

## NORMA

**Número:** 012/2025

**Data:** 20/10/2025

**Assunto:** Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto para Pessoas com Condição de Risco Acrescido

**Palavras-Chave:** Rastreio Oncológico; Cancro do Cólon e Reto; Cancro do Cólon; Cancro do Reto; Condição de Risco

**Para:** Profissionais de Saúde

**Contatos:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dgs@dgs.min-saude.pt](mailto:dgs@dgs.min-saude.pt))

**Sumário:** O Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto de Risco Acrescido visa promover uma abordagem sistematizada e segura, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incidência desta neoplasia. É dirigido a indivíduos com um familiar de primeiro grau diagnosticado com Cancro do Cólon e Reto antes dos 50 anos ou dois familiares de primeiro grau com diagnóstico em qualquer idade, contemplando:

- População elegível: pessoas entre 40 e 74 anos;
- Método de rastreio primário: colonoscopia;
- Teste de rastreio primário classificado como negativo; indicação para repetição do rastreio em 5 anos;
- Gestão de resultados positivos: deve ser assegurada uma gestão personalizada dos cuidados, de acordo com as necessidades clínicas identificadas;
- Qualidade e segurança: o programa deve cumprir critérios organizacionais de qualidade e segurança, garantindo a efetividade, a rastreabilidade e a equidade no acesso.

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

### NORMA

1. A População Elegível para o Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto para Pessoas com Condição de Risco Acrescido (PRCCR-RA) corresponde a pessoas que, no ano de início do Episódio de Rastreio, completam uma idade entre os 40 e os 74 anos de idade (inclusive) e pelo menos uma das seguintes condições de risco:

- a) Um familiar de primeiro grau com diagnóstico de cancro do cólon e reto em idade inferior a 50 anos;
  - b) Pelo menos dois familiares de primeiro grau com diagnóstico de cancro do cólon e reto, independentemente da idade do diagnóstico.
2. A População a Rastrear no âmbito do PRCCR-RA é obtida a partir da população elegível após aplicação dos seguintes critérios:
- a) Exclusão definitiva:
    - i. Diagnóstico prévio de cancro do cólon e reto;
    - ii. Doença inflamatória intestinal;
    - iii. Síndromes hereditárias relacionadas com o cancro do cólon e reto, como polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch e polipose associada a MUTYH/MYH;
  - b) Exclusão temporária:
    - i. Colonoscopia, sem lesões que justifiquem vigilância endoscópica (i.e. ausência de lesões com potencial de evolução para neoplasia maligna ou até 4 adenomas <1cm e com displasia de baixo grau, ou lesões serreadas <1cm e sem displasia), nos 5 anos anteriores, desde que o relatório esteja fotodocumentado e indique intubação cecal (ou do topo proximal do cólon e da anastomose íleo-cólica quando este não estiver presente) e uma preparação intestinal adequada (Escala de Boston  $\geq 6$ , ou  $\geq 4$  em pessoas sem presença de cego, e nenhum dos segmentos 0 ou 1);
    - ii. Teste de rastreio primário positivo prévio e que não aderiram ou não completaram o plano de diagnóstico ou tratamento;
    - iii. Autoexclusão por iniciativa do utente através de comunicação formal ao Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio (NCN).
3. O teste de rastreio primário consiste na realização de colonoscopia total em Unidade de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (URCCR) certificada.
4. O convite e a informação de sensibilização devem proporcionar uma forma de aceder à informação sobre a colonoscopia, metodologia de preparação, os seus riscos e benefícios.
5. O teste de rastreio primário é precedido por uma consulta na URCCR, realizada por um profissional de saúde envolvido no procedimento e agendada até 30 dias após o convite para rastreio com o intuito de:
- a) Determinar a relação benefício-risco do procedimento;
  - b) Determinar a indicação para sedação ou anestesia;

- c) Proporcionar acesso à solução para preparação intestinal, em *split dose*;
  - d) Proporcionar uma oportunidade para esclarecimento de dúvidas consideradas necessárias pelo utente;
  - e) Se o utente recusar a colonoscopia como teste de rastreio primário, deverá ser:
    - i. Registada a preferência do utente na Plataforma Eletrónica (PE) de gestão dos programas de rastreio;
    - ii. Proposto o acesso ao Teste Imunoquímico (FIT) do Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (PRCCR) de base populacional, mesmo numa idade entre os 40-49 anos<sup>1</sup>.
6. Para os utentes da População a Rastrear que aceitam o convite para o teste de rastreio primário, é gerado um alerta para que a equipa de saúde familiar de cada utente, ou o Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) no caso de um utente sem médico de família atribuído, introduza na PE a informação clínica relevante para a consulta na URCCR.
7. A colonoscopia deve ser agendada até 15 dias após a data da consulta prévia e precedida pela formalização do consentimento informado, esclarecido do utente<sup>i</sup>.
8. O relatório da colonoscopia deve ser entregue ao utente, e introduzido ou integrado na PE e no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) do utente e conter, obrigatoriamente, a informação prevista na Norma sobre o PRCCR.
9. O resultado do teste de rastreio primário é classificado e gerido da seguinte forma:
- a) Teste negativo, sem alterações sugestivas de síndromes hereditárias ou sem lesões com potencial de evolução para neoplasia maligna com verificação de uma preparação adequada do cólon: indicação para repetir o teste de rastreio primário (colonoscopia) em 5 anos;
  - b) Teste Positivo:
    - i. Lesões sem necessidade de vigilância endoscópica, nomeadamente: 1 a 4 adenomas <1 cm e com displasia de baixo grau, ou lesões serreadas <1cm e sem displasia: indicação para repetir o teste de rastreio primário (colonoscopia) em 5 anos;

---

<sup>i</sup> PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 015/2015 de 04/11/2015 – Consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito. Lisboa: DGS; 2015.

- ii. Lesões com necessidade de vigilância endoscópica, nomeadamente, mais de 4 adenomas, ou adenomas  $\geq 1$ cm ou com displasia de alto grau, ou lesão serrada  $\geq 1$  cm ou com displasia: indicação para realização de colonoscopia em 3 anos;
  - iii. Identificação de lesões que obriguem a gestão terapêutica em ambiente hospitalar, ou de lesões sugestivas de patologia com necessidade de seguimento clínico por gastroenterologia (como por exemplo síndromes hereditárias, doença inflamatória): indicação para referenciação para uma consulta de gastroenterologia em unidade hospitalar de referência;
  - iv. Identificação de neoplasia invasora: indicação para referenciação para Unidade de Saúde com competência reconhecida para o seu tratamento, de acordo com a Rede de Referenciação em Oncologia;
- c) Teste Inconclusivo, por preparação inadequada ou ausência de progressão até ao cego (ou do topo proximal do cólon quando este não estiver presente): a URCCR deve informar imediatamente o utente e proceder ao reagendamento do exame, num prazo máximo de 90 dias, com personalização dos procedimentos de preparação.
10. Nos casos em que a URCCR verificar não haver indicação para a realização de colonoscopia, o médico deverá inscrever essa informação na PE e definir um plano de seguimento personalizado a executar no âmbito do Programa de Rastreio, devendo o utente ser excluído da população elegível do PRCCR e do PRCCR-RA.
11. A URCCR é responsável pelo agendamento e convocatória para a consulta prévia e para a colonoscopia, devendo a seguinte informação ser registada ou integrada na PE:
- a) Data de agendamento e de eventuais reagendamentos;
  - b) Data de emissão de convocatória e respetiva metodologia;
  - c) Informação sobre presença ou falta de adesão e no caso de não adesão, deve ser emitida nova convocatória, num máximo de duas vezes;
  - d) Informação sobre a necessidade de exames complementares<sup>i</sup> a realizar antes da colonoscopia, como: hemograma, INR, telerradiografia torácica, e eletrocardiograma, para que possam ser emitidas as respetivas credenciais, por métodos automatizados, pela PE;

---

<sup>i</sup> Os utentes devem ser informados que caso disponham de resultados destes meios complementares há menos de 6 meses não é necessária a sua repetição.

- e) Informação sobre reagendamento que inclua:
- i. Origem do pedido (URCCR ou utente);
  - ii. Justificação, no caso de reagendamento com origem na URCCR;
  - iii. Data do novo agendamento.
12. Nos casos em que se verifique ausência de adesão a 3 convocatórias para consulta prévia na URCCR o utente deve ser classificado como sem adesão ao PRCCR-RA mas, esta decisão não deve considerada como critério de exclusão para o PRCCR.
13. Nos casos em que na colonoscopia se proceder à colheita de material biológico, este deve ser remetido para um Laboratório de Anatomia Patológica certificado, que integre o Programa de Rastreio e o relatório deve conter a totalidade da informação prevista para o efeito na Norma sobre o PRCCR.
14. Os episódios e os procedimentos associados ao tratamento das neoplasias malignas ou de lesões precursoras identificados no episódio de rastreio (pelos códigos de classificação de doença e de procedimentos de acordo com a codificação em vigor no SNS) devem ser integrados (por mecanismos automatizados) na PE.
15. O NCN identifica e contratualiza, em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as URCCR, os Laboratórios de Anatomia Patológica e as unidades laboratoriais para realização de FIT para os utentes que, com idade entre os 40-49 anos, recusem a colonoscopia como teste de rastreio primário.
16. Os processos operacionais e os indicadores previstos nesta Norma, devem ser lidos em complementaridade com o disposto na Norma N.º 004/2024, da Direção-Geral da Saúde (DGS), "Metodologia Geral dos Rastreamentos Oncológicos em Portugal" e na Norma N.º 011/2025, da DGS, "Programa de Rastreio de Base Populacional do Cancro do Cólon e Reto".

17. Qualquer exceção à presente Norma deve ser fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico do utente.

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

## INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Quadro 1. Gestão dos resultados dos testes de rastreio do cancro do cólon e reto.

Resultado do Teste de Rastreio Primário (Colonoscopia)		Referenciação Hospitalar*	Próximo Rastreio
Negativo	Preparação adequada e progressão até ao cego, ou do topo proximal do cólon e da anastomose íleo-cólica, na ausência destas estruturas: - sem lesões - lesões sem potencial de evolução para neoplasia maligna - pólipos hiperplásicos não sugestivos de síndromas hereditárias	Não aplicável	Colonoscopia <sup>§</sup> em 5 anos
Positivo	Lesões sem necessidade de vigilância endoscópica <sup>‡</sup> : - 1 a 4 adenomas <1cm e com displasia de baixo grau - lesões serreadas <1cm e sem displasia	Não aplicável	Colonoscopia <sup>§</sup> em 5 anos
	Lesões com necessidade de vigilância endoscópica <sup>‡</sup> : - mais de 4 adenomas, ou adenomas ≥1cm ou com displasia de alto grau - lesão serreada ≥1cm ou com displasia	Não aplicável	Colonoscopia <sup>§</sup> em 3 anos
	Outra situação com indicação para referenciação hospitalar <sup>¶</sup>	Nível 1 "normal"	Não aplicável até alta clínica <sup>¶</sup>
	Neoplasia invasora	Nível 3 "muito prioritária"	Não aplicável
Inconclusivo	Preparação inadequada; Ausência de progressão até ao cego	Não aplicável	Colonoscopia até 90 dias <sup>§</sup>
<p>* prazo para a realização de primeira consulta de acordo com a classificação definida para efeitos de determinação dos tempos máximo de resposta garantida no Serviço Nacional de Saúde para Neoplasias Malignas, confirmadas ou suspeitas (Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio)</p> <p><sup>§</sup> O planeamento da colonoscopia é definido e comunicado ao utente assim que é concluído o procedimento pela URCCR e inserida na PE. Nos casos em que a repetição de colonoscopia se dever a preparação inadequada ou a ausência de progressão até ao cego a sua remarcação é da responsabilidade da URCCR. Nos restantes casos essa responsabilidade é do NCN.</p> <p><sup>¶</sup> Incluem-se neste item as situações em que a técnica de abordagem na colonoscopia (como exérese em fragmentos de lesão séssil) ou o diagnóstico endoscópico (síndromes hereditárias, doença inflamatória) sugerem patologias com necessidade de seguimento por gastroenterologia.</p> <p><sup>¶</sup> Após a alta clínica será implementado o PRCCR-RA.</p>			

A. Unidade de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (URCCR): como a estrutura funcional diferenciada na realização de colonoscopias de rastreio e na gestão dos seus achados. Estas unidades devem estar constituídas como estabelecimento prestador de cuidados de saúde<sup>i</sup> ou como uma unidade funcional de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde de âmbito mais lato e sujeitas a processos de auditoria de qualidade, com periodicidade bienal<sup>ii</sup>, de acordo com os critérios para qualidade da colonoscopia de rastreio definidos pela *European Society of Gastrointestinal Endoscopy*<sup>3</sup>. Estas unidades devem dispor de:

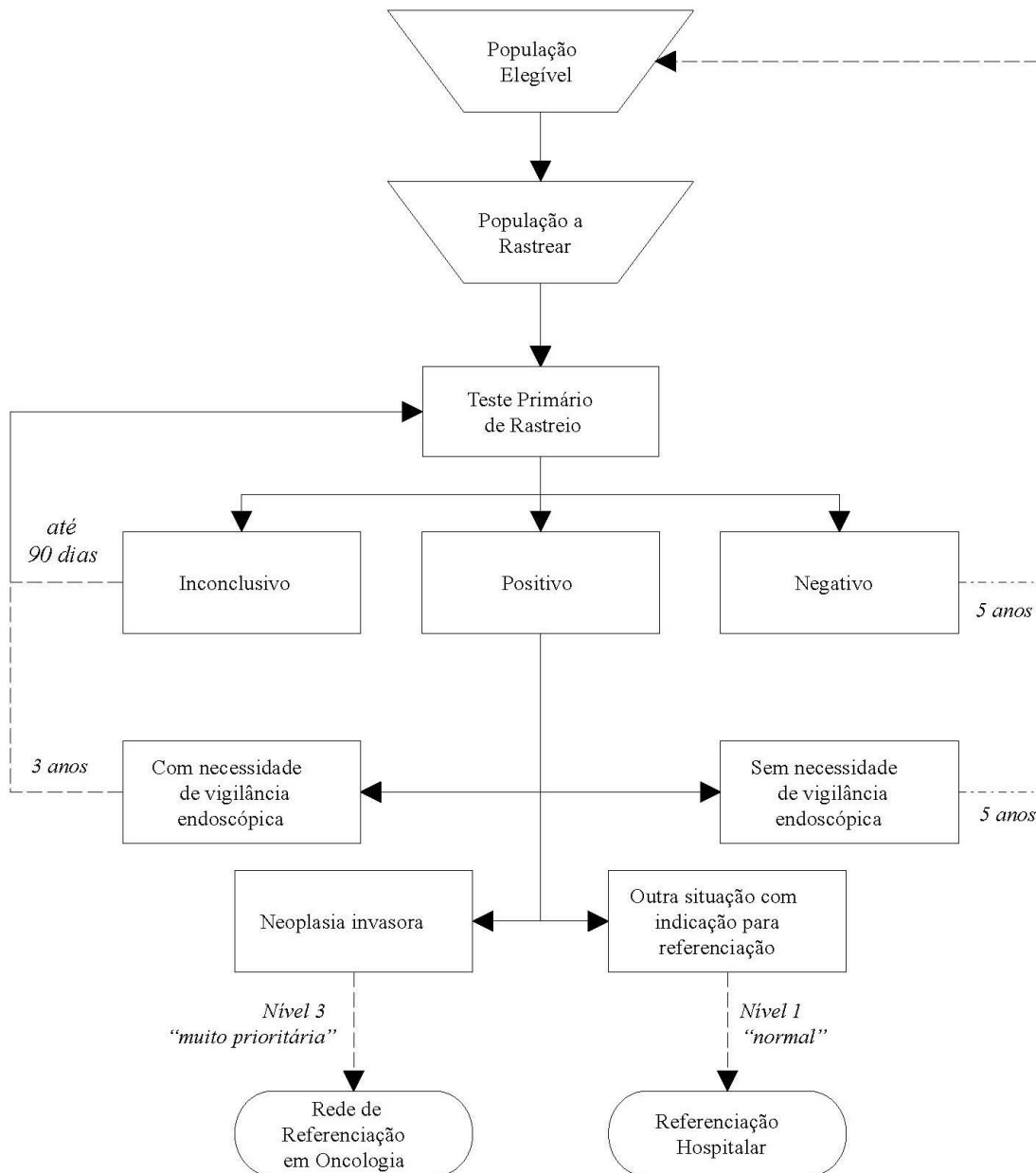
- a) Especialidades médicas:
  - i. Gastrenterologia;
  - ii. Anestesiologia;
- b) Equipa de enfermagem com competência acrescida em endoscopia digestiva;
- c) Equipamentos e acessórios para a colonoscopia e atos terapêuticos previsíveis:
  - i. Videoendoscópios, (incluindo videocolonoscópios, videocolonoscópio pediátrico e videoendoscópio alto);
  - ii. Fonte de eletrocirurgia;
  - iii. Pinças de biopsias;
  - iv. Ansas de polipectomia;
  - v. *Clips*;
  - vi. Agulha;
  - vii. *Kit* de tatuagem.

---

<sup>i</sup> Entende-se como entidade prestadora de cuidados de saúde aquelas que se encontram licenciadas conforme definido pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

<sup>ii</sup> A inclusão de uma URCCR no Programa de Rastreio deverá estar associada a um primeiro ciclo de auditoria 12 meses após a primeira colonoscopia de rastreio antes de passar a ser avaliada a cada 2 anos.

## FLUXOGRAMA



## FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A. O cancro do cólon e reto representa a segunda causa de cancro e de morte por cancro em Portugal. A extensão da doença ao diagnóstico está associada a pior prognóstico: 90% das pessoas diagnosticadas em estágio I sobrevivem, pelo menos, cinco anos em comparação com 10% das pessoas diagnosticadas em estágio IV. Observa-se ainda um acréscimo de 10 vezes aos custos de tratamento entre o estágio I e o estágio IV<sup>4,5</sup>.
- B. A história familiar de cancro do cólon e reto está associada, globalmente, a um risco aumentado ao risco padrão de cancro do cólon e reto. Este risco é tanto maior quanto maior o número de familiares afetados; quanto menor a sua idade à data do diagnóstico e quanto maior o grau de parentesco. Nos casos em que existe um familiar de primeiro grau com menos de 50 anos ou dois familiares de primeiro grau, independentemente da idade, o risco relativo aumenta face ao risco da população geral<sup>6,7, 8</sup>.
- C. Pessoas com um familiar de primeiro grau com menos de 50 anos com cancro do cólon e reto ou com dois familiares de primeiro grau, independentemente da idade, com cancro do cólon e reto beneficiam de protocolos de rastreio específicos, baseados em colonoscopia e com início em idades mais precoces. Contudo, caso estas não aceitem a colonoscopia como teste de rastreio primário devem ter acesso ao rastreio por FIT a partir dos 40 anos<sup>9</sup>.
- D. O plano de vigilância das pessoas com alterações na colonoscopia depende do tipo de lesão e das suas características histológicas. As lesões com invasão da submucosa, compatíveis com neoplasia invasiva devem motivar o acompanhamento em consulta hospitalar muito prioritária. As pessoas com adenomas de alto risco apresentam risco três a quatro vezes maior de cancro do cólon e reto, em comparação com pessoas sem adenomas ou com adenomas de baixo risco, justificando um plano de vigilância distinto<sup>10</sup>.

## ANEXO

Indicadores específicos do Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto para Pessoas com Condição de Risco Acrescido (Quadros 2 e 3) a serem produzidos para cada coorte de rastreio, definida em função do ano civil em que foi emitido o convite para o teste de rastreio primário. Os indicadores de qualidade devem ser avaliados por URCCR e agregados a nível nacional.

Quadro 2. Indicadores operacionais.

Indicador	Definição
Proporção de FIT na população elegível para o PRCCR-RA	<u>Numerador</u> : número de utentes da população elegível no ano do PRCCR-RA que escolheram realizar FIT
	<u>Denominador</u> : População Elegível no ano do PRCCR-RA
Proporção de FIT na população convidada para o PRCCR-RA	<u>Numerador</u> : Número de utentes para quem foi emitido convite no âmbito do PRCCR-RA no ano, e escolheram realizar FIT
	<u>Denominador</u> : Convites Realizados no ano no PRCCR-RA
Proporção de utentes com informação clínica para a consulta prévia	<u>Numerador</u> : número de utentes com registo de informação clínica na PE antes da data da consulta prévia
	<u>Denominador</u> : População a Rastrear no ano do PRCCR-RA
Proporção de colonoscopias de rastreio	<u>Numerador</u> : número de colonoscopias realizadas
	<u>Denominador</u> : População a Rastrear no ano do PRCCR-RA
Tempo para Colonoscopia	Diferença de tempo, em dias, entre a data de realização de primeira colonoscopia de rastreio (ou, para os utentes que solicitaram alteração da data agendada para a colonoscopia, a data do primeiro agendamento da colonoscopia) e a data do teste de rastreio primário positivo.
	Cálculo dos percentis 25, 50 e 75
Proporção de colonoscopias no prazo máximo previsto pela Norma	<u>Numerador</u> : número de colonoscopias realizadas com um Tempo para Colonoscopia inferior ou igual a 45 dias
	<u>Denominador</u> : número de colonoscopias realizadas na coorte
Número de colonoscopias positivas	Número de colonoscopias em que foram identificados adenomas (independentemente do tamanho) ou neoplasia invasora

Número de colonoscopias com intervenção	Número de colonoscopias com registo de procedimentos de diagnóstico e/ou terapêutico
Proporção de colonoscopias com intervenção	<u>Numerador:</u> Número de colonoscopias com intervenção
	<u>Denominador:</u> Número de colonoscopias positivas e que tinham preparação intestinal adequada
Proporção de consultas hospitalares com prioridade nível 1 "normal" no prazo máximo previsto	<u>Numerador:</u> número de consultas com prioridade nível 1 "normal" realizadas nos 30 dias seguintes à referência (após colonoscopia)
	<u>Denominador:</u> número de consultas com prioridade nível 1 "normal" realizadas (após colonoscopia)
Proporção de consultas hospitalares com prioridade nível 3 "muito prioritária" no prazo máximo previsto	<u>Numerador:</u> número de consultas com prioridade nível 3 "muito prioritária" realizadas nos 7 dias seguintes à referência (após colonoscopia)
	<u>Denominador:</u> número de consultas com prioridade nível 3 "muito prioritárias" realizadas (após colonoscopia)

Quadro 3. Indicadores de qualidade das Unidades de Rastreio de Cancro do Cólon e Reto.

Indicador	Definição
Proporção de utentes com intubação cecal	<u>Numerador</u> : número de exames em que há registo e fotografia do cego, de entre os incluídos no denominador
	<u>Denominador</u> : número de colonoscopias realizadas na coorte
Número de colonoscopias com preparação adequada	Número de exames com um resultado da escala de Boston superior ou igual a 6, em pessoas com cego presente, ou superior ou igual a 4, em pessoas sem cego presente, e sem nenhum segmento com resultado 0 ou 1, de entre os incluídos no denominador
Proporção de utentes com preparação adequada	<u>Numerador</u> : Número de colonoscopias com preparação adequada
	<u>Denominador</u> : número de colonoscopias realizadas na coorte
Proporção de deteção de adenomas	<u>Numerador</u> : número de colonoscopias com identificação de adenoma (incluindo pólipos serrados)
	<u>Denominador</u> : Número de colonoscopias com preparação adequada realizadas na coorte
Complicações graves: hemorrágicas	Número de utentes com registo de ocorrência de hemorragia digestiva com necessidade de internamento hospitalar (definido como a pernoita numa unidade hospitalar), nos 7 dias após a colonoscopia de rastreio
Complicações graves: gastrointestinais não hemorrágicas <sup>11</sup>	Número de utentes com registo de ocorrência de perfuração intestinal com necessidade de internamento hospitalar (definido como a pernoita numa unidade hospitalar), nos 7 dias após a colonoscopia de rastreio
Complicações graves cardiovasculares <sup>11</sup>	Número de utentes com registo de ocorrência de internamento hospitalar (definido como a pernoita numa unidade hospitalar) nos 7 dias após a colonoscopia de rastreio, com um diagnóstico principal codificado como ICD-10-CM I00-I99
Complicações graves: outras	Número de utentes em que é confirmada pela URCCR a ocorrência de outros acontecimentos adversos graves nos 7 dias após a colonoscopia (exclui os acontecimentos gastrointestinais e cardiovasculares graves).
Proporção de complicações	<u>Numerador</u> : Complicações graves (global e por subtipo, por URCCR)
	<u>Denominador</u> : número de utentes que realizaram colonoscopia de rastreio na URCCR

## AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditorias internas e externas.

## ACRÓNIMOS/SIGLAS

Sigla/Acrónimo	Definição
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
FIT	Teste Imunoquímico
NCN	Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio
PE	Plataforma Eletrónica
PRCCR	Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto
PRCCR-RA	Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto para Pessoas com Condição de Risco Acrescido
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
URCCR	Unidade de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

## APOIO CIENTÍFICO

- A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.
- B. O Painel de Peritos da presente Norma foi constituído por: Nuno Sousa (Coordenação Científica), Liliana M. Campos (Coordenação Executiva), Ricardo Freire, Manuel Coelho da Rocha, Mariana Carrapatoso, Donzília Brito e Jonathan dos Santos.
- C. Os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.
- D. A presente Norma foi submetida a auscultação da Direção Executiva do SNS, I.P., Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, INFARMED, I.P., SPMS, E.P.E. e ACSS, I.P.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol.* 2017 Jul;112(7):1016–1030. doi:10.1038/ajg.2017.174.
2. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM, Regula J, Bretthauer M, Chaussade S, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy.* 2020 Aug;52(8):687–700. doi:10.1055/a-1185-3109. PMID: 32572858.
3. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chilton A, Rutter M, Dumonceau JM, et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy.* 2012 Oct;44(10):957–968. doi:10.1055/s-0032-1325686.
4. Bento MJ, Silva PL, Calisto R. Registo Oncológico Nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2021 [Internet]. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto); 2024. 252 p. <https://ron.min-saude.pt/media/2229/ron-2021.pdf>
5. PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (INE). Óbitos (n.º) por local de residência (NUTS - 2013), sexo, grupo etário e causa de morte (tumores malignos); anual [Internet]. [citado 2025 mai 15]. <https://www.ine.pt/>
6. Butterworth AS, Higgins JP, Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: a meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2006 Jan;42(2):216–227.
7. Song M, Emilsson L, Roelstraete B, et al. Risk of colorectal cancer in first-degree relatives of patients with colorectal polyps: nationwide case-control study in Sweden. *BMJ.* 2021; 373: n877
8. Roos VH, Mangas-Sanjuan C, Rodriguez-Girondo M, Medina-Prado L, Steyerberg EW, Bossuyt PMM, et al. Effects of family history on relative and absolute risks for colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 Dec;17(13):2657–2667.e9. doi:10.1016/j.cgh.2019.09.007
9. European Commission, Executive Agency for Health and Consumers; Directorate-General for Health and Consumers; World Health Organization; Karsa LV, Patnick J, Segnan N, editors. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. <https://data.europa.eu/doi/10.2772/1458>
10. Lieberman D, Ladabaum U, Brill JV, et al. Reducing the burden of colorectal cancer: AGA position statements. *Gastroenterology.* 2022 Aug;163(2):520–526.

11. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, Bretthauer M, Rees CJ, Dekker E, et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy*. 2017 Apr;49(4):378–397. doi:10.1055/s-0043-103411. PMID: 28268235.