

TeleCondutas[®]

Pólipos Colorretais

Versão digital
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Roberto Nunes Umpierre
Natan Katz

Coordenação Científica:
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Elise Botteselle de Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Rudi Roman

Autores:
Ana Cláudia Magnus Martins
Augusto Mantovani
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Elise Botteselle de Oliveira
Jerônimo De Conto Oliveira
Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Rudi Roman

Revisão ortográfica e normalização:
Geise Ribeiro da Silva

Diagramação:
Stephanie Louise Mauhs

Como citar este documento:
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: Pólipos Colorretais: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 fev. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em: “dias, mês abreviado e ano”.

Publicado em 2017.
Atualizado em 4 de fevereiro de 2022.

TELECONDUTAS Nº 13 – PÓLIPOS COLORRETAIS

Sumário

Atualizações desta versão	4
Introdução	5
Classificação dos pólipos colorretais	5
Avaliação dos pólipos colorretais.....	6
Características macroscópicas na colonoscopia.....	6
Características microscópicas na histologia	7
Seguimento das lesões pré-malignas colorretais	7
Manejo dos pólipos colorretais.....	9
Colonoscopia: o procedimento e cuidados pré-exame.....	9
Rastreamento e vigilância de câncer colorretal	11
Encaminhamento para serviço especializado	13
Referências.....	14

Atualizações desta versão

- Atualização da classificação morfológica dos pólipos colorretais ([quadro 2](#)).
- Atualização das indicações e intervalos de seguimento de pólipos colorretais.
- Atualização sobre os cuidados relacionados aos medicamentos em uso antes da realização da colonoscopia, especialmente antiagregantes plaquetários e anticoagulantes (inclusão do [quadro 4](#)).
- Maior detalhamento sobre as indicações de rastreamento, com a inclusão dos quadros 5 (rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal) e 6 (métodos e características dos exames para o rastreamento do câncer colorretal).
- Atualização das indicações de encaminhamento para atenção especializada.

Introdução

Pólipos colorretais são pequenas protrusões da mucosa colônica e do reto, sendo a sua grande maioria de potencial maligno baixo, como os adenomas tubulares com displasia de baixo grau, ou nulo, como os pólipos hiperplásicos [1,2]. Os pólipos que contêm potencial maligno – os adenomatosos e serrilhados – são a parte inicial da cascata de carcinogênese de 90% das neoplasias malignas colorretais e podem ser diagnosticados e removidos através da colonoscopia, prevenindo assim o surgimento do câncer colorretal [3,4].

Classificação dos pólipos colorretais

Os pólipos colorretais podem ser classificados pela sua histologia ([quadro 1](#)) e morfologia ([quadro 2](#)). Outra informação importante é seu tamanho estimado na colonoscopia, apresentando maior risco para neoplasia maligna quando são maiores ou iguais a 1 cm. Essa classificação é importante para a decisão terapêutica na colonoscopia e para o seguimento do paciente [2,4,5].

Quadro 1 – Classificação histológica dos pólipos colônicos.

Tipo	Histologia	Características
Neoplásicos	Adenomatosos	Contêm displasia e risco de evolução para adenocarcinoma. A displasia é classificada em baixo grau (baixo risco) ou alto grau (alto risco). Subclassificação: tubular, túbulo-viloso e viloso (maior risco).
	Serrilhados	São mais comuns no cólon direito e também estão associados à adenocarcinoma. Sua descrição é mais recente e, em alguns casos, pode haver confusão diagnóstica com os pólipos hiperplásicos.
Não neoplásicos	Hiperplásicos	Geralmente encontrados no retossigmoide e menores que 5 mm. Não têm risco de malignidade.
	Hamartomas	Geralmente benignos. Pode ser necessária sua excisão pelo potencial de crescimento e de desenvolvimento de sintomas.
	Inflamatórios (pseudopólipos)	Resultam de regeneração da mucosa, mais frequentemente encontrados em pacientes com retocolite ulcerativa e Doença de Crohn.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Duncan et al. (2013) [2].

Quadro 2 – Classificação morfológica dos pólipos colônicos.

Tipo	Morfologia	Imagens	Observações
Polipoide	Pedicularo	 <p>Short <i>et. al.</i> (2015) [5].</p>	<p>Não há diferença de risco entre as morfologias.</p> <p>Geralmente são excisados na colonoscopia em que são encontrados.</p> <p>Pólipos sésseis são os mais frequentes.</p>
	Sésseis	 <p>Short <i>et. al.</i> (2015) [5].</p>	
Não polipoide	Plano ou plano-elevado	 <p>Short <i>et. al.</i> (2015) [5].</p>	<p>Lesões com maior risco de conter neoplasia invasiva.</p> <p>Podem necessitar de excisão em centro terciário.</p>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Macrae (2021) [1] e Short et al. (2015) [5].

Avaliação dos pólipos colorretais

Após a realização da colonoscopia, devem ser avaliadas as características macroscópicas à colonoscopia e as microscópicas na histologia para se decidir o seguimento do paciente [1,5]. A análise isolada de biópsias sem correlação com os achados endoscópicos pode gerar erros de interpretação e conduta. A partir desses resultados, classifica-se o paciente em alto ou baixo risco para neoplasia colônica, e programa-se o seguimento do paciente (ver [quadro 3](#)).

Características macroscópicas na colonoscopia

Por meio da avaliação macroscópica das lesões colônicas, é possível identificar alterações que sugerem malignidade [8]. A predição histológica dos pólipos pode ser feita pela avaliação da sua superfície à

colonoscopia, e pode aparecer descrita no laudo como “pits”, que são classificadas de I a V conforme a classificação de Kudo [9,10]. Pits tipo III (subdivididas em III-S e III-L) são sugestivas de adenoma de baixo grau, enquanto pits tipo IV e V podem indicar adenomas mais avançados, com maior risco de displasia de alto grau ou câncer [9,10].

As características macroscópicas compatíveis com invasão da submucosa, indicando a possibilidade de adenocarcinoma incluem: lesão vegetante com ulceração, friabilidade, retração de pregas, endurecimento ao toque da pinça de biópsia, estenose ou obstrução à passagem do endoscópio. Assim, diante desses achados, independente do resultado da biópsia, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação precoce em agenda oncológica com proctologia ou cirurgia do aparelho digestivo, de acordo com as pactuações regionais [11,12].

Quando não forem identificadas as alterações macroscópicas anteriormente citadas, na grande parte dos casos, lesões extensas podem ser ressecáveis pela colonoscopia [5]. Quando não for possível a ressecção completa dessas lesões, o paciente deverá ser referenciado para serviços especializados em Gastroenterologia ou Proctologia [11,12].

Características microscópicas na histologia

Após a excisão, as lesões são analisadas por um médico patologista e classificadas conforme o tipo celular e grau de displasia [1]. A grande maioria dos pólipos possui características de baixo risco, sendo hiperplásicos ou adenomas tubulares com displasia de baixo grau [3,5]. Embora possa causar temor em profissionais de saúde e pacientes, displasia de baixo grau é característica típica de pólipos com baixa chance de evoluir para neoplasia maligna [5].

Por outro lado, fatores relacionados com maior risco de câncer colorretal são: tamanho do pólipo \geq 1 cm, padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau [1,3,4,5]. Pólipos com displasia de baixo ou alto grau não devem ser motivo de encaminhamento para oncologia. Nesses casos, indica-se acompanhamento colonoscópico (ver [quadro 3](#)), já que pacientes que tiveram lesões de alto risco ressecadas apresentam predisposição a ter novas lesões [1,2,3,4,5].

Seguimento das lesões pré-malignas colorretais

O intervalo para novo exame é orientado conforme os achados da colonoscopia e do resultado do exame anatomopatológico da lesão excisada. Deve-se avaliar o risco e benefício de colonoscopia de seguimento após os 75 anos de idade, podendo-se oferecer nova colonoscopia apenas àqueles com expectativa de vida estimada em mais de 10 anos e sem comorbidades graves [3,5]. Não é recomendada

vigilância em pacientes acima de 85 anos [3]. O quadro 3 orienta o intervalo para repetição de colonoscopia conforme os achados da colonoscopia inicial.

Quadro 3 – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia.

Atenção: as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

Tipo histológico	Seguimento recomendado	Nível de atenção recomendado
LESÕES ADENOMATOSAS		
1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau	10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau	10 anos	APS
≥ 1 adenoma ≥ 10 mm	3 anos	APS
5 ou mais adenomas (independente de tamanho)	3 anos	Atenção Especializada*
Adenoma com displasia de alto grau	3 anos	Atenção Especializada*
Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm	6 meses	Atenção Especializada*
LESÕES NÃO ADENOMATOSAS		
Pólipos hiperplásicos < 10 mm	Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.	APS
Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	10 anos	APS
Pólipo hiperplásico ≥ 10mm	3 anos	APS
5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia	3 anos	Atenção Especializada*
Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia	3 anos	Atenção Especializada*

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

*O encaminhamento à atenção especializada visa a realização da colonoscopia em centro de referência, visto que profissionais experientes e melhores equipamentos aumentam a taxa de detecção de câncer colorretal. O encaminhamento deverá ser realizado no momento oportuno, conforme o intervalo indicado para o seguimento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Gupta et al. (2020) [6] e Hassan et al. (2020) [7].

Manejo dos pólipos colorretais

Os pólipos colorretais usualmente são excisados através da polipectomia no próprio procedimento em que são encontrados [1,4]. Pólipos maiores e lesões não polipoides podem necessitar de técnica de mucosectomia, procedimento um pouco mais extenso e com risco ligeiramente maior de complicações [4]. Na mucosectomia é utilizada injeção de solução na submucosa para elevar a lesão e reduzir o risco de perfuração da parede colônica. Devido a esse maior risco, em casos de lesões não polipoides ou grandes, como lesões de espalhamento lateral, pode-se optar por marcar uma nova colonoscopia para a retirada da lesão após esclarecimento ao paciente [1,4]. Indivíduos com pólipos não excisados devem fazer nova colonoscopia [1,7].

Colonoscopia: o procedimento e cuidados pré-exame

A colonoscopia é um exame feito sob sedação consciente, com ou sem acompanhamento de anestesista [13]. As orientações do preparo são feitas no local onde o exame é realizado. O preparo para o procedimento envolve a limpeza intestinal com dieta pobre em resíduos e uso de laxante – usualmente bisacodil e manitol [14]. O manitol é um laxante osmótico potente, gerando evacuações em grande número, podendo causar desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos. Pacientes com comorbidades graves (especialmente insuficiências cardíaca e renal) e idosos são mais suscetíveis a esses distúrbios [14]. Para evitá-los, orienta-se hidratação adequada até o horário do jejum [13,14].

Algumas medicações devem ser suspensas ou modificadas para o exame:

- Ácido acetilsalicílico (AAS): como regra, pode-se manter a medicação. Deve sempre ser mantida se a indicação for prevenção secundária de evento cardiovascular. Pode-se suspender o uso 7 dias antes do procedimento se paciente estiver utilizando para prevenção primária (isto é, sem eventos cardiovasculares prévios) [15,16].
- Clopidogrel e anticoagulantes: avaliar risco e benefício em suspender a medicação (conforme indicação do uso e risco de evento tromboembólico elevado). O tempo de suspensão das medicações pré-procedimento está em debate na literatura e pode variar entre as instituições, ver as orientações do [quadro 4](#) [15,16].
- Sulfato ferroso: suspender o uso 7 dias antes da colonoscopia pois pode dificultar a limpeza intestinal para o exame [13].

Quadro 4 – Manejo de pacientes em uso de antiagregantes plaquetários ou anticoagulantes que serão submetidos à colonoscopia.

	Medicação em uso		Conduta sugerida
Colonoscopia com ou sem biópsia (sem polipectomia)	AAS, clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor		<ul style="list-style-type: none"> ● Manter uso.
	Varfarina		<ul style="list-style-type: none"> ● Manter uso e medir RNI 1 semana antes do procedimento. <ul style="list-style-type: none"> ○ RNI na faixa terapêutica: manter a dose em uso. ○ RNI supratherapêutica, mas < 5: reduzir dose diária até RNI entrar na faixa terapêutica. ○ RNI ≥ 5: adiar o procedimento e realizar ajuste da anticoagulação até RNI entrar na faixa terapêutica.
	Anticoagulantes diretos (dabigatran, apixaban, rivaroxaban, edoxaban)		<ul style="list-style-type: none"> ● Como regra, manter uso. Considerar suspender a medicação apenas na manhã do procedimento, retomando no dia seguinte [15].
Colonoscopia com polipectomia	AAS, clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor	Indicação de uso por condição de baixo risco (cardiopatia isquêmica sem stent coronário, doença cerebrovascular e/ou doença vascular periférica).	<ul style="list-style-type: none"> ● Suspender clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor 7 dias antes. ● Manter AAS. ● Reiniciar o clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor 1 a 2 dias após.
		Indicação de uso por condição de alto risco (cardiopatia isquêmica com stent coronariano).	<ul style="list-style-type: none"> ● Como regra, manter. Entretanto, considerar a cessação temporária da medicação se: <ul style="list-style-type: none"> ○ stent farmacológico há mais de 6 a 12 meses; ou ○ stent metálico há mais de 1 mês. ● Manter AAS.
	Varfarina	Indicação de uso por condição de baixo risco (valva cardíaca biológica, fibrilação atrial com CHADS2 ≤ 4, mais de 3 meses após TEV).	<ul style="list-style-type: none"> ● Suspender a varfarina por 5 dias antes da colonoscopia. ● Medir RNI antes do procedimento para manter RNI < 1,5. ● Reiniciar varfarina na noite do procedimento, com dose em uso anterior. ● Medir novamente RNI 1 semana após para garantir faixa terapêutica.
		Indicação de uso por condição de alto risco (valva metálica mitral ou aórtica, prótese valvar e FA, FA e estenose mitral, AVC/AIT nos últimos 3 meses, < 3 meses de TEV, TEV em vigência de anticoagulação, FA e AVC/AIT prévios e 3 ou mais das seguintes condições: IC, HAS, > 75 anos, DM).	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicado “ponte com heparina”, com internação do paciente. ● Suspender a varfarina por 5 dias antes da colonoscopia. ● Iniciar HBPM 2 dias após a suspensão da varfarina. ● Omitir a dose da HBPM no dia do procedimento. ● Reiniciar varfarina na noite de procedimento, com dose em uso anterior. ● Manter HBPM até RNI na faixa terapêutica.
	Anticoagulantes diretos (dabigatran, apixaban, rivaroxaban, edoxaban)		<ul style="list-style-type: none"> ● Suspender o anticoagulante direto 3 dias antes da colonoscopia. ● Se uso de dabigatran e eTFG entre 30 e 50 mL/min: <ul style="list-style-type: none"> ○ suspender a medicação 5 dias antes do procedimento. ● Reiniciar o anticoagulante 2 a 3 dias após o procedimento.

FA = fibrilação atrial; AVC = acidente vascular cerebral; AIT = ataque isquêmico transitório; TEV = tromboembolismo venoso; IC = insuficiência cardíaca; HAS = hipertensão arterial sistêmica; DM = diabetes mellitus; RNI = razão normalizada internacional; HBPM = heparina de baixo peso molecular; eTFG = taxa de filtração glomerular estimada.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Veitch et al. (2021) [15] e ASGE Standards of Practice Committee (2016) [16].

Rastreamento e vigilância de câncer colorretal

No Brasil, atualmente não se recomenda rastreamento populacional de câncer de cólon por questões de limitação ao acesso para diagnóstico e tratamento posterior [2,3,17,18]. Embora existam evidências de redução de incidência e mortalidade específicas por câncer colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), a avaliação do Ministério da Saúde é de que a implantação do rastreamento no SUS é atualmente inviável. Isso se deve ao custo elevado da intervenção na população e à capacidade instalada insuficiente para realização de exames subsequentes (colonoscopia e retossigmoidoscopia) [3,17,18]. Entretanto, pessoas com histórico familiar de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar têm indicação de rastreamento com colonoscopia, conforme descrito no [quadro 5](#) [18,19,20,21,22,23].

Quadro 5 – Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.

Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico	Idade de início do rastreamento	Frequência do rastreamento
CÂNCER COLORRETAL		
≥ 60 anos.	Aos 50 anos.	A cada 5 a 10 anos.
< 60 anos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos.	Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes).	A cada 5 anos.
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR		
Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100).	A partir dos 10 anos.	A cada 1 a 2 anos, com ajustes de acordo com o resultado de exames anteriores, idade e o tipo de mutação.

Observação: atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Ramsey e Grady (2021) [20] e Dynamed (2018) [23].

Para a população de risco médio, por outro lado, recomenda-se a estratégia de diagnóstico precoce, com divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o que implica ampliação da oferta de serviços de colonoscopia e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno [3,17,18]. Os sinais e sintomas de alerta para o câncer colorretal, apesar de não serem específicos, são bons indicadores de suspeição e devem ser valorizados na avaliação geral: mudança de hábito intestinal (diarreia ou

constipação), anemia ferropriva sem causa presumível, perda inexplicável de peso, fezes escuras ou com sangue visível (especialmente se não atribuível a doença orifical ou em paciente acima de 50 anos), massa abdominal, dor ou desconforto abdominal constante [3].

Apesar das evidências de benefício do rastreamento, são poucos os países que têm programas nacionais de rastreamento universal de câncer colorretal [19]. A recomendação do rastreamento, nos locais onde ele é realizado, é relativamente padronizada a partir das evidências existentes [3,19,20]. O rastreamento para pessoas sem risco aumentado para câncer colorretal, quando realizado, é iniciado entre os 50 e 75 anos com: PSOF (preferencialmente pelo método imunoquímico - FIT) anual ou bienalmente e/ou retossigmoidoscopia a cada 5 anos ou com colonoscopia a cada 10 anos [21,22,23]. Se o paciente apresentar sangue oculto nas fezes positivo, deve-se realizar investigação sequencial com colonoscopia [21,22,23]. O [quadro 6](#) descreve as características dos exames utilizados no rastreamento do câncer colorretal.

Quadro 6 – Métodos e características dos exames para o rastreamento do câncer colorretal.

Exames de rastreamento	Descrição
Sangue oculto nas fezes guaiaco (PSOF-g)	Identifica a presença de hemoglobina humana e animal, além de ser sensível à peroxidase proveniente de alimentos. Necessita restrição alimentar (carne vermelha e suplementos de vitamina C) nos três dias anteriores à coleta para evitar falsos-positivos.
Testes imunoquímicos fecais (FIT)	Utiliza anticorpos para a detecção da hemoglobina humana intacta ou os produtos da sua degradação nas fezes. Pode ser qualitativo (para detecção da presença de hemoglobina) ou quantitativo (oferecendo resultado numérico da concentração de hemoglobina). Apresenta maior especificidade em comparação com o PSOF-g.
Retossigmoidoscopia	Permite visualizar a parte final do intestino grosso, o sigmoide e o reto. Pode ser rígida (mais adequada para o exame retal) ou flexível (atingindo a parte inferior do cólon). Exige preparo e, se necessário, sedação.
Colonoscopia	Permite a visualização do cólon e do reto. Requer menor frequência no rastreamento. O rastreio e a confirmação diagnóstica de casos com resultados positivos podem ser realizados durante o mesmo exame, já que é possível retirar as lesões (pólipos). É necessário preparo intestinal adequado e sedação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil e INCA (2021) [3].

A partir dos 75 anos, algumas diretrizes não recomendam o prosseguimento do rastreamento [21,22,23], enquanto outras indicam que a continuação do rastreamento deve ser individualizada, mantendo-se apenas naqueles pacientes sem comorbidades graves e com expectativa de vida acima de 10 anos [21,22,24,25,26].

Encaminhamento para serviço especializado

As seguintes condições clínicas podem ter indicação de encaminhamento para **colonoscopia ou início de rastreamento na APS**, devendo ser a conduta adaptada à disponibilidade de recursos locais) [9,12]:

- hematoquezia persistente não atribuível a doença orificial;
- hematoquezia em paciente acima de 50 anos;
- hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS;
- sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([quadro 3](#));
- rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ([quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **Oncologia Cirurgia Coloproctologia** incluem [9,12]:

- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon;
- massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem;
- suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal.

Casos com indicação de colonoscopia, mas na indisponibilidade de realizá-la na APS, assim como aqueles com indicação de acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([quadro 3](#)), devem ser encaminhados para a Gastroenterologia [9,12].

Já pacientes com diagnóstico de neoplasia colorretal avançada, com metástases à distância do tumor inicial, devem ser encaminhados para a Oncologia Clínica e Quimioterapia [9,12].

Referências

1. MACRAE, F. A. **Overview of colon polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 18 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>. Acesso em: 4 fev. 2022.
2. DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2022.
4. ROHDE, L.; OSVALDT, A. B. (ed.). **Rotinas em cirurgia digestiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
5. SHORT, M. W. *et al.* Colorectal cancer screening and surveillance. **American of Family Physicians**, Kansas Ciy, v. 91, n. 2, p. 93-100, Jan. 2015.
6. GUPTA, S. *et al.* Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, Saint Louis (MO), v. 91, n. 3, p. 463–485, Mar. 2020. Doi 10.1016/j.gie.2020.01.014.
7. HASSAN, C. *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: update 2020. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 52, n. 8, p. 687-700, Aug. 2020. Doi 10.1055/a-1185- 3109.
8. SEITZ, U.; BOHNACKER, S.; BINMOELLER, K. F. **Endoscopic removal of large colon polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 20 Aug. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-removal-of-large-colon-polyps>. Acesso em: 4 fev. 2022.
9. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Proctologia Adulto: versão digital 2021**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 26 jul. 2021. (RegulaSUS). Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_p_roctologia_TSRS_20161108.pdf. Acesso em: 4 fev. 2022.
10. CANTO, M. I. **Chromoendoscopy**. Waltham (MA): UpToDate, 14 Jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chromoendoscopy>. Acesso em: 4 fev. 2022.
11. KUDO, S.; RUBIO, C. A.; TEIXEIRA, C. R.; KASHIDA, H.; KOGURE, E. Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 33, n. 4, p. 367-373, Apr. 2001. Doi 10.1055/s-2004-826104.
12. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 mar. 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/protocolos_resumos/protocolo_oncologia_adulto.pdf. Acesso em: 4 fev. 2022.

13. LEE, L.; SALTZMAN, J. R. **Overview of colonoscopy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 21 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colonoscopy-in-adults>. Acesso em: 4 fev. 2022.
14. A-RAHIM, Y. I.; FALCHUK, M. **Bowel preparation before colonoscopy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 14 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bowel-preparation-before-colonoscopy-in-adults>. Acesso em: 4 fev. 2022.
15. VEITCH, A. M. *et al.* Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 53, n. 9, p. 947-969, Sep. 2021. Doi 10.1055/a-1547-2282.
16. ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE *et al.* The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. **Gastrointestinal Endoscopy**, St Louis (MO), v. 83, n. 1, p. 3-16, Jan. 2016. [Errata: v. 83, n. 3, p. 678, Mar. 2016]. Doi 10.1016/j.gie.2015.09.035.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 4 fev. 2022.
18. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Câncer de intestino**: versão para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 23 ago. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude>. Acesso em: 4 fev. 2022.
19. SCHLIEMANN, D. *et al.* The implementation of colorectal cancer screening interventions in low-and middle-income countries: a scoping review. **BMC Cancer**, London, 21, n. 1, p. 1125, Oct 2021. Doi 10.1186/s12885-021-08809-1.
20. RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. **Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp**. Waltham (MA): UpToDate, 27 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer-or-advanced-polyp>. Acesso em: 4 fev. 2022.
21. DOUBENI, C. M. **Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk**. Waltham (MA): UpToDate, 14 Dec. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-strategies-in-patients-at-average-risk>. Acesso em: 4 fev. 2022.
22. WILKINS, T.; MCMECHAN, D.; TALUKDER, A. Colorectal cancer screening and prevention. **American Family Physician**, Kansas City, v. 97, n. 10, p. 658-665, May 2018.
23. DYNAMED. **Record nº T114074, colorectal cancer screening**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114074>. Acesso em: 4 fev. 2022.
24. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. **CMAJ**: Canadian Medical Association Journal, Ottawa, v. 188, n. 5, p. 340-348, Mar. 2016. Doi 10.1503/cmaj.151125.

25. QASEEM, A. *et al.* Screening for colorectal cancer in asymptomatic average-risk adults: a guidance statement from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 171, n. 9, p. 643-654, Nov. 2019. Doi 10.7326/M19-0642. Errata: v. 172, n. 7, p. 512, Apr. 2020].
26. WOLF, A. M. D. *et al.* Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 4, p. 250-281, July 2018. Doi 10.3322/caac.21457.

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br



0800 644 6543

