

GT 09 – Autoetnografia, Arte e Corporalidades

Saberes em diálogo: auto-etnografia sobre escolhas terapêuticas no tratamento de um câncer de mama em estágio inicial

Dulce Ferraz¹

Resumo:

Neste trabalho, exponho a minha experiência de ter sido diagnosticada com um câncer de mama em estágio inicial aos 36 anos. Debruço-me, particularmente, sobre os processos de negociação das decisões terapêuticas que vivi, compreendidas como parte de um contexto em que há esforços para reduzir o uso de tratamentos oncológicos clássicos quando seus benefícios são duvidosos. Escolho a auto-etnografia como método porque me permite expor a intimidade dos processos de negociação, mostrando como envolveram questionamentos baseados na racionalidade científica, inclusive epidemiológica e biomédica, mas também os sentimentos que eu experimentava e os apoios que recebia de outras pessoas relevantes ao longo da minha trajetória. Busco mostrar o contexto intersubjetivo em que se deram essas escolhas e para isso descrevo algumas das cenas que foram essenciais neste processo. Finalmente, dialogo com a ideia do Cuidado conforme proposto por Ayres (2004), a fim de explorar como os diferentes momentos assistenciais aproximaram-se ou afastaram-se da ideia de encontros entre sujeitos, orientada para o sucesso prático.

Palavras-chaves: auto-etnografia; câncer de mama; Cuidado em saúde; biomedicina.

Contextualização

Escrevo este ensaio auto-etnográfico a partir da intersecção de meus pertencimentos como pesquisadora em saúde pública e mulher jovem² diagnosticada com câncer de mama em estágio inicial. Meu intento é refletir criticamente sobre o

¹ Escola FIOCRUZ de Governo - Fundação Oswaldo Cruz - Brasília; Depto de Medicina Preventiva - FM-USP; NEPAIDS/USP.

² O câncer de mama é mais prevalente entre mulheres com mais de cinquenta anos e mulheres abaixo dessa idade são consideradas jovens para a doença. Globalmente, estima-se que cerca de 7% dos casos ocorrem em mulheres com menos de 40 anos (ANDERS E COLS, 2009).

cuidado oferecido pela biomedicina (CAMARGO, 2005) para o tratamento desta doença e sobre os processos de negociação possíveis, em um contexto de questionamentos, desde a saúde pública, acerca dos modos de diagnosticá-la e tratá-la. Assim, antes de introduzir minha experiência, é importante situar este contexto.

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum em mulheres, com quase 60 mil novos casos registrados anualmente no Brasil (DINIZ, 2017). A partir dos anos 1980, a detecção precoce passou a ser tratada como a principal estratégia para a redução da mortalidade causada pela doença. Programas de saúde pública ao redor do mundo, inclusive no Brasil, passaram a recomendar o auto-exame das mamas e a realização de mamografias de rotina. Contudo, o investimento nesta estratégia não resultou na redução da mortalidade. Estudos recentes explicam que isso dá porque os exames detectam frequentemente tumores de crescimento lento, sem potencial de levar a doenças graves nem à morte, caracterizando o chamado sobrediagnóstico (*overdiagnosing*) (WELCH E BLACK, 2010). Como consequência, há mulheres que acabam submetidas a tratamentos de tumores que provavelmente não evoluiriam para uma doença ameaçadora. Este fenômeno é chamado de *overtreatment*, em inglês, e pode ser traduzido como tratamento excessivo.

Embora esses fenômenos sejam bastante visíveis quando analisados sobre uma população, em nível individual eles se tornam mais difíceis de serem estimados. Por essa razão, há recomendações atuais de que as informações acerca do sobrediagnóstico sejam divulgadas, permitindo que as mulheres decidam quando se submeter a exames de rastreamento (DINIZ E COLS, 2017).

Em casos como o meu, em que a identificação do tumor já aconteceu, a questão passa a ser identificar quais os tratamentos mais adequados - ou mesmo se deve ser feito qualquer tratamento. Vale notar que nos casos de mulheres jovens existe uma tendência, baseada nas evidências de que este grupo tem pior prognóstico (OWRANG E COLS, 2017), de recomendação de tratamentos mais agressivos (ASSI E COLS, 2013). O equilíbrio entre minimizar o risco de recidiva e maximizar a qualidade de vida a longo prazo é tido como um dos maiores desafios para oncologistas que tratam mulheres jovens (WARNER, 2016).

As escolhas podem ser ajudadas pelo uso de tecnologias biomédicas e epidemiológicas que permitem identificar, com certa precisão, os tipos de tratamentos mais adequados para cada caso, como os testes genômicos que aferem risco de recidivas (SPARANO E COLS, 2015). Contudo, o Cuidado em saúde não se resume à simples aplicação desses tipos de tecnologias, embora também não as rejeite. Neste ponto recorro às ponderações de Ayres (2004) que, partindo da constatação da crise de legitimidade das práticas de saúde contemporâneas em razão de sua excessiva tecnicidade, propõe reorientá-las pelo horizonte normativo do Cuidado. Nesta perspectiva, os momentos assistenciais são encontros de sujeitos que, juntos, constroem o objeto das intervenções e definem os meios para aplicá-las, mirando não somente êxitos técnicos, mas o sucesso prático.

Nos relatos que trago a seguir, registrados em diários que fiz ao longo do meu percurso de tratamento, selecionei aqueles que representam momentos assistenciais relevantes para a negociação das terapêuticas na minha trajetória de tratamento. Prevaecem cenas da minha relação com os profissionais de saúde que busquei, mas procuro entremeá-las com diálogos com outras pessoas que foram também relevantes no processo de construção das decisões.

Relato

31/12/2016, verão. Enxugo o colo com a mão tentando aliviar o suor. Bem na parte superior do seio esquerdo, sinto uma bolinha. Verifico o direito. Não tem bolinha. Mostro ao meu companheiro. 'Não deve ser nada, só algum gânglio mais inchado por variação do ciclo hormonal. Vamos observar se desaparece daqui uns dias'. Claro que 'não deve ser nada'. Tenho 36 anos, amamenteei duas filhas por quase dois anos cada, não fumo, não tomo hormônios, não é possível que eu tenha câncer de mama. Aliás, nunca ninguém na minha família teve. Apesar da racionalização, meu pedido à meia-noite é que aquilo 'não seja nada'.

Decido investigar. Consulta médica, mamografia, ecografia e a recomendação de biópsia. 'Tem que fazer biópsia disso aí, viu?' - disse o médico radiologista parado na porta da sala onde me examinara. Foi o primeiro momento em que senti medo.

Três dias depois volto com meu companheiro e nossas duas filhas para Suíça, onde moramos há um ano. Dois dias depois, vou a uma consulta em um hospital

público, de onde saio com mais uma mamografia feita e material coletado para a biópsia.

16/01/2017. De volta ao hospital para o resultado da biópsia. Depois de uma checagem burocrática de dados, a médica franze a testa com ar triste: 'Nós temos aqui o resultado da sua biópsia e, infelizmente, trata-se de um tumor maligno'. Daí em diante não sou mais capaz de reproduzir a seqüência de explicações que ouço. Meu corpo treme de tal maneira que eu me chacoalho inteira sobre a cadeira. 'Eu tenho medo de não ver minhas filhas crescerem!' - digo com as lágrimas brotando incontroláveis. 'Nós não estamos mais no tempo em que se ouvia *morte* quando alguém dizia *câncer*. O tumor é pequeno, não é muito agressivo, mas ele precisa ser retirado. Depois você vai precisar de radioterapia, 25 sessões, e depois de hormonioterapia por cinco anos, que pode te induzir à menopausa precoce'.

De repente, minha vida girava cento e oitenta graus e eu caía do lugar da profissional de saúde pública para o lugar da paciente. Eu não sabia estar nesse lugar. Fisicamente, a sensação era de que meu corpo estava derretendo.

As idas ao hospital se tornaram frequentes. Exames complementares investigavam se havia outros nódulos - nas mamas, nas axilas, no peito inteiro. Não acharam nada além da bolinha.

Eu não sabia nada sobre câncer de mama. E nem queria ler. Tinha medo. Medo, aliás, era agora o que eu mais sentia. Ao meu lado, porém, meu companheiro, médico epidemiologista, lia tudo que achava, tentando entender cada item da classificação que havíamos recebido: carcinoma ductal invasivo; T1 indicava tumor de menos de 2cm; N0 que os gânglios axilares não estavam afetados; M0 que não havia sinal de metástases; hormônio responsivo; HR2 negativo. Pesquisando, conseguimos entender que meu caso não era tão grave. Será, então, que o tratamento que estavam me propondo era necessário? Eu conhecia a relação da mamografia de rotina com os sobrediagnósticos de câncer de mama, mas eu não sabia o que pensar de um tumor que não foi achado de mamografia. Cinco anos de um tratamento hormonal que poderia me levar à menopausa? Eu precisava disso?

Escrevi para pesquisadoras e médicas feministas que conheciam do tema. Recebi artigos, relatos e uma delas, médica, realmente se dedicou a me ajudar a

desvendar cada nova informação que eu recebia e, sobretudo, me ajudou a compreender que meu questionamento frente à proposta de tratamento era pertinente: eu não estava "louca" nem "em negação", como insinuavam algumas pessoas próximas a mim. O que eu precisava, me diziam, era encontrar um médico em quem eu confiasse. Eu achava que confiava na médica do centro da mama, mas não a ponto de aceitar qualquer tratamento que ela me propusesse.

Dezoito dias depois do diagnóstico passei pela cirurgia para retirada do tumor, com preservação da mama e retirada de dois gânglios linfáticos sentinelas para verificar se, de fato, não havia células cancerosas na região da axila. Os resultados desta análise saíram dez dias depois. Medo, de novo.

13/02/2017. Volto ao hospital para receber os resultados dos exames feitos durante a cirurgia. 'Os exames confirmaram que o tumor era pequeno e foi retirado com margens de segurança. Não havia nenhum gânglio axilar afetado', me diz a médica. 'Ah, que bom, que bom'. É a primeira vez que me sinto aliviada neste hospital - e não dura muito. 'Houve uma mudança no tratamento indicado porque a avaliação histopatológica do tumor mostrou que ele não é grau 2, mas grau 3. E como é um tumor mais agressivo a junta médica do hospital acrescentou ao seu tratamento 16 sessões de quimioterapia'. Eu não entendo. 'Como assim? Os resultados são bons e o tratamento fica pior?'. Ela encerra as explicações ali, quando me informa que não será mais minha médica: 'você tem uma consulta marcada com o oncologista pra quinta-feira, ele pode te explicar melhor. Eu sou só a cirurgiã'.

Aquilo mudava tudo. Mudava? Novamente, eu sentia um lapso entre o que me recomendavam e como eu percebia a doença. Decidi, novamente, ouvir outras mulheres. Fui a uma associação de pacientes, mas era difícil achar casos como um meu, eram mais velhas. Uma voluntária sugeriu ligar para uma mulher mais jovem. Aceitei. Ela me contou que o caso dela tinha sido parecido com meu, mas ela já não se lembrava das classificações. Contou que fez cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. E o câncer voltou dois anos depois, quando ela decidiu fazer dupla mastectomia. Tive uma crise de choro depois dessa conversa. Não importava o que eu fizesse, eu teria que viver com o risco de recidiva.

16/02/2017. Consulta com o oncologista do hospital. 'Eu queria entender o que quer dizer grau 2 e grau 3. Como é pode mudar de uma análise pra

outra? Até a cirurgia, a médica tinha me falado que eu faria radioterapia e hormonioterapia. Agora, apesar dos bons resultados dos exames, ela falou de acrescentar a quimioterapia'. O médico me ouviu balançando a cabeça e com um meio-sorriso que eu não sei decifrar. Ele ri do meu nervosismo? Da minha voz trêmula? Do meu olhar assustado? 'O que vale é o resultado de depois da cirurgia, quando uma massa maior é analisada. É por isso que o grau mudou. Então, sim, você precisa de quimioterapia'. Eu insisto: 'mas todos os outros resultados são tão bons! Eu estou perguntando porque sei que a quimio tem muitos efeitos adversos e que ela detona minha imunidade justamente quando eu mais preciso dela. Então preciso ter certeza de que preciso da quimio antes de aceitá-la'. Ele pega uma folha de papel que sai da impressora enquanto fala: 'É como eu digo, remédios que não tem efeitos secundários também não têm efeitos primários. Aqui está uma estimativa de sobrevivência em dez anos, com e sem quimioterapia'. Vejo as barras no gráfico, a diferença entre fazer ou não me parece grande. Meu companheiro intervém: 'Mas isso é *overall mortality*, quer dizer que a pessoa pode morrer de qualquer coisa, não só de câncer'. O médico discorda, 'Não, é de câncer'. Meu companheiro insiste, mostrando a folha que ele tinha nos entregado: 'Não é o que está escrito aqui. *Overall mortality*, por definição, é morte por qualquer causa em epidemiologia'. Percebo que não há mais espaço para diálogo. Passamos, então, para um exame físico que acaba sendo doloroso. Me queixo da dor, ele continua me examinando com a mesma força. Saímos da sala e passamos pela enfermagem, onde me entregam a prescrição da quimioterapia e panfletos de lugares onde comprar perucas. Eu choro. Fora do hospital, ando desolada: 'Hoje é o pior dia da minha vida. Eu nunca imaginei passar por isso'. Meu companheiro tenta me explicar os dados: 'Não se deixe impressionar assim! O que ele mostrou é que a quimio não contribui quase nada no seu caso! Olhe aqui as barras: isso aqui é cinco por cento! E a mortalidade pode ser por qualquer causa! Quem me dera eu tivesse toda essa chance de estar vivo daqui a dez anos! Ele é um tosco, ficou rindo a consulta toda! O que era aquilo?'. Eu não conseguia lidar com explicações, não entendia os gráficos. Naquele momento, só precisava de acolhimento. Decidi que não voltaríamos a ver aquele médico.

Na associação de pacientes consegui indicações de oncologistas. Um deles foi descrito como "calorosamente recomendado pelas pacientes". Liguei para ele.

22/02/2017. Dr F é simpático e ri alto. Nem parece que está me atendendo pra tratar um câncer. Cadê aquela cara de pena que a cirurgiã fazia pra mim? Ou o sorriso sarcástico do outro oncologista? Conto minha história, até a recomendação inesperada de quimioterapia. Ele é objetivo: 'Eu também acho que você precisa de quimioterapia. Mas talvez em um esquema um pouco mais simples, que vai durar uns quatro meses'. Eu me explico: 'Olha, eu não estou questionando a quimio por não acreditar na sua

avaliação. Mas é que eu sei que tem muitos efeitos adversos. E eu não estou falando de cair cabelo, que as pessoas ficam pensando que eu estou preocupada com isso, não é isso! Eu sei que a quimio é um tratamento sofrido e que pode ter efeitos adversos graves, inclusive neurológicos, mesmo a médio e longo prazo'. Ele me ouve: 'Você tem razão'. E eu continuo: 'Então, se tiver que fazer, eu vou fazer, mas eu queria saber, quanto ela acrescentaria de proteção pra mim'. 'Essa é uma ótima pergunta, mas as respostas não são muito precisas. Digamos que tendo feito a cirurgia o risco de uma recidiva seja de 15%. Com a quimioterapia, cairia pra 10% e com a hormonioterapia cairia ainda pra 7%. A gente nunca chega a risco zero'. Tento uma última opção: 'um oncologista do Brasil me falou que existe um teste genômico que pode ser feito pra averiguar se a quimio é indicada pra mim'. 'Sim, é verdade. Mas eu não indico esse exame quando a paciente tem tumor de grau 3 porque nós acreditamos que grau 3 é uma indicação absoluta de quimio'. Choro. Ele explica: 'Você tem razão nos seus questionamentos. O que nós fazemos em oncologia é *overtreatment* porque nós não temos como prever quais pacientes efetivamente se beneficiarão de cada tratamento, então nós optamos por tratar mais para diminuir o risco de recidiva, sobretudo quando se trata de uma mulher jovem, como você'. Eu me rendo aos argumentos dele. Saio com a primeira sessão de quimioterapia agendada para dali duas semanas.

Em casa, mais tarde, decido ligar para uma clínica que diz fazer tratamento integral em oncologia. Um dos médicos, Dr E, aceita fazer uma consulta por telefone depois de receber os laudos dos meus exames.

03/03/2017. 'Alô, Dulce? Estou ligando para conversarmos sobre os seus exames e as perguntas que você me mandou'. Ele segue com objetividade: 'Analisando aqui, o que você teve foi um tumor pequeno, que foi retirado com margens livres e sem gânglios afetados. Eu concordo que a quimioterapia, no seu caso, é um tratamento excessivo'. Ando de um lado pro outro, coração acelerado de excitação. 'Existe um programa desenvolvido pelo sistema de saúde inglês que é muito confiável e, inserindo os seus dados nele, o resultado que eu tenho é que você, só com a cirurgia, tem uma expectativa de sobrevida em 10 anos de 96%. A quimioterapia te acrescentaria 0,5% de proteção e a hormonioterapia, 0,6%. Procuo lápis e papel: 'Você pode repetir esses números, por favor?'. 'Eu vou te mandar tudo por escrito'. Mas eu quero mais esclarecimentos: 'Isso é *overall mortality*, né? Aquela que mistura todas as causas'. A resposta dele me tranquiliza: 'Sim, infelizmente só existe esta medida. Mas ela é boa o suficiente para ajudar a decidir quando aplicar ou não os tratamentos'. Peço para agendarmos uma consulta pessoalmente. Sinto a adrenalina correndo pelo meu corpo. Enfim! Eu não estou louca! O sistema de saúde inglês, o melhor do mundo, estima que eu não estou louca!

Em nossa troca posterior de emails, Dr E sugere também que eu faça o teste genômico que ajudaria a avaliar se preciso da quimioterapia. Decido adiar a sessão agendada para aquela semana.

16/03/2017. Dr E nos recebe usando uma flor amarela na lapela. Falo compulsivamente: 'Eu não questionaria a quimio se tivesse certeza que preciso dela. Mas eu não tenho. Eu não quero ser *overtreated*! Tenho medo dos efeitos neurológicos, da infertilidade'. Ele me ouve atentamente. 'E eu sei que a oncologia faz *overtreatment*, o próprio Dr F reconhece isso'. Ele brinca: 'Parece que *overtreatment* é sua palavra preferida!' - rimos. 'Mas, sim, você está absolutamente correta nos seus questionamentos. Os tratamentos precisam ser aplicados quando necessários e há muitos casos em que há dúvidas e aí a tendência é tratar a mais. O que nós podemos fazer é usar as ferramentas de estimativas disponíveis. No seu caso, nós vimos que a quimioterapia acrescentaria muito pouco, não é? Você até me corrigiu depois, eu tinha errado na inserção do tamanho do tumor. Mas, olhe, isso não muda muita coisa' - ele diz, enquanto me mostra os dados no computador. 'É, mas agora isso aí diz que a quimio acrescentaria 3,5% de proteção', digo, temerosa. 'Se você quiser ainda mais segurança para sua decisão, você pode fazer o teste genômico que avalia seu risco de recidiva'. 'Eu já pedi duas vezes para o Dr F, mas ele diz que não é adequado para o meu caso por causa do grau 3'. Ele me orienta uma última vez: 'Bom, você é quem decide o que vai acatar. Mas esses testes foram desenvolvidos justamente pra isso, pra evitar quimioterapias feitas desnecessariamente'.

17 de março de 2017. 'Alô! Oi, Dr F, tudo bem? Eu queria te pedir pra gente fazer o teste molecular. Eu sei o que você pensa sobre o grau e tal, mas eu não quero partir pra quimio sem ter essa avaliação'. Ele concede: 'Ok, eu posso pedir pro hospital fazer. Mas, olha, demora uns oito a dez dias o resultado'.

Senti muito medo do que poderia vir como resultado. Em pouco mais de uma semana um exame diria qual era a probabilidade de eu ter uma recidiva. Meu medo, claro, era descobrir que meu risco era alto.

30/03/2017. Por um erro de comunicação, meu companheiro não chega a tempo para a consulta. Entro sozinha no consultório. Antes que eu diga qualquer coisa, Dr F se antecipa: 'Eu tenho novidades muito interessantes pra você!'. Não sou muito delicada na minha resposta: 'Interessantes?! Eu quero saber se elas são boas ou ruins!'. Ele ri alto, como de costume: 'Deixa eu te mostrar o resultado - ele me entrega um papel -, o seu *score* é 12, você está no grupo de baixo risco'. Agarro a mão dele: 'Caramba, isso é maravilhoso!'. 'Sim. E o exame ainda mostra qual seria o possível acréscimo de proteção da quimioterapia para você: 1%. É claro que diante disso eu não posso te dar a quimioterapia'. Estou radiante: 'Você imagina o quanto eu estou feliz, né?'. Ele ri de novo: 'Sim. E eu quero te agradecer por

ter insistido em fazer o teste. Você sabe que eu não faria se não fosse pela sua insistência. Mas, de agora em diante, vou passar a recomendá-lo mais em casos como o seu. Talvez, daqui alguns anos, com mais uso dessas tecnologias, a gente descubra que o grau do tumor não quer dizer tanta coisa assim'. Minha alegria é em dobro: eu, paciente, muito feliz por mim mesma; eu, profissional de saúde pública, feliz porque talvez minha persistência fosse ajudar outras mulheres na travessia dessa jornada.

Quando conto para Dr E o resultado, ele também me agradece: 'Estou muito feliz por ouvir isso. Obrigada por ter tido coragem e persistido. Isso te dará confiança renovada no seu caminho daqui em diante'.

E o caminho ainda traria novas negociações, dúvidas, diálogos e decisões.

Algumas considerações

Os momentos assistenciais em saúde são momentos de decisão sobre o que pode e deve ser feito diante da singularidade de cada caso. A variabilidade das opções possíveis depende da compreensão da ideia de saúde que guia o momento assistencial. Na abordagem biomédica, com frequência, 'o que' fazer se restringe a um conjunto de técnicas terapêuticas para recuperação de certas funcionalidades orgânicas, entre as quais as mais valorizadas são as cirurgias e os medicamentos (CAMARGO, 2005). Contudo, quando o momento assistencial se limita a esse intento, uma outra tecnologia valiosa se perde. Trata-se da conversa. É somente por meio da conversação que o Cuidado (Ayres 2004) pode se realizar porque é apenas através dela que saberes podem se encontrar; que quem cuida pode vir a conhecer o projeto de felicidade de quem está em busca de cuidado; que esses sujeitos, juntos, podem construir as decisões possíveis sobre o que fazer. Para realizar o Cuidado, o profissional precisa abrir mão da fantasia de poder de decisão unilateral para se tornar aquele que constrói mediações - de saberes, de desejos, de sentimentos.

Nos recortes de minha trajetória que apresentei, são marcantes aqueles em que o diálogo foi inviável. No primeiro, a consulta para recebimento dos resultados dos exames pós-cirúrgicos, se destaca o abandono: logo após a recomendação de um tratamento mais agressivo, a médica se desvencilha do delicado trabalho de me oferecer explicações ao mesmo em que comunica que não me

acompanharia mais. Talvez a explicação para este tipo de conduta resida na lógica organizacional do hospital, com suas fragmentações características, que acaba por reduzir a continuidade do cuidado a uma tarefa administrativa de encaminhamentos e referências, em lugar de um compromisso com a pessoa que está sendo cuidada, mesmo em um momento de grande fragilidade. No segundo, a consulta com o oncologista do hospital, toda a comunicação - não apenas verbal, mas também corporal - aparece atravessada pela desconsideração das dúvidas e dos sentimentos da paciente. O profissional, colocando-se como único detentor do saber técnico (ainda que flagrado equivocando-se nele, na própria cena), está diante de mim apenas para aplicar-me seus conhecimentos e as "mais avançadas" tecnologias. Ali não seria possível um encontro de sujeitos - se eu era vista pelo médico como objeto da intervenção, como ele poderia levar em consideração meu sofrimento e mesmo meus conhecimentos técnicos de saúde?

Nos demais encontros, com Dr F e Dr E, emergiu a possibilidade de ser ouvida. Isso não significou, absolutamente, que esses profissionais abriram mão de seus saberes para atenderem minhas demandas de mudança do tratamento ou de realização de um exame. Ao contrário, significou justamente que eles trouxeram para nossos encontro seus saberes técnicos e as ferramentas (informáticas, laboratoriais, epidemiológicas) que conheciam para dialogar com as questões e os sentimentos que eu trazia. Com eles foi possível negociar os meus significados de saúde e de felicidade naquele momento. Desses diálogos, desses encontros, da aplicação das melhores tecnologias disponíveis para o meu caso resultou a possibilidade de tomarmos, juntos, a decisão de não fazer a quimioterapia. E apenas porque não havia neles uma determinação absoluta e a priori de "onde e como se deveria chegar com a assistência" (Ayres, 2004).

Aproximar-se da perspectiva do Cuidado é, portanto, imprescindível para responder às necessidades que emergem quando vivenciamos o adoecimento - essa experiência de interrupção da ilusão de controle sobre a vida (ELLIS, 1999). A abordagem auto-etnográfica dessas experiências pode contribuir para ampliar este entendimento.

Referências Bibliográficas

ANDERS, Carey; JOHNSON, Rebecca; LITTON, Jennifer e cols. 2009. "Breast Cancer Before Age 40 Years". *Seminars in Oncology*, 36(3), 237–249.

ASSI, Hussein; KHOURY, Katia; DBOUK, Haifa e cols. 2013. "Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women". *Journal of Thoracic Disease*, 5(Suppl 1), S2–S8.

AYRES, José Ricardo CM. 2004. "Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.

COLES, Chalotte; GRIFFIN, Clare; KIRBY, Anna e cols. 2017. "Partial-breast radiotherapy after breast conservation surgery for patients with early breast cancer (UK IMPORT LOW trial): 5-year results from a multicentre, randomised, controlled, phase 3, non-inferiority trial". *Lancet (London, England)*, 390(10099), 1048–1060.

DINIZ, CSG; PELLINI, ACG; RIBEIRO, AG e cols. 2017. "Breast cancer mortality and associated factors in São Paulo State, Brazil: an ecological analysis". *BMJ Open*;7:e016395.

ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur. 1999. 'Bringing Emotion and Personal Narrative into Medical Social Science'. *Health (London)* 3, 229-237.

ETTORRE, Elizabeth. 2005. Gender, older female bodies and autoethnography: Finding my feminist voice by telling my illness story. *Women's Studies International Forum*, 28, 535–546

FOSTER, Kim; MCALLISTER, Margaret; O'BRIEN, Louise. 2005. Coming to Autoethnography: A Mental Health Nurse's Experience. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(4), 1-15.

OWRANG, Medhi; COPELAND, L Robert; RICKS-SANTI, J. Luisel e cols. 2017. "Breast Cancer Prognosis for Young Patients". *In Vivo*, 31(4), 661–668.

SCHRAIBER, Lilia B. 2011. "Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3041-3042

SPARANO, J.A.; GRAY, D.F.; MAKOWER, K.I.; e cols. 2015. Prospective Validation of a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*. 373, 21, 2006-2014.

WALL, Sarah. 2006. An Autoethnography on Learning About Autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(2) 146-160.

WARNER, Ellen. "A Rosier Picture for Young Women With Breast Cancer". *Journal of Clinical Oncology*, 34 (18), 2079-2081

WELCH, H Gilbert; BLACK, William. 2010. "Overdiagnosis in Cancer", *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 102 (9), 605–613.