Câmara Municipal
Vitória da Conquista
Unidade e Compromisso

Gabinete do Vereador
Drº Augusto Cândido Correia Santos

CÂMARA MUNICIPAL
VITÓRIA DA CONQUISTA
PROPOSIÇÃO APROVADA EM
REDAÇÃO FINAL NA SESSÃO DO
08/10/2021

Luís Carlos Dudé
PRESIDENTE

Projeto de Lei Ordinária 78/2021

Dispõe sobre a criação da campanha de prevenção e combate ao câncer de intestino promovida nacionalmente pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) "Setembro Verde" no âmbito de Vitoria da Conquista e dá outras providências.

Art. 1º Fica instituída na Cidade de Vitoria da Conquista a campanha de prevenção do câncer de intestino denominada pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) de "Setembro Verde" a ser comemorada durante o mês de Setembro de cada ano no município, com o objetivo de chamar a atenção da população quanto à importância da prevenção e do diagnóstico da doença.

1º – No decorrer do mês de Setembro serão realizadas ações, com a finalidade de:

I – Sensibilizar a população quanto à importância da prevenção primária e secundária, bem como o diagnóstico precoce do câncer de intestino.

II – Conscientizar as pessoas sobre os principais fatores de risco da doença e qual a melhor forma de prevenção;

III – Estimular hábitos de vida mais saudáveis, com a prática de atividades físicas e uma alimentação saudável;

IV – Incentivar a realização de exames para detectar precocemente lesões benignas, que podem evoluir para o câncer de Colorretal, ou tumores em estágio inicial em indivíduos com 45 anos ou mais;

V – Incentivar a realização de exames para pesquisa de sangue oculto nas fezes em 3 amostras uma vez por ano em toda a população acima dos 45 anos de idade, assim

como realizar o exame de colonoscopia em toda população acima de 50 anos. Ressalto que a pesquisa de sangue oculto nas fezes, quando se mostrar positiva, deve ser seguida de imediata colonoscopia;

VI –Mobilizar e conscientizar a comunidade e os profissionais de saúde, preparando-os para acolher os pacientes;

2º – As ações que serão desenvolvidas durante a campanha, serão realizadas por meio de:

I – Realização de palestras e eventos sobre o tema;

II – Divulgação da campanha e ações correspondentes em praças públicas, utilizando materiais informativos como: - panfletos, folders, cartazes, como forma de conscientizar a população acerca da importância da prevenção e do diagnóstico precoce para a ocorrência do câncer de intestino, bem como a importância da atividade física e de uma alimentação saudável como forma de evitar e prevenir a doença;

III – Promover Feiras de saúde em locais específicos da cidade, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, que terá como objetivo levar informações e fazer uma triagem prévia, orientando a comunidade a realizar os exames específicos para o diagnóstico;

IV – Realização de práticas de atividades físicas em grupo em academias ao ar livre, localizadas em praças públicas da cidade, com supervisão de profissionais de educação física e nutricionistas para incentivar a prática correta e segura dos exercícios, e hábitos de vida mais saudáveis;

IV – Iluminação ou decoração de espaços com a cor verde;

V – Outras medidas que visem dar suporte e visibilidade à campanha, atingindo o seu objetivo.

Art. 2º Fica instituído o mês de Setembro, como o mês da campanha que será comemorado anualmente, integrado ao calendário oficial de datas e eventos da Cidade.

Art. 3º Caberá ao Poder Executivo, bem como a Secretaria de Saúde, na 1ª semana do mês de Setembro, viabilizar e promover ações para concretização dos objetivos presentes nesta lei.

Art. 4º Todas as despesas da Campanha ocorrerão conforme planejamento junto a secretaria responsável, com dotações orçamentárias próprias e suplementadas, levando em consideração a viabilidade técnica financeira.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Plenário Vereadora Carmem Lúcia, 23 de julho de 2021.

Vereador

Augusto Cândido Correia Santos

(PSDB)

JUSTIFICATIVA

O câncer colorretal (CCR) é o segundo em incidência no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de 2020, tendo maior incidências cânceres de próstata e de mama respectivamente nos sexos masculino e feminino. De todos os cânceres colorretais, 85% são esporádicos e 15% hereditários (1). Na doença esporádica a dieta e os hábitos de vida participam na sua gênese (2). O CCR diminuiu de incidência em 28 anos, caiu de 66 para 37,5 óbitos anuais por 100.000 habitantes entre 1985 e 2013 nos Estados Unidos (3). Atribui-se estas mudanças de ocorrência da doença ao rastreamento com colonoscopia e a mudanças de hábito de vida (4). A American Cancer Society passou em 2018 a recomendar o rastreio aos 45 anos de idade, devido a aumento da incidência abaixo dos 50 anos de idade (5, 6). Apesar de não estar ainda bem elucidado o motivo da diminuição da idade para surgimento da doença, crê-se que obesidade e estilo de vida tenham importância nesta gênese, o que leva a idéia de que não apenas o rastreamento da doença seja importante, como a sua prevenção por hábitos de vida. Há uma estimativa de trabalhos de que a alteração do estilo de vida pode diminuir mais da metade dos casos de CCR nos Estados Unidos (7, 8). Tabagismo, obesidade e ingesta alcoólica teem efeito no surgimento da doença, enquanto suplementação e cálcio e vitamina D, ingesta de fibra alimentar e atividade física podem diminuir o risco de adoecer (9).

A preocupação com pólipos é recomendada pelo fato de que em pelo menos 85% das vezes, o CCR é precedido de um pólipo benigno que surgiu há cerca de 10 anos, sendo a prevenção possível com identificação e remoção destes pólipos (10). Quanto aos aspectos dos pólipos, é definido adenoma de alto risco aquele que tem mais de 10 milímetros de diâmetro, que tem componente viloso ou displasia de alto grau. O risco de adenomas maiores de 10 milimetros se transformarem em câncer é aproximadamente duas vezes maior que o pólipo menor de 10 milímetros de tamanho (11).

Sabe-se que o CCR é uma das neoplasias que mais se adequam a medidas preventivas primárias e secundárias (12) e que apresenta um risco de 5% a 6% de desenvolvimento ao longo da vida no ocidente (13).

Estima-se uma taxa de sobrevida de 5 anos de 65,2% para todos os estádios de CCR, variando esta taxa entre 93,2% para CCR localizados, até 8,1% quando há metástases. O estadiamento no momento do diagnóstico é o mais importante preditor para sobrevivência, posto que temos taxas de 93,2% a 72,2% de sobrevivência de 5 anos para os tumores restritos à parede colorretal (respectivamente estádios I e II), 64,1% a 44,3% de sobrevida em 5 anos quando há acometimento linfonodal (estádio III) e 8,1 % de sobrevida em 5 anos na ocorrência de metástases à distância (estádio IV) (14).

Para melhor efetividade das ações de saúde, é preciso enfatizar a prevenção do CCR. A prevenção ocorre em três níveis: primária, que significa adotar, em pessoas saudáveis, medidas para o não surgimento da doença; secundária, onde idealizamos o diagnóstico da doença em estágios pré-câncer e assintomáticos iniciais e terciária que tem por objetivo tratar a doença instalada para diminuir seus sintomas e consequências. (15)

Conforme definido por Morrison "rastreamento é a investigação de pessoas assintomáticas a fim de classificá-las em alta ou baixa probabilidade de desenvolver uma doença" (16). O objetivo básico de rastrear é "detectar uma doença em uma fase que ela possa ser tratada" (17). Portanto, no rastreamento, examinaremos pacientes assintomáticos com vistas a diagnosticar doença oculta e identificar pólipos, que são lesões precurssoras do CCR. A detecção precoce e o tratamento das lesões precursoras ou do câncer em fase inicial levam à redução da prevalência e mortalidade da doença, já que nestas fases existem terapias efetivas contra a doença. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um método aceitável para selecionar aqueles que devem fazer colonoscopia (18).

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro caso, as opções são oferecidas aos pacientes que de alguma forma chegam aos serviços de saúde. Já no modelo organizado são feitas intervenções como identificar população de maior risco e convocá-la para diagnóstico e tratamento ágeis. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é utilizada para rastreamento populacional (19).

As indicações para o rastreamento levam em consideração os riscos estimados para o desenvolvimento do CCR. Vários países do mundo já apresentam programas de rastreamento populacional para o CCR.

No Brasil, o rastreamento sugerido pelo Instituto Nacional do Câncer (20) indica, para a população de risco baixo e moderado, a realização anual de pesquisa de sangue oculto nas fezes, seguindo-se a retossigmoidoscopia ou colonoscopia nos casos positivos. Apesar destas recomendações, pode-se afirmar que não existe um programa nacional de rastreamento organizado. Como norma, optou-se pelo rastreamento oportunista. Como as estimativas de incidência elaboradas pelo INCA baseiam-se, principalmente, nas fontes oriundas dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) e alguns destes apresentam problemas operacionais e de estrutura, pode-se afirmar que não existem dados consistentes que permitam analisar a tendência de incidência do CCR.

Hill *et al.*, (21) definiram que o câncer colorretal é a conclusão final da sequência adenoma-câncer. Nesta publicação os adenomas colorretais foram denominados lesões pré-malignas que crescem no epitélio colorretal e se transformam em neoplasia maligna. Esta foi a primeira publicação que atribuiu a gênese do câncer a uma lesão benigna prévia. Um forte argumento da transformação de pólipos benignos em câncer colorretal foi a descoberta de anormalidades genéticas que levam ao desenvolvimento do câncer, primeiro confirmado por Vogelstein, que descreveu a acumulação de mutações na sequência de adenoma-câncer (22). A sequência genética descrita por Vogelstein representa um modelo molecular de instabilidade cromossômica

que leva a uma mutação no gene supressor tumoral Adenomatous polyposis coli (APC).

A sequência adenoma-câncer é atualmente uma definição aceita na gênese do câncer colorretal e os conhecimentos de biologia molecular são necessários para sua compreensão. Este conhecimento contribui para esclarecer o processo da carcinogênese. Ficou provado que o epitélio normal se transforma em câncer após mutações genéticas que expressam proteínas modificadoras do ciclo celular (23)

Sobreviver ao câncer colorretal está associado ao estadiamento do tumor, que significa o seu grau de comprometimento local, regional ou sistêmico. Quando detectado tardiamente e em fase avançada a cura pode ser em torno de 8%, diferente de ser em torno de 90% em seus diagnósticos mais iniciais, A colonoscopia e a pesquisa de sangue oculto positiva para indicar a colonoscopia, são fundamentais visto que alguns pacientes podem não apresentar sintomas em fases iniciais.

Ao se considerar que este tipo de câncer é uma das neoplasias mais incidentes no mundo e que em sua maior parte se inicia com um pólipo adenomatoso, lesão esta que apresenta diferentes formas e apresentações, o presente projeto de lei tem por objetivo efetivamente diagnosticar e remover pólipos, bem como diagnosticar cânceres em fase pré-sintomática, inicial. O diagnóstico e a remoção de pólipos colorretais são vistos como as melhores formas evitar o surgimento do câncer de intestino, sendo a colonoscopia o seu melhor método e por isso considerada padrão ouro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Menéndez SG, Clarens DCB. Algunos aspectos genéticos, moleculares y clínicos del cáncer colorrectal hereditario no polipoideo. Revista cubana de investigaciones biome´dicas 2004; 22(1): 43-50.

2 Souglakos J. Genetic alterations in sporadic and hereditary colorectal cancer: implementations for screening and follow-up. Dig dis 2007; 25(1):9-17.

3. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, et al. Estatísticas do câncer colorretal, 2017. CA Cancer J Clin. 2017; 67 (3): 177–93. Epub 02/03/2017. [PubMed] [Google Scholar]

4. Vogelaar I, van Ballegooijen M, Schrag D, et al. Quanto as intervenções atuais podem reduzir a mortalidade por câncer colorretal nos EUA? Projeções de mortalidade para cenários de modificação de fator de risco, rastreamento e tratamento. Câncer. 2006; 107 (7): 1624–33. Epub 2006/08/26. [PubMed] [Google Scholar]

5. Siegel RL, Fedewa SA, Anderson WF, et al. Colorectal Cancer Incidence Patterns in the United States, 1974–2013. J Natl Cancer Inst. 2017; 109 (8). Epub 05/04/2017. [Artigo grátis PMC] [PubMed] [Google Scholar]

6. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Rastreamento de câncer colorretal para adultos de risco médio: atualização das diretrizes de 2018 da American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2018. Epub 2018/05/31. [PubMed] [Google Scholar]

7. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proporção e número de casos de câncer e mortes atribuíveis a fatores de risco potencialmente modificáveis nos Estados Unidos. CA Cancer J Clin. 2018; 68 (1): 31–54. Epub 2017/11/22. [PubMed] [Google Scholar]

8. Song M, Giovannucci E. Incidência evitável e mortalidade de carcinoma associada a fatores de estilo de vida entre adultos brancos nos Estados Unidos. JAMA Oncol. 2016; 2 (9): 1154–61. Epub 20/05/2016. [Artigo grátis PMC] [PubMed] [Google Scholar]

9. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Relatório de Projeto de Atualização Contínua: Dieta, Nutrição, Atividade Física e Câncer Colorretal. Disponível em: wcrf.org/colorectal-cancer-2017. Todos os relatórios CUP estão disponíveis em wcrf.org/cupreports. 2017. [Google Scholar]

10. Habr-Gama A. Câncer colorretal A importância de sua prevenção. Arq Gastroenterol 2005; 42(1):2-3.

11. Martínez ME, Baron JA, Lieberman DA, et al. A pooled analysis of advanced colorectal neoplasia diagnoses after colonoscopic polypectomy. Gastroenterology. 2009;136:832–841.

12. Santos TP, Carvalho LPC, Souza ECR, Lise M. Conhecimento dos usuários do serviço público de saúde sobre câncer colorretal e sua prevenção. Rev AMRIGS. 2013;57(1):31-8

13. Assis RVBF. Rastreamento e vigilância do câncer colorretal: guidelines mundiais. GED Gastroenterol Endosc Dig. 2011:30(2):62-74.

14. O'Connell JB, Maggard MA, Ko CYColon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. J Natl Cancer Inst. 2004; 96: 1420-1425.

15. Lacerda-Filho A. Câncer colorretal. In: Petroianu A. Clínica cirúrgica: texto e auto-avaliação. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.p.577-89.

16. Morrison AS. Screening. In: Rothman KJ, Greeland S. Modern Epidemiology, 2a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998:499-518.

17. Rimer BK, Schidkraut J. Cancer sreening, in: DeVita VT, Hellman S, Rosemberg SA, Cancer: principles and pratice of oncology. 5a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997:619-31.

18. Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Screening faz bem à saúde? Rev Ass Med Brasil. 2000; 46(4):289-311.

19. American Cancer Society. Guidelines for the early detection of cancer. 2009. [acessado 2018 jun 05]. Disponível em: http://www.cancer.org.

20. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2018. [acessado 2018 jun 05]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp

21. Hill MJ, Morson BC, Bussey HJ. Aetiology of adenoma–carcinoma sequence in large bowel. Lancet. 1978; 1:245-247.

22. Cho KR, Vogelstein B. Genetic alterations in the adenoma–carcinoma sequence. Cancer. 1992; 70:1727-1731.

23. Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR, et al. Genetic alterations during colorectal-tumor development. N Engl J Med 1988; 319:525-32.

Vereador

Augusto Cândido Correia Santos

(PSDB)