

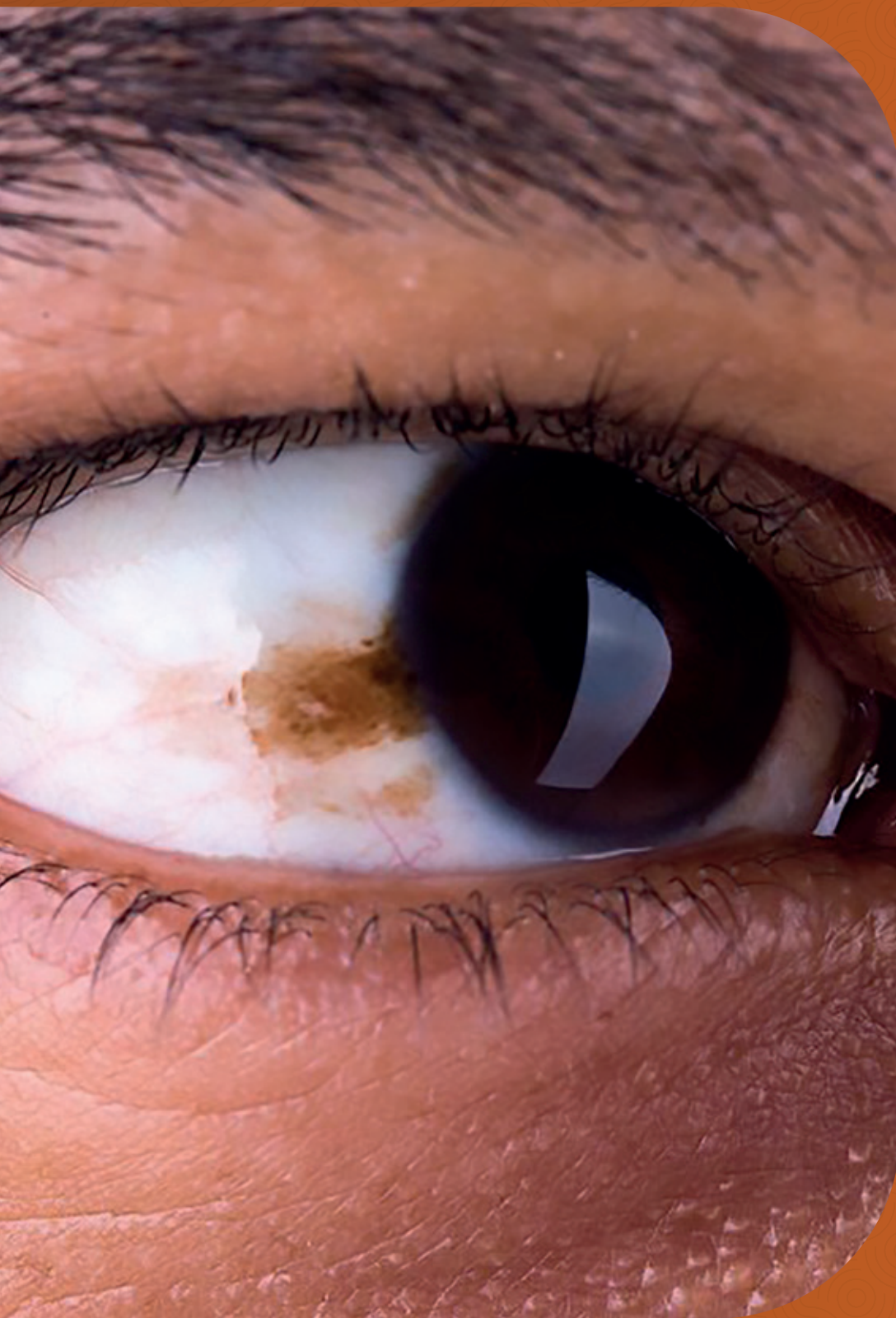
info.oncollect

ANÁLISES E TENDÊNCIAS EM CÂNCER

Ano: 2026 Volume 12

MELANOMA

Nem sempre na pele



OLHAR ALÉM DA PELE

Há doenças que nos desafiam não apenas pela complexidade do tratamento, mas pela capacidade de passar despercebidas até que já tenham causado um grande impacto. O melanoma é uma delas. Embora seja menos frequente do que outros tipos de câncer de pele, sua agressividade faz com que cada oportunidade de diagnóstico precoce tenha um valor imenso. E quando falamos do melanoma extrapele - uma forma mais rara - os desafios tornam-se ainda maiores.

Esse cenário nos lembra de uma verdade fundamental: para enfrentar o câncer, não basta tratar. É preciso conhecer. Conhecer para prevenir, diagnosticar mais cedo, planejar melhor os serviços de saúde e orientar políticas públicas capazes de salvar vidas.

É com esse propósito que apresentamos esta edição do **info.oncollect**. Ao reunir informações sobre o melanoma de pele e extrapele no Brasil, esta publicação oferece um retrato abrangente da doença em nosso país. Incidência, mortalidade, letalidade, distribuição geográfica e tratamentos adotados nas diferentes regiões compõem um conjunto de informações que permite compreender melhor a realidade brasileira e identificar caminhos para aprimorar o cuidado.

Na Fundação do Câncer, acreditamos que dados só cumprem plenamente sua função quando se transformam em conhecimento e, sobretudo, em ação. Por trás de cada indicador existem pessoas, famílias e histórias que dependem de decisões bem fundamentadas, de profissionais preparados e de um sistema de saúde capaz de responder aos desafios impostos pela doença.

Por isso, mais do que apresentar estatísticas, este boletim busca estimular reflexões. Esperamos que ele contribua para fortalecer o diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais da saúde e todos aqueles comprometidos com o controle do câncer no Brasil. Quanto maior a qualidade da informação disponível, maiores são as possibilidades de construir estratégias efetivas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e vigilância.

Também vale um lembrete que nunca perde sua importância: o enfrentamento do melanoma começa muito antes dos centros especializados. Ele começa na prevenção individual, no olhar atento do profissional da atenção primária, na valorização de sinais muitas vezes discretos, no exame cuidadoso da pele e das mucosas e no encaminhamento oportuno de pacientes com lesões suspeitas. Em oncologia, tempo faz diferença - e informação de qualidade também.

Boa leitura.

Luiz Augusto Maltoni
Diretor-executivo da Fundação do Câncer

PALAVRA DO ESPECIALISTA

MELANOMA OCULAR: UMA DOENÇA RARA, MAS QUE PRECISA SER VISTA

O melanoma é frequentemente associado à pele, mas sua forma extracutânea — e, em especial, o melanoma ocular — representa um desafio singular para a medicina face à sua prevalência na população brasileira. Em estudo epidemiológico com registros de base hospitalar avaliando 42.255 casos¹, 92,2% eram melanomas cutâneos, 5,7% oculares e 2,5% de mucosa. O melanoma uveal correspondeu a 89,4% dos melanomas oculares, com predomínio da coroide (66,5%), seguida pelo corpo ciliar e íris (15,8%) e o restante distribuído entre conjuntiva e órbita/pele.

Os dados do **info.oncollect 12** corroboram esses achados: entre 1.324 casos de melanoma não cutâneos, o olho foi a principal localização (75%). Observamos desigualdade regional marcante — o Sudeste do país concentrou 68,6% dos casos registrados e apenas 19,8% foram diagnosticados em estágio inicial. O tratamento foi cirúrgico na maioria dos casos (47,3%) e a radioterapia, utilizada nos pacientes com estádios mais iniciais, em 28,4% dos pacientes. Estes dados sugerem dificuldade de diagnóstico e quadros mais avançados de apresentação.

A letalidade do melanoma uveal metastático permanece elevada². Estudos do Collaborative Ocular Melanoma Study mostram que 31% dos casos evoluem com metástase em 5 anos e 45% em 15 anos, e a sobrevida global pouco se alterou nas últimas sete décadas^{3,4}. Esse cenário reforça a urgência de difundir a oncologia ocular na formação de oftalmologistas e ampliar o acesso a tecnologias como a radioterapia ocular e novos tratamentos farmacológicos. A recente aprovação do tebentafusp⁵ pela Anvisa (2025) representa o primeiro tratamento específico para melanoma uveal irressecável ou metastático. Embora tenha demonstrado ganho de sobrevida global no estudo pivotal, seu benefício é restrito a pacientes HLA-A*02:01 positivos — apenas 21% da população brasileira, frequência inferior à observada em norte-americanos e europeus (~45%)⁶ — e, portanto, não altera substancialmente o prognóstico sombrio da doença metastática, que permanece uma necessidade médica não atendida. Não há previsão de sua incorporação ao SUS e novas estratégias terapêuticas para a população brasileira ainda são necessárias.

Nesse contexto, o INCA desenvolve um projeto para caracterizar os aspectos anatomopatológicos e genéticos do melanoma uveal na população brasileira visando estratificação de risco e seguimento clínico personalizado — ferramentas essenciais para enfrentar as desigualdades que ainda marcam a doença no Brasil.

Enxergar o melanoma para além da pele — sem perder de vista seus diferentes perfis epidemiológicos e moleculares — é essencial para reduzir o atraso diagnóstico e enfrentar desigualdades regionais e de acesso que ainda marcam a doença no Brasil.

Evandro Lucena

Pesquisador/Investigador em Oncologia Ocular - Divisão de Pesquisa Clínica e Desenvolvimento Tecnológico do Instituto Nacional de Câncer

Andreia Melo

Chefe da Divisão de Pesquisa Clínica e Desenvolvimento Tecnológico do Instituto Nacional de Câncer

Referências

1. Lucena E, Goldemberg DC, Thuler LCS, De Melo AC. Epidemiology of uveal melanoma in Brazil. *Int J Retin Vitreol*. 2020;6:51.
2. Mouriaux F, et al. Liver function testing is not helpful for early diagnosis of metastatic uveal melanoma. *Ophthalmology*. 2012;119(8):1590-5.
3. Damato B. Does ocular treatment of uveal melanoma influence survival? *Br J Cancer*. 2010;103(3):285-90.
4. COMS Group. Development of metastatic disease after enrollment in the COMS trials — report no. 26. *Arch Ophthalmol*. 2005;123(12):1639-43.
5. Nathan P, et al. Overall survival benefit with tebentafusp in metastatic uveal melanoma. *N Engl J Med*. 2021;385(13):1196-206.
6. De Melo AC, Lucena E, Oliveira DCM, Viola JPB. Frequency of HLA-A*02:01 in the Brazilian population and its impact on uveal melanoma systemic treatment. *The Oncologist*. 2024;29(8):e1098-9.

DAS BASES NACIONAIS À AÇÃO: INFORMAÇÃO PARA ENFRENTAR O MELANOMA

Conhecer o câncer é o primeiro passo para enfrentá-lo. Por isso, é preciso que as bases nacionais de dados não sejam vistas apenas como grandes repositórios de números, mas como instrumentos estratégicos para compreender a realidade, identificar desigualdades e orientar decisões em saúde.

Os Registros de Câncer são fundamentais nesse processo. Ao produzirem informações sobre a ocorrência de casos de câncer, permitem acompanhar o comportamento da doença ao longo do tempo e avaliar se as ações de prevenção, diagnóstico e controle estão alcançando os resultados esperados. Para a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC/OMS), os registros populacionais de qualidade constituem componentes essenciais da vigilância e do planejamento do controle do câncer.

A análise apresentada nesta edição do **info.oncollect** demonstra claramente essa contribuição. A integração de informações dos Registros de Câncer e do Sistema de Mortalidade permitiu construir um retrato mais amplo do melanoma no Brasil.

Os achados corroboram a literatura ao mostrar que o melanoma não deve ser compreendido apenas como uma neoplasia cutânea. Embora a pele represente o principal sítio de ocorrência da doença, também foram identificados casos em diferentes localizações extracutâneas, reforçando que o melanoma pode acometer outros órgãos e sistemas. Esses resultados ampliam a compreensão sobre o perfil da doença e evidenciam a importância de incluir as formas extracutâneas nas estratégias de vigilância, diagnóstico e conscientização.

As desigualdades regionais também chamam atenção. A Região Sul apresentou as maiores taxas de incidência e mortalidade por melanoma de pele. Entretanto, as maiores estimativas de letalidade foram observadas nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Esse contraste sugere possíveis diferenças no acesso ao diagnóstico precoce, à atenção especializada e ao tratamento oportuno.

É justamente nesse ponto que a informação se transforma em ação. Quando diferentes bases são analisadas de forma integrada, conseguimos enxergar não apenas quantas pessoas adoecem ou morrem, mas onde estão as principais lacunas da assistência. Fortalecer os registros, garantir sua continuidade e qualificar seus dados é fortalecer a própria capacidade do país de planejar políticas mais justas e efetivas.

Rejane Reis

Bióloga e epidemiologista da Fundação do Câncer

Alfredo Scaff

Consultor médico e epidemiologista da Fundação do Câncer

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Alfredo Scaff, Darlan Silva, Fernanda Lima e Rejane Reis.

PESQUISADOR CONVIDADO

Rodrigo Saar da Costa.



METODOLOGIA

Nesta publicação, são apresentadas informações sobre a incidência e a mortalidade por câncer de pele melanoma (C43), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10)¹, bem como sobre os melanomas extracutâneos, identificados pelas morfologias 8720-8790². A seleção dos grupos topográficos dos melanomas extracutâneos baseou-se na magnitude da incidência. Assim, foram definidos quatro grupos topográficos: (i) cavidade oral (C00-C10, exceto C07-C08); (ii) sistema digestório, incluindo esôfago e estômago (C15-C16), intestino delgado (C17), intestino grosso (C18-C19), reto (C20), ânus e canal anal (C21) e intestino, sem outra especificação (C26); (iii) sistemas genitais feminino e masculino - vulva (C51), vagina (C52), outros órgãos genitais femininos (C57), pênis (C60) e outros órgãos genitais masculinos (C63); e (iv) Olho (C69). Em todos os grupos, foram considerados apenas os códigos com comportamento biológico /3 (maligno). As análises foram estratificadas por sexo, para o Brasil e suas regiões.

As informações de incidência foram obtidas a partir das bases de dados de 33 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) em funcionamento no Brasil no período de 1990 a 2021³. Os RCBPs e os períodos analisados incluem:

RCBP	Período de referência
RCBP ACRE	2010-2017
RCBP ALAGOAS	2010-2011
RCBP AMAPÁ	2016-2017
RCBP ANGRA DOS REIS	2007-2021
RCBP ARACAJU	1996-2016
RCBP BELÉM	1996-2019
RCBP BELO HORIZONTE	2000-2020
RCBP CAMPINAS-SMS	2010-2019
RCBP CAMPINAS-UNICAMP	1991-2005
RCBP CAMPO GRANDE	2000-2012
RCBP CUIABÁ	2000-2018
RCBP CURITIBA	1998-2020
RCBP DISTRITO FEDERAL	1999-2019
RCBP DRS BARRETOS	2000-2019
RCBP ESPÍRITO SANTO	1997-2012
RCBP FLORIANÓPOLIS	2008-2016
RCBP FORTALEZA	1990-2015
RCBP GOIÂNIA	1996-2013
RCBP JAHU	1996-2021
RCBP JOÃO PESSOA	1999-2017
RCBP MANAUS	1999-2018
RCBP MATO GROSSO (INTERIOR)	2001-2018
RCBP NATAL	1999-2008
RCBP PALMAS	2000-2017
RCBP POÇOS DE CALDAS	2007-2014

(Continuação) Tabela RCBP e períodos analisados:

RCBP	Período de referência
RCBP PORTO ALEGRE	1993-2017
RCBP RECIFE	1995-2020
RCBP RONDÔNIA	2015-2017
RCBP RORAIMA	2003-2017
RCBP SALVADOR	1996-2005
RCBP SANTOS	2008-2016
RCBP SÃO PAULO	1997-2015
RCBP TERESINA	2000-2006

Fonte: INCA, 2026.

Foram calculados o número de casos novos e as frequências relativas (%) dos melanomas extracutâneos, bem como a distribuição dos casos de melanoma de pele (C43) segundo sua localização anatômica, considerando-se o período de referência específico de cada RCBP. Além dos dados de incidência observada, foram utilizadas as estimativas de incidência de câncer para o Brasil. As taxas de incidência foram ajustadas por idade e padronizadas pela população mundial padrão adotada na publicação Estimativa 2026: Incidência de Câncer no Brasil, permitindo a comparação entre diferentes populações e períodos^{4,5}.

Para a análise da mortalidade, foram utilizadas as taxas médias de mortalidade ajustadas por idade, segundo sexo, para o Brasil e suas grandes regiões, calculadas com base nos cinco anos mais recentes com dados disponíveis (2020-2024). As informações foram obtidas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), permitindo uma estimativa mais estável do padrão de mortalidade por melanoma no país⁶.

As taxas de incidência e de mortalidade foram expressas por milhão de habitantes. Nas análises de mortalidade, foram considerados exclusivamente os óbitos por melanoma de pele (C43), uma vez que os dados de mortalidade são registrados e disponibilizados segundo a classificação topográfica da CID-10, o que possibilita a identificação específica de câncer com essa localização anatômica.

Para calcular a letalidade estimada, utilizou-se a razão de mortalidade/incidência (M:I). O cálculo foi feito com base nas taxas ajustadas por idade, tanto de incidência quanto de mortalidade, referentes aos cinco anos mais recentes disponíveis utilizando a população padrão mundial⁴. Valores próximos a 1 indicam alta letalidade. Considerando a ausência de

dados nacionais completos de incidência, adotou-se a mediana das taxas provenientes dos RCBPs como medida de tendência central, calculada para Brasil e suas regiões geográficas. As informações populacionais para o Brasil e suas regiões, bem como as áreas de cobertura dos RCBPs, foram baseadas nas estimativas de população residente disponibilizadas pelo DATASUS⁷.

As informações sobre o deslocamento do paciente e o tratamento recebido, referentes aos casos de melanoma de pele, foram obtidas a partir dos dados dos Registros Hospitalares de Câncer, disponíveis no Integrador RHC do INCA, para Brasil e regiões e período de 2014 a 2023⁸.

Referências

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2008.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O). 3. ed. São Paulo: Edusp, 2013.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tabulador de Incidência. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/BasePopIncidencias/Home.action>. Acesso em: 04 fev. 2026.
4. DOLL, R.; WATERHOUSE, J.; PAYNE, P. Cancer incidence in five continents volume I. Berlin: International Agency for Research on Cancer, 1966.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 04 fev. 2026.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS: Mortalidade desde 1996 pela CID-10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 04 fev. 2026.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). População residente: estimativas por município, idade e sexo, 2000-2024. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>. Acesso em: 04 fev. 2026.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER (BRASIL). Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action>. Acesso em: 10 mai. 2026.

O melanoma é uma neoplasia maligna originada nos melanócitos, células produtoras de melanina presentes principalmente na pele, mas também em mucosas e estruturas oculares. Embora seja menos frequente que o câncer de pele não melanoma, apresenta maior agressividade clínica devido ao seu potencial de invasão local e disseminação metastática. No Brasil, são estimados cerca de 9 mil casos novos de melanoma para o ano de 2026, o que reforça a importância da vigilância, do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno dessa doença^{1,2}.

O **info.oncollect**, volume 12, mostra que o melanoma não deve ser compreendido apenas como uma doença da pele. Entre 1990 e 2021, foram registrados 1.324 casos novos de melanoma extrapele no Brasil, de acordo com os registros de câncer analisados. Nesse grupo, o olho foi a principal localização primária, correspondendo a 75,0% dos casos, seguido pelos sistemas genitais feminino e masculino, com 12,8%, e pelo sistema digestório, com 8,2%.

O melanoma ocular, especialmente o melanoma uveal, é considerado o tumor maligno intraocular primário mais comum em adultos, apesar de ser uma neoplasia rara. Nesse material, foram registrados 993 casos novos de melanoma de olho. A coróide concentrou 54,6% dos casos, seguida pelo corpo ciliar/íris/trato uveal, com 18,6%³⁻⁶.

O predomínio do melanoma ocular entre os melanomas extracutâneos reforça a importância da integração da oftalmologia às estratégias de detecção precoce. Diferentemente do melanoma cutâneo, o ocular pode permanecer assintomático nas fases iniciais e ser identificado apenas em exames de rotina. Quando presentes, os sintomas são inespecíficos, como visão embaçada, *flashes* luminosos, manchas no campo visual e perda visual, podendo retardar o diagnóstico^{3,6-8}.

A literatura descreve como fatores associados ao maior risco de melanoma ocular: idade avançada, pele e olhos claros, presença de nevos ou áreas pigmentadas oculares e algumas síndromes genéticas, como alterações relacionadas ao gene BAP1. A relação entre exposição à radiação ultravioleta e melanoma ocular ainda não é tão bem estabelecida quanto no melanoma cutâneo; entretanto, o uso de óculos com proteção contra raios UVA e UVB é recomendado como medida de proteção dos olhos e da pele ao redor deles, sobretudo em ambientes de alta luminosidade^{5-7,9,10}.

Melanomas cutâneos, mucosos e oculares apresentam perfis moleculares distintos. No melanoma cutâneo, predominam mutações relacionadas à radiação ultravioleta, especialmente nos genes BRAF e NRAS. Já o melanoma uveal é caracterizado por alterações em GNAQ, GNA11, BAP1 e por alterações cromossômicas como monossomia 3 e ganho de 8q. Essas diferenças influenciam o prognóstico, o seguimento e as estratégias terapêuticas de acordo com o sítio primário do tumor^(5,6,11).

Além do olho, os melanomas mucosos reforçam a necessidade de vigilância para além da pele. O melanoma vulvar e vaginal é raro, agressivo e frequentemente diagnosticado tardiamente devido à presença de lesões assintomáticas ou amelanóticas. O tratamento envolve biópsia adequada, excisão com margens negativas e seguimento prolongado. Já os melanomas viscerais primários, como o pulmonar, são extremamente raros e mostram a diversidade anatômica dessa neoplasia^{12,13}.

Em relação ao melanoma de pele, foram registrados 30.614 casos novos no Brasil entre 1990 e 2021, com distribuição semelhante entre os sexos. As localizações mais frequentes foram tronco, membros inferiores e membros superiores. Para 2026, a taxa de incidência estimada, ajustada por idade, para o melanoma de pele no Brasil é de 19,2 casos por 1 milhão de habitantes, sendo maior entre homens. Regionalmente, a Região Sul apresentou as maiores taxas de incidência para ambos os sexos, seguida pelo Sudeste, enquanto a Região Norte apresentou as menores taxas.

A mortalidade por melanoma de pele também revela desigualdades regionais. Entre 2020 e 2024, a taxa média, ajustada por idade, no Brasil foi de 6 óbitos por 1 milhão de habitantes, com maior mortalidade entre homens. A Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade, enquanto as menores foram observadas na Região Norte. Contudo, a letalidade da doença foi mais elevada nas Regiões Centro-Oeste e Norte, sugerindo que essas áreas podem apresentar maior gravidade dos casos, possivelmente relacionada ao diagnóstico tardio, barreiras de acesso, menor disponibilidade de serviços especializados e dificuldades no início oportuno do tratamento¹⁴.

Na assistência oncológica, a cirurgia foi o principal primeiro tratamento do melanoma de pele no Brasil entre 2014 e 2023, correspondendo a 84,7% dos procedimentos registrados. O Centro-Oeste apresentou o maior deslocamento para outras regiões, indicando desafios na regionalização da atenção oncológica. Assim, o enfrentamento do melanoma no Brasil requer prevenção, diagnóstico precoce, qualificação dos registros, acesso oportuno ao tratamento e articulação entre atenção básica, dermatologia, oftalmologia, oncologia e demais especialidades^{1,5-7,11-13}.

No contexto da economia da saúde, o principal avanço foi a incorporação da primeira imunoterapia no SUS, para o tratamento do melanoma metastático a partir de 2020, deliberada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Até então, o uso de quimioterapia citotóxica convencional - padrão de tratamento disponível e recomendado pelo SUS - resultava apenas em uma resposta clínica marginal no melanoma avançado, com taxa de resposta não superior a 10%. A introdução da imunoterapia como terapia-alvo trouxe uma mudança disruptiva no cenário clínico, elevando as taxas de resposta

para até 70% e proporcionando curvas de sobrevida substancialmente superiores às observadas historicamente para esse perfil de paciente¹⁵⁻¹⁶.

Contudo, permaneceu o desafio relacionado ao financiamento tecnológico frente ao modelo de reembolso via APAC. Embora reajustado em 2022 para R\$7.500,00 - valor 4,17 vezes maior que o teto anterior - mostrou-se insuficiente para a aquisição do medicamento, cujo custo projetado chega a ser 10 vezes superior ao do tratamento convencional. Dessa forma, o acesso à tecnologia continuou comprometido, exigindo um remodelamento do financiamento que, atualmente, encontra-se em fase de discussão com a implementação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS¹⁶⁻¹⁸.

Reconhecer que o melanoma pode se manifestar em diferentes sítios anatômicos, sem perder de vista a relevância da regra do ABCDE na identificação dos casos cutâneos, ampliando assim as oportunidades de diagnóstico precoce, favorece melhores resultados terapêuticos com orientações estratégicas para políticas públicas mais abrangentes.

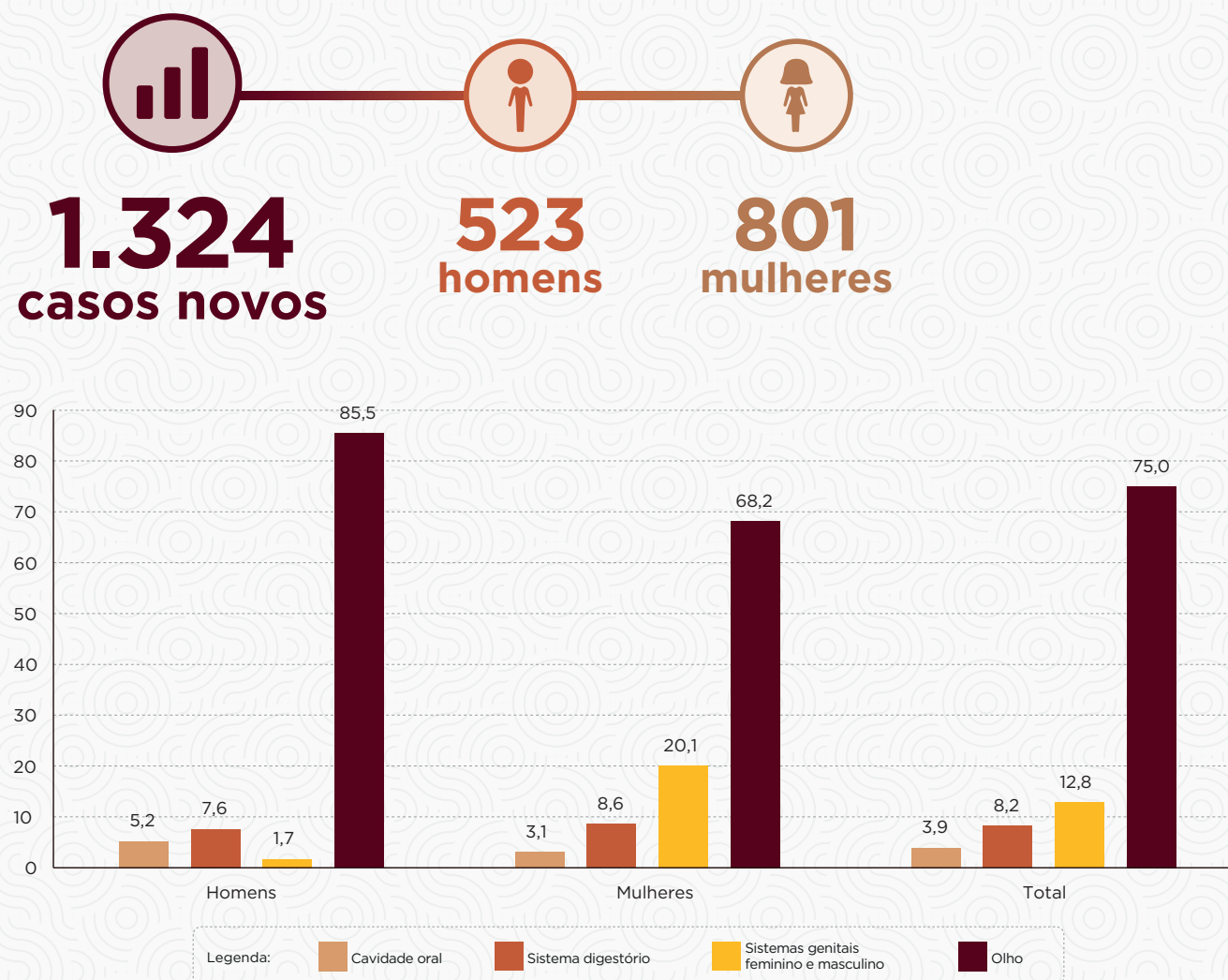
Referências

1. Fundação do Câncer. info.oncollect 2026: câncer de pele no Brasil: um retrato da doença em números. Rio de Janeiro: Fundação do Câncer; 2026. v. 11.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2026-2028: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2026.
3. National Cancer Institute. Intraocular (uveal) melanoma treatment (PDQ®): patient version [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2025 [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/eye/patient/intraocular-melanoma-treatment-pdq>
4. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Intraocular (uveal) melanoma treatment (PDQ®): health professional version [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2020 [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK660479/>
5. Scott JF, Gerstenblith MR, eds. Noncutaneous Melanoma. Brisbane: Codon Publications; 2018. [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK506988/>
6. Jovanovic P, Mihajlovic M, Djordjevic-Jocic J, Vlakjovic S, Cekic S, Stefanovic V. Ocular melanoma: an overview of the current status. Int J Clin Exp Pathol. 2013;6(7):1230-1244.
7. American Society of Retina Specialists. Intraocular (uveal) melanoma [Internet]. Chicago: American Society of Retina Specialists; [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.asrs.org/patients/retinal-diseases/40/intraocular-uveal-melanoma>
8. MD Anderson Cancer Center. Uveal melanoma [Internet]. Houston: The University of Texas MD Anderson Cancer Center; [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.mdanderson.org/cancer-types/melanoma/uveal-melanoma.html>
9. American Cancer Society. Risk factors for eye cancer [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/types/eye-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
10. American Cancer Society. Can eye cancer be prevented? [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2025 [citado 2026 jun 1]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/types/eye-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>
11. Turner N, Ware O, Rosenberg M. Genetics of metastasis: melanoma and other cancers. Clin Exp Metastasis. 2018. doi:10.1007/s10585-018-9893-y.
12. Chen C, Schwartz MR, Holder AM. Diagnosis and Management of Vulvar Malignant Melanoma: An Uncommon and Aggressive Mucosal Melanoma. ACS Case Reviews in Surgery. 2022.
13. Ost D, Joseph C, Sogoloff H, Menezes G. Primary pulmonary melanoma: case report and literature review. Mayo Clin Proc. 1999;74:62-66.
14. Nogueira HR, Amorim EL, Genaro GD, Lourenco MCS, Dantas VHS, Sousa LVA. Disparidades no tempo para início do tratamento e nas modalidades terapêuticas para melanoma maligno de pele: estudo transversal, Brasil, 2013-2023. Epidemiol Serv Saude. 2026;35:e20250025. doi:10.1590/S2237-96222026v35e20250025.pt.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Terapia-alvo e imunoterapia para o tratamento de primeira linha do melanoma avançado não-cirúrgico e metastático. Relatório Técnico nº 541. Brasília, jul. 2020. Disponível em: Relatório Técnico 541. Acesso em: 25 jun. 2026.
16. Maia FHA, Santos PGF, Monteiro SCC. Incorporação de tecnologias na oncologia: perspectivas para ampliação do acesso e da participação social. Bol Inst Saúde. 2024; 25(2): 61-68.
17. Brasil. Lei 14.758 de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União. 20 dez 2023; Seção 1:1.
18. Ministério da Saúde (BR). SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> Acesso em: 25 jun. 2026.

MELANOMA EXTRAPELE

FREQUÊNCIA DE CASOS NOVOS (INCIDÊNCIA) DO MELANOMA EXTRAPELE, SEGUNDO TIPO DE LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA E SEXO, BRASIL*, 1990 A 2021.

Entre 1990 e 2021, foram registrados 1.324 casos novos de melanoma extrapele, sendo 523 (39,5%) em homens e 801 (60,5%) em mulheres no Brasil. A topografia 'olho' foi a principal localização primária, correspondendo a 75,0% dos casos, seguida pelos sistemas genitais feminino e masculino (12,8%) e pelo sistema digestório (8,2%), para ambos os sexos. Em geral, foi observada uma maior proporção de casos novos de melanomas extrapele no sexo feminino.



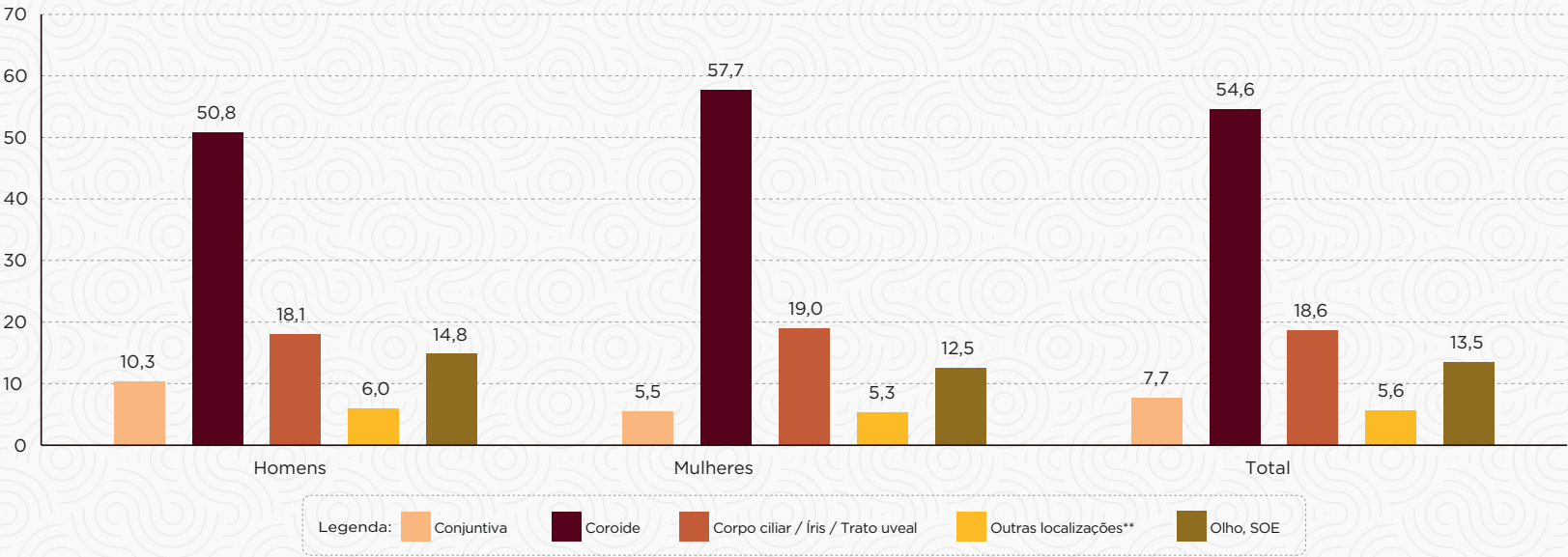
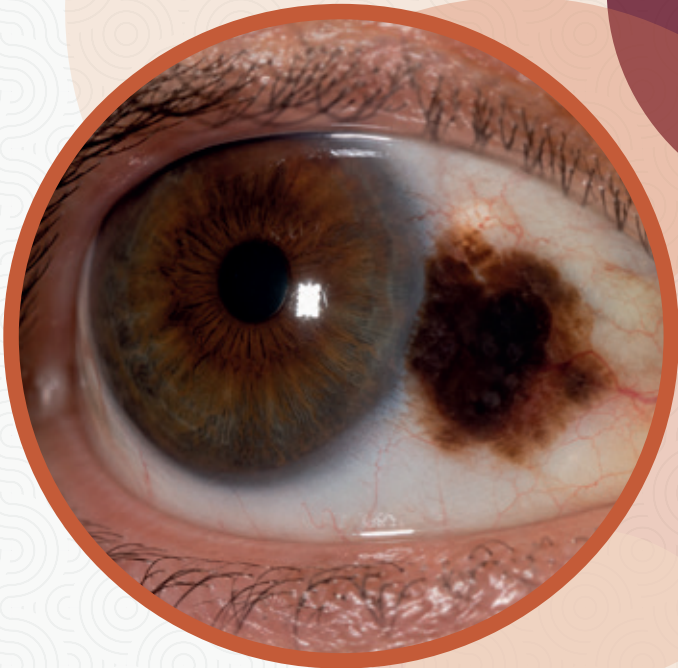
*Informações de 33 RCBPs | Fonte: INCA, 2026



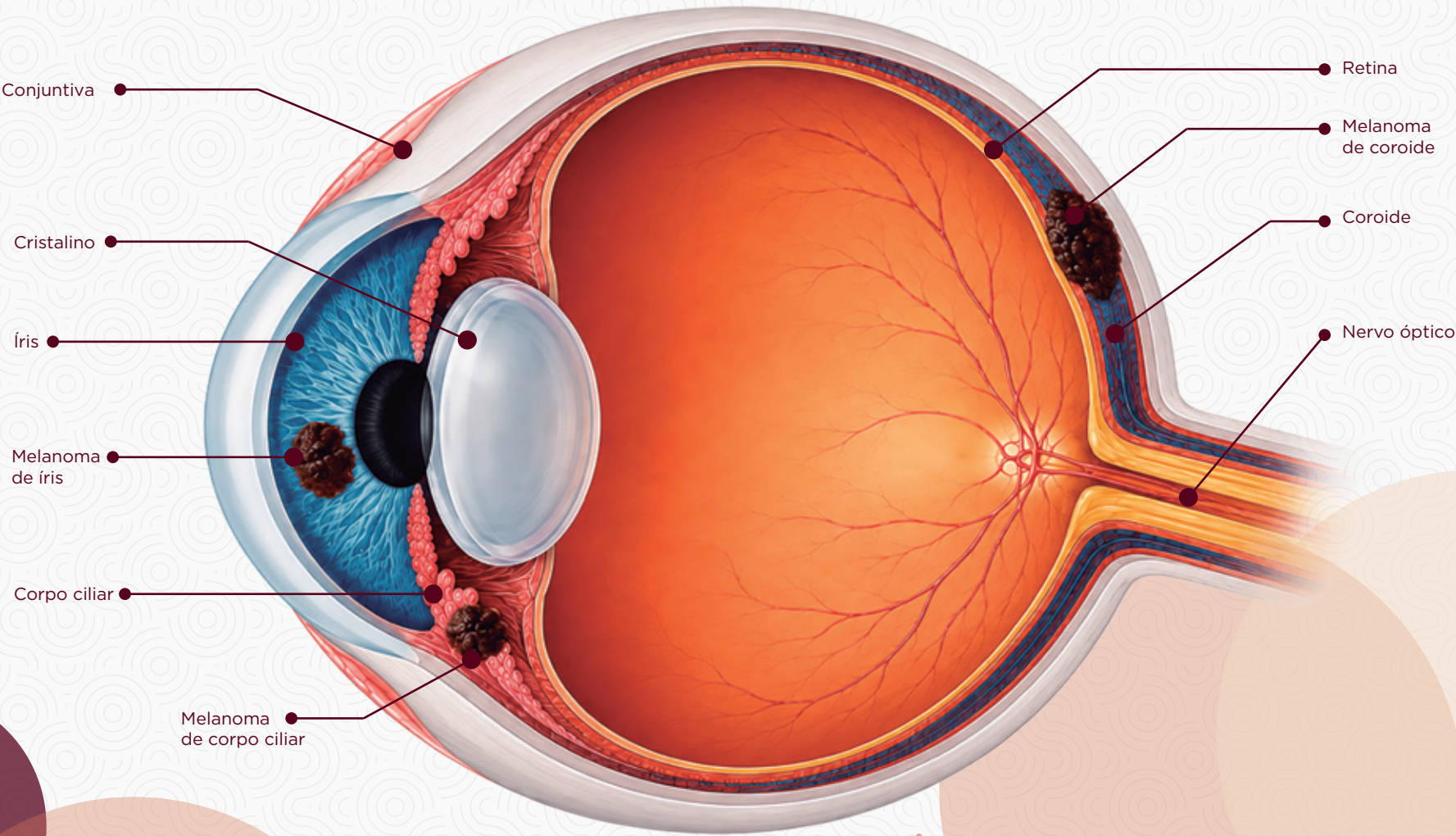
MELANOMA OCULAR

FREQUÊNCIA DE CASOS NOVOS (INCIDÊNCIA) SEGUNDO A SUBLOCALIZAÇÃO DO OLHO, POR SEXO, BRASIL*, 1990 A 2021.

No Brasil, no período analisado, foram registrados 993 casos novos de melanomas oculares, sendo 447 (45,0%) em homens e 546 (55,0%) em mulheres. Tanto para os homens quanto para as mulheres, o melanoma de coróide foi o mais frequente, sendo responsável por 54,6% dos casos novos diagnosticados, seguido pelo melanoma de corpo ciliar/íris/trato uveal (18,6%) e o de olho, SOE (13,5%).



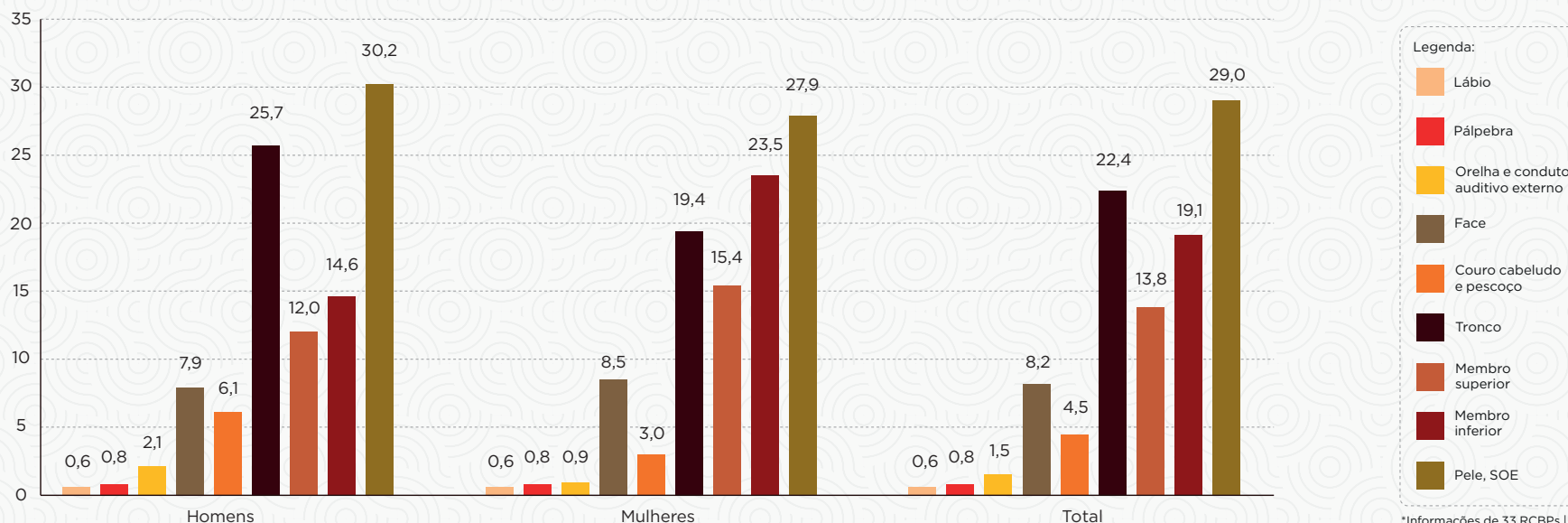
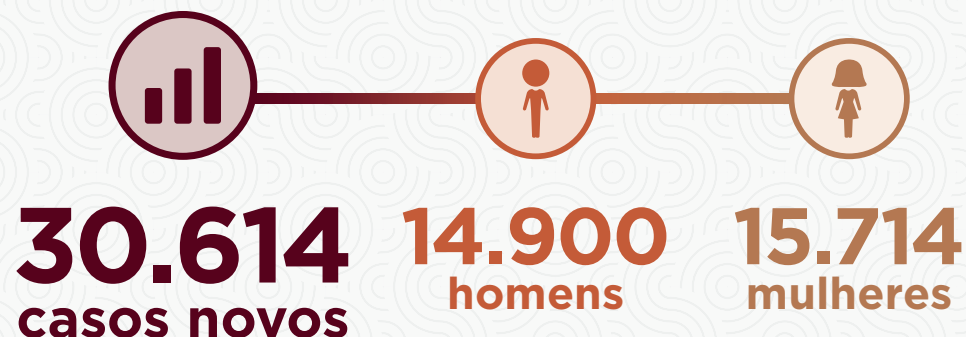
SOE: Sem outra especificação | *Informações de 33 RCBPs | **Córnea, retina, glândula lacrimal, órbita e lesão sobreposta do olho e anexos | Fonte: INCA, 2026



MELANOMA DE PELE

FREQUÊNCIA DE CASOS NOVOS (INCIDÊNCIA) SEGUNDO A SUBLOCALIZAÇÃO DO MELANOMA DE PELE, POR SEXO, BRASIL*, 1990 A 2021.

Já para os casos de melanoma de pele, no Brasil, para o período analisado, foram registrados 30.614 casos novos da doença, sendo 14.900 (48,7%) em homens e 15.714 (51,3%) em mulheres, levando a uma ligeira predominância do sexo feminino. Os maiores percentuais ocorreram nas sublocalizações do tronco (22,4%), membros inferiores (19,1%) e membros superiores (13,8%). Destaca-se que os homens apresentaram mais diagnósticos de melanoma na orelha, couro cabeludo, pescoço e tronco. Já as mulheres apresentaram mais diagnósticos de melanoma na face, membros inferiores e superiores.



Legenda:

- Lábio
- Pálpebra
- Orelha e conduto auditivo externo
- Face
- Couro cabeludo e pescoço
- Tronco
- Membro superior
- Membro inferior
- Pele, SOE

*Informações de 33 RCBPs | Fonte: INCA, 2026

INCIDÊNCIA

De acordo com as estimativas nacionais, são esperados para o Brasil, para o ano de 2026, 19 casos novos a cada 1 milhão de habitantes, sendo o maior risco entre os homens (23 casos por 1 milhão) em comparação às mulheres (17 casos por 1 milhão). Estima-se que a Região Sul apresente as maiores taxas de incidência ajustadas para ambos os sexos, enquanto que as menores taxas são esperadas na Região Norte.

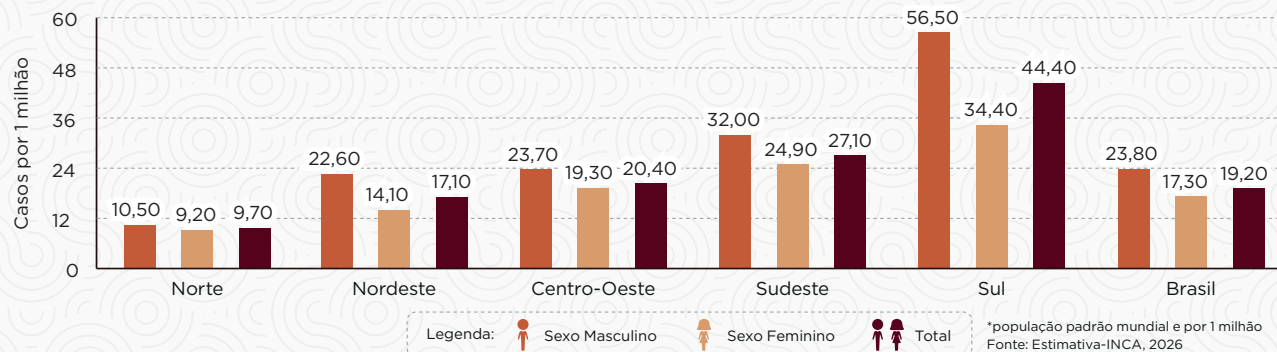
MORTALIDADE

Em relação à mortalidade, a taxa média ajustada por idade para o período de 2020 a 2024 foi de 6 óbitos a cada 1 milhão de habitantes no Brasil, com maiores valores entre homens (8 óbitos por 1 milhão) do que entre mulheres (5 óbitos por 1 milhão). Novamente, a Região Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade para ambos os sexos e o Norte apresentou as menores.

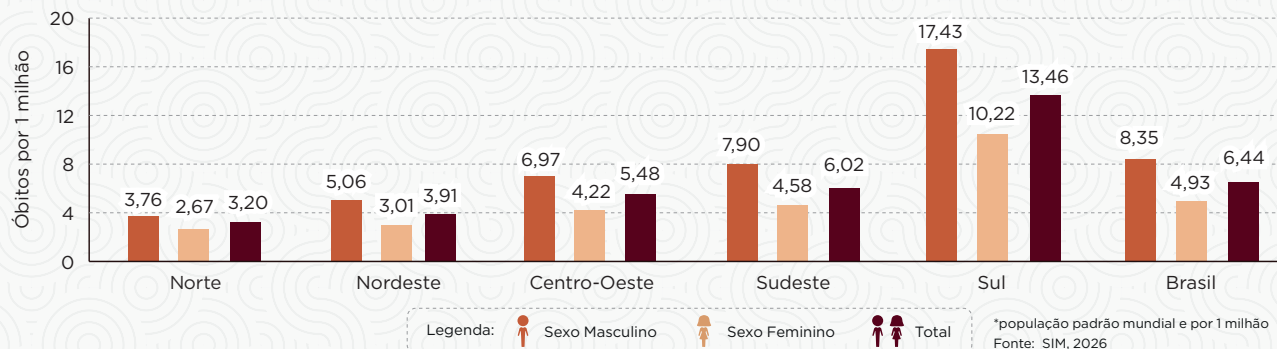
LETALIDADE

A letalidade estimada do melanoma de pele no Brasil foi de 0,21, sendo mais elevada entre os homens (0,24) do que entre as mulheres (0,18). Na análise por região, os maiores valores de letalidade estimada foram observados no sexo masculino nas Regiões Centro-Oeste (0,33) e Norte (0,30). Entre as mulheres, esse padrão também se repetiu, com as maiores estimativas registradas nessas mesmas regiões. Embora a Região Norte apresente as menores taxas de incidência e mortalidade por melanoma de pele, observou-se uma das maiores letalidades estimadas do país, sugerindo possíveis desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno.

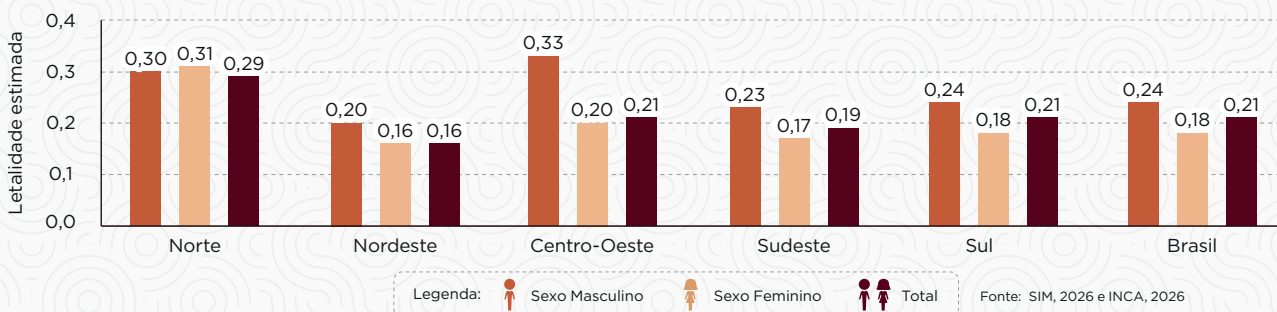
TAXAS DE INCIDÊNCIA ESTIMADA, AJUSTADAS* POR IDADE, DO MELANOMA DE PELE, SEGUNDO SEXO, BRASIL E REGIÕES, 2026.



TAXAS MÉDIAS DE MORTALIDADE, AJUSTADAS* POR IDADE, DO MELANOMA DE PELE, SEGUNDO SEXO, BRASIL E REGIÕES, 2020 A 2024.



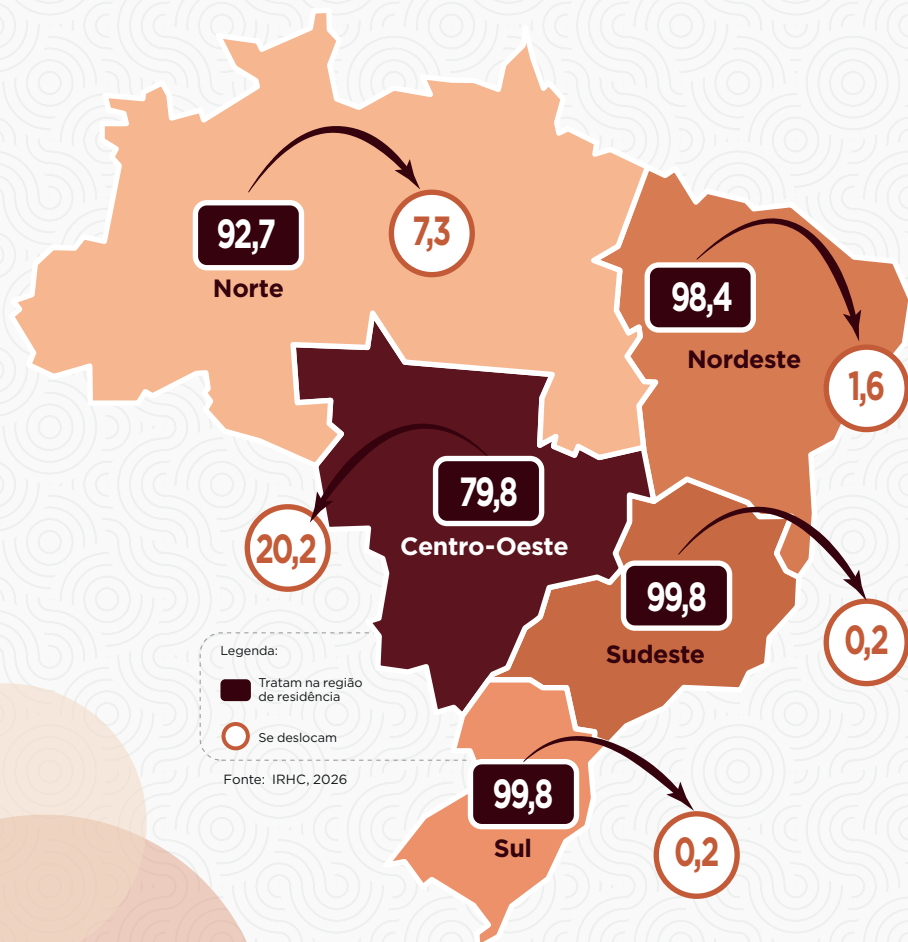
LETALIDADE ESTIMADA DO MELANOMA DE PELE, SEGUNDO SEXO, BRASIL E REGIÕES, DE ACORDO COM ÚLTIMOS CINCO ANOS DISPONÍVEIS DOS RCBPs.



DESLOCAMENTO

Quanto ao deslocamento para tratamento oncológico, observou-se que a maior parte dos pacientes realizou o tratamento na própria região de residência. Exceto para a Região Centro-Oeste, onde foi observada a maior necessidade de deslocamento para o tratamento (20,2%).

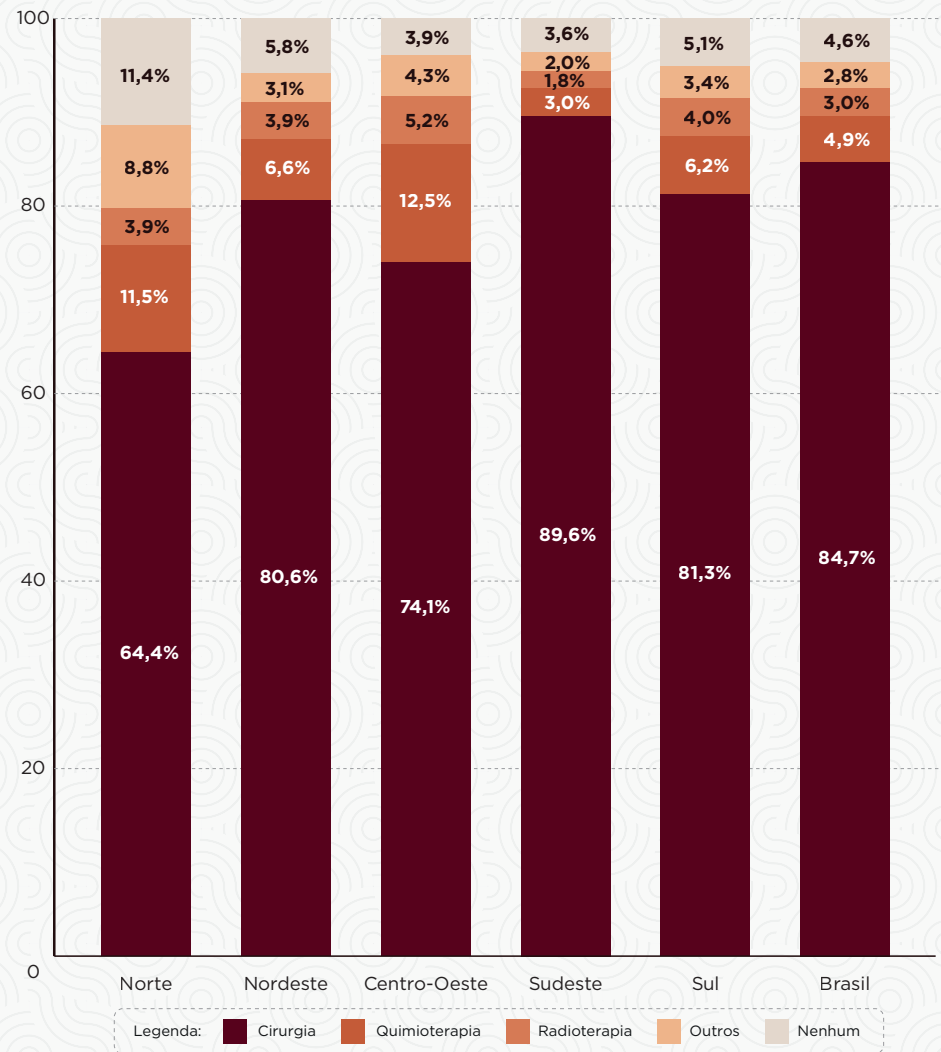
DESLOCAMENTO DOS PACIENTES SEGUNDO A REGIÃO DE RESIDÊNCIA PARA O LOCAL DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO, BRASIL E REGIÕES, 2014 A 2023.



PRIMEIRO TRATAMENTO

A cirurgia foi o principal tipo de primeiro tratamento para o melanoma de pele em todas as regiões do país, correspondendo a 84,7% dos procedimentos registrados no Brasil entre os anos 2014 e 2023. A maior proporção de realização cirúrgica foi observada no Sudeste (89,6%), enquanto a Região Norte apresentou o menor percentual (64,4%).

DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO MELANOMA DE PELE, BRASIL E REGIÕES, 2014 A 2023.





Seja doador.

🌐 cancer.org.br
@fundacaodocancer



**PESQUISA E INOVAÇÃO
PARA O CONTROLE DO CÂNCER**

Saiba mais sobre essa iniciativa
da Fundação do Câncer:
www.premiomarcosmoraes.com.br