

# SEGUIMENTO DO PACIENTE APÓS O TRATAMENTO INICIAL DO MELANOMA CUTÂNEO



**Rafael Rubinho<sup>1,A</sup>, Heitor Carvalho Gomes<sup>2</sup>, Melissa Yoshimi Sakamoto Maeda Nisimoto<sup>3</sup>, Wellison Martins da Silva<sup>4</sup>, Gabriel Alves Freiria de Oliveira<sup>5</sup>, Renato Santos de Oliveira Filho<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Discente do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicadas à Regeneração Tecidual da UNIFESP. Médico pela Faculdade Santa Marcelina, Residente de Dermatologia pela Universidade de Santo Amaro

<sup>2</sup>Doutor em Medicina pela USP e Pós-Doutor pela UNIFESP, Coordenador Setor de Melanoma e Tumores Cutâneos da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP.

<sup>3</sup>Discente do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicadas à Regeneração Tecidual da UNIFESP; Médica dermatologista do corpo clínico do Hospital 9 de Julho.

<sup>4</sup>Acadêmico de medicina da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>5</sup>Acadêmico de medicina da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>6</sup>Professor adjunto e Coordenador do Setor de Melanoma de Tumores Cutâneos da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP. Prof. Orientador do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão, aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

## ABSTRACT

**INTRODUÇÃO:** Diversos estudos relataram que o autoexame da pele, a educação dos familiares quanto a esse procedimento e a educação sobre fotoproteção são fundamentais no seguimento dos pacientes que tiveram melanoma cutâneo, sendo os principais métodos de identificação precoce de recorrência. Existem diretrizes que descrevem as recomendações para o acompanhamento desses pacientes, em sua maioria, direcionadas aos especialistas.

**OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura de manuais e diretrizes de acompanhamento e orientações ao paciente portador de melanoma cutâneo.

**METODOLOGIA:** Realizou-se uma seleção de artigos que abordavam as orientações aos pacientes portadores de melanoma cutâneo. Após a leitura dos artigos pelos autores, os dados relevantes foram compilados e redigida essa revisão.

**RESULTADOS:** Realizou-se uma pesquisa de artigos com as palavras-chave estabelecidas, sendo encontrados 79 artigos. Dos quais apenas 17 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão do presente artigo. Os artigos selecionados abordavam as diretrizes existentes de seguimento dos pacientes com melanoma cutâneo. As diretrizes não apresentam um consenso quanto ao período em que deve ser realizado o seguimento dos pacientes com melanoma cutâneo, variando conforme cada diretriz e características da neoplasia. Porém, diversos estudos apontam uma perspectiva positiva quanto ao impacto dos manuais e diretrizes no esclarecimento dos pacientes sobre o modo como devem realizar o seu acompanhamento.

**CONCLUSÃO:** São necessárias mais pesquisas sobre os melhores meios para acompanhamento dos pacientes após o tratamento inicial de melanoma cutâneo, assim como, há a necessidade de novos materiais de orientações direcionados a estes pacientes. O presente trabalho serve de estímulo para os centros de tratamento do melanoma cutâneo adotarem guias de orientação aos pacientes.

**Palavras-chave:** câncer de pele, melanoma, orientações ao paciente.

<sup>A</sup>Autor correspondente: Rafael Rubinho – E-mail: rafael\_rubinho20@hotmail.com - ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4913-2560>

## INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de pele é alta, sendo considerado um importante problema de saúde. No Brasil, estima-se que a incidência, em 2020, foi de 8.450 casos. Segundo o INCA, os cânceres de pele corresponderam a aproximadamente 30% de todos os tumores malignos que ocorrem no país. [1]

Segundo o INCA (2020) a incidência mundial de melanoma cutâneo aumentou, nas últimas décadas, em taxa mais rápida que qualquer outro tipo de câncer. Segundo o Globocan/Iarc no Brasil, a incidência de melanoma cutâneo foi de 8624 casos, sendo 52% dos casos em indivíduos do sexo masculino. Nos Estados Unidos a incidência, nesse mesmo ano, foi de 238.314 novos casos. [2]

Segundo a IARC (2020) a prevalência do melanoma varia de acordo com a região, destoando muito entre os países. Tal fato é atribuído às variações nos fenótipos da pele, bem como, às diferenças na exposição solar. Diferente de outros tumores sólidos, o melanoma cutâneo afeta, principalmente, os indivíduos jovens. [3]

Dos inúmeros fatores que aumentam o risco para o acometimento pelo melanoma cutâneo, os principais são história pessoal e familiar de melanoma cutâneo, fototipo da pele Fitzpatrick I e II, e presença de múltiplos nevos displásicos ou atípicos. Também existem fatores ambientais, como exposição solar prolongada ou esporádica e bronzeamento artificial. [4]

A suspeita do melanoma cutâneo geralmente ocorre pela avaliação da lesão, através da regra do "ABCDE": "Assimetria", "Bordas irregulares", "Coloração heterogênea", "Diâmetro" e "Evolução". A "Evolução" é critério importante, pois pode auxiliar na identificação de melanomas amelanóticos. [5]

A dermatoscopia aumenta a precisão do diagnóstico de melanoma cutâneo, seja realizada por médico experiente ou através de sistema automatizado de dermatoscopia digital, no qual pode-se colocar imagens do corpo inteiro, e permite o acompanhamento aprimorado de nevos atípicos. Diversos estudos demonstraram alta taxa de concordância entre softwares treinados para reconhecer padrões dermatoscópicos e dermatologistas certificados, com resultados promissores para uso na prática clínica. Entretanto, atualmente, o uso de dispositivos de diagnóstico operados pelo paciente não é recomendado. O melanoma pode ocorrer na pele (90 a 95% dos casos), nos olhos, em mucosas, nas meninges do sistema nervoso central e pode ser de origem primária desconhecida. [6]

Existem diversos subtipos histológicos de melanoma cutâneo. Os quatro principais são: melanoma extensivo superficial, melanoma nodular, melanoma acral lentiginoso e lentigo maligno melanoma. Os melanomas desmoplásico, nevoide, amelanótico e verrucoso são apresentações incomuns do melanoma cutâneo. A sua variabilidade, tanto na apresentação clínica quanto nas características dermatoscópicas, mostra ser um desafio, tanto suspeitar como diagnosticar o melanoma. [7]

Quando diagnosticado precocemente o melanoma cutâneo é,

quase sempre, curável. Porém, apresenta prognóstico reservado quando diagnosticado em fases avançadas. O tratamento vai depender, basicamente, da espessura do tumor e do seu estadiamento. Nos melanomas cutâneos em estadiamento inicial, a simples excisão cirúrgica é curativa. [8]

Para o diagnóstico, a biópsia excisional é a preferencial, com uma margem de pele normal de 1-3 mm. Geralmente a biópsia incisional é reservada para confirmar o diagnóstico de um grande lentigo maligno na face ou num melanoma acral. Nenhum estudo demonstrou que a biópsia incisional piora o prognóstico em comparação com a biópsia excisional completa imediata. [9]

Em pacientes portadores de melanoma cutâneo, sem evidência clínica ou ultrassonográfica de metástase linfonodal, pode-se indicar a biópsia do linfonodo sentinela (BLS), procedimento de estadiamento, o qual permite avaliar os primeiros linfonodos do sistema de drenagem linfática que drenam aquela região. [10]

A radioterapia é mais utilizada em lesões primárias de melanoma desmoplásico com invasão perineural e como tratamento adjuvante pós linfadenectomias na presença de mais de três linfonodos comprometidos ou com invasão capsular do linfonodo. [10]

As novas modalidades terapêuticas que surgiram para o tratamento de melanomas avançados, a imunoterapia (anti-CTLA4, anti-PD1 e anti-PDL1) e terapia alvo (inibidores de BRAF e inibidores de MEK) demonstraram atividade antitumoral em cerca de 50% dos pacientes. [5]

A exposição solar é hábito cultural no Brasil, e está ligada tanto às atividades laborais quanto recreativas, mas a proteção contra os raios ultravioleta é pouco valorizada. É essencial conscientizar e motivar a população a se preocupar com a saúde da sua pele, com maior importância para pacientes que tiveram melanoma cutâneo, para evitar desenvolvimento de novas lesões. [11]

Além de mudanças no hábito de vida, deve-se destacar a importância de acompanhamento adequado rigoroso com médico especialista, com atualização dos exames clínico e dermatoscópico e exames complementares necessários, de acordo com o estadiamento de cada paciente. [12]

O NCCN (National Comprehensive Cancer Network) é uma aliança dos principais centros de câncer em todo os Estados Unidos, voltado para cuidados dos pacientes, pesquisa e educação. Foi o responsável pelo desenvolvimento de diretrizes e manuais direcionados aos oncologistas e para pacientes. Desenvolveram diversos manuais direcionados aos pacientes com diversos cânceres, inclusive o melanoma cutâneo. [13]

Diversos estudos relataram que o autoexame da pele, a educação dos familiares quanto a esse procedimento e a educação sobre fotoproteção são fundamentais no seguimento dos pacientes, sendo um dos principais métodos de identificação precoce de recorrência. A recomendação quanto à duração do seguimento varia conforme o estadiamento do tumor, destacando que a frequência das consultas deve ser maior nos primeiros 3 anos, período em que ocorre cerca de 80% das recorrências.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos e publicações relativas aos manuais de orientações aos pacientes portadores e diretrizes de melanoma cutâneo, publicados entre os anos de 2015 e 2021, encontrados nas bases de dados *MEDLINE* e *LILACS*. A estratégia de busca teve como descritores em saúde: “Melanoma”, “Neoplasias Cutâneas”, “Manual de Referência”, “Guia Informativo” e palavras-chave: “melanoma cutâneo”, “câncer de pele”, “paciente oncológico”, “tumor” e “manual de referência”.

Os artigos encontrados foram avaliados pelos autores participantes dessa revisão de literatura, os quais aplicaram os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

**Critérios de inclusão:** artigos em português, inglês ou espanhol; estudos com humanos; publicados no período de 2015 a 2021; estudos prospectivos ou retrospectivos observacionais; revisões de literatura sistemáticas e não sistemáticas; estudos de coorte; ensaios clínicos; manuais e guias práticos, abordando o tema orientação ao paciente portador do melanoma cutâneo.

**Critérios de exclusão:** relatos de casos, séries de casos, editoriais, opiniões de especialistas, resenhas, estudos em animais, estudos que não tenham textos originais completos com acesso *online*.

De cada artigo foram extraídas as seguintes informações: título e autores participantes, ano de publicação e resumos da metodologia, dos resultados, da discussão e da conclusão. Com estes dados e, quando necessário, voltando ao artigo completo, foi redigida a presente revisão.

## RESULTADOS

Foram encontradas 79 referências, distribuídas da seguinte forma, segundo as bases de dados estudadas: *MEDLINE*, 69 referências e *LILACS*, dez referências. Dessas, após a leitura do artigo completo por três autores independentes, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 artigos para esta revisão. Os resultados da análise destes artigos são discutidos a seguir.

## DISCUSSÃO

Rychetnik et al avaliaram as perspectivas dos médicos sobre a importância do acompanhamento dos pacientes com melanoma cutâneo e os fatores que influenciariam no intervalo das consultas. No total, foram entrevistados 16 médicos especialistas, em um centro especializado na Austrália. Concluiu que o seguimento é fundamental para a detecção precoce de recorrências ou novos melanomas primários, para controlar a ansiedade dos pacientes e educação quanto a autocuidado e autoexame da pele, e o intervalo das consultas depende do estágio da doença e das particularidades de cada paciente. [14]

Em 2012, pesquisadores avaliaram a satisfação dos pacientes, em uma população da Holanda, quanto ao acompanhamento

dos pacientes com melanoma. Acompanharam um total de 699 pacientes e questionaram sobre tratamento, sintomas, impacto na vida diária e seguimento. Obtiveram, como resultados, que o tempo médio de vigilância foi de quatro anos. Concluíram que a frequência de acompanhamento foi maior do que a recomendada pela diretriz atual de melanoma, em um grande grupo de pacientes, principalmente aqueles com espessura de Breslow menor. [14]

Em um estudo qualitativo, com base em entrevistas semiestruturadas com médicos que realizavam seguimento de pacientes com melanoma, para avaliar os modelos possíveis de cuidado compartilhado, identificaram quatro formas: 1- oncologista cirúrgico alternando com dermatologista, 2- dermatologista e clínico geral, 3- oncologista cirúrgico e clínico geral, 4- médico especialista em melanoma cutâneo e clínico geral. Concluíram que os modelos de cuidados compartilhados oferecem soluções alternativas para gerenciar os requisitos de acompanhamento a longo prazo dos pacientes com melanoma, visando um maior impacto na qualidade de vida dos pacientes. [15]

Uma revisão sistemática avaliou as diretrizes alemãs sobre a prevenção do câncer de pele. Para tanto, selecionaram 12 diretrizes e, após uma avaliação de qualidade, apenas duas diretrizes foram identificadas como sendo de alta qualidade. Concluíram que a maioria das diretrizes existentes para o câncer de pele não possuem evidências fortes, o que impossibilita a realização de uma revisão sistemática e padronização de um *guideline*. [16]

Pesquisadores elaboraram indicadores de qualidade relacionados às orientações das diretrizes alemãs sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento do melanoma. Esses indicadores não só foram aprovados por consenso, mas, também, incorporados ao catálogo de requisitos para centros dermatológico-oncológicos certificados pela Sociedade Alemã do Câncer, permitindo que o conteúdo das diretrizes fosse implementado na forma de indicadores na experiência clínica-diária. [17]

Em uma revisão sobre as estratégias de vigilância do melanoma, concluíram que não há, segundo as evidências atuais, um benefício definitivo de uma vigilância com alta intensidade comparada à de baixa intensidade para a maioria dos pacientes com melanoma cutâneo, destacando que os programas de acompanhamento devem enfatizar a educação aos pacientes, para maximizar a eficácia da detecção de recorrências ou metástases. [18]

Themstrup et al investigaram a opinião dos pacientes sobre os benefícios e impacto do acompanhamento do câncer de pele e melanoma cutâneo. Para tanto, entrevistaram 218 pacientes de um ambulatório de cirurgia plástica e 97% relataram o acompanhamento ser útil, sendo que, um terço dos pacientes sentiu algum grau de ansiedade antes do início do seguimento. [19]

Em outro estudo realizaram uma revisão sistemática da base de evidências utilizada para elaborar os *guidelines* de tratamento e acompanhamento do melanoma cutâneo, com o objetivo de determinar a qualidade dos *guidelines* existentes através da AGREE II (Apreciação das diretrizes para pesquisa e avaliação). Os pesquisadores perceberam que as recomendações das diretrizes

acerca da frequência de exames de pele de rotina, indicação dos exames complementares feita por um clínico, eram baseadas em estudos com baixo nível de evidência, como em opiniões consensuais e de alguns especialistas. Por fim, demonstraram que faltam evidências de alta qualidade para definir a periodicidade do acompanhamento de pacientes portadores de melanoma cutâneo, a qual é definida por cada serviço ou especialista. [20]

Outros autores trataram do acompanhamento dos pacientes na atenção primária, o qual é fundamental, além de ser uma oportunidade para educação dos pacientes sobre prognóstico, recorrências ou metástases. Para o seguimento, destacaram as modificações comportamentais para melhor fotoproteção como evitar exposição solar, usar barreiras físicas contra o sol, o uso de filtros solares, não fazer bronzamento artificial e a necessidade de um acompanhamento conjunto de um dermatologista e médico da atenção básica. Enfatizaram a importância da educação dos pacientes sobre o ABCDE, além de estimular os pacientes a realizar rotinas oftalmológicas e ginecológicas, devido ao risco de recorrência em mucosas e melanoma ocular. Os autores concluíram que o acompanhamento longitudinal do paciente é fundamental, tanto para identificação precoce do melanoma primário, como das recorrências. [21]

Uma revisão sistemática das diretrizes internacionais sobre manejo clínico de indivíduos com alto risco de melanoma cutâneo primário analisou as orientações internacionais de prática clínica para identificação, triagem e acompanhamento desse tipo de indivíduo. Para tanto, avaliaram 34 diretrizes publicadas entre janeiro de 2000 e julho de 2014. Identificaram, como fatores de alto risco, múltiplos nevos melanócitos, nevos displásicos, história familiar, grandes nevos congênitos e tipos de pele com Fitzpatrick mais baixo, tipo I e II. Concluíram que indivíduos com esses fatores devem realizar uma triagem mais minuciosa e serem incentivados e educados quanto ao autoexame de pele, o que seria melhor do que uma triagem padronizada de abordagem primária sem considerar os fatores individuais. [22]

Pesquisadores elaboraram um questionário com 25 perguntas, com intuito de explorar o conhecimento de médicos especialistas holandeses acerca da diretriz nacional sobre melanoma, além de avaliar as opiniões deles sobre as visitas de acompanhamento de melanoma e a biópsia de linfonodo sentinela. A maioria dos especialistas entrevistados concordaram que a visita de acompanhamento de melanoma é útil para detectar reincidências secundárias e primárias. [23]

Outros pesquisadores realizaram um estudo qualitativo acerca da eficácia da supervisão e acompanhamento, a longo prazo, de pacientes que tiveram melanoma cutâneo. As premissas que nortearam o estudo foram o constante aumento do número de pacientes que necessitam de acompanhamento, a variação das indicações de acompanhamento e o alto custo dessa supervisão. Por fim, recomendaram a redução adicional do acompanhamento do melanoma cutâneo em pacientes com melanoma de baixo risco e melhora do suporte psicossocial e educativo. [24]

Madronia et al realizaram um estudo observacional, de base populacional, no estado de *New South Wales*, Austrália,

para determinar o conhecimento dos médicos sobre o risco de pacientes desenvolverem melanoma cutâneo e para identificar os fatores associados a uma melhor identificação e gestão clínica. Perceberam que fatores relacionados ao paciente e ao médico foram associados ao reconhecimento e manejo do risco dos pacientes com melanoma cutâneo e podem ser o foco de estratégias para melhorar o atendimento. [25]

Outros pesquisadores avaliaram o nível de adesão às recomendações das diretrizes nacionais holandesas de tratamento do câncer e a influência das características gerais e específicas das diretrizes sobre a adesão. Como resultado, encontraram variação significativa na adesão entre diferentes diretrizes de tratamento do câncer. Embora algumas características das diretrizes que parecem explicar essa variação possam ser consideradas difíceis de modificar, o potencial de variação entre os tipos de câncer e modalidades de tratamento sugere que a adesão pode ser melhorada. Ao mesmo tempo, esses resultados justificam estratégias personalizadas para a melhoria da adesão às diretrizes da prática clínica. [26]

Lim et.al. investigaram a preferência de acompanhamento dos pacientes após excisão de melanoma cutâneo, seja por clínicas programadas de rotina (vigilância conduzida pelo médico) ou por maior suporte para o autoexame da pele do paciente (SSE) (por exemplo, usando aplicativos de *smartphone* para instruir, solicitar e registrar SSE e facilitar a teledermatologia; paciente-vigilância conduzida). O objetivo do estudo foi determinar a proporção de adultos tratados para melanoma cutâneo localizado que preferem a frequência de visita programada padrão ou menos visitas programadas. Concluíram que alguns pacientes com melanoma cutâneo podem preferir menos consultas agendadas, se eles forem apoiados para fazer SSE e se houver uma revisão clínica rápida de qualquer coisa que cause preocupação. [27]

Autores realizaram um estudo prospectivo, para avaliar a necessidade de monitoramento contínuo do paciente portador de melanoma cutâneo, objetivando detectar uma recidiva potencial ou um segundo melanoma primário. Relataram que ainda não existe um programa de estratégia de acompanhamento universalmente adotado e diferentes esquemas têm sido sugeridos. Assim, seria necessário avaliar diferentes protocolos de acompanhamento, de acordo com a terapia adotada, uma vez que novas terapias recentes (direcionadas e imunoterapias) estão sendo cada vez mais utilizadas. Concluíram que ainda não existem evidências suficientes para definir a periodicidade do acompanhamento desses pacientes. [28]

Pesquisadores realizaram uma revisão sistemática, comparando os cuidados de sobrevivência de pacientes com câncer na atenção primária e na atenção secundária. Geralmente, as precauções de câncer são realizadas na atenção secundária, embora, os cuidados na atenção primária estejam, frequentemente, relacionados ao manejo do câncer e, por isso, poderiam exercer um papel mais relevante nesses cuidados. Para essa revisão foi realizado um estudo sistemático de todos os estudos originais sobre cuidados de sobrevivência ao câncer na atenção primária e secundária. Para isso, foi utilizada uma síntese narrativa para

três resultados distintos: clínico, relatado pelo paciente e custo. Nenhuma diferença considerável foi observada entre os resultados clínicos e relatados pelo paciente ao comparar os cuidados primários e secundários. Foram incluídos 7 estudos randomizados e 9 observacionais. Grande parte dos estudos relatou tumores maciços, como de mama e colorretal. Diferenças significativas foram encontradas em relação ao conteúdo e qualidade dos cuidados de sobrevivência, como adesão às orientações e teste de acompanhamento, no entanto, não houve estratégia favorita. A preocupação na atenção primária estava relacionada a custos sociais mais baixos. Entende-se, portanto, que, embora os cuidados na atenção primária e secundária tenham tido resultados semelhantes nos estudos clínicos e relatados pelo paciente, a atenção primária parece provável. No entanto, concluíram que, ainda faltam indícios conclusivos para a equivalência dos cuidados de sobrevivência na atenção primária, uma vez que o desenho e os resultados dos estudos diferiram. [28]

O NCCN desenvolveu *guidelines* para médicos com base em evidências científicas e anos de experiência, disponibilizando seu material para todo o mundo. Nesses manuais descrevem recomendações de especialistas para triagem, diagnóstico e tratamento do câncer. Além desse, é um dos pioneiros no desenvolvimento de *guidelines* direcionado aos pacientes, com textos e ilustrações direcionadas ao público leigo, mas principalmente direcionado aos pacientes com câncer e aqueles que os acompanham, explanando sobre o câncer, as opções de tratamento e recomendações de seguimento, incluindo o melanoma cutâneo. [13]

As diretrizes não apresentam um consenso quanto ao período em que deve ser realizado o seguimento dos pacientes, variando conforme cada diretriz e características da neoplasia. Porém, diversos estudos apontam uma perspectiva positiva quanto ao impacto dos manuais e diretrizes que esclareçam os pacientes sobre o modo como deverá realizar o seu acompanhamento, tanto para tratamento da neoplasia já identificada, como para recorrência ou detecção de novas lesões. Não foi encontrado na literatura um manual ou diretriz, em língua portuguesa, direcionado ao público leigo, a maioria possuindo como alvo os especialistas.

## CONCLUSÃO

São necessárias mais pesquisas sobre os melhores meios para acompanhamento dos pacientes após o tratamento inicial de melanoma cutâneo, assim como, há a necessidade de novos materiais de orientações direcionados aos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Dalcin MM, Krause GC, Scherer CM, Ceolin S, Lautenschleger G, Badke MR. **Câncer de pele em trabalhadores rurais: foto exposição e orientação quanto a fatores de risco.** Research, Society and Development 2021;10: e15110111594. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11594>.

[2] Tipos de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer

n.d. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma/profissional-de-saude> (accessed December 13, 2021).

[3] International Agency for Research on Cancer. IARC. **Cancer Today 2020.** <https://gco.iarc.fr/today/home> (accessed December 13, 2021).

[4] Schierbeck J, Vestergaard T, Bygum A. **Skin Cancer Associated Genodermatoses: A Literature Review.** Acta Dermatovenereologica 2019;99:360–9. <https://doi.org/10.2340/00015555-3123>.

[5] Michielin O, van Akkooi ACJ, Ascierto PA, Dummer R, Keilholz U. Cutaneous melanoma: **ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†.** Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology 2019;30:1884–901. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDZ411>.

[6] Pavri SN, Clune J, Ariyan S, Narayan D. **Malignant melanoma: Beyond the basics.** Plastic and Reconstructive Surgery 2016;138:330e–40e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002367>.

[7] Coricovac D, Dehelean C, Moaca EA, Pinzaru I, Bratu T, Navolan D, et al. **Cutaneous Melanoma-A Long Road from Experimental Models to Clinical Outcome: A Review.** International Journal of Molecular Sciences 2018;19. <https://doi.org/10.3390/IJMS19061566>.

[8] Jessica Lopes. **Principais avanços no tratamento do melanoma cutâneo: Imunoterapia e terapia alvo.** 2018.

[9] Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Bastholt L, et al. **European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment - Update 2019.** European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990) 2020;126:159–77. <https://doi.org/10.1016/J.EJCA.2019.11.015>.

[10] Gonzalez A. **Sentinel Lymph Node Biopsy: Past and Present Implications for the Management of Cutaneous Melanoma with Nodal Metastasis.** American Journal of Clinical Dermatology 2018;19:24–30. <https://doi.org/10.1007/S40257-018-0379-0>.

[11] ALVES RR, PEREIRA TASA, SILVA CTX. Perfil clínico epidemiológico e sobrevida dos pacientes com melanoma cutâneo atendidos no hospital de referência em oncologia em GOIÂNIA 2018.

[12] Marciano NJ, Merlin TL, Bessen T, Street JM. **To what extent are current guidelines for cutaneous melanoma follow up based on scientific evidence?** International Journal of Clinical Practice 2014;68:761–70. <https://doi.org/10.1111/IJCP.12393>.

[13] Available online at NCCN.org/patients NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS © 2021. n.d.

[14] Holterhues C, Cornish D, Lonneke ;, van de Poll-Franse V, Krekels G, Koedijk F, et al. **Impact of Melanoma on Patients' Lives Among 562 Survivors A Dutch Population-Based Study.** vol. 147. 2011.

[15] Rychetnik L, Morton RL, McCaffery K, Thompson JF, Menzies SW, Irwig L. **Shared care in the follow-up of early-stage melanoma: A qualitative study of Australian melanoma clinicians' perspectives and models of care.** BMC Health

Services Research 2012;12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-468>.

[16] Petrarca S, Follmann M, Breitbart EW, Nolte S. **EVIDENCE-BASED DERMATOLOGY: REVIEW Critical Appraisal of Clinical Practice Guidelines for Adaptation in the Evidence-Based Guideline “Prevention of Skin Cancer.”** vol. 149. 2013.

[17] Follmann M, Schadendorf D, Kochs C, Buchberger B, Winter A, Wesselmann S. Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren und Zertifizierung als Grundlage für die Qualitätssicherung der Versorgung von **Patienten mit Melanom**. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology* 2014;12:139–47. <https://doi.org/10.1111/ddg.12238>.

[18] Scally CP, Wong SL. **Intensity of follow-up after melanoma surgery**. *Annals of Surgical Oncology* 2014;21:752–7. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3295-9>.

[19] Themstrup L JGL-AJ. **Patients highly value routine follow-up of skin cancer and cutaneous melanoma**. *Danish Medical Journal* 2013;60.

[20] Marciano NJ, Merlin TL, Bessen T, Street JM. **To what extent are current guidelines for cutaneous melanoma follow up based on scientific evidence?** *International Journal of Clinical Practice* 2014;68:761–70. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12393>.

[21] Rea M, Perrino L, Sheets V, McDaniel MJ. **Caring for patients with melanoma in the primary care setting**. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 2014;27:25–30. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000450802.96673.fb>.

[22] Watts CG, Dieng ; M, Morton RL, Mann GJ, Menzies ; S W, Cust ; A E. **Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review** Running head: Melanoma clinical practice guidelines: a systematic review 2014.

[23] Wevers KP, Hoekstra-Weebers JEHM, Speijers MJ, Bergman W, Gruis NA, Hoekstra HJ. **Cutaneous melanoma: Medical specialists’ opinions on follow-up and sentinel lymph node biopsy**. *European Journal of Surgical Oncology* 2014;40:1276–83. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.02.240>.

[24] Livingstone E, Krajewski C, Eigentler TK, Windemuth-Kieselbach C, Benson S, Elsenbruch S, et al. **Prospective evaluation of follow-up in melanoma patients in Germany - Results of a multicentre and longitudinal study**. *European Journal of Cancer* 2015;51:653–67. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.01.007>.

[25] Madronio CM, Armstrong BK, Watts CG, Goumas C, Morton RL, Curtin A, et al. **Doctors’ recognition and management of melanoma patients’ risk: An Australian population-based study**. *Cancer Epidemiology* 2016;45:32–9. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.006>.

[26] Heins MJ, de Jong JD, Spronk I, Ho VKY, Brink M, Korevaar JC. **Adherence to cancer treatment guidelines: Influence of general and cancer-specific guideline characteristics**. *European Journal of Public Health* 2017;27:616–20. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw234>.

[27] Lim WY, Morton RL, Turner RM, Jenkins MC, Guitera P, Irwig L, et al. **Patient preferences for follow-up after recent excision**

**of a localized melanoma**. *JAMA Dermatology* 2018;154:420–7. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.0021>.

[28] Papageorgiou C, Apalla Z, Manoli S-M, Lallas K, Vakirlis E, Lallas A. **Melanoma: Staging and Follow-Up**. *Dermatology Practical & Conceptual* 2021;2021162S. <https://doi.org/10.5826/dpc.11s1a162s>.