

Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005 *

*Data analysis of the Brazilian Society of Dermatology skin cancer prevention campaign, 1999 to 2005 **

Sociedade Brasileira de Dermatologia*

Resumo: FUNDAMENTOS: O câncer da pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil, com 122.400 casos novos estimados para 2006, o que corresponde a 26% do total de neoplasias malignas. A exposição solar é o principal fator de risco conhecido. OBJETIVOS: Avaliar a frequência das neoplasias cutâneas no país, sua distribuição geográfica e hábitos de proteção contra exposição solar. MÉTODO: A SBD promoveu, de 1999 a 2005, a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, com exame dermatológico e orientação sobre exposição, tendo registrado dados demográficos, hábitos de exposição solar e diagnósticos. RESULTADOS: Foram examinados 205.869 indivíduos, sendo diagnosticados 17.980 casos de diferentes tipos de câncer da pele (13.194 de carcinoma basocelular, 2.482 de espinocelular, 1.057 de melanoma e 1.247 outras neoplasias), correspondendo a 8,7% dos examinados. A razão de prevalência entre homens e mulheres foi de 1,7, e a proporção de câncer em negros foi de 1,6%; em amarelos, de 3,2%; em pardos, de 3,4%; e em brancos, de 12,7%. Os estados com maior prevalência foram Santa Catarina e Rio Grande do Norte. Mais de 50% dos examinados se expunham ao sol sem proteção, o que reforça a importância de atividades educativas de prevenção. CONCLUSÕES: O câncer da pele é frequente no país, e a proteção contra seu principal fator de risco, a exposição solar, é ainda pouco valorizada.

Palavras-chave: Assunção de riscos; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas; Melanoma; Neoplasias cutâneas; Neoplasias cutâneas/diagnóstico; Neoplasias cutâneas/epidemiologia; Neoplasias cutâneas/prevenção e controle

Abstract: BACKGROUND: Skin cancer is the most common type of cancer in Brazil. The estimate for 2006 is 122400 new cases accounting for 26% of the total cancer burden. Sun exposure is the main risk factor. OBJECTIVE: to evaluate the frequency of skin neoplasm in the country, its geographic distribution and people's attitude regarding sun exposure protection. METHODS: The Brazilian Society of Dermatology has been promoting a national screening campaign since 1999, where free dermatological examination and information on the risks of solar exposure are provided. RESULTS: From 1999 to 2005, this campaign performed 205869 dermatological exams, diagnosing 17980 (8.7%) cases of skin cancer (13194 basal cell carcinomas, 2482 squamous cell carcinomas, 1057 melanomas and 1247 other neoplasms). The ratio between sexes was 1.7 and the prevalence was 1.6% in black, 3.2% in Asian descendent, 3.4% in mestizo, and 12.7% in Caucasian individuals. Santa Catarina and Rio Grande do Norte were the national states with the highest prevalence rate. The majority of people, irrespective of sex or race, suffered unprotected solar exposure, hence pointing to the great importance that educational activity must play in the prevention of this disease in the country. CONCLUSION: Skin neoplasm is frequent among the Brazilian population, but unprotected sun exposure is not yet perceived as an important health risk.

Keywords: Carcinoma, basal Cell; Carcinoma, squamous cell; Melanoma; Risk-taking; Skin neoplasm; Skin neoplasm/epidemiology; Skin neoplasm/diagnosis; Skin neoplasm/prevention and control

Recebido em 03.07.2006.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 06.12.2006.

* Este artigo é de autoria institucional da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua redação só sendo possível a partir da análise de um banco de dados construído por milhares de colegas dermatologistas desde 1999, coordenado por Dr. Gerson Penna e com a consultoria especializada da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e do Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

©2006 by Anais Brasileiros de Dermatologia

INTRODUÇÃO

O câncer da pele, melanoma e não melanoma (carcinoma basocelular e espinocelular), é a neoplasia de maior incidência em várias partes do mundo¹ e também no Brasil, onde o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima a ocorrência de 122.400 casos novos em 2006, correspondendo a 26% do total dos casos novos de neoplasias malignas do país.² Existem evidências importantes de que os três tipos de câncer da pele são causados pela exposição solar, seu principal fator de risco, embora outros sejam descritos, como o uso de álcool,³ o fumo, no caso do carcinoma espinocelular de lábio, exposição ao arsênico, radiações ionizantes e processos dermatológicos irritativos crônicos.⁴ A dificuldade de mensuração da exposição solar cumulativa torna mais complexa a identificação de outros fatores de risco, já que imprecisões nessa medida podem gerar vieses.⁵

Além da grande magnitude do problema, existem evidências de tendência de aumento da morbidade e mortalidade por câncer da pele, o que impõe sua consideração como problema de saúde pública, mas de controle factível pela prevenção, primária – proteção contra a exposição excessiva à luz solar – e secundária, realizando diagnóstico precoce e tratamento oportuno.¹

Essa tendência ascendente da morbidade pode ser atribuída a múltiplos fatores: aumento da exposição à radiação ultravioleta recreacional, principalmente na infância; mudança de hábito de diferentes populações em relação à proteção mecânica e exposição solar cotidiana, como o uso de chapéus, sombrinhas e roupas que deixam o corpo mais exposto;⁶ valorização estética do bronzamento da pele, o que, além de estimular a exposição solar sem proteção nos momentos de lazer, favorece o hábito do bronzamento artificial; aumento da incidência de raios ultravioleta (UV), principalmente UV-B e UV-A, devido à diminuição da camada de ozônio. Este último fenômeno atinge com mais intensidade as áreas próximas da região Antártida, modificando a distribuição geográfica de risco pela exposição à radiação UV, maior nas regiões equatoriais.

A consciência da gravidade sanitária do câncer da pele é pequena entre os profissionais de saúde em várias partes do mundo. Para ampliá-la, são geradas iniciativas como intervenções educacionais para profissionais envolvidos com a atenção básica sobre práticas para o controle de câncer da pele⁷ ou a inclusão de profissionais de enfermagem no processo de suspeição e encaminhamento de casos.⁸

No Brasil, a consciência da gravidade do problema entre os responsáveis pela saúde pública é

influenciada pela idéia de que a mestiçagem racial determinaria um baixo risco para a população brasileira. Sem dúvida, o câncer da pele não melanoma é mais freqüente em pessoas de pele mais clara e sensível ao sol, o que não invalida o risco naquelas de pele negra. Os dados estimados pelo INCA² demonstram a gravidade do problema no país. Os serviços meteorológicos já mostram consciência da importância do aumento da exposição a raios UV, ao divulgar diariamente os níveis de exposição para diferentes regiões do país.

A prevenção primária do câncer da pele deve ter como principal população-alvo a infantil, uma vez que as crianças se expõem ao sol três vezes mais que os adultos, e a exposição cumulativa durante os primeiros 10 a 20 anos de vida determina o risco de câncer da pele, mostrando ser a infância uma fase particularmente vulnerável aos efeitos nocivos do sol. Assim, um programa de prevenção primária do câncer da pele envolve necessariamente pais e professores, responsáveis por evitar a exposição solar das crianças nos horários de maior radiação UV, ou seja, entre 10h e 16h, estimular e criar o hábito de uso de proteção física, como chapéu ou guarda-sol, e também de protetores solares com fator de proteção 15 ou mais.

A prevenção secundária na população adulta pode e deve ser realizada na rotina da atenção à saúde, o que, porém, requer maior engajamento dos profissionais de saúde e da população em geral na ação preventiva.

Vale ressaltar que a geração que é hoje a população adulta, alvo da prevenção secundária, será responsável por implementar a prevenção primária junto às crianças, ou seja, campanhas de prevenção de diagnóstico são também de conscientização para a prevenção primária.

Nessa perspectiva, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) promoveu, nos últimos sete anos, a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele (CNPCP). Na data da campanha, entre 9h e 15h, médicos dermatologistas examinam gratuitamente a população e orientam sobre hábitos de exposição ao sol, em postos de atendimentos na maioria dos estados do país.

Essa iniciativa e a divulgação dos riscos da exposição solar pela mídia vêm aumentando a consciência do problema entre os brasileiros, criando pouco a pouco um ambiente favorável a iniciativas de prevenção primária na infância.

Embora os dados coletados nas campanhas sejam o registro de uma atividade e não dados coletados para pesquisa, sua análise pode lançar luz sobre o problema do câncer da pele no Brasil.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A SBD desenvolve, desde 1999, um programa nacional estruturado com ações contínuas de prevenção e detecção do câncer da pele. O principal módulo de atuação desse programa é a CNPCP, realizada anualmente. A ação tem como objetivo oferecer exame dermatológico gratuito e orientação sobre a prevenção e diagnóstico precoce da doença. Todas as capitais brasileiras, bem como algumas cidades do interior dos estados, são contempladas com postos de atendimento cadastrados pela SBD. Cerca de mil dermatologistas voluntários realizam atendimento, e os casos suspeitos de câncer são encaminhados para a biópsia da lesão visando à confirmação diagnóstica. Dados epidemiológicos como sexo, idade, cor, proteção solar, história pessoal ou familiar de câncer da pele e diagnóstico provável são coletados em formulário padrão e encaminhados à sede da SBD para análise.

Com o intuito de avaliar a associação desse diagnóstico com os fatores de risco conhecidos, foram realizadas análise descritiva dos dados coletados e regressão logística multivariada, usando como variáveis independentes sexo, idade, cor, história pessoal e história familiar de câncer da pele, e como variável dependente o diagnóstico de câncer da pele. Como medida de associação utilizou-se a razão de chance (*odds ratio*, OR).

RESULTADOS

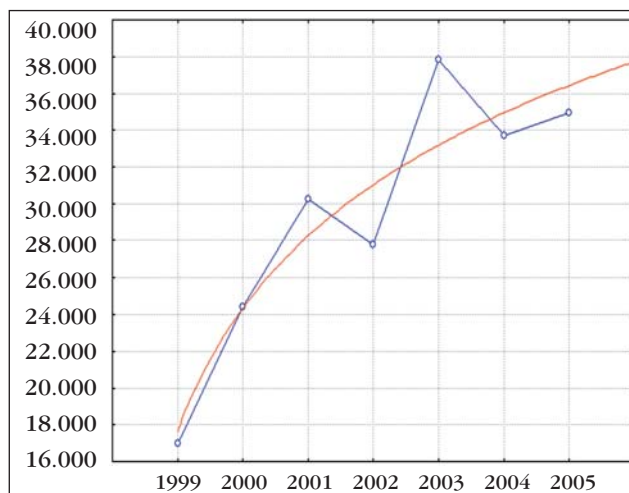
De 1999 a 2005, a CNPCP realizou 205.869 exames dermatológicos, tendo sido diagnosticados clinicamente 17.980 casos de tipos diferentes de câncer da pele (8,7% dos examinados). Desses, 13.194 eram carcinomas basocelulares, 2.482 carcinomas espinocelulares, 1.057 melanomas e 1.247 outros tipos de neoplasia.

A coleta de dados foi padronizada a partir de 2000, o que explica a não-inclusão dos dados de 1999 em algumas análises.

O meio de comunicação mais citado pelos examinados como motivador do comparecimento à campanha foi a televisão, referida em 38% das respostas.

O gráfico 1 mostra o número de exames realizados a cada ano, com tendência crescente, refletindo adesão progressiva à estratégia da campanha, tanto por parte dos profissionais como da população em geral. A expansão do número de examinados, no entanto, não se refletiu em diminuição da proporção de câncer entre eles, como se poderia esperar, mas em aumento, como se observa no gráfico 2. A proporção de pessoas examinadas sem dermatoses aumentou discretamente de 16,2%, em 2000, para 19,2% em 2005, indicando que o crescimento do número de examinados não se deu pela auto-seleção de pessoas com dermatoses. O gráfico 3 mostra a prevalência de

GRÁFICO 1: Pessoas examinadas na Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele 1999 a 2005



diferentes tipos de câncer da pele diagnosticados de 2000 a 2005.

Entre os examinados, a proporção de homens variou de 38 a 40% nos diferentes anos, com média de 39%. A distribuição por cor indicou 63% de brancos, 29% de pardos, 7% de pretos e 1% de amarelos, não havendo variação significativa entre os diversos anos de campanha.

A história de câncer da pele na família foi relatada por 14,2% do total de entrevistados, apresentando tendência de aumento ano a ano, subindo de 11,5% em 2000 para 16% em 2005, correspondendo a aumento relativo de 40% no período. História pregressa de câncer da pele foi relatada por 6,8% dos examinados e também mostrou tendência ascendente: de 5,6% em 2000 e 2001 para 8,5% em 2005, cor-

GRÁFICO 2: Prevalência de Câncer da Pele Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele 1999 a 2005

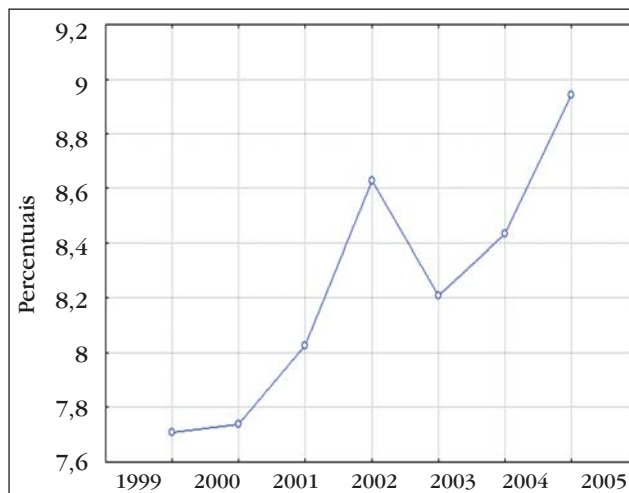


TABELA 1: Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele – 2005
Resultado de regressão logística

Variável independente	OR	Limite inferior IC 95%	Limite superior IC 95%
História pregressa de Ca da pele			
Sim x Não	5.46	4.99	5.98
História de Ca da pele na família			
Sim x Não	1.79	1.64	1.96
Sexo			
Masculino x Feminino	1.75	1.62	1.88
Cor			
Branca x Não branca	3.03	2.75	3.34
Não pardo x Parda	2.42	2.18	2.68
Não negra x Negra	6.48	4.65	9.02
Não amarela x Amarela	1.61	1.06	2.43

respondendo a aumento relativo de 53%.

Houve 2.113 casos de câncer da pele diagnosticados em não brancos, distribuídos nas seguintes proporções: 1,6% entre os negros; 3,2% entre os amarelos; 3,4% entre os pardos; os brancos corresponderam a 12,7%.

Sexo, cor e história familiar ou pregressa de câncer da pele são fatores de risco conhecidos, o que se confirmou nos dados coletados. A tabela 1 mostra os resultados de uma regressão logística para o ano de 2005 incluindo essas variáveis e utilizando como medida de associação a razão de chance (*odds ratio*, OR).

Quanto à exposição solar, 9% dos examinados referiram não se expor ao sol, e 23% exposição com proteção (variação de 21%, em 2000, a 25% em 2005).

Embora indivíduos do sexo masculino apresentassem maior risco de câncer da pele (razão de

sexos 1,7), referiram proteger-se menos do que os do sexo feminino, como pode ser visto no gráfico 4. O gráfico 5 mostra que a maioria dos examinados informou exposição solar sem proteção.

Quanto à distribuição geográfica no país, o gráfico 6 mostra as prevalências observadas nos estados para o conjunto dos anos entre 2001 e 2005. Os estados de Tocantins, Rio Grande do Norte e Santa Catarina apresentaram prevalências superiores a 14%, e os estados do Acre, Piauí e Rio Grande do Sul, superiores a 10% e inferiores a 12%. Ressalte-se que em Tocantins tem-se apenas um ano de campanha, e, no caso do Acre, os dados são relativos a dois anos que, no entanto, apresentaram resultados muito divergentes (5,26% em 2001 e 12,69% em 2002). Nos demais estados citados, a campanha foi realizada em pelo menos quatro anos,

GRÁFICO 3: Prevalência dos diferentes Cânceres da Pele Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele 2000 a 2005

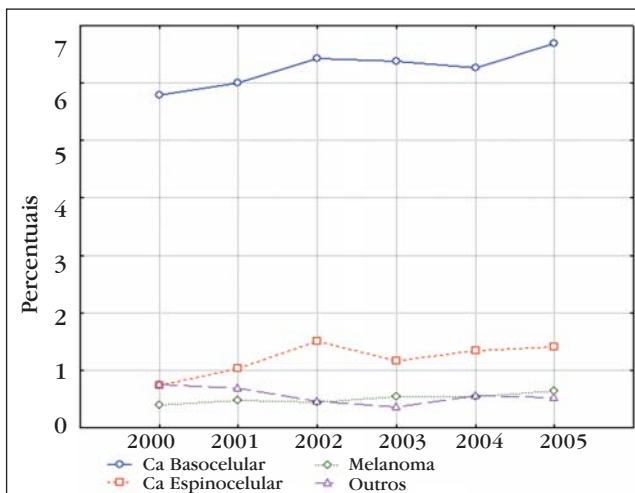


GRÁFICO 4: Proporção de expostos ao sol sem proteção entre os examinados em 2000 e 2005 por sexo

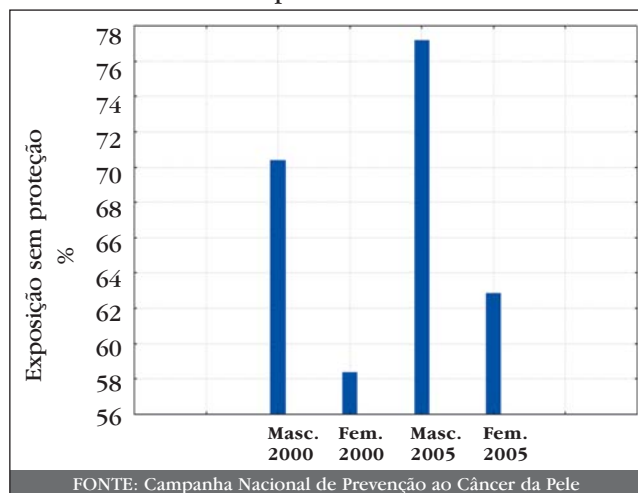
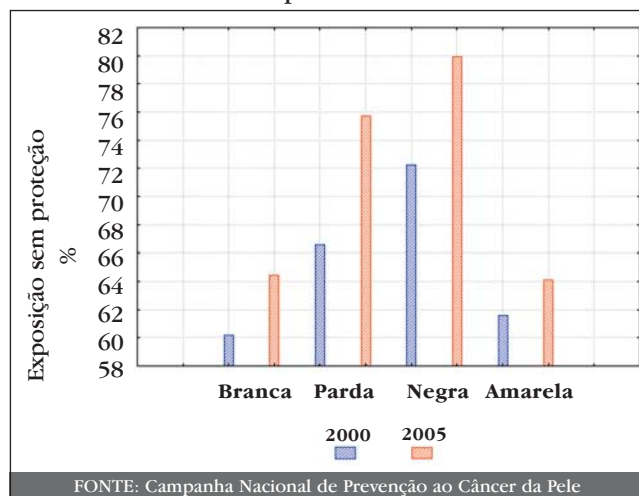


GRÁFICO 5: Proporção de expostos ao sol sem proteção entre os examinados em 2000 e 2005 por cor



sendo pequena a variação nos resultados anuais.

O gráfico 7 mostra a idade média dos entrevistados e dos casos diagnosticados como câncer da pele nas diversas regiões do país.

DISCUSSÃO

As campanhas de prevenção ao câncer da pele são atividades de rastreamento para o diagnóstico precoce dessa doença que possibilitam tratamento rápido, diminuição da morbidade e aumento da sobrevida do paciente. As neoplasias malignas da pele, embora frequentes e de incidência crescente, quando diagnosticadas não apresentam sintomas e muitas vezes não constituem a queixa principal ou o

GRÁFICO 6: Proporção de casos de Câncer da Pele por Estado Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele 2001 a 2005

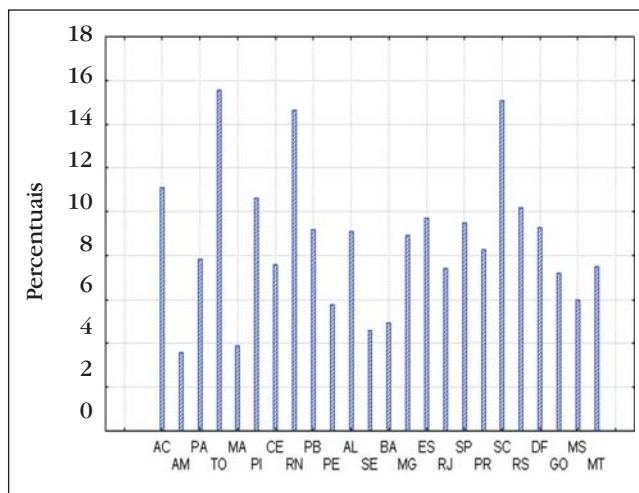
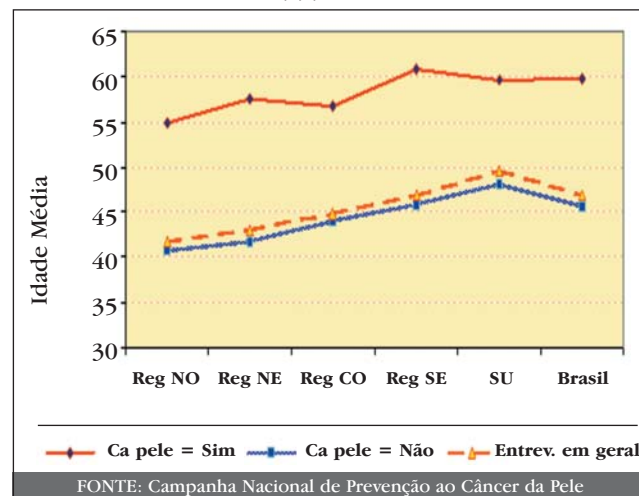


GRÁFICO 7: Idade Média dos examinados e presença de Câncer da Pele por Região 1999-2005



motivo da consulta, o que salienta a importância do exame clínico.⁹ Programas de rastreamento de câncer da pele são capazes de efetuar o diagnóstico precoce do melanoma em 90% dos casos, com redução da letalidade.¹⁰ O diagnóstico precoce dos cânceres de pele não-melanomas (CPNM) leva à redução substancial de seqüelas cirúrgicas inestéticas, além de servir de alerta aos pacientes quanto ao risco de recidiva e aparecimento de novos tumores.

Casos diagnosticados durante as campanhas são considerados prevalentes, ou seja, sua magnitude depende não apenas da incidência de câncer da pele, mas também da duração da lesão até o diagnóstico. Em regiões em que é difícil o acesso ao diagnóstico e em grupos populacionais com menor consciência de suas manifestações clínicas, a proporção elevada de câncer da pele resulta de duração maior do período pré-diagnóstico e não indica necessariamente maior risco. Assim, a razão de prevalência de 1,7 entre homens e mulheres, encontrada neste trabalho, não reflete apenas maior risco, mas também menos cuidado com a pele, ainda considerado estético e próprio do sexo feminino. Essa hipótese é reforçada pela menor proporção de homens que participaram da campanha e informaram utilizar proteção contra a exposição solar.

Menor acesso ao diagnóstico poderia explicar parte da distribuição geográfica encontrada, como a alta prevalência no Estado de Tocantins. Já o achado de que os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Norte têm as maiores prevalências corrobora as estimativas do INCA, que estima para Florianópolis e Natal as maiores incidências do país para CPNM.² Diferenças de insolação e de susceptibilidade da população explicam essa distribuição geográfica.

As estimativas do INCA são baseadas em dados de mortalidade para determinada localidade e dados de letalidade de localidades semelhantes que disponham de registro de câncer de base populacional. Devido à possibilidade de sub-registro, essas estimativas devem ser consideradas mínimas.² Além disso, a cobertura e a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) variam muito entre as diversas regiões do país, o que poderia levar a distorções nas estimativas para estados com baixa cobertura do SIM no interior, tornando-se mais confiável, nesses casos, as referentes às capitais. As estimativas do INCA para CPNM nem sempre são consistentes, como, por exemplo, aquelas para a cidade de Vitória – 38,9 por 100.000 habitantes para o sexo masculino, e 130,4 por 100.000 para o sexo feminino² –, com razão de sexos epidemiologicamente muito improvável.

A prevalência de casos observada nas campanhas não pode ser considerada prevalência real de casos de CPNM não diagnosticados pelos serviços de saúde, em virtude da auto-seleção dos participantes da campanha, que pode diferir entre os anos e as diferentes regiões. No entanto, espera-se que a prevalência observada na campanha seja função da prevalência real; na medida em que várias evidências, mesmo incompletas, convergem para as mesmas conclusões, essas se vêem reforçadas. Os achados de alta prevalência de Santa Catarina e Rio Grande do Norte corroboram as estimativas do INCA e superam a idéia de que os CPNMs sejam problema sanitário apenas de estados do sul do país, que receberam imigração européia mais recente.

Quanto à variação no tempo, observou-se aumento da prevalência de carcinomas dos tipos basocelular, espinocelular e melanoma, o que é coerente com os achados epidemiológicos de outros países¹ e de áreas específicas do Brasil.^{11,12} No entanto, tratando-se de doença crônica, o intervalo de tempo analisado é pequeno para permitir qualquer inferência.

Dado importante diz respeito à exposição solar sem proteção. Deve-se considerar que a população presente à campanha se auto-seleciona pelo acesso à informação sobre hora e local do exame da pele e

pela motivação em participar. Essa motivação é, sem dúvida, associada à maior preocupação com a saúde da pele, o que é corroborado pela maior proporção de mulheres. Assim, é provável que essa população se proteja do sol mais do que a população em geral. Mesmo assim, deve-se salientar que mais de 50% dos informantes declararam expor-se ao sol sem proteção, independente de sexo e raça.

É freqüente o hábito de exposição solar com objetivo de bronzeamento da pele, de alto valor estético no país. Isso acarreta maior risco, assim como a percepção de que apenas quando há a intenção de bronzeamento e durante o verão é preciso utilizar proteção ao sol.¹³ Atividades como esporte ao ar livre e caminhada não são, em geral, consideradas exposições que mereçam proteção. O uso adequado de filtro solar é baixo não apenas por questões econômicas, mas também por percepções equivocadas por parte da população. É preciso, além disso, superar a concepção de que os cuidados com a pele têm apenas finalidade estética, que tem como consequência maior exposição ao sol sem proteção entre os homens, como mostram os dados.

Os resultados referentes à exposição solar por parte dos participantes das campanhas, assim como outros estudos no país, indicam que a ação educativa deve ser priorizada entre as diversas estratégias de controle do câncer da pele. Infelizmente, nem mesmo os serviços de saúde incorporaram a necessidade de aconselhamento quanto à exposição solar.¹⁴ Há, portanto, que se desenvolver esforço junto às demais especialidades médicas além da dermatologia, aos responsáveis por tomada de decisão no sistema de saúde e aos formuladores de políticas de educação para que a prevenção ao câncer da pele possa ser iniciada já na infância, evitando, assim, a exposição solar cumulativa.

CONCLUSÃO

A elevada freqüência de câncer da pele no país permite considerá-lo importante problema de saúde pública, mas a proteção contra a exposição solar, seu principal fator de risco, ainda não é prática difundida na população. □

REFERÊNCIAS

1. Diepgen Thomas L, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol.* 2002;146:1-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
3. Fung TT, Hunter DJ, Spiegelman D, Colditz GA, Rimm EB, Willett WC. Intake of alcohol and alcoholic beverages and the risk of basal cell carcinoma of the skin. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002;11(Pt 1):1119-22.
4. Marks R. The epidemiology of non-melanoma skin cancer: who, why and what can we do about it. *J Dermatol.* 1995;22:853-7.
5. Rosso S, Schraub S, Tumino R, Franceschi S, Zanetti R. Reproducibility of skin characteristic measurements and reported sun exposure history. *Int J Epidemiol.* 2002;31:439-6.
6. Athas WF, Hunt William C, Key Charles R. Changes in nonmelanoma skin cancer incidence between 1977-1978 and 1998-1999 in Northcentral New Mexico. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2003;12:1105-8.
7. Mikkilineni RR, Weinstock MA, Goldstein MG, Dube CE, Rossi JS. The impact of the basic skin cancer triage curriculum on provider's skin cancer control practices. *J Gen Intern Med.* 2001;16:302-7.
8. Geller AC, Annas GD. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2003; 19:2-11.
9. Pinheiro AMC, Cabral ALSV, Friedman H, Rossi J S. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *An Bras Dermatol.* 2003;78:179-86.
10. Rocha FP, Menezes AMB, Almeida Junior HL, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. *Rev Saude Publica.* 2002;36:101-6.
11. Nasser N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol.* 2005;80:363-8.
12. Nasser N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares - Blumenau (SC), Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol.* 2004;79:669-77.
13. Costa FB, Weber MB. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. *An Bras Dermatol.* 2004;79:149-155.
14. Nora AB, Lovatto L, Panarotto D, Boniatti MM. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. *An Bras Dermatol.* 2004;79:45-51.

AGRADECIMENTOS

A Sociedade Brasileira de Dermatologia agradece aos inúmeros colegas da especialidade e seus colaboradores pelo inestimável serviço que vêm prestando à assistência, à educação e à promoção da saúde da população brasileira.

OBSERVAÇÃO

Durante o fechamento desta edição, a Sociedade Brasileira de Dermatologia realizou a 8ª edição da Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, que registrou o marco histórico de 41.751 atendimentos, caracterizando-a como a maior campanha de atendimento contra o câncer da pele no mundo.

Como citar este artigo: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol.* 2006;81(6):533-9.