Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Biópsias de pele na Atenção Primária à Saúde: indicações, técnicas e impacto no diagnóstico precoce do câncer cutâneo

Skin biopsies in Primary Health Care: indications, techniques and impact on the early diagnosis of skin cancer

Biopsias de piel en Atención Primaria de Salud: indicaciones, técnicas e impacto en el diagnóstico precoz del cáncer de piel

Samara Tamires de Sousa Khoury[1], Renata Mie Oyama Okajima[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as indicações, técnicas e contribuições da realização de biópsias de pele na Atenção Primária à Saúde para o diagnóstico precoce do câncer cutâneo. **Revisão bibliográfica:** O câncer de pele é a neoplasia mais prevalente no Brasil, correspondendo a aproximadamente 30% de todos os tumores malignos. O diagnóstico definitivo depende da realização de biópsia cutânea com análise histopatológica, considerada padrão-ouro. Apesar de ser um procedimento ambulatorial de baixa complexidade, sua realização ainda se concentra em serviços especializados no Sistema Único de Saúde (SUS), o que pode resultar em atrasos diagnósticos e pior prognóstico. A literatura evidencia que médicos da APS possuem competência técnica para realizar biópsias por shave, punch, incisional e excisional. A descentralização desse procedimento pode reduzir o tempo de espera, os custos assistenciais e a morbimortalidade associada ao diagnóstico tardio. **Considerações finais:** A incorporação sistemática da biópsia cutânea na APS configura estratégia viável, alinhada aos princípios do SUS, contribuindo para maior resolutividade do cuidado e fortalecimento do diagnóstico precoce do câncer de pele.

Palavras-chave: Câncer de pele, Biópsia de pele, Atenção Primária à Saúde, Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Objective: To analyze the indications, techniques, and contributions of performing skin biopsies in primary health care for the early diagnosis of skin cancer**. Literature review**: Skin cancer is the most prevalent neoplasm in Brazil, representing approximately 30% of all malignant tumors. The definitive diagnosis depends on performing a skin biopsy with histopathological analysis, considered the gold standard. Despite being a low-complexity outpatient procedure, its execution remains concentrated in specialized services within the Brazilian Unified Health System (SUS), which may result in diagnostic delays and worse prognosis. The literature shows that PHC physicians have the technical competence to perform shave, punch, incisional, and excisional biopsies. Decentralizing this procedure can reduce waiting time, healthcare costs, and morbidity and mortality associated with late diagnosis. **Final considerations:** The systematic incorporation of skin

[1] Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 7/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

biopsy into PHC represents a viable strategy aligned with SUS principles, contributing to greater effectiveness of care and strengthening early diagnosis of skin cancer.

Keywords: Skin cancer, Skin biopsy, Primary Health Care, Early diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las indicaciones, técnicas y contribuciones de la realización de biopsias de piel en la Atención Primaria de Salud para el diagnóstico precoz del cáncer cutáneo. **Revisión de la literatura:** La literatura muestra que el cáncer de piel es la neoplasia más prevalente en Brasil y representa aproximadamente el 30% de todos los tumores malignos registrados en el país. El diagnóstico definitivo depende de la realización de una biopsia cutánea con análisis histopatológico. A pesar de ser un procedimiento ambulatorio de baja complejidad, su ejecución se concentra en servicios especializados, lo que puede generar retrasos en el diagnóstico en el Sistema Único de Salud (SUS). Los médicos de APS cuentan con la competencia técnica prevista en las directrices curriculares nacionales para la realización de procedimientos ambulatorios, incluyendo biopsias por raspado, punción y escisión. La descentralización de la técnica puede reducir el tiempo de espera, los costos de atención médica y la morbilidad y mortalidad asociadas con el diagnóstico tardío. **Consideración final:** La incorporación sistemática de la biopsia cutánea en la atención primaria de salud representa una estrategia viable, alineada con los principios del Sistema Único de Salud (SUS), que contribuye a una mayor eficacia de la atención y fortalece el diagnóstico precoz del cáncer de piel.

Palabras clave: Cáncer de piel, Biopsia cutánea, Atención Primaria de Salud, Diagnóstico precoz.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia mais prevalente no Brasil, correspondendo a cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no país (INCA, 2022). Estima-se 176.930 casos no país em 2020. Nesse mesmo ano, o estado do Pará teve uma taxa estimada para cada 100 mil habitantes de 17,29 casos nos homens e 21,08 casos nas mulheres. Essa condição pode ser classificada em câncer de pele exposição , que inclui carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular, e melanoma (KHAN NR, et al, 2022). O melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas da pele, porém é o tipo mais grave, devido à sua alta possibilidade de provocar metástase (INCA, 2022).

O diagnóstico definitivo dessas neoplasias depende da realização de biópsia cutânea associada à análise histopatológica, considerada padrão-ouro para confirmação diagnóstica e definição terapêutica (WERNER B, 2009). Biópsias de pele são procedimentos simples realizados em nível ambulatorial, capazes de fornecer informações fundamentais sobre o tipo histológico, extensão tumoral e prognóstico das lesões cutâneas (PICKETT H, 2011).

As biópsias incisionais coletam apenas parte da lesão, enquanto as biópsias excisionais removem toda a lesão para fins diagnósticos, após análise histopatológica (PICKETT, H 2011). A biópsia excisional é o método recomendado para suspeita de melanoma maligno, pois permite o diagnóstico, o estadiamento do tumor e determina a investigação futura, o tratamento e o prognóstico (TADIPARTHI S, 2008).

Apesar de sua relativa simplicidade técnica, a realização de biópsias de pele no Sistema Único de Saúde (SUS) permanece concentrada em serviços especializados, o que pode resultar em atrasos diagnósticos e progressão tumoral (CRAYTHORNE E e AL-NIAMI F, 2017). Esse cenário evidencia fragilidades na organização da linha de cuidado e limita a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS, enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possui papel estratégico na identificação precoce de lesões suspeitas e na coordenação do cuidado. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina de Família e Comunidade preveem a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais,

incluindo biópsias cutâneas por shave, punch ou excisional; crioterapia; eletrocauterização; manejo de calos; retirada de cistos, lipomas e lesões suspeitas com margem. Tal fato reforça a viabilidade técnica dessa prática nesse nível de atenção (BRASIL, 2020).

Uma das atribuições do Médico de Família e Comunidade (MFC) é realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de baixa complexidade (biópsia) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020). Portanto, as biópsias de pele para lesões suspeitas de câncer de pele, que são demandas mais urgentes, podem ser realizadas na APS, desde que haja capacitação, estrutura e fluxo de referência definidos

Diante desse contexto, torna-se fundamental discutir as indicações, técnicas e impacto da realização de biópsias de pele na APS, especialmente no que se refere ao diagnóstico precoce do câncer cutâneo e à melhoria da resolutividade do sistema de saúde.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Epidemiologia e impacto do câncer de pele

O câncer de pele configura-se como a neoplasia mais incidente no Brasil e no mundo, representando importante desafio para os sistemas de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), os tumores cutâneos correspondem a cerca de 30% de todos os cânceres diagnosticados no país, sendo o tipo não melanoma responsável pela maioria dos casos (INCA, 2022). Apesar de apresentar baixa letalidade, o câncer de pele não melanoma possui elevada morbidade, especialmente em casos avançados, podendo causar deformidades funcionais e estéticas significativas.

Por outro lado, o melanoma, embora menos frequente, é responsável pela maior parte dos óbitos relacionados ao câncer de pele, devido ao seu alto potencial metastático (BRAY F, et al., 2018). O número de casos novos dessa neoplasia vem aumentando nas últimas décadas, especialmente em países com alta exposição à radiação solar, como o Brasil, onde fatores ambientais e comportamentais contribuem para o aumento do risco (APALLA Z, et al., 2017).

A exposição crônica à radiação ultravioleta é o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento do câncer de pele, estando associada a alterações no DNA celular e ao processo de carcinogênese (APALLA Z, et al., 2017). Além disso, características individuais como fototipo claro, histórico familiar, imunossupressão e exposição ocupacional também contribuem significativamente para o aumento do risco.

Do ponto de vista da saúde pública, o impacto do câncer de pele não se limita elevada, mas também aos custos associados ao diagnóstico e tratamento, especialmente em estágios avançados da doença. O diagnóstico precoce, portanto, representa estratégia fundamental para redução da morbimortalidade e dos custos assistenciais, além de permitir intervenções menos invasivas e com melhores resultados clínicos (BRAY F, et al., 2018). O câncer de pele representa um importante problema de saúde pública, com casos crescentes em todo o mundo, especialmente em regiões com elevada exposição solar, como o Brasil (BRAY F, et al., 2018). Estima-se que o câncer de pele não melanoma corresponda à maioria dos casos, apresentando baixa letalidade, porém alta morbidade, enquanto o melanoma, embora menos frequente, é responsável pela maior parte dos óbitos relacionados à doença (INCA, 2019).

A elevada incidência dessa neoplasia está diretamente relacionada a fatores ambientais, como exposição à radiação ultravioleta, além de características individuais, como fototipo cutâneo, histórico familiar e condições imunológicas (APALLA Z, et al., 2017). O impacto do câncer de pele na saúde pública não se restringe apenas aos desfechos clínicos, mas também aos custos associados ao diagnóstico e tratamento, especialmente em estágios avançados da doença. Nesse contexto, o diagnóstico precoce é determinante para redução da morbimortalidade, além de possibilitar intervenções terapêuticas menos invasivas e com melhores resultados estéticos e funcionais.

Indicações de biópsia de pele na Atenção Primária à Saúde

A biópsia cutânea é indicada sempre que há suspeita de lesão maligna ou quando o diagnóstico clínico não pode ser estabelecido com segurança. Na Atenção Primária à Saúde, o reconhecimento precoce de lesões suspeitas é essencial para definição da conduta adequada e encaminhamento oportuno (WERNER B, 2009).

Entre os principais critérios clínicos utilizados na prática estão os sinais de alerta descritos pela regra do ABCDE, que avalia assimetria, bordas irregulares, variação de cor, diâmetro maior que 6 mm e evolução da lesão ao longo do tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Esses critérios são amplamente utilizados como ferramenta de triagem para identificação de lesões com maior risco de malignidade, especialmente melanoma.

Além disso, outros sinais clínicos devem ser considerados, como ulceração, sangramento espontâneo, crescimento rápido, dor ou mudança recente no aspecto da lesão. Lesões persistentes que não cicatrizam ou apresentam comportamento atípico também devem ser investigadas por meio de biópsia (CRAYTHORNE E e AL-NIAMI F, 2017).

A dermatoscopia pode ser utilizada como ferramenta auxiliar na avaliação de lesões cutâneas, aumentando a acurácia diagnóstica, porém não substitui a biópsia quando há suspeita de malignidade. A decisão de realizar o procedimento deve considerar a combinação entre achados clínicos, contexto do paciente e disponibilidade de recursos.

Técnicas de biópsia cutânea: indicações e limitações

A escolha da técnica de biópsia cutânea deve ser guiada pela suspeita diagnóstica, características morfológicas da lesão, localização anatômica e objetivo do procedimento, sendo determinante para a qualidade do exame histopatológico e, consequentemente, para a definição diagnóstica e terapêutica (WERNER B, 2009; PICKETT H, 2011).

Entre as principais técnicas disponíveis destacam-se a biópsia por shave, punch, incisional e excisional, cada uma com indicações específicas e limitações que devem ser consideradas na prática clínica.

A biópsia incisional consiste na retirada parcial da lesão, sendo indicada quando a excisão completa não é possível inicialmente, seja por dimensões da lesão, localização anatômica ou suspeita de invasão profunda. Essa técnica permite a confirmação diagnóstica prévia ao tratamento definitivo, porém requer escolha criteriosa da área a ser biopsiada, preferencialmente regiões mais representativas da lesão, como áreas de maior alteração ou suspeita de malignidade (WERNER B, 2009).

Por sua vez, a biópsia excisional é considerada o método de escolha em lesões suspeitas de melanoma, pois possibilita a remoção completa da lesão com margens adequadas, permitindo avaliação precisa da espessura tumoral (índice de Breslow), presença de ulceração e comprometimento das margens (TADIPARTHI S, et al., 2008; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025). A realização adequada dessa técnica tem impacto direto no estadiamento e na definição do tratamento, sendo fundamental para o prognóstico do paciente

A biópsia por shave consiste na remoção superficial da lesão por meio de lâmina, sendo indicada principalmente para lesões epidérmicas ou dérmicas superficiais, como queratoses seborreicas, ceratoses actínicas e alguns carcinomas basocelulares superficiais. Trata-se de técnica de fácil execução, rápida e de baixo custo, amplamente utilizada em ambiente ambulatorial (PICKETT H, 2011). No entanto, sua principal limitação está na incapacidade de avaliar adequadamente a profundidade da lesão, o que a torna inadequada em casos de suspeita de neoplasia melanocítica maligna, podendo comprometer o estadiamento tumoral e levar a subtratamento (TADIPARTHI S, et al., 2008).

A biópsia por punch permite a obtenção de fragmentos de espessura total da pele, incluindo epiderme, derme e parte da hipoderme, sendo útil tanto para diagnóstico de lesões neoplásicas quanto inflamatórias. Essa técnica pode se enquadrar tanto como incisional quanto como excisional, dependendo do tamanho da lesão e apresenta maior valor diagnóstico quando comparada ao shave em lesões suspeitas de malignidade, especialmente quando se busca avaliar invasão em profundidade (PICKETT H, 2011; RAMSEY ML e ; ROSTAMI S, 2025). Entretanto, em lesões extensas ou heterogêneas, a amostra obtida pode não ser representativa, aumentando o risco de erro diagnóstico.

A literatura destaca que a escolha inadequada da técnica de biópsia pode comprometer significativamente a acurácia diagnóstica. Entre os erros mais comuns estão a utilização de biópsia por shave em lesões

suspeitas de tumor melanocítico maligno, a coleta de fragmentos superficiais insuficientes, a não inclusão da área mais representativa da lesão e o acondicionamento inadequado do material (WERNER B, 2009; PICKETT, 2011).

Além disso, a escolha inadequada da técnica de biópsia, a obtenção de amostras superficiais ou insuficientes e a coleta em áreas não representativas da lesão podem comprometer a avaliação histopatológica, dificultando a determinação da profundidade tumoral, das margens e de outras características essenciais para o diagnóstico e o planejamento terapêutico (KOK Y, et al., 2021). As técnicas descritas podem ser resumidas no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Técnicas de biópsias cutâneas.

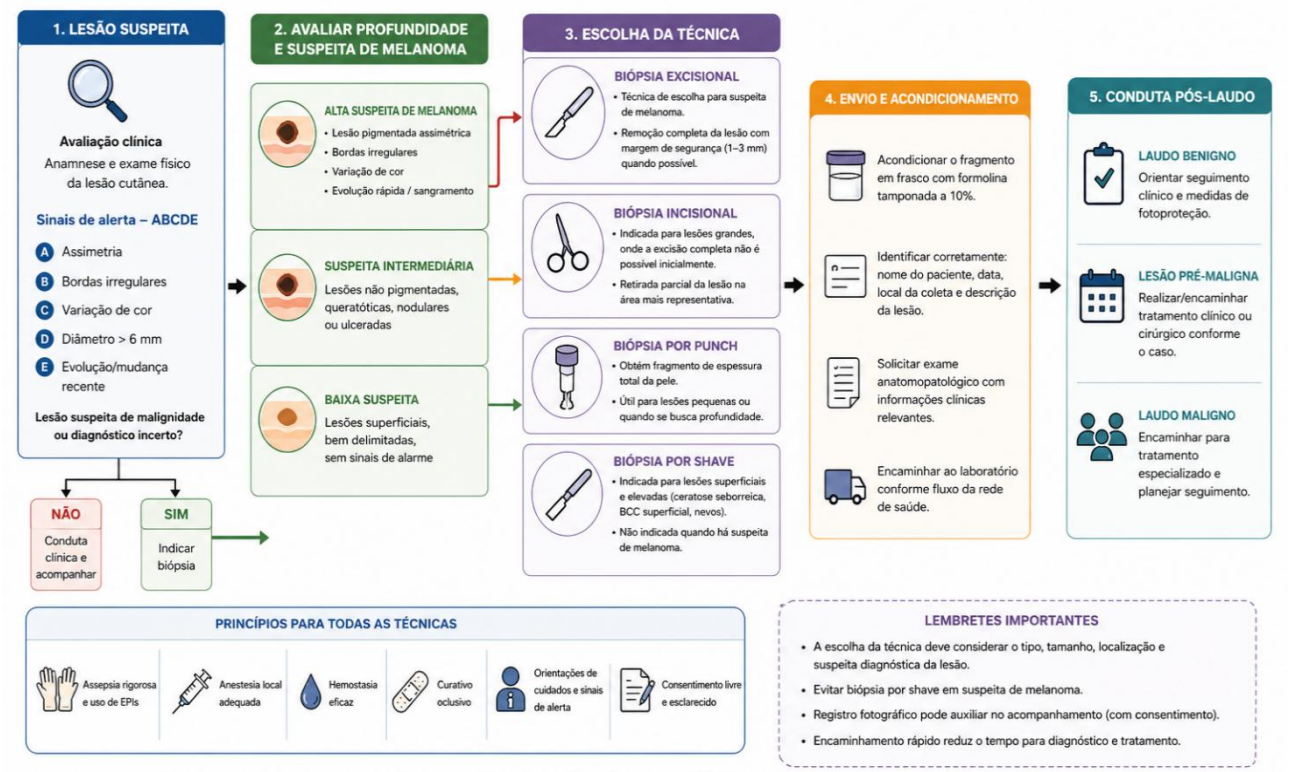
Técnica	Melhor indicação	Vantagem	Limitação
Shave	Lesões superficiais, queratoses, algumas lesões benignas	Rápida e simples	Não indicada quando há suspeita de melanoma
Punch	Lesões inflamatórias ou pequenas lesões suspeitas	Amostra de espessura total	Pode não representar lesões extensas
Incisional	Lesões grandes ou em áreas de difícil excisão	Permite diagnóstico inicial	Depende da escolha correta da área
Excisional	Suspeita de melanoma ou lesões pequenas removíveis	Remove toda a lesão	Requer maior habilidade técnica

Fonte: Khoury STS e Okajima RMO, 2026. Fundamentado em: PICKETT H, 2011; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a escolha da técnica deve considerar não apenas a suspeita clínica, mas também a disponibilidade de recursos e a capacitação do profissional. Embora procedimentos como punch e shave sejam mais facilmente incorporados à prática da APS, a realização de biópsias excisionais também é viável em casos selecionados, desde que haja treinamento adequado e condições estruturais mínimas (BRASIL, 2020).

Dessa forma, a adequada seleção da técnica de biópsia, aliada ao domínio técnico e ao correto manejo da amostra, constitui elemento central para garantir qualidade diagnóstica, reduzir erros clínicos e fortalecer a resolutividade da Atenção Primária à Saúde no cuidado dermatológico. O algoritmo da **Figura 1** ilustra a jornada do paciente desde a suspeita diagnóstica, a biópsia cutânea, a melhor técnica e o pós procedimento.

Figura 1 - Algoritmo de decisão na APS, quando biopsiar e qual técnica escolher.



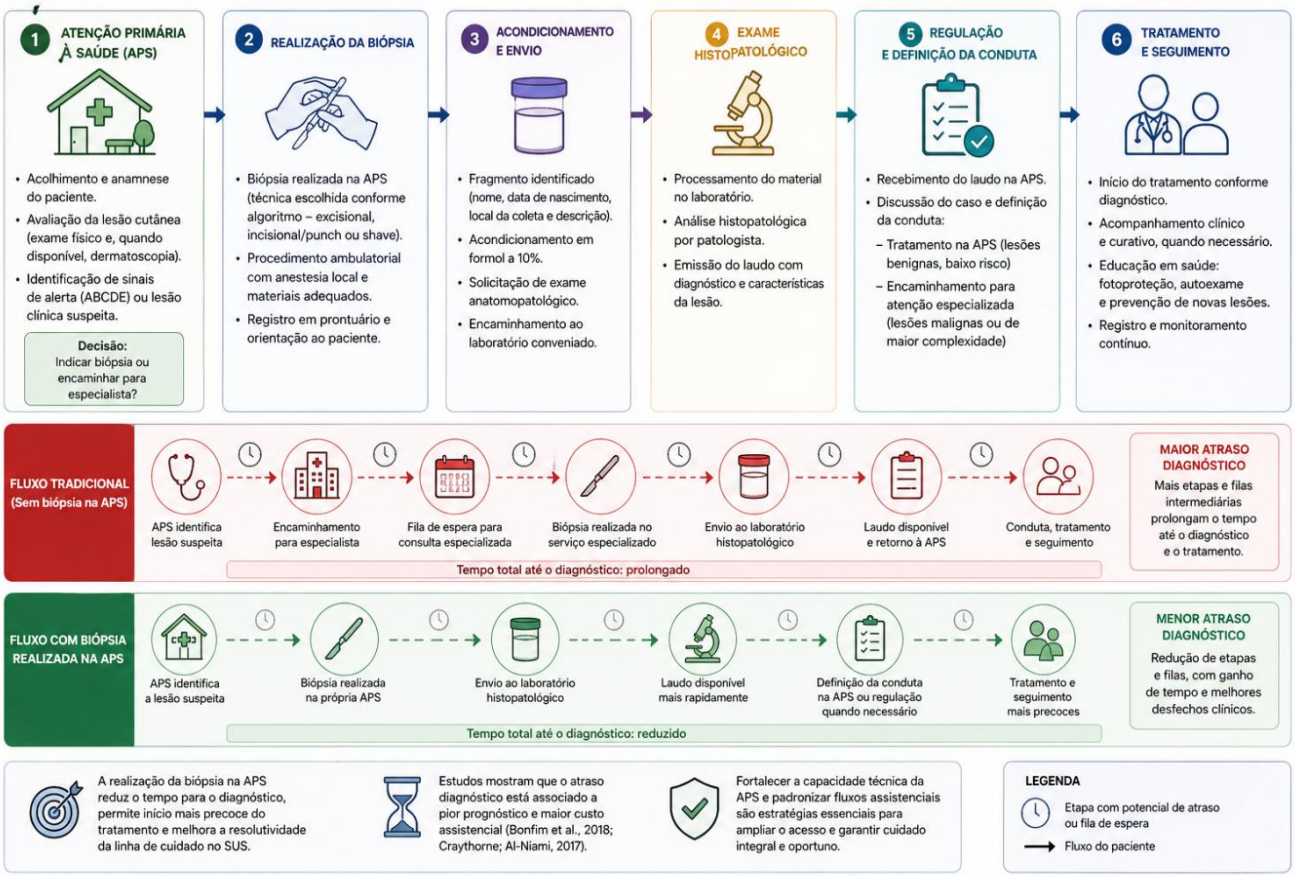
Fonte: Khoury STS e Okajima RMO, 2026. Fundamentado em: TADIPARTHI S, et al., 2008; WEBNER B,2009; PICKET H, 2011; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025.
Nota: Imagem elaborada por meio do software/programa chat GPT.

Fluxo assistencial e organização do cuidado no SUS

O fluxo assistencial no Sistema Único de Saúde para diagnóstico de câncer de pele envolve múltiplas etapas, desde a identificação da lesão na APS até a confirmação diagnóstica e definição terapêutica. Tradicionalmente, esse processo inclui encaminhamento para especialista, realização de biópsia em nível secundário e retorno do paciente à APS com o resultado, o que pode gerar atrasos significativos (CRAYTHORNE E e AL-NIAMI F, 2017).

A realização da biópsia diretamente na APS representa uma estratégia para reduzir esse intervalo, permitindo maior agilidade no diagnóstico e início do tratamento. Após a coleta, o material deve ser encaminhado para análise histopatológica, com posterior retorno do laudo e definição da conduta. O fluxograma da **Figura 2** resume o cenário ideal caso o procedimento fosse realizado ainda na APS.

Figura 2 - Fluxo assistencial no SUS.



Fonte: Khoury STS e Okajima RMO, 2026. Fundamentado em: TADIPARTHI S, et al., 2008; WEBNER B,2009; PICKET H, 2011; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025
Nota: Imagem elaborada por meio do software/programa chat GPT.

A descentralização desse procedimento contribui para otimização do fluxo assistencial, redução da sobrecarga dos serviços especializados e ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, fortalecendo a resolutividade da APS.

Infraestrutura, segurança e execução do procedimento

A realização de biópsias cutâneas na Atenção Primária à Saúde (APS) requer infraestrutura mínima, porém adequada, garantindo segurança ao paciente e qualidade do material coletado para análise histopatológica. Trata-se de um procedimento ambulatorial de baixa complexidade, que pode ser realizado com recursos acessíveis, desde que respeitados os princípios de assepsia e técnica adequada (PICKETT H, 2011; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025).

O ambiente deve ser limpo, bem iluminado e organizado, preferencialmente com superfície adequada para procedimentos ambulatoriais, assegurando condições mínimas de biossegurança. A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas de procedimento, máscara e, quando necessário, proteção ocular, é recomendada para reduzir riscos biológicos e garantir segurança tanto do profissional quanto do paciente (WERNER H, 2009).

Os materiais necessários para realização da biópsia cutânea incluem solução antisséptica, como clorexidina ou povidona-iodo, para preparo da pele; campos limpos ou estéreis para delimitação da área de procedimento; anestésico local, geralmente lidocaína a 1% ou 2%, com ou sem vasoconstrictor; seringas de 3 a 5 mL e agulhas de diferentes calibres, sendo preferível utilizar agulhas mais finas para infiltração a fim de reduzir a dor (PICKETT H, 2011).

Também são necessários instrumentais cirúrgicos básicos, como pinça, tesoura e porta-agulha, além de lâmina de bisturi nº 15 ou dermablade, especialmente em biópsias por shave. Para biópsias de espessura total, utilizam-se punches dermatológicos, geralmente variando entre 2 mm e 8 mm de diâmetro (PICKETT H, 2011; RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025).

Para controle do sangramento, devem estar disponíveis gaze estéril, compressas e agentes hemostáticos, como solução de cloreto de alumínio, nitrato de prata ou solução de Monsel. Quando necessário, o fechamento da ferida pode ser realizado com fios de sutura não absorvíveis, como nylon, ou com adesivos cutâneos, dependendo da técnica empregada (PICKETT H, 2011).

O material coletado deve ser imediatamente acondicionado em recipiente adequado contendo formol a 10%, devidamente identificado com dados do paciente, local da coleta e informações clínicas relevantes, para posterior envio ao laboratório de anatomia patológica. A correta identificação e acondicionamento da amostra são fundamentais para garantir a qualidade do exame e evitar erros diagnósticos (WERNER B, 2009).

Quadro 2 - Materiais necessárioa para realização de biópsias cutâneas na APS.

Materiais	
Solução de preparação da pele (ex: iodo/povidona, clorexidine	Menor agulha possível de calibre 25 a 30 para injeção
Campo estéril liso	Punches de pele (2, 3, 4, 6 e 8 mm) Instrumento flexível para biópsia por raspagem (Dermablade), lâminas de barbear de dupla face ou lâmina de bisturi nº 15
Campo estéril fenestrado	Pinça anatômica ou dente de rato
Anestesia local (lidocaína [xilocaína] 1 ou 2%, com ou sem 1: 10000 epinefrina.	Porta agulha
Seringa de 3 ou 5 mL	Gaze estéril
Agulha de calibre 21 para aspiração de anestésico	Agentes hemostáticos: Solução de cloreto de alumínio 20%, solução de Monsel (subsulfato férrico), bastões de nitrato de prata (75% nitrato de prata/25% nitrato de potássio

Fonte: Khoury STS e Okajima RMO, 2026. Fundamentado em: PICKET H, 2011.

A execução do procedimento deve seguir etapas padronizadas: antissepsia da pele, infiltração anestésica lenta para minimizar desconforto, realização da técnica escolhida conforme a indicação clínica, controle adequado da hemostasia e realização de curativo. O uso de petrolato como cobertura da ferida tem sido descrito como alternativa segura, com menor risco de reações alérgicas quando comparado a antibióticos tópicos (PICKETT H, 2011).

Complicações associadas à biópsia cutânea são incomuns, mas podem incluir sangramento, infecção local, dor, cicatrização inadequada e cicatrizes inestéticas. A adoção de técnica adequada, aliada à orientação pós-procedimento ao paciente, contribui significativamente para redução desses eventos adversos (RAMSEY ML e ROSTAMI S, 2025).

Além disso, o consentimento livre e esclarecido deve ser obtido previamente à realização do procedimento, especialmente em situações que envolvam registro de imagens ou utilização de material para fins científicos ou educacionais, conforme preconizado pelas normas éticas vigentes (BRASIL, 2012).

A disponibilidade desses recursos na APS, associada à capacitação técnica dos profissionais, é fundamental para viabilizar a realização segura das biópsias cutâneas nesse nível de atenção, ampliando a resolutividade do cuidado e reduzindo a dependência de serviços especializados.

Impacto na linha de cuidado e resolutividade da APS

A realização de biópsias de pele é uma habilidade prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais das residências médicas em Medicina de Família e Comunidade e em Clínica Médica. Médicos que atuam na APS, portanto, possuem formação técnica adequada para a execução do procedimento de forma segura e eficaz, especialmente em casos de lesões suspeitas que demandam elucidação diagnóstica.

A incorporação da biópsia cutânea na APS tem impacto significativo na melhoria da linha de cuidado em saúde e se trata de uma estratégia tecnicamente viável e alinhada aos princípios da integralidade e da equidade do sistema, pois contribuiria para a descentralização do cuidado, a redução da sobrecarga nos serviços especializados e a qualificação das linhas de cuidado em dermatologia no SUS. A redução do tempo entre suspeita clínica e diagnóstico definitivo permite início mais precoce do tratamento, melhorando o prognóstico e reduzindo complicações (BONFIM S, et al., 2018).

Além disso, o impacto esperado é significativo: a ampliação da capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa estratégia contribui para diminuição dos custos assistenciais, uma vez que o tratamento de lesões em estágios iniciais é menos complexo e menos oneroso para o sistema de saúde. A descentralização da biópsia também reduz a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados, otimizando o uso de recursos e melhorando a eficiência do sistema.

Barreiras e estratégias de implementação

Apesar dos benefícios associados à realização de biópsias cutâneas na Atenção Primária à Saúde (APS), sua implementação ainda enfrenta desafios importantes. Entre as principais barreiras destacam-se a insegurança dos profissionais quanto à execução do procedimento, a ausência de treinamento prático durante a formação médica, limitações estruturais nas unidades de saúde e a falta de protocolos assistenciais padronizados (BONFIM S, et al., 2018).

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina de Família e Comunidade prevejam a realização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo biópsias cutâneas, muitos profissionais não se sentem plenamente capacitados para executar tais técnicas na prática clínica, o que limita sua incorporação na rotina da APS (BRASIL, 2020).

Outro fator relevante refere-se à organização do fluxo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS), que frequentemente prioriza o encaminhamento para serviços especializados, mesmo em situações que poderiam ser resolvidas na atenção primária. Essa centralização contribui para aumento do tempo de espera, sobrecarga dos serviços de referência e atraso no diagnóstico (CRAYTHORNE E e AL-NIAMI F, 2017).

Além disso, a ausência de protocolos claros para indicação, execução e encaminhamento de biópsias cutâneas dificulta a padronização das condutas clínicas, podendo gerar variações na qualidade da assistência e insegurança na tomada de decisão (WERNER B, 2009).

Diante dessas limitações, estratégias voltadas à qualificação da APS tornam-se fundamentais. A educação permanente em saúde, por meio de capacitações práticas, treinamentos supervisionados e atualização teórica, é essencial para o desenvolvimento de habilidades técnicas e aumento da confiança dos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Adicionalmente, estratégias como o suporte matricial e o uso de teledermatologia podem auxiliar na tomada de decisão clínica, especialmente em casos de dúvida diagnóstica, fortalecendo a integração entre níveis de atenção e ampliando a resolutividade da APS.

Assim, a superação das barreiras existentes depende da combinação entre capacitação profissional, organização dos fluxos assistenciais, disponibilização de recursos adequados e incorporação de tecnologias educacionais, elementos essenciais para consolidar a realização de biópsias cutâneas como prática rotineira na Atenção Primária à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a biópsia cutânea é uma ferramenta essencial para o diagnóstico precoce do câncer de pele, por permitir confirmação histopatológica e definição terapêutica adequada. Sua incorporação sistemática na Atenção Primária à Saúde pode ampliar a resolutividade do cuidado, reduzir encaminhamentos desnecessários, diminuir atrasos diagnósticos e contribuir para melhores desfechos clínicos. Para isso, é necessário garantir capacitação técnica dos profissionais, infraestrutura mínima, protocolos assistenciais, fluxo adequado para envio do material ao laboratório e retorno oportuno do laudo. Dessa forma, a realização de biópsias na APS representa estratégia viável e alinhada aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

1. AGUIRE PC, et al. Skin biopsy techniques. UpToDate, 2024.
2. APALLA Z, et al. Skin cancer: epidemiology, disease burden, pathophysiology, diagnosis, and therapeutic approaches. Dermatology and Therapy (Heidelberg), 2017; 7(Suppl 1): 5-19.
3. BEARD CJ, et al. Excisional biopsy. StatPearls Publishing, 2025.
4. BONFIM SS, et al. Câncer de pele: conhecendo e prevenindo a população. Revista Científica Sena Aires, 2018; 7(3): 255-259.
5. BRAY F, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer Journal for Clinicians, 2018; 68(6): 394-424.
6. CRAYTHORNE E, AL-NIAMI F. Skin cancer. Medicine, 2017; 45(7): 431-434.
7. FILHO NETO AVR, et al. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de câncer de pele atendidos no Hospital Regional da Asa Norte/DF – Brasil. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2020; 35(3): 1-6.
8. INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2011.
9. INCA. Câncer de pele não melanoma. Instituto Nacional de Câncer, 2022.
10. INCA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2019.
11. INCA. Pele não melanoma (taxas brutas). Instituto Nacional de Câncer, 2022.
12. KHAMPARIA A, et al. An internet of health things-driven deep learning framework for detection and classification of skin cancer using transfer learning. Transactions on Emerging Telecommunications Technologies, 2020; 3963.
13. KHAN NH, et al. Skin cancer biology and barriers to treatment: Recent applications of polymeric micro/nanostructures. Journal of Advanced Research, v. 36, p. 223–247, 2022. https://doi.org/10.1016/j.jare.2021.06.014
14. KOK Y, et al. The impact of incomplete clinical information and initial biopsy technique on the histopathological diagnosis of cutaneous melanoma. Australasian Journal of Dermatology, v. 62, n. 4, p. e524–e531, 2021. DOI: 10.1111/ajd.13697
15. KOPKE LFL. Biópsias orientadas em oncologia cutânea. Surgical and Cosmetic Dermatology, 2014; 6(1): 77-81.
16. LOPES CH, LEITE AKRMF. Fatores de risco, patogenia e aspectos clínicos do melanoma no Brasil: uma revisão integrativa. Revista de Patologia do Tocantins, 2021; 8(3): 125-129.
17. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Diário Oficial da União, 2020.
18. PICKETT H. Shave and punch biopsy for skin lesions. American Family Physician, 2011; 84(9): 995-1002.
19. RAMSEY ML, ROSTAMI S. Biópsia de pele. StatPearls Publishing, 2025.
20. TADIPARTHI S, et al. Biopsy for malignant melanoma: are we following the guidelines? Annals of the Royal College of Surgeons of England, 2008; 90(4): 322-325.
21. WERNER B. Biópsia de pele e seu estudo histológico: por quê? para quê? como? Parte I. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2009; 84(4): 395-405.
22. WERNER B. Biópsia de pele e seu estudo histológico: por quê? para quê? como? Parte II. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2009; 84(5): 507-513.