

CANCRO E GERIATRIA

J. CONDE

Comissão de Ética. Instituto Português de Oncologia. Lisboa

RESUMO

Estamos, sem dúvida, a viver num mundo em que a expectativa de vida está a aumentar, enquanto que o número de nascimentos está a diminuir. No Mundo Ocidental estamos, progressivamente, a caminhar para um mundo de idosos. Esta perspectiva levanta um desafio que comporta duas frentes multidisciplinares: estabilização ou o controlo do processo biológico do envelhecimento. Desde que não é possível interferir com o predeterminismo genético da vida, a alternativa poderá ser bloquear os acontecimentos que tenham possibilidade de alterar tal programa genético, preservando a nossa herança genética, bem como promover um estilo de vida saudável e prevenir as doenças que possam ocorrer durante a vida. Podemos criar condições sociais e económicas que permitam que as pessoas idosas, em número cada vez maior, possam ser membros activos da comunidade com capacidades mentais e de trabalho preservadas ou restauradas. Há vários factores que podem interferir com o programa de vida que está, bioquimicamente, impresso no nosso património genético através de uma alteração ou rotura da homeostase, procurando ou criando factores de agressão ou instabilidade, no que chamamos sociologia biológica do ser humano. Entre tais factores, salienta-se o cancro como um complexo fenómeno biológico que se instala no organismo humano como um terrorista biológico que depois evolui para um processo nosológico – a doença cancro – o que ameaça a vida, primeiro transformando-se em doença, causando depois uma morte não geneticamente esperada. Estudos epidemiológicos mostram que o risco etário é uma realidade que, nem o envolvimento da própria pessoa nem a Biologia Nova conseguem ultrapassar. É por isso que penso ser o tema **Cancro e Idoso** um tópico de muito interesse, de acordo com a seguinte sistematização: 1. Tópicos em demografia e geriatria. 2. Epidemiologia do cancro na terceira idade, nas suas áreas mais relevantes: (risco etário) cancro da tiroideia; cancro da mama; cancro da próstata; leucemia; cancro do pulmão; cancro gastro-intestinal. 3. Prevenção oncológica nos idosos – uma perspectiva alargada. 4. Senescência e cancro. 5. Perspectiva de morte.

SUMMARY

Cancer and Geriatrics

Undoubtedly, we are living in a world where life expectancy is growing larger and birth rates are decreasing; in the western world we are slowly progressing towards a world of elderly people. Such forecast rises a challenge with two multidisciplinary fronts: stabilizing or controlling the biological processes of aging. Since we cannot interfere with the genetic predetermination of life, the choice could be to block the events that might alter such genetic programme, preserving our genetic inheritance, as well as promoting a healthy life style and preventing diseases acquired through life. We must create social and economic conditions that permit more and more elderly people to be active members of the community, with preserved or restored mental and working capacities. There are several factors that can interfere with the life programme that is biochemically impressed in our genetic inheritance, by changing or disrupting homeostasis and thus provoking aggression or instability factors, within what I use to call the biological sociology of the human being. Among such factors, cancer prevails as a complex biological process that settles in the human body like a biological terrorist, and evolves to a nosologic process – cancer disease – that threatens life, first leading to disease and afterwards causing a genetically non expected death. Epidemiological studies show that age-related risk is a reality that neither individual involvement nor the New Biology resources can surpass. Therefore, I thought that *Cancer and the Elderly* would be an interesting subject, according to the following: 1. Topics on demography and geriatrics. 2. Epidemiology of cancer in the elderly, in its more relevant areas: age-related risk; tireoid cancer; breast cancer; prostate cancer; leukemia; lung cancer; gastro-intestinal cancer. 3. Oncologic prevention in the elderly – an enlarged perspective. 4. Senescence and cancer; 5. Prospect of death.

APRESENTAÇÃO

O tema que me foi atribuído comporta um conteúdo complexo, no qual se identifica a convergência de muitas disciplinas: a Demografia, a Epidemiologia, a Oncogenese, a doença oncológica e a Gerontologia. Tema de grande interesse, pelos motivos referidos, e também porque corre paredes meias com a cultura e com a componente social da Oncologia. Vou procurar apresentar uma perspectiva global, mas sintética, do tema **Cancro e Geriatria**¹.

INTRODUÇÃO

Sem dúvida que estamos a viver num mundo em que a expectativa de vida é cada vez maior e a natalidade decresce; no Mundo Ocidental, estamos a caminhar, lentamente, para um mundo de velhos.

Esta previsão coloca-nos um desafio com duas frentes multidisciplinares – estabilizar ou regular os processos biológicos do envelhecimento.

Não podendo interferir sobre o predeterminismo genético que regula o processo existencial da vida do homem, seria uma alternativa bloquear os acontecimentos que podem alterar esse programa pré-estabelecido, resguardando o nosso património genético, ou então promover um bom estilo de vida e evitar as doenças contraídas no decurso da existência².

Caminhamos para um mundo em que as fronteiras da produtividade, da criatividade e da actividade do homem estão a alargar-se para horizontes bastante distantes.

Há factores que podem interferir com o programa de vida, impresso bioquimicamente no património genético que podem alterar ou interromper a homeostase, como agentes de agressão e de destabilização, no âmbito do que se pode chamar a Sociologia Biológica do ser humano.

Destes factores sobressai o cancro, como processo biológico complexo, que se instala no organismo como *terrorista biológico*, o qual, uma vez transformado em processo nosológico, é uma ameaça séria à vida, conduzindo primeiramente à doença e depois à morte, não programada geneticamente.

Estudos epidemiológicos, relativamente ao cancro, mostram que o risco etário é uma realidade inultrapassável, apesar dos progressos da Biologia Nova.

Por isso, pensamos que é de interesse abordar, mesmo resumidamente, o tema – **CANCRO E TERCEIRA IDADE** ou **CANCRO E GERIATRIA**.

No âmbito da minha apresentação, irei abordar, de forma resumida mas sincrética, a Epidemiologia do Cancro no Idoso, tópicos de Demografia, a relação entre Cancro e Senescência, a prevenção oncológica^{3,4} em geriatria e alguns comentários finais ao Cancro Terminal.

Demografia – Vou referir alguns tópicos de Demografia que dizem respeito ou que interessam à abordagem deste tema.

A duração máxima da vida humana, progressivamente tem aumentado, à maneira que se vai assegurando a saúde desde a nascença até à idade adulta e se faça, até aos limites possíveis, a Promoção da Saúde. Dizem os especialistas que, nestas condições de real saúde, será possível esperar uma longevidade a partir da meta 75-80 anos; vão ao ponto

de afirmar que as estimativas apontam para a duplicação da actual expectativa de vida.

Se não for adiantado ou deteriorado pelos estilos de Vida ou pela Doença e suas sequelas ou pela Medicamentação, o relógio biológico trabalhará até ao seu limite para que foi regulado. Nesta regulação interferem certos aspectos do estilo de vida ou resultantes de factores ecológicos; numa palavra, factores eco-genéticos.

Sabe-se que os animais domésticos, em condições de vida análogas às dos homens, têm uma duração entre 8 a 10 vezes a duração da fase de crescimento. Se o homem cresce até aos 20 anos... é possível fazer a estimativa com base num raciocínio biológico.

O alargamento da expectativa de vida depende da saúde que se disfruta durante toda a existência do homem, à custa de:

- alimentação racional
- eliminação dos riscos, especialmente os relacionados com o tabaco, álcool e drogas
- ausência de sequelas de doenças anteriores ou complicações iatrogénicas

Na CE, em 2000, 18,4% da população terá mais de 65 anos; actualmente é de 12,4%; em Portugal, em 1992 é de 13%. Nessa altura, os europeus com mais de 65 anos, consumirão 55% dos recursos médicos disponíveis. Caminhamos para um mundo de velhos, afirmei eu no início, fundamentalmente pela quebra da natalidade que se verifica, pelo menos na Europa, por causas variadas⁵.

A partir de 1970, o saldo fisiológico da população portuguesa diminuiu em cerca de 50%; a tendência de famílias menos numerosas é característica verificada nas sociedades modernas. Mesmo em Portugal, o número de elementos por família baixou de 1970 para 1981, de 3,6 para 3,3.

Quando nascem cada vez menos crianças e a população, inexoravelmente envelhece, os europeus começam a questionar-se sobre que medidas a tomar, conducentes a:

– que homens irão ocupar as fábricas ou ocupar-se da defesa?

- que homens irão consumir os produtos fabricados?

Para o próximo século, enunciam-se as seguintes preocupações:

- promover o estado de saúde completo
- levar em conta a força produtiva que são os velhos, a qual já é ou poderá vir a ser maior
- alargar o horizonte da morte?

A Epidemiologia do Cancro da 3.ª Idade - mostra que o cancro é, sem dúvida, a causa de maior mortalidade e de incapacidade da Terceira Idade, comprometendo a evolução tranquila para o homem terminal.

A incidência de cancro após os 65 anos de idade, representa mais de 50% de todos os casos verificados.

O risco calculado para o grupo etário dos 65-85 anos é de 17% entre as mulheres, sendo de 23% entre os homens. A incidência é calculada em 1,5% entre as pessoas dos 20 aos 40 anos.

Estes números, aqui simplesmente referidos, definem e salientam o que nós chamamos Risco Etário.

A agressividade do cancro do idoso pode ser maior ou menor que a verificada em indivíduos mais novos¹.

Numa visão global, os autores apontam o seguinte facto: **a incidência do cancro aumenta com a idade, parecendo**

declinar no grupo etário situado entre os 85 e os 90 anos.

a) Vou referir certas localizações neoplásicas em que a idade levanta problemas mais graves e complexos:

No cancro da Tireoideia - a recidiva e a morte relacionada com esta localização, aumentam com a idade. O risco etário revelou-se mais relevante que o tipo de neoplasia maligna em causa.

No cancro da mama - a incidência aumenta com a idade, ocorrendo em 50% dos casos, após os 65 anos. Note-se que nesta localização, a evolução menos grave não se verifica com o aumento da idade.

No cancro da mama - quer a quimioterapia, adjuvante ou não, bem como a hormonoterapia, têm dificuldades ou problemas próprios com os padrões hormonais das doentes e com a história natural do cancro da mama, nomeadamente com os padrões de metastização ganglionar, óssea e partes moles.

O cancro da próstata - é a localização mais grave na Terceira Idade, pois pode se identificada em vida ou em autópsia, entre 40 e 75% de todos os homens. Em contrapartida, verifica-se uma tendência para maiores sobrevidas nos velhos do que nos indivíduos com cancro da próstata.

Certos tipos de leucemia são mais frequentes nos velhos, evidenciando sempre maior gravidade. Trabalho americano revela que os doentes acima dos 60 e dos 70 anos têm uma sobrevida respectivamente de 58 e 30 meses.

O cancro do pulmão - tem uma história natural muito própria; a sua incidência aumenta com os anos e com a intensidade e duração da exposição ao tabaco (número de cigarros por dia).

O cancro gastro-intestinal - encontra-se entre os 25% e os 44% de todos os cancros ocorrentes depois dos 70 anos; esta incidência está relacionada com o sexo e, evidentemente, com certos estilos alimentares. Os quadros ou diagramas referentes à incidência (morbilidade), mortalidade e prevalência na CE, são elucidativos (Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3, Fig. 4).

Como conclusão diremos, por agora: **A Epidemiologia do cancro do idoso, na Europa ou em qualquer parte do mundo, mostra que a incidência de cancro em geral é significativamente mais elevada na terceira idade, de forma particular para certas formas.**

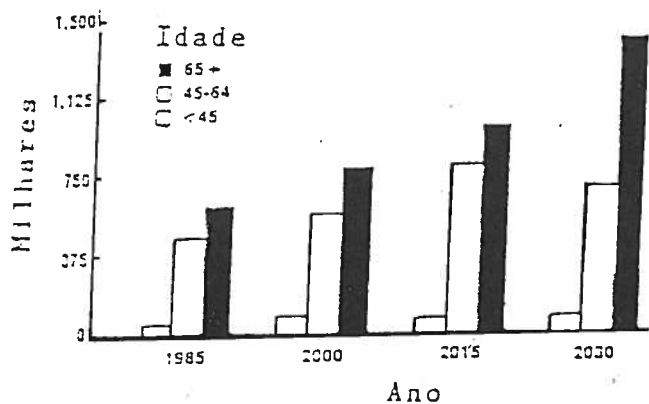


Fig. 1 - Prevalência do cancro da mama.

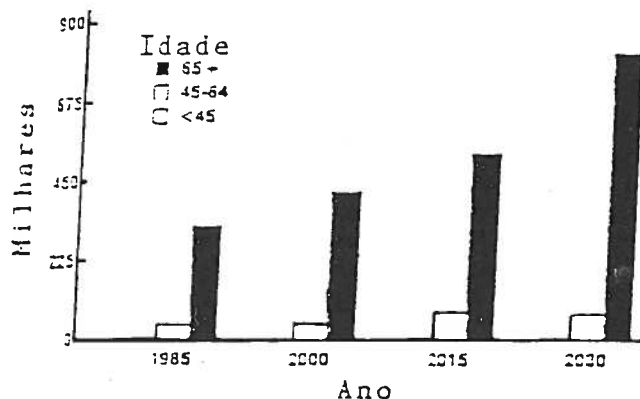


Fig. 2 - Prevalência do cancro da prostata.

Cálculo estimado da incidência (novos casos de cancro) na população da CEE, por 100 000 habitantes (1978/1987).

Sexo	0-44	45-64	≥ 65 anos
Mulheres	61,3	505,2	1229,4
Homens	42,5	645,2	2327,0

Verifica-se maior incidência na 3.ª idade

Cálculo estimado para a mortalidade para todos os cancros na população da CEE por 100 000 habitantes (1978-1987).

Sexo	0-44	45-64	≥ 65 anos
Mulheres	16,3	229,0	837,7
Homens	16,4	354,1	1568,2

(De publicação da CEE)

Incidência do cancro gástrico

Sexo	0-44		45-64		≥ 65 anos	
	P	CE	P	CE	P	CE
Homens	4,5	2,0	95,8	48,2	280,8	217,3
Mulheres	1,7	1,1	60,3	29,8	156,1	217,3

Mortalidade por cancro gástrico

Sexo	0-44		45-64		≥ 65 anos	
	P	CE	P	CE	P	CE
Homens	2,3	1,0	60,3	21,8	221,8	168,2
Mulheres	1,7	0,7	25,4	12,8	124,5	93,1

Fig. 3 - Verifica-se que a incidência e mortalidade por cancro gástrico são maiores em Portugal do que no conjunto dos países da CEE.

(De publicação da CEE)

Mulheres

Site du Cancer	N	% de casos nas pessoas idosas	
		≥ 65	≥ 70 (*)
Sein	135.000	42	34
Colon	51.000	69	60
Estomac	38.000	77	70
Foie	27.000	76	64
Ovaire	26.000	40	33
Utérus	24.000	47	33
Poumon	23.000	67	55
Col de l'uterus	22.000	37	27
Rectum	20.000	69	59
Cerveau	17.000	43	37

Homens

Site du Cancer	N	% de casos nas pessoas idosas	
		≥ 65	≥ 70 (*)
Poumon	135.000	51	36
Prostate	85.000	81	68
Estomac	55.000	64	53
Colon	42.000	61	48
Vessie	41.000	57	43
Foie	31.000	63	47
Oro-pharynx	27.000	36	22
Larynx	25.000	37	24
Rectum	20.000	69	59
Leucémies	17.000	51	42

(*) Base: os dados de incidência do registo de cancro de Varèse, Itália (Zanetti e Crosignani).

Fig. 4

Para algumas localizações, a posição de Portugal situa-se abaixo da média da CE; há, por outro lado, o exemplo do cancro do estômago, que em Portugal surge com maior incidência.

Senescência e cancro - vem a propósito recordar algumas noções referentes à **senescência**. Claude Bernard atribui a senescência à dificuldade, progressivamente maior, do organismo manter a homeostase - podemos considerar a **senescência natural** e, por outro lado, a **senescência patológica**. C. Martin procura⁶, de forma simplificada, definir a senescência como uma constelação dos processos de deterioração na estrutura e funções dum organismo, ocorrendo, de forma geral, após a maturação sexual. Resulta dum declínio progressivo da eficiência da homeostase e do insucesso da reacção às agressões⁷.

Os mecanismos biológicos do envelhecimento envolvem um complexo conjunto de fenómenos interactivos dos vários níveis de organização.

Podemos generalizar, numa forma simplista: desde o nascimento que tem início o processo natural de envelhecimento. Não estamos a referir senilidade, que é patológica. De forma mais objectiva: o envelhecimento começa a seguir à fase final do crescimento, entre os 18 e os 20 anos.

Irei lembrar, de forma resumida, as características morfo-fisiológicas e as alterações celulares do envelhecimento.

a) **Situação morfo-fisiológica** - Diminuição do peso de certos órgãos: quebra de 20-30% em relação ao fígado e baço e 40% relativamente à massa muscular.

- A partir dos 25 anos, o cérebro diminui o seu peso de 7 a 10%, entre os 25 e os 96 anos;
- Perda proteica, do conteúdo de água, de sais minerais, com aumento da massa adiposa;
- Só o coração e o pulmão aumentam de peso com a idade
- Há, igualmente, perdas funcionais

b) **Alterações celulares** do envelhecimento são, resumidamente:

- Tendência à redução dos ciclos celulares das células lábeis ou de renovação

- As células permanentes, pós-mitóticas - miocárdio e sistema nervoso - sofrem alterações degenerativas: nunca se renovem, apenas podem reagir com hipertrofia

- As células pós-mitóticas reversíveis apresentam uma capacidade regenerativa entre as células lábeis e as células permanentes

- As células envelhecidas apresentam como estigma da senescência (Muhlmann), acumulação de pigmento senil, ceroide ou lipofuscina

- São conhecidos fenómenos de envelhecimento celular, como o verificado em modelos utilizando os fibroblastos.

Curtis afirma que a causa principal do envelhecimento reside nas mutações somáticas, como se verificam no cancro; já se pensou na produção de uma **hormona da morte**, formada a partir dum gene mutagénico ou na perturbação em conjunto do património genético^{6,8}.

Vou apresentar alguns comentários a este tema que interessam não só à Gerontologia, como à Oncologia, ao doente idoso e ao doente terminal. Há, sem dúvida, aspectos humanos, biológicos e clínicos do envelhecimento - normal - que se aproximam do doente terminal, nomeadamente quando esta última situação se deve à doença oncológica. A relação entre envelhecimento e cancerigenese tem sido referida ou evidenciada de formas diversas^{9,10}.

Nos estudos epidemiológicos, a influência hormonal na cancerigenese pode explicar uma maior incidência de tumores nos velhos, mas não chega para estabelecer uma partilha de factores patogénicos - associação entre patogénese da senescência e cancerigenese.

a) O envelhecimento do equipamento imunitário pode também explicar a cancerigenese, mais frequentemente ocorrida nos idosos, na medida em que se verifica a perda da eficiência da designada imunovigilância;

b) Parece ser uma mutagenese intrínseca, segundo a qual as mutações resultam numa incapacidade enzimática para a reparação dos danos ocorridos - danos bioquímicos ou lapsos de ordenamento dos genes - ao nível do DNA.

Os enzimas cometeriam erros com frequência parecida àquelas que explicam ou condicionam a selecção das espécies.

Os mecanismos das mutações, ao nível do DNA ou RNA, seriam erros de replicação. A presença de nucleótidos estranhos ao **eu orgânico**, levaria a biosínteses

erradas, erros variados de replicação, transcrição, translação, os quais levariam a danos celulares indesejáveis.

Envelhecer e um fenómeno existencial, como viver e morrer.

Butler e Gastel afirmam que a mutagenese deve ser fundamental para a interligação - ou constituir factor comum presente na patogénese da senescência e na cancerigenese¹¹.

Há modelos matemáticos que sugerem que a associação da cancerigenese e a génesis do processo degenerativo, estão dependentes de mutações genéticas somáticas.

A probabilidade de cancro - 1 em 700 aos 25 ou menos anos, 1 em 17 após os 65 anos.

Nos Estados Unidos, metade dos novos casos de cancros ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos, grupo etário que representa 1/10 da população daquele País.

Considerando que a longevidade potencial quasi se encontra fixada para a mesma espécie, podemos pensar que o envelhecimento é programado. As condições de vida e as agressões do meio exterior, influenciam o seu percurso. É a razão pela qual muitas vezes é difícil distinguir envelhecimento fisiológico, do envelhecimento patológico, isto é, delimitar as dimensões específicas da gerontologia e da geriatria¹² (Lemaire).

Como escreveu Claude Bernard: *Senescência representa a dificuldade crescente do organismo para manter a sua homeostase.*

Afirma um Autor: A senescência global não pode ser atribuída a uma só causa nem a um só mecanismo; não se pode aceitar uma teoria universal. Será a resultante dum somatório de factores e consequências de acontecimentos individuais ou hereditários; afectam uma ordem biológica, imprevisível e em indeterminado número de células, de tecidos, de órgãos do organismo¹³.

Cairns refere que a senescência não é uma questão de bons ou maus genes, mas sim, o resultado da função dum simples conjunto de genes, cujas funções são boas na juventude e más na senescência¹⁴.

A similitude entre cancro e senescência pode ter aspectos aceites; todavia, há um argumento contra isto: é que há formas de cancro, mesmo na terceira idade, que podem ser evitados.

Perfilam-se dois esquemas teóricos:

a) As teorias intrínsecas, correspondendo à hipótese de mutações, fundamentalmente teoria genética;

b) As teorias extrínsecas, segundo as quais o envelhecimento tem origem em fenómenos epigenéticos de origem:

nervosa - neuro transmissora

endócrina - disfunção da auto-regulação hormonal

imunológica - centrada no envelhecimento do timo e suas consequências no equipamento imunológico.

Resumiu um autor (J. Cairns) assim: *Muitas das alterações da senescência, parecem ser o corolário inevitável do nosso programa inato de desenvolvimento. O Homo Sapiens foi criado - foi um produto biológico - para ser optimo, produto maximamente viável no fim da 2.ª década, na fase da maturação sexual. O mesmo processo que*

conduz a esta optimização, conduz também à diminuição da sua aptidão na fase final da vida¹⁴.

Embora seja possível abolir muitas das causas de cancerigenese, não podemos esperar abolir a senescência.

Podemos tentar, por outro lado, compreender os mecanismos senescência, à luz da IMUNOBIOLOGIA, como que resultado da queda da capacidade de defesa específica, considerando este esquema como ajustado (?) à oncogenese (W. Ford, Weksler, Busby)¹⁵.

A mutagenese parece corporizar uma similitude entre cancro e senescência, com base em erros de imunologia, acção de radicais da água, falhas da imunovigilância (Fraumeni e Hoojer)¹⁰; poderia ser devida a mutações, cruzamento de genes e outras alterações genéticas; estas alterações ou perturbações podem ser capazes de explicar também os mecanismos da cancerigenese.

Burnet, abandonando os mecanismos da imuno-vigilância, procura relacionar senescência e cancro com a teoria da mutagenese intrínseca, segundo a qual os enzimas de cada espécie envolvida, envolvidas e comprometidas na replicação do DNA, cometem erros de frequência e gravidade diversas*.

Conclui: assim, a mutagenese pode ser o fenómeno central, não só em relação à senescência, como em relação à oncogenese, explicando a frequência do cancro com o envelhecimento.

COTTON aborda o problema das mutações sob outro ângulo: Considera a existência dum genoma incluído nas mitocóndrias, o qual pode sofrer mutações das quais resulta a instabilidade destas ultra estruturas celulares. O genoma das mitocóndrias seria distinto do genoma dos cromosomas¹⁷.

A instabilidade das mitocóndrias - mitocóndrias selvagens - estaria relacionada com o processo da senescência e da oncogenese (ou pelo menos do aumento do risco da oncogenese)¹⁷.

Nesta visão biológica, as mitocóndrias seriam consideradas como *parasitas fósseis vivos* retidos nas células dos eucariotas na longuíssima evolução da vida, exibindo um certo nível de autonomia biológica, com particular relevância para fenómenos de oxidação-redução.

Doente terminal é definido pela situação da pessoa humana em que a morte é certa a curta distância no tempo, em relação à qual a terapêutica, de curativa passa a ser apenas paliativa (Wilkes)¹⁸.

Pode dizer-se que um doente atinge um estado terminal por sofrer de patologia incurável ou por não possuir capacidade de responder à agressão, mesmo com ajuda de meios terapêuticos capazes de solucionar a entidade ético-patogénica de que sofre (Nuno Grande).

O doente terminal é uma situação particularmente complexa, quando se trata de cancro terminal; repito este facto porque, frequentemente, se encontra no seguimento do chamado cancro avançado¹⁹.

Na ausência das possibilidades de agir de forma a salvar a vida do doente canceroso, o médico não pode abdicar de manter os seus cuidados ao serviço do doente, afim de avaliar o seu sofrimento, proporcionar a melhor qualidade de vida possível, embora o maior volume de cuidados, nesta fase, esteja a cargo da enfermeira. E, sempre, a enfermeira oncológica.

O doente não é apenas um conjunto de sintomas e de alterações fisiopatológicas; é um ser humano, uma unidade

* Li, algures, que o envelhecimento seria o mecanismo demográfico por meio do qual se criariam espaços para as novas gerações.

psico-somática em que a doença oncológica representa apenas uma parte do seu calvário; tem de se tomar em consideração a sua ansiedade, a sua expectativa de vida, situada nas fronteiras da morte, pelo que o seu sofrimento não pode dissociar da família em que está integrado e a que pertence pelos laços mais profundos da vida, da afectividade e da sociedade.²⁰

O doente terminal não apresenta apenas um problema clínico-terapêutico; é uma vertente do que se pode designar por fenomenologia da morte; interessa ao moribundo, mas projecta-se na família, nos amigos, na Sociedade.

Nesta medida, não deixa de ser também um problema cultural². A assistência, incluindo os cuidados do doente terminal, é uma importante vertente da Oncologia que só recentemente tem assumido a relevância que merece. Os cuidados terminais devem procurar mais o controlo da degradação metabólica e da personalidade, do que controlar a doença que é, genericamente, incontrolável nesta fase²¹⁻²³.

Reflectindo sobre o conteúdo desta exposição, parece-me que se podia integrar a deterioração morfológica, metabólica e funcional própria do estadio final da senescência - a morte dita natural.

Surge ao meu espírito esta razão: a similitude, por alguns autores encontrada, entre *patogenese* da senescência e da morte natural, e a *cancerigenese* e a morte no cancro terminal.

Também a fase final da vida é irreversível, por motivos fundamentalmente biológicos, embora não directamente em consequência de qualquer processo nosológico evidenciado.

Como se fala de *doente terminal*, poderia falar-se de *homem terminal*.

É minha preocupação reflectir sobre a eterna trilogia - a doença, o doente e o médico, no centro da qual sempre paira a perspectiva, emocionalmente vivida, da morte^{24,25}.

Evidentemente, a morte é um tema existencial que se coloca em relação ao homem em estado de saúde e ao homem em estado de doença.

Os seres vivos nascem, crescem e morrem! Entre o nascimento e a morte, a vida é uma luta contínua pela sobrevivência e pelo equilíbrio na intimidade do próprio ser e deste com o ambiente: homeostase e ecologia.

Daí afirmar-se que o ser vivo, logo que nasce tem como meta, mais ou menos afastada no espaço-tempo, a sua própria morte.

A morte, cessação definitiva da vida, surge-nos pois, como um carácter geral de vida - tudo está, inexoravelmente, condenado a morrer e a devolver a sua própria matéria à natureza, de onde a havia extraído.

A vida humana é indissolúvel de intemporalidade, do ponto de vista de *vida*.

Daqui resultam dificuldades acrescidas quando pretendo definir a morte e, muito mais, a morte à luz da biologia e da medicina: a morte do homem à luz da biologia dinâmica; a morte do homem à luz da medicina prospectiva, da Medicina Total^{26,27}.

Há que preconizar e assumir uma medicina humana, fundamentada numa realidade mais humana, realidade última e primeira. Uma medicina pluridimensional, que vai ao encontro do Homem completo, com bagagem científica, legal, moral, sem excluir religião²⁸.

MENSAGEM AO PÚBLICO

O cancro das pessoas idosas pode ser tratado

1. A idade das pessoas e o risco inerente de ter um cancro, estão fortemente correlacionados.

Como os europeus vivem cada vez mais tempo, o número de pessoas atingidas de cancro será cada vez maior.

2. Se é proporcionado um tratamento adequado, as pessoas de mais de 70 anos serão curadas, como o são os adultos mais jovens.

O tratamento compreende a cirurgia, a radioterapia, os medicamentos ou uma combinação dos métodos terapêuticos.

3. O tratamento dos doentes portadores de cancro proporciona aos idosos a possibilidade de recuperar o sentimento de bem estar e de continuar a sua existência como era anteriormente à doença.

4. A este grupo, aplica-se quanto se encontra consagrado no **Código Europeu Contra o Cancro**; todavia, há que acrescentar:

- *Se é idoso, deverá procurar a opinião dum especialista, se pensa ter cancro. Os tratamentos podem curar ou reduzir os sinais de doença para todos, independentemente da idade.*

- *A idade, em si própria, não constitui uma barreira à terapêutica do cancro, bem conduzida. Não se atraze por medo, a nossa vida é muito importante.*

Traduzido do relatório *Le traitement du Cancer chez les personnes âgées* do Programa Contra o Cancro, Novembro 1992²⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. CONDE J.: O cancro e a Terceira Idade - J. do Médico, 1992; 292: 132.
2. RENAUD J.: Empêcher le Cerveau a vieillir c'est possible. Science et Vie, 1982; 780: 16.
3. YANCIK et al.: Prevenção e diagnóstico precoce em Geriatria. Cancer 1988.
4. YANCIK R., et al.: Elderly Population: opportunities of Cancer Prevention and Detection of Cancer. Cancer 1988; 62: 82.
5. JESSEN O.M., et al.: Cancer in the EC. J O 7112: 26.
6. MARTIN G.M.: Cellular Aging. Clinical Senescence. Am J Pathology, 1977; 89: 484.
7. LEMAIRE A.: La senescence. Les consequences du vieillissement. La N Presse Med 1973; 2: 377.
8. PETO R., et al.: Cancer and Aging in mice and men. B J Cancer, 197; 32: 411.
9. MAGEE P.N.: Carcinogenesis and Aging. An Exp Med Biol 1978; 133: 97.
10. MARTIN J.M.: Cellular Aging. Post replication Cells. Am J Pathology 1977; 89: 513.
11. BUTLER R.N., GASTEL B.: CA 1979; 29: 333.
12. LEMAIRE A.: La senescence. Approche du Phénomène. N Presse Med 1973; 2: 301.
13. PITOT H.C.: Carcinogenesis and Aging. Two related Phenomena. Am J Path 1977; 87: 444.
14. CAIRNS S.J.: Aging and Cancer as genetic phenomena. Nat. Cancer Institute Monogr 1982; 60: 237.
15. CORDEIRO A.J.R.: Envelhecimento. Da Biologia à Demografia. Acção Médica 1993; 26.
16. FRAUMENI J.F., HOOVER R.: Immuno Surveillance and Cancer Nat Cancer Inst Monog 1977; 47: 121.

17. COTTON D.W.R, ROGEERS S.: Aging Cancer and Mitochondrial Deterioration. *Lancet* 1993; 341.
18. CONDE J.: Doente Idoso. Doença Terminal e a Morte. *J do Médico* 1990; 201: 204.
19. SERRÃO D.: O Doente Terminal. *Acção Médica* 1991; 5.
20. GILMORE A.J.S.: The Care and Management of dying patient in General Practice. *General Practice*, 1974; 213: 833.
21. CONDE J.: A Dor no Cancro Avançado. *J Médico CVI* 1981; 364.
22. CONDE J.: Valores Humanos em Oncologia. *J Médico* 1983; 112: 682.
23. CONDE J.: Enfermagem Oncológica. *J Médico* 1983; 108: 306.
24. CONDE J. Assistência no cancro avançado. *J Médico* 1981; 107: 788.
25. CONDE J.: O Médico e a Morte. Reflexões. *Medicina e cirurgia* 1982; 2: 485.
26. VANDER P.H.: Responsibilities of Physicians toward dying patients. Raven Press 1981.
27. ZIMMERMAN J.M.: Hospices, Baltimores 1981.
28. PETERSON B.H., KENNEDY J.J.: Aging and Cancer Management. *Ca* 1979; 29: 322.
29. ADVISORY REPORT.: Programme L'Europe Contre le Cancer. *Le Traitement du Cancer chez les personnes âgées* 1992.
30. ED. ONCOSOPIA.: *B Med J* 1980; 281: 1686.
31. SMITH K.C.: Aging, carcinogenesis and radiation. *Prog Bioch Pharmac* 1977; 14: 70.
32. LEW E.A.: Cancer in Old Age. *Ca* 1978; 28: 2.