pele em consultas nas semanas subsequentes ao Euromelanoma, o que parece estar de acordo com um aumento dos níveis de alerta para o problema.

Na norte da Alemanha o programa SCREEN, um rastreio de base populacional realizado entre 2003 e 2008, reduziu a mortalidade por melanoma.⁴ No entanto, a generalização do programa a todo o país em 2008 não foi consistente com esses resultados,⁴³ demonstrando no entanto um grande incremento no diagnóstico precoce mas com uma relação custo-eficácia pouco clara.⁴⁴

Recentemente foi publicada uma revisão sistemática que demonstra uma redução da incidência e mortalidade associada ao melanoma espesso e um aumento da incidência de cancro cutâneo não melanoma e melanoma fino e in situ associada a programas de rastreio de cancro de pele.⁴⁵

O rastreio do cancro da pele, usando uma técnica de avaliação de risco para identificar pacientes de alto risco que vão ao Médico de Família por outros motivos e uma relação estreita dos dermatologistas com as Unidades de Saúde Primárias, pode permitir uma seleção mais apropriada de pacientes de risco melhorando o custo-eficácia dos rastreios, bem como aumentar a capacidade do próprio Médico de Família referenciar lesões suspeitas para centros de Dermatologia.^{40,46}

Uma das principais limitações deste estudo é o facto de não termos a acesso à histologia das lesões, para confirmação do diagnóstico clínico e/ou dermatoscópico. Um modelo de centralização dos pacientes do Euromelanoma referenciados com lesões suspeitas deverá ser desenvolvido para termos possibilidade de confirmação histológica das lesões, e envio dos dados para a coordenação europeia como já se verifica em vários países.^{18,47}

Outra limitação importante é a falta de seleção dos pacientes de risco, o que poderia otimizar muito os resultados do rastreio a nível da detecção de lesões suspeitas. Seria útil formar outros profissionais de saúde, nomeadamente Médicos de família e Enfermeiros com interesse em colaborar na seleção dos pacientes de risco a inscrever no rastreio do Euromelanoma. É ainda importante desenvolver estratégias para cativar mais pacientes com mais de 55 anos, do sexo masculino e com menor escolaridade, e ponderar limitar o acesso a pacientes menores de 16 anos.

No próprio formulário do Euromelanoma identificamos alguns aspetos a melhorar, nomeadamente a inclusão de questões sobre queimadura solar após os 18 anos e alargar os antecedentes familiares a outros câncros de pele que não apenas o melanoma.

No sentido de promover um conjunto de estratégias de prevenção do cancro da pele, foi publicado a 4 de maio de 2015 em DR (1ª série, N°85) uma Resolução da Assembleia da República (45/2015) que recomendava ao Governo um conjunto de medidas de Prevenção Primária, Secundária e

Terciária dos Cancros da Pele, na sequência da aprovação por unanimidade de todos os Grupos Parlamentares. Este conjunto de propostas só foi possível após várias reuniões entre representantes da APCC e a Comissão Parlamentar de Saúde nos 3 anos que antecederam a publicação. Aguardamos a implementação das medidas então aprovadas.

CONCLUSÃO

A comunidade da Dermatologia Portuguesa, representada pela SPDV e APCC e o Grupo Euromelanoma, tem desempenhado nos últimos anos um importante papel na promoção da Prevenção Primária e Secundária dos Cancros da Pele, cumprindo o seu dever social de alertar e informar sobre esse importante problema de saúde pública, apelando ao bom senso e convívio saudável com a exposição solar, promovendo o auto exame, intensificando a formação dos diferentes profissionais de saúde e desmistificando o inconveniente risco de potencial alarmismo social inerente a este tipo de campanhas.

Agradecimentos:

Agradecemos a todos os Serviços de Dermatologia e Dermatologistas que participaram e participam no Dia do Euromelanoma, Dia dos Cancros da Pele. Agradecimento especial a todos os dermatologistas e voluntários que generosamente se juntam à causa da prevenção primária e secundária dos Cancros da Pele, nas múltiplas iniciativas realizadas, bem como aos Diretores de Serviço que permitiram o desenvolvimento e implementação desta iniciativa ao longo dos anos.

Agradecemos o apoio logístico ao secretariado da APCC, na pessoa do Márcio Correia.

Agradecemos o apoio estatístico da Dra Orquídea Ribeiro e do Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS) e Department of Health Information and Decision Sciences, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Agradecemos o apoio financeiro ao estudo estatístico à Galderma Portugal.

Um agradecimento especial a todas as entidades que colaboraram com o Dia do Euromelanoma de 2010 a 2016, por ordem alfabética e anos em que participaram (Norte e Centro, Sul e Ilhas):

Norte e Centro:

- Centro Dermatologia Epidermis, Matosinhos (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Centro Hospitalar Cova da Beira / Hospital Distrital Covilhã: Hospital Pêro da Covilhã (2012, 2015)
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho (2015)
- Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Centro Hospitalar do Oeste / Hospital Caldas da Rainha (2015)
- Centro Hospitalar Leiria-Pombal: Hospital Santo André (2010, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu: Hospital S. Teotónio (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

- Clímel, Clínica Médica, Figueira da Foz (2016)
- Hospitais Universidade Coimbra (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
- Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco (2011, 2013)
- Hospital CUF Porto (2013, 2014, 2016)
- Hospital de Dia da Maia (2013, 2014, 2016)
- Hospital de Santo António, Porto (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Distrital da Figueira da Foz (2013, 2014)
- Hospital Distrital Santarém (2010, 2011, 2014, 2015)
- Hospital Lusíadas Porto (2015, 2016)
- Hospital Militar Regional Coimbra / Centro de Saúde Militar de Coimbra (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Pedro Hispano, Matosinhos (2015, 2016)
- Hospital Privado da Boa Nova, Matosinhos (2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Privado da Trofa (2010, 2011, 2012, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Privado de Alfena-Valongo (2013, 2014, 2015)
- Hospital Privado de Gaia (2015, 2016)
- Hospital S. João, Porto (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital S. Marcos / Hospital de Braga (2010, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Sousa Martins / Unidade Local de Saúde da Guarda (2010, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Trás-os-Montes / Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real (2011, 2013, 2014, 2015)
- Instituto Português Oncologia de Coimbra (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Instituto Português Oncologia do Porto (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Sul e Ilhas:

- British Hospital Lisbon XXI (2014, 2015, 2016)
- Centro Clínico de Lisboa do SAMS (2014, 2015, 2016)
- Centro Dermatologia Médico-Cirúrgica, Lisboa (2010, 2011)
- Centro Hospitalar do Algarve: Centro Hospitalar Barlavento Algarve / Hospital Central de Faro (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Centro Saúde Penha de França, Lisboa (2010)
- Clínica Baía de Cascais (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
- Clínica de S. Sebastião, Ponta Delgada (2010, 2014)
- Clínica do Colégio, Ponta Delgada (2016)
- Clínica Maria João Rodrigo, Malveira (2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
- Clínica Moderna, Ponta Delgada (2015)
- Consultório Dra. Clarisse Rebelo, Faro (2015, 2016)
- Hospital Beatriz Ângelo, Loures (2012, 2014, 2015, 2016)
- Hospital CUF Descobertas, Lisboa (2011, 2012, 2015, 2016)
- Hospital CUF Infante Santo, Lisboa (2012, 2013, 2014, 2015, 2016)

Artigo Original

- Hospital Curry Cabral, Lisboa (2010, 2011, 2012, 2014, 2015)
- Hospital da Força Aérea, Lisboa (2011, 2012)
- Hospital da Marinha, Lisboa (2010)
- Hospital das Forças Armadas, Lisboa (2013)
- Hospital de Vila Franca de Xira / Hospital Reynaldo dos Santos (2014, 2015, 2016)
- Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
- Hospital dos Capuchos, Lisboa (2012, 2013, 2014, 2016)
- Hospital dos Lusíadas Lisboa (2013, 2014, 2016)
- Hospital dos Marmeleiros / Hospital Central do Funchal (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Egas Moniz, Lisboa (2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Espírito Santo, Évora (2011, 2012)
- Hospital Garcia da Orta, Almada (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Hospital Militar de Belém, Lisboa (2010)
- Hospital S. Bernardo / Centro Hospitalar de Setúbal (2010, 2011)
- Hospital Santa Maria, Lisboa (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Instituto Português Oncologia de Lisboa (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016)
- Wmed, Prestação de Serviços Médicos Lda. (2016)

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Protecção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of human and animal subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

REFERÊNCIAS

1. US Preventive Services Task Force. Screening for skin cancer: recommendations and rationale. *Am J Prev Med.* 2001; 20(3 Suppl):44-6.
2. Wernli KJ, Henrikson NB, Morrison CC, Nguyen M, Pocobelli G, Blasi PR. Screening for Skin Cancer in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016; 316:436-47.
3. Stratigos AJ, Forsea AM, van der Leest RJ, de Vries E, Nagore E, Bulliard JL, et al. Euromelanoma: a dermatology-led European campaign against nonmelanoma skin cancer and cutaneous melanoma. Past, present and future. *Br J Dermatol.* 2012;167 Suppl 2:99-104.
4. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, Greinert R, Volkmer B, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 66:201-11.
5. Geller AC, Zhang Z, Sober AJ, Halpern AC, Weinstock MA, Daniels S, et al. The first 15 years of the American Academy of Dermatology skin cancer screening programs: 1985-1999. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48:34-41.
6. Dobbins SJ, Wakefield MA, Jansen KM, Herd NL, Spittal MJ, Lipscomb JE, et al. Weekend sun protection and sunburn in Australia trends (1987-2002) and association with SunSmart television advertising. *Am J Prev Med.* 2008; 34:94-101.
7. Breitbart EW, Greinert R, Volkmer B. Effectiveness of information campaigns. *Prog Biophys Mol Biol.* 2006; 92:167-72.
8. Greinert R, Boniol M. Skin cancer--primary and secondary prevention (information campaigns and screening) - with a focus on children & sunbeds. *Prog Biophys Mol Biol.* 2011; 107:473-6.
9. Amaro JA, Pecegueiro M, Quental A. Skin cancer screening in a urban population. *Skin Cancer.* 1990; 5: 147-50.
10. Vandaele MM, Richert B, Van der Endt JD, Boyden B, Brochez L, del Marmol V, et al. Melanoma screening: results of the first one-day campaign in Belgium ('melanoma Monday'). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000; 14:470-2.
11. Roche L, Foley CC, McCarthy S, Murphy M. The old reliable outperform new media in social marketing of Euromelanoma in Ireland: *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31:e296.
12. Correia O. A importância da prevenção primária do cancro da pele. *Acta Fotobiol.* 2004; 19:19-24.
13. Correia O, Barros AM, Rocha N, et al. Skin cancer primary prevention programme for school children. Analysis of behavioral practices. *Skin Cancer.* 2006; 21:67-76.
14. Correia O, Barros AM, Quirino P, Rocha N, Ribeiro O, Feijó A, Silva J, Pignatelli J, Pereira A. Skin cancer primary prevention action in Portuguese beaches and analysis of behaviour regarding sun exposure. *Skin Cancer.* 2007; 22:7-19.
15. Correia O, Correia B, Duarte AF. A skin cancer prevention campaign: spreading the word on sugar packets. *JAMA Dermatol.* 2016 (in press).
16. Lim HW, Schneider SL. Sun safety practices-progress made, more to go. *JAMA Dermatol.* 2017; 153:379-80.
17. Correia O, Duarte AF, Barros AM, Girão L, Picoto A. Muppets as a way of skin cancer primary prevention. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60:AB94.
18. Mahon SM. Skin cancer prevention: education and public health issues. *Semin Oncol Nurs.* 2003; 19:52-61.

19. Forsea AM, del Marmol V. Impact, challenges and perspectives of Euromelanoma, a pan-European campaign of skin cancer prevention: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27:1317-9.
20. van der Leest RJ, de Vries E, Bulliard JL, Paoli J, Peris K, Stratigos AJ, et al. The Euromelanoma skin cancer prevention campaign in Europe: characteristics and results of 2009 and 2010. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25:1455-65.
21. Stratigos A, Nikolaou V, Kedicoglou S, Antoniou C, Stefanaki I, Haidemenos G, et al. Melanoma/skin cancer screening in a Mediterranean country: results of the Euromelanoma Screening Day Campaign in Greece. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007; 21:56-62.
22. Koh HK, Geller AC, Miller DR, Caruso A, Gage I, Lew RA. Who is being screened for melanoma/skin cancer? Characteristics of persons screened in Massachusetts. *J Am Acad Dermatol*. 1991; 24(2 Pt 1):271-7.
23. Suppa M, Altomare G, Cannavo SP, Capizzi R, Catricalà C, Colombo E, et al. The Italian Euromelanoma Day: evaluation of results and implications for future prevention campaigns. *Int J Dermatol*. 2014;53:699-706.
24. Bulliard JL, Maspoli M, Panizzon RG, Hohl D, Gueissaz F, Levi F. Evaluation of the Euromelanoma skin cancer screening campaign: the Swiss experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22:365-66.
25. de Vries E, Coebergh JW. Melanoma incidence has risen in Europe: *BMJ*. 2005; 331:698.
26. Del Marmol V, de Vries E, Roseeuw D, Pirard C, van der Endt J, Trakatelli M, et al. A Prime minister managed to attract elderly men in a Belgian Euromelanoma campaign. *Eur J Cancer*. 2009; 45:1532-4.
27. Suppa M, Neri L, Bianchi L, Capizzi R, Carbone A, Catricalà C, et al. The first skin cancer screening day at the Italian parliament: a Euromelanoma initiative. *Int J Dermatol*. 2015; 54:42-9.
28. Paoli J, Danielsson M, Wennberg AM. Results of the 'Euromelanoma Day' screening campaign in Sweden 2008. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23:1304-10.
29. Seidenari S, Benati E, Ponti G, Borsari S, Ferrari C, Albertini G et al. Italian Euromelanoma Day Screening Campaign (2005-2007) and the planning of melanoma screening strategies. *Eur J Cancer Prev*. 2012; 21:89-95.
30. Diehl K, Litaker DG, Greinert R, Zimmermann S, Breitbart EW, Schneider S. The prevalence of current sunbed use and user characteristics: the SUN-Study 2008. *Int J Public Health*. 2010; 55:513-6.
31. Duarte AF, Maia Silva JN, Costa Pereira A, Nagore E, Picoto A, Correia O. Sunbed use among Portuguese beach goers: a crave group while waiting sunbeds to be abolished. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31:e294-e295.
32. Autier P, Boniol M, Dore JF. Sunscreen use and increased duration of intentional sun exposure: still a burning issue. *Int J Cancer*. 2007; 121:1-5.
33. Thieden E, Philipsen PA, Sandby-Moller J, Wulf HC. Sunscreen use related to UV exposure, age, sex, and occupation based on personal dosimeter readings and sun-exposure behavior diaries. *Arch Dermatol*. 2005; 141:967-73.
34. Gefeller O, Pfahlberg A. Sunscreen use and melanoma: a case of evidence-based prevention? *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2002; 18:153-6.
35. Aviles-Izquierdo JA, Molina-Lopez I, Rodriguez-Lomba E, Marquez-Rodas I, Suarez-Fernandez R, Lazaro-Ochaita P. Who detects melanoma? Impact of detection patterns on characteristics and prognosis of patients with melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 75:967-74.
36. Aitken JF, Elwood M, Baade PD, Youl P, English D. Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. *Int J Cancer*. 2010; 126:450-8.
37. Walton AE, Janda M, Youl PH, Baade P, Aitken JF, Whitman DC, et al. Uptake of skin self-examination and clinical examination behavior by outdoor workers. *Arch Environ Occup Health*. 2014; 69:214-22.
38. Duarte AF, Correia B, Picoto A, Costa Pereira A, Nagore E, Correia O. Behaviour towards sun exposure, skin self-examination and skin cancer knowledge of educators, health professionals and the general population - cross-sectional study: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31:e132-e135.
39. Moreno Gimenez JC. The Euromelanoma Campaign: *Actas Dermosifiliogr*. 2017; 108:389-91.
40. Duarte AF, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer?-Cross-Sectional Study. *J Cancer Educ*. 2016; 13:13.
41. Badertscher N, Braun RP, Held U, Kofmehl R, Senn O, Hofbauer GF, et al. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. *Swiss Medical Wkly*. 2013; 29:13834.
42. Geller AC, Greinert R, Sinclair C, Weinstock MA, Aitken J, Boniol M, et al. A nationwide population-based skin cancer screening in Germany: proceedings of the first meeting of the International Task Force on Skin Cancer Screening and Prevention (September 24 and 25, 2009). *Cancer Epidemiol*. 2010; 34:355-8.
43. Boniol M, Autier P, Gandini S. Melanoma mortality following skin cancer screening in Germany. *BMJ Open*. 2015; 5:2015-008158.
44. Kaiser M, Schiller J, Schreckenberger C. The effectiveness of a population-based skin cancer screening program: evidence from Germany. *Eur J Health Econ*. 2017; 28:017-0888.
45. Brunssen A, Waldmann A, Eisemann N, Katalinic A. Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 76:129-39.
46. Grange F, Woronoff AS, Bera R, Colomb M, Lavole B, Fournier E, et al. Efficacy of a general practitioner training campaign for early detection of melanoma in France. *Br J Dermatol*. 2014; 170:123-9.
47. Conejo-Mir J, Bravo J, Diaz-Perez JL, Fernández-Herrera J, Guillén C, Martí R, et al. Dia del Euromelanoma. Resultados en Espana de las campanas de 2000, 2001 y 2002. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2005; 96:217-21.