

CONHECENDO A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NAS CIDADES DE KOBE/KAWASAKI – JAPÃO E SÃO PAULO – BRASIL: A VIVÊNCIA DAS MULHERES NA VISÃO DA FENOMENOLOGIA SOCIAL

Rosa Yuka Sato Chubaci – Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP
Miriam aparecida Barbosa Merighi – Escola de Enfermagem da USP

Resumo

Objetivou-se conhecer o significado que o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino representa às mulheres japonesas e às mulheres brasileiras descendentes de japoneses. Por meio da Fenomenologia Social de Alfred Schütz desvelamos dois tipos sociais vividos. O primeiro, “mulher que faz o exame de Papanicolaou” constitui-se da pessoa que mostra preocupação em cuidar de si mesma; busca a segurança e tranquilidade; sente medo da doença; possui suporte e motivação para realizá-lo. O segundo, “mulher que não faz o exame de Papanicolaou” constitui-se da pessoa que evita pensar em doença; sente-se jovem e bem de saúde; tem pouco conhecimento da doença e do exame; sente vergonha e medo em realizá-lo; não tem o hábito de ir ao ginecologista. Os “motivos para e porque” alegados por essas mulheres para não fazerem o exame de Papanicolaou sugerem aspectos importantes a serem repensados pelos profissionais de saúde que atuam na promoção da saúde da mulher.

Palavras chaves: neoplasia do colo uterino; saúde da mulher; fenomenologia.

Abstract

KNOWING CERVICAL CANCER SCREENING IN KOBE/KAWASAKI CITIES - JAPAN AND SÃO PAULO CITY - BRAZIL: A SOCIAL PHENOMENOLOGICAL VIEW

This study aimed to know the meaning of cervical cancer screening for Japanese women and Brazilian women of Japanese descendant. This study was analyzed using Alfred Schütz's Social Phenomenological theoretical framework. From this analysis two types of women emerged. The first type - “the woman who runs the Paptest” - was represented by the one who: is worried about taking care of herself; seeks security and peace of mind; is afraid of the disease; is motivated and trusts the test as a preventive measure. The second type - “the woman who does not run the Paptest” - is represented by the person who: tries not to think about diseases; feels young and healthy; has limited knowledge of the disease and the test; feels ashamed and afraid of running the test; is not used to visit the gynecologist. The reasons presented by the women for not running the Paptest point to many important issues which need to be reconsidered by the health professionals working with women's health.

Keywords: cervical cancer; women's health; phenomenology.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O câncer tem sido responsável por grande parte das causas de morte no mundo. A *World Health Organization* estima a ocorrência de mais de 10 milhões de casos novos de câncer por ano, sendo esperado, próximo de 2020, o diagnóstico anual de mais de 15 milhões de novos casos. Conforme dados dessa Organização, o câncer causa 6 milhões de mortes todo ano, ou seja, 12 % das mortes mundiais¹.

No Brasil, o aumento da incidência do câncer tem sido observado desde 1930, quando a morte pela doença era menor que 3% nas regiões Sul e Sudeste. Tal proporção atinge, atualmente 15%, número superado apenas pelos óbitos ocorridos por doenças cardiovasculares².

O levantamento realizado pelo Instituto Nacional do Câncer em 2005, aponta que o câncer cérvico-uterino é o terceiro de maior incidência entre as mulheres, sendo que as estimativas, indicam que, na Região Norte, o Amazonas (32,99/100.000) e na Região Sul, o Rio Grande do Sul (33,96/100.000) possuirão os maiores índices da doença, enquanto que em São Paulo a incidência esperada será de 20,56/100.000³.

Estudos sobre a incidência e mortalidade de mulheres com câncer cérvico-uterino, mostram que essa doença ainda é uma causa importante de morte em mulheres de todo o mundo. No ano de 1990, sua maior incidência foi na América Central, América do Sul, Sudeste Asiático, Leste Europeu. No Japão, o câncer cérvico-uterino (10/100.000 em Miyagi) configura-se com uma baixa incidência se comparada com o Brasil (35,1/100.000 em São Paulo)⁴. Apesar da incidência desse tipo de câncer ter diminuído em São Paulo, número estimado é de 20,56/100.000 para 2005³, pode-se notar que este câncer possui maior incidência nos países menos desenvolvidos, pois os programas de prevenção realizados nos países desenvolvidos têm mostrado resultados positivos na diminuição dessa incidência.

A diminuição da mortalidade pelo câncer cérvico-uterino, por meio da detecção precoce é urgente e necessária. Dessa forma, o exame de Papanicolaou, constitui-se em um meio, dentre todos os procedimentos, clínicos ou subsidiários, capaz de diagnosticar uma neoplasia maligna ainda em fase inicial⁵.

Uma multiplicidade de motivos de ordem psicológica, social e cultural parece ser responsável pela adesão e não-adesão ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino. Os dados acima mostrados são preocupantes, fazendo-nos refletir sobre o cuidado prestado às mulheres na orientação e realização do exame.

Dessa forma, interessadas na temática da alta incidência desse tipo de câncer na atualidade e na disparidade de sua incidência em diferentes países do mundo, somada ao interesse em desenvolver estudos com sujeitos de diferentes etnias, sobretudo, no que se refere à comunidade japonesa, desenvolvemos o presente estudo envolvendo mulheres pertencentes a esse grupo étnico e o exame preventivo do câncer cérvico-uterino.

A escassez de pesquisas realizadas pela enfermagem com minorias étnicas no Brasil motivou-nos, ainda mais, a buscar outras perspectivas para o fenômeno saúde-doença do imigrante japonês e seus descendentes.

Optamos, desta forma, por realizar este estudo com as mulheres de duas populações de países diferentes, mas, pertencentes a um mesmo grupo étnico, ou seja, mulheres brasileiras descendentes de japoneses residentes no Brasil e mulheres japonesas residentes no Japão. A escolha dessas duas populações deveu-se pela sua proximidade cultural, apesar da disparidade evidenciada nos dados estatísticos em relação à incidência e morbidade do câncer cérvico-uterino e como foi destacado anteriormente, o Brasil apresenta um dos maiores índices de câncer cérvico-uterino e o Japão, um dos menores índices da doença.

A fim de repensar novas formas que possam cooperar para que as ações de cuidado da enfermagem sejam voltadas para prevenção desse tipo de patologia, levando em consideração o sujeito segundo suas necessidades, sua história, suas crenças e valores, suas condições histórico-culturais e sociais, enfim, o modo como vivenciam esse fenômeno, propusemo-nos a realizar este estudo com o objetivo de: **conhecer o significado que o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino têm para as mulheres japonesas e mulheres brasileiras descendentes de japoneses, compreendendo o típico da vivência dessas mulheres nas ações que envolvem a realização do exame.**

O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Nossa opção metodológica para desenvolver esse estudo foi guiado pelo modelo qualitativo, fenomenológico e social.

O ser humano deve ser considerado dentro de sua história, cultura e só pode ser compreendido e explicitado à luz de sua existência. O caminho que conduz a esta reflexão é a

filosofia, e dentro do conhecimento filosófico a vertente da fenomenologia propõe-se a este retorno às coisas mesmas.

Para a realização da presente pesquisa, entendendo que o fenômeno não é individual, mas, de um grupo de pessoas que pertence à mesma etnia e vivendo em diferentes países, optamos por investir na fenomenologia social. Apropriamo-nos desse referencial porque o fenômeno estudado, como mencionado anteriormente, busca o vivencial do cotidiano dos sujeitos que interagem no mundo social.

A fenomenologia social de Schütz visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, tendo como proposta a análise das relações sociais, admitida como relações mútuas que envolvem pessoas. Trata da estrutura dos significados na vivência intersubjetiva da relação social do face a face, voltando-se portanto, para entender as ações sociais que têm um significado contextualizado, de configuração de sentido social e não puramente individual⁶.

Segundo Schütz a compreensão do social volta-se para o comportamento social em relação aos motivos das intenções que orientam a ação e para as suas significações. Motivo “para” é a orientação para a ação futura - categoria subjetiva – e “motivo porque” está relacionadas às vivências passadas, com conhecimentos disponíveis - categoria objetiva⁶.

Nesta abordagem de pesquisa não importa investigar somente o comportamento de cada pessoa, mas o que pode constituir-se como uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação de vida. O tipo vivido surge da descrição vivida do comportamento social, das convergências nas intenções dos sujeitos em relação aos “motivos para” e “motivos porque”⁶. Na relação vivida, simultânea, direta ou na relação com nossos contemporâneos, vivemos a partir de tipos que se estabelecem em nossa relação. O tipo vivido constitui uma característica daquele grupo social, que está vivendo aquela situação social de comportamento vivido.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Participaram do estudo 29 mulheres que fizeram o exame preventivo e outras que nunca o realizaram. Em São Paulo, foram consideradas o depoimento de 11 mulheres brasileiras descendentes de japoneses, 10 que fizeram o exame preventivo e uma que nunca realizou o exame. No Japão, 18 mulheres fizeram parte do estudo, 12 que fizeram o exame preventivo, e 6 que nunca haviam-se submetido ao exame.

No Brasil, os depoimentos foram obtidos, na sede da comunidade ou na própria residência das mulheres, por meio de perguntas abertas e o número de sujeitos foi considerado suficiente no momento em que o discurso tornou-se repetitivo na elucidação do fenômeno. No Japão, os depoimentos foram coletados na residência das líderes comunitárias. Foram coletados 19 depoimentos, sendo dez em Kobe e nove em Miyagi; um foi desconsiderado, pois não tinha conteúdo significativo.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da Escola de Enfermagem da USP, e os princípios éticos foram fundamentados nas normas da Associação Americana de Antropologia e de acordo com a Resolução nº196/96 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos⁷.

As descrições das mulheres foram gravadas e conduzidas pelas seguintes questões orientadoras: – *Quais os motivos que levam você a fazer (ou não fazer) o exame de prevenção do câncer de colo do útero - o Papanicolaou?*

Para as que fizeram o exame, foi formulada a segunda pergunta: – *Como é para você fazer o exame de prevenção do câncer de colo do útero - o Papanicolaou?*

As preferências de data, horário e local foram respeitadas, garantindo às participantes o sigilo, anonimato e o que reza a resolução acima citada.

Para compreender o significado da ação vivenciada pelas mulheres na detecção do câncer cérvico-uterino, por meio da tipologia do vivido, seguimos as indicações dos pesquisadores em fenomenologia social^{8, 9, 10, 11} quanto à organização e categorização do material obtido.

Assim sendo, percorremos os depoimentos da seguinte maneira: 1. Leituras atentas e criteriosas de cada relato; 2. Nas leituras subsequentes, realização da seleção das informações contidas nas descrições quanto aos aspectos que emergiram com maior destaque e que se relacionam diretamente com o fenômeno em questão; 3. Identificação de categorias concretas, que expressam aspectos significativos de sua compreensão e vivência dos "motivos para" e os "motivos porque" dos atos dos sujeitos; 4. Estabelecimento dos significados do ato social de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, a fim de obter a tipologia vivida baseada na fala das mulheres; 5. Apresentação da análise compreensiva dessas categorias, tendo como base da interpretação a Fenomenologia Social de Alfred Schütz e a literatura pertinente à temática.

Desse modo, as descrições ingênuas expressas pelos sujeitos, de realidades múltiplas, foram analisadas, possibilitando-nos a elucidação do fenômeno.

Para as denominações e identificação dos diferentes depoimentos/discursos e com a preocupação de preservar o anonimato, passo a denominá-las de "D1, D2, D3, D4, D5...", ou seja, discurso número 1... Os trechos das falas dos discursos obtidos no Japão estão identificados com a sigla "K" (Kobe e Kawasaki) e os brasileiros com a sigla "SP" (São Paulo), ou seja, D1K, D2SP...

ANÁLISE COMPREENSIVA

Ao realizar a leitura atenta dos discursos, não foi possível identificar diferenças significativas entre os depoimentos das mulheres brasileiras descendentes de japoneses e as mulheres japonesas. O significado do exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino era comum a essas mulheres, com alguma variação quanto à intensidade da ação vivida. Tornou-se, assim, mais adequado analisar todos os depoimentos em conjunto, identificando nas falas quais seriam as das mulheres japonesas (K) e quais as das mulheres brasileiras (SP).

Os discursos revelaram que não importa o lugar, o fato é que essas mulheres são contemporâneas e pertencem ao mesmo grupo social, ou seja, mulheres que precisam fazer o exame de Papanicolaou. Na discussão, a seguir, estão identificadas por nacionalidade as possíveis diferenças ou comparações que se desvelaram nos depoimentos.

Com base na análise dos depoimentos, pudemos captar a idéia central e comum que emergiu das falas e constituir o **típico da ação de fazer ou não fazer o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino**.

A análise dos depoimentos permitiu identificar as categorias concretas do vivido que representam os **motivos para** e os **motivos porque** as mulheres do estudo fazem ou não o exame de Papanicolaou. A seguir, apresentamos o esquema das categorias extraídas dos discursos das mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japonesas.



Motivos para fazer o exame

O relato das mulheres brasileiras e japonesas sobre os **motivos para** cuidarem da saúde revelou que o **medo da doença** faz com que **busquem a prevenção** e **pensem nos filhos e parentes que dependem delas**. O **desejo de se cuidar**, proporcionando uma boa saúde, é também um **motivo para** realizarem o exame de Papanicolaou.

Para interpretar as categorias, retomamos os dizeres de Schütz⁶, que considera o **motivo para** como o estado que se pretende alcançar pela ação do ator que é projetada para o futuro. O **motivo para** é um contexto de significado, que é construído ou se constrói sobre o contexto de experiências disponíveis no momento da projeção da ação, sendo essa categoria, essencialmente, subjetiva. A ação, portanto, só pode ser interpretada pela subjetividade do ator, pois só a própria pessoa pode definir seu projeto de ação e seu desempenho social.

Faço o exame porque eu tenho medo de ter um câncer. Apesar de ter casos de câncer na minha família, eu não posso prever como será essa doença em mim. Sei que essa doença é vivida de maneiras diferentes por cada um. Por isso tenho muita preocupação em ficar com câncer.(D16K)

Eu fiz o exame há dois meses atrás... É importante prevenir, pois eu acho que, para a mulher, é mais fácil de pegar uma doença porque ela é mais frágil. Por isso, acho que precisamos nos preocupar em prevenir, mas não sei se todas se preocupam com isso. Eu me preocupo e faço todos os anos para evitar maiores problemas, como, por exemplo, o vírus do HPV.(D7SP)

Eu acho que é uma doença que nunca acontece com a gente, isto é, a gente acha que não vai acontecer. Eu faço o exame de Papanicolaou porque eu me sinto mais segura. Hoje, eu fico preocupada com a minha saúde, pois tenho uma certa idade, também.(D3SP)

A realização do exame de Papanicolaou deixa essas mulheres mais tranquilas, pois sentem que estão se cuidando. Sabem que, ao realizar o exame, estarão evitando ou detectando precocemente o câncer que, em silêncio, pode acometer a mulher.

As mulheres brasileiras e as japonesas, percebem a ação de cuidar-se e sentir-se cuidada como valiosa e essencial para manterem a qualidade de vida. O sentimento de cuidar-se, realizando o exame de Papanicolaou, é um dos sentidos que essas mulheres designam às suas ações. É o sentido que a ação tem para elas, como explicita Schütz⁶.

Schütz comenta que a ação é uma conduta humana que se baseia em um projeto, que é produto da bagagem de conhecimento que se constitui por meio de valores, crenças e atitudes. A ação tem sempre a natureza de um projeto, é uma forma específica de consciência reflexiva e consiste na concepção imaginária do ato⁶.

Estas mulheres, então, tentam projetar para o futuro uma vida tranqüila, livre de doenças. Preocupam-se com a realização do exame de Papanicolaou para prevenir-se do câncer de colo do útero e evitar surpresas desagradáveis em relação à sua saúde.

A seguir, os **motivos para** essas mulheres não realizarem o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Motivos para não fazer o exame

O relato dos **motivos para** as mulheres brasileiras e japonesas não fazerem o exame de Papanicolaou, revelou que o fato de acreditarem que **nunca terão a doença**, desestimula-as na

busca pela prevenção. O interesse pelo exame diminui quando a mulher sente-se **jovem e bem de saúde** para ter um câncer. O **sentimento de vergonha de fazer o exame, o medo do exame e do resultado** são também **motivos para** não o realizar.

Quando fiz 33 anos, fiquei mais livre no meu trabalho, mas acabei não indo, porque eu ainda não sou casada. Eu sempre me achei jovem e não me dei conta que já estava com 33 anos.(D18K)

(....) porque, certamente, eu ainda sou jovem e penso que não vou ficar com essa doença.(D1K)

Eu só tenho convênio médico para ir ao oculista. Eu nunca fiz o exame de Papanicolaou porque eu nunca tive problema de saúde, graças a Deus... Eu não procuro fazer o exame de Papanicolaou porque eu não tenho sintoma nenhum. Eu entrei na menopausa e não tive nenhum problema. (D10SP)

A juventude e a ausência de sintomas de doenças ginecológicas são associadas por essas mulheres ao bom estado de saúde. Por este motivo, não percebem a necessidade de fazer o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, como também a prevenção de outras doenças ginecológicas.

Eu sinto vergonha por causa da posição e tudo. Quando faço com o mesmo médico, é melhor, mas, como mudei de convênio, acabei mudando de médico umas três vezes. Aí fica mais difícil fazer o exame.(D4SP)

Não gosto muito de ficar em cima da mesa ginecológica. Não é dolorido, mas, se não houvesse necessidade de fazer, eu não faria, porque eu tenho muita vergonha... quando eu fui pela primeira vez, não havia tantas mulheres nessa profissão. Por isso, não tinha vontade de ir ao ginecologista.(D7K)

O sentimento de vergonha constituiu-se em um dos grandes entraves para as mulheres, sobretudo, japonesas na realização do exame de Papanicolaou. O medo e a invasão da privacidade da mulher, mesmo considerando que o exame é realizado por um profissional de saúde, causam estranheza, gerando sofrimento físico e emocional.

Motivos porque fazer o exame

As mulheres relataram, por meio das falas, os **motivos porque** cuidam da saúde, realizando o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino. Revelaram que a **confiança no exame** foi um sentimento básico que norteou a ação dessas mulheres para realizá-lo. Essa confiança, diretamente relacionada com o **conhecimento adquirido sobre a importância do exame**, advém de **campanhas de prevenção**, de vivência de **intercorrências clínicas**, da **experiência do parto** e da **experiência do câncer em pessoas próximas**. O cuidado preventivo é mais procurado ainda quando a mulher **tem confiança no profissional de saúde**. Os discursos mostraram que a **facilidade de acesso ao exame pelo convênio médico dos planos de saúde** representou mais um **motivo porque** as mulheres procuram realizar o exame de Papanicolaou.

Schütz¹² aponta que os homens têm razões que explicam as suas ações. Estas estão enraizadas em experiências passadas, na personalidade que a pessoa desenvolveu durante sua vida e que são chamadas de **motivos porque**. A **motivação porque** decorre de uma espécie de acúmulo de conhecimentos sociais, que são transmitidos por nossos predecessores como herança cultural e pelo depósito de conhecimento advindo da experiência pessoal.

Colocam aquele aparelho para abrir... Eu não tive problemas em fazer o exame. Eu penso que é tudo muito profissional, feito por um profissional. E depois é um procedimento que a gente tem que fazer, que precisa ser feito. É uma forma segura, não é incômoda.(D2SP)

Eu superei a vergonha conhecendo melhor o câncer. Ao conscientizar sobre o temor do câncer ginecológico, você acaba superando a vergonha. Agora, o sentimento de vergonha que tinha no início, já mudou. Eu penso só em prol da minha saúde.(D12K)

No Japão, ao fazer uma série de exames, aproveitamos a oportunidade e fazemos esse exame. A maioria não vai apenas para fazer o exame de colo de útero, vai para fazer outros exames também. Quando tive meus filhos, meu médico perguntou se eu queria fazer esse exame. Mais do que a vergonha de fazer o exame, tenho medo de ter um câncer do colo do útero.(D3K)

Eu tive uma amiga que teve o câncer de colo do útero. Ela contava cada sintoma que sofreu durante a fase terminal de sua doença. Por isso, eu fiquei com muito medo dessa doença e procuro sempre fazer os exames para não ter essa doença.(D12K)

Percebemos que o **motivo porque** realizam o exame de Papanicolaou está bem representado nessas categorias, pois a confiança no exame, a motivação após conhecer sua importância, o incentivo da campanha de prevenção, a motivação pelos problemas clínicos, pela experiência do parto e de algum tipo de câncer em pessoas próximas constituem a estrutura formada pelo acúmulo de conhecimentos sociais dessas mulheres japonesas e brasileiras. Estes foram transmitidos pelos seus predecessores como herança cultural e do depósito de conhecimentos advindos da experiência pessoal⁶.

A seguir, apresentaremos os **motivos porque** algumas mulheres não fazem o exame.

Motivos porque não fazer o exame

Os discursos das mulheres brasileiras e japonesas revelaram ainda os **motivos porque** não realizaram o exame de Papanicolaou. O **desconhecimento da doença e da necessidade do exame** e o fato de **não terem o hábito de ir ao ginecologista** configuraram-se como **motivos porque** não se submetem ao exame. Revelaram, também, que o fato de terem uma **experiência anterior desagradável e a falta de tempo para se cuidar** prejudica a busca pela prevenção.

Ninguém nunca me aconselhou a fazer esse exame e, também, não tive nenhuma oportunidade de fazer o exame... Já ouvi falar dessa doença, mas não sei detalhes dela. Ninguém nunca me falou da necessidade desse exame.(D2K)

Eu preciso me cuidar, principalmente, pela minha idade e porque eu acho que é qualidade de vida... Leio muito a respeito do câncer ginecológico e a importância da prevenção nas revistas. Aí eu leio os depoimentos de pessoas que tiveram a doença, falando dos sintomas. Aí, eu vejo se me enquadro em algum dos sintomas e vejo que eu não sinto nada daquilo. Não vejo, então, necessidade de procurar fazer algum exame.(D10SP)

Eu não fiz o exame, porque tenho uma resistência quando penso em ir ao ginecologista. É diferente de procurar um clínico. Acabo tendo uma resistência em procurar um ginecologista.(D4K)

O exame de Papanicolaou foi bem rápido e sem dor... Mas, no exame de mama, deu um problema: tinham descoberto pequenos gânglios. Aí eles mandaram eu fazer uma mamografia, mas doeu tanto, apertaram tanto... Fiquei traumatizada por causa disso. Depois disso, por eu ter sofrido muito, não voltei mais para fazer o exame de Papanicolaou também.(D14K)

A informação sobre o câncer do colo do útero, suas consequências à saúde da mulher e o conhecimento de que pode acometer desde mulheres jovens até aquelas com idade mais avançada, são importantes aliados no incentivo ao exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

As mulheres japonesas, culturalmente, não possuem o hábito de consultar-se com o ginecologista sem que haja algum problema clínico que justifique. Conseqüentemente, elas

sentem vergonha de se exporem ao profissional de saúde, deixando de lado a vigilância sobre possíveis doenças ginecológicas.

O fato de essas mulheres não terem o hábito de visitar o ginecologista pode ser melhor compreendido quando Schütz¹² enfatiza que a vida cotidiana, desde o início, verifica-se em um contexto cultural e intersubjetivo. É um universo de significações, no qual somos conscientes da historicidade da cultura que encontramos nas tradições e nos costumes. Vivemos em um mundo cultural, relacionando-nos com outros, influenciando e sendo influenciados, compreendendo e sendo compreendidos.

Nesse sentido, a situação de não ir ao ginecologista agrava-se, ainda mais, quando a mulher tem uma experiência desagradável em relação ao exame, tornando-se em um fator que desestimula, ainda mais, a mulher que já tem dificuldade para submeter-se ao exame. Por essa razão, descuida-se e desinteressa-se pela saúde preventiva.

A intensa atividade do cotidiano impede essas mulheres de se cuidarem e essa situação agrava-se quando não estão conscientes da importância da prevenção. Assim, associada à falta de tempo, muitas vezes, pode estar a vergonha de submeter-se ao exame ou alguma outra dificuldade. Há necessidade de atenção quanto a essa situação, pois a mulher pode estar adiando seu cuidado ginecológico, não só pela falta de tempo, mas, por outros problemas.

Com esses **motivos porque** da realização ou não do exame de Papanicolaou, apresentados pelas mulheres japonesas e brasileiras deste estudo, foi possível compreender suas ações, que tiveram como apoio a bagagem de conhecimentos e vivências advindas da experiência pessoal e transmitidas pelos seus predecessores como herança cultural.

Na **compreensão das motivações**, não podemos entender os atos de outras pessoas sem conhecer os **motivos para** e os **motivos porque** desses atos. Não se pode captar toda a rede de motivos de outras pessoas, com seus horizontes de planos de vida¹³.

Este estudo possibilitou constatar a questão da reciprocidade, da intersubjetividade e da comunicação entre as mulheres japonesas e brasileiras em relação aos motivos para e porque fazer ou não o exame de Papanicolaou. No entanto, apontou o fato de que as mulheres japonesas verbalizam com mais ênfase as dificuldades em relação ao exame preventivo e, conseqüentemente, fazem-no com menor frequência.

Eu acho que se as mulheres pensarem na sua saúde e nos filhos que possam ter futuramente, esse preconceito será ultrapassado. As mulheres japonesas não têm o costume de ir ao ginecologista fora do parto, pois é considerado muito vergonhoso ir ao ginecologista. Caso tenham que ir, fazem o possível para não falar para os outros. Eu acho que é porque as mulheres não gostam que outros saibam que ela tem uma doença ginecológica. Devem desistir quando ouvem falar como é feito o exame.(D15K)

A tese geral da reciprocidade de perspectivas na fenomenologia de Schütz pressupõe objetivos comuns, a intersubjetividade e a comunicação: “o intercâmbio de pontos de vista e o acordo prático dos sistemas de escolhas que nos conduzem à apreensão de objetos conhecidos por mim e conhecíveis por outros”¹⁴.

Construção do tipo vivido

Com base nas categorias concretas reveladas neste estudo, foi possível construir o tipo vivido da mulher japonesa e brasileira, descendente de japoneses, em relação à detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

É necessário esclarecer que os tipos vividos das mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japoneses serão apresentados em conjunto, pois a similaridade entre elas é acentuada como constatamos no exercício de construção, por nacionalidade, dos tipos vividos.

O Tipo Vivido das mulheres japonesas e brasileiras descendentes de japoneses que fazem o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, constitui-se de uma mulher preocupada em cuidar de sua saúde e que se sente segura e tranqüila ao realizar o exame de Papanicolaou. Busca o cuidado pelo medo da doença, e considera essencial o bom relacionamento interpessoal

com o profissional de saúde para fazer o exame periodicamente e, ainda, tem a garantia de fazê-lo pelo convênio de saúde. Faz o exame de Papanicolaou porque confia nele como uma medida preventiva e é motivada a fazê-lo pelo conhecimento de sua importância, pela campanha de prevenção, pelos problemas clínicos, pela experiência do parto e pela experiência do câncer em pessoas próximas.

O Tipo Vivido das mulheres japonesas e brasileiras, descendente de japoneses, que não fazem o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, é de uma mulher que evita pensar na possibilidade de ter alguma doença grave, despreocupa-se com o cuidado de sua saúde ginecológica e tem pouco conhecimento sobre o câncer do colo do útero e sua prevenção. Confia em sua juventude e acredita estar livre de doenças, tem o sentimento de vergonha e o medo do exame e do resultado que interferem na realização do exame. Quando a mulher já foi submetida ao exame alguma vez, guarda o ressentimento que a impede de voltar a fazê-lo novamente.

Considerações finais

As mulheres que participaram do estudo, mostraram os **motivos para e porque** realizam e não realizam o exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, fazendo com que haja uma reflexão sobre a importância de considerar a mulher em sua totalidade, pois possuem sentimentos, vivenciam o cotidiano, interagem com seu mundo social.

Dentro desse mundo social, as mulheres japonesas e brasileiras definem para si mesmas a ação de realizar ou não o exame de Papanicolaou, segundo sua atitude natural, ou seja, de acordo com a maneira pela qual elas experienciam o mundo intersubjetivo, seja no mundo do senso comum ou no mundo cotidiano.

Ao analisar as relações sociais dessas mulheres, conforme a proposta de Schütz, foi possível compreender a existência de uma relação mútua entre as pessoas no mundo social em que vivem e cada relação tem características próprias, cujas ações ocorrem de maneira consciente, intencional e repleta de significado.

O presente estudo mostrou, também, que a cultura japonesa influenciou o comportamento dessas mulheres em relação à ação de realizar ou não o exame de Papanicolaou. Foi possível perceber que os depoimentos foram marcados pela presença de alguns conceitos culturais mencionados por Shiba e Oka¹⁵, como *a auto-restrição, autocontrole em suportar situações angustiantes e ou aflitivas e o conformar-se com a situação vivida. A auto-restrição (enryo)* pode ser percebida quando a mulher envolvida nos afazeres domésticos, no trabalho, enfim, nas atividades do cotidiano, deixa o cuidado de sua saúde em segundo plano, desistindo do exame ou dificultando sua realização. Esse conceito também está presente quando ao realizar o exame não solicita esclarecimentos sobre seu procedimento e a finalidade do mesmo, pois tem receio de incomodar o profissional que a atende. Dessa forma, *conforma-se (shoganai)* com a situação vivida. No entanto, o *autocontrole (gamam)* pode ser percebido quando a mulher passa a suportar a dor, a vergonha, a ansiedade e o constrangimento para realizar o exame de Papanicolaou.

Estas ações, típicas da cultura japonesa, fazem com que a mulher, sobretudo a japonesa, tenha dificuldade de exteriorizar seus sentimentos. O mundo da vida cotidiana é um mundo cultural, um mundo de significações, uma textura de sentidos que devo compreender para tê-lo como base; a cultura nos remete às ações humanas, isto é, às atividades significativas dos sujeitos humanos¹².

As mulheres brasileiras do estudo revelaram mais facilidade para superar a dor, a vergonha, a ansiedade e o constrangimento ao submeterem-se ao exame e, ainda, têm o hábito de comparecerem com maior frequência ao ginecologista que as japonesas. A situação pode ser melhor compreendida ao perceber que essas mulheres em seu processo de socialização receberam influências tanto da cultura japonesa como da brasileira. Nasceram e cresceram em um contexto sociocultural do qual assimilaram a cultura transmitida por seus ascendentes e pela cultura brasileira transmitida em seu ambiente social. Assim sendo, pode-se inferir que as mulheres brasileiras descendentes de japoneses deste estudo, em certos aspectos, possuem comportamentos diferentes das japonesas. É interessante observar que elas incorporaram

algumas características culturais do contexto cultural brasileiro. Este processo pode ser compreendido como forma de endoculturação, pelo qual a pessoa internaliza, gradualmente, as crenças e valores da sociedade em que vive¹⁶.

Certamente, os programas e políticas de saúde interferem na forma como as mulheres agem em relação ao cuidado de sua saúde. No Japão, as mulheres que realizam o exame são motivadas, sobretudo, pelos programas de prevenção das prefeituras, já que a maioria não possui o hábito de cuidar da saúde ginecológica. A essa falta de hábito, somam-se os motivos revelados neste estudo que agravam, ainda mais, a situação como o sentimento de vergonha, a falta de hábito de consultarem o ginecologista e, sobretudo, o medo do exame.

O sentimento de vergonha relatado por algumas mulheres japonesas, também, refere-se à imagem negativa associada a consulta ginecológica. Elas temem o julgamento das pessoas ao seu redor, que decorrem do pensamento de que as mulheres só procuram a consulta ginecológica quando são acometidas por alguma doença grave ou, até mesmo, doenças sexualmente transmissíveis. Fato esse que traz dificuldades na busca do exame de Papanicolaou. Esse comportamento japonês, pode ser definida como *preocupação social*, na qual os japoneses são sensíveis em suas relações e interações sociais, preocupando-se em manter preservada a sua imagem na sociedade¹⁷.

Os “motivos para e porque” alegados por essas mulheres para não fazerem o exame de Papanicolaou sugerem aspectos importantes a serem repensados pelos profissionais de saúde que atuam na promoção da saúde da mulher. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de implantação e implementação dos programas preventivos nos serviços de saúde, além de reforçar os programas já existentes.

Esperamos que este estudo possibilite aos profissionais de saúde, em especial, aos enfermeiros, atuantes na assistência e no ensino, uma reflexão sobre o cuidado prestado às mulheres na orientação e realização do exame de detecção precoce do câncer cérvico-uterino, na tentativa de vislumbrar um caminho que lhes favoreça o atendimento adequado e de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. **Cancer**. International Agency for Reserch on Cancer. [online] France; 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer>> (02/01/2004)
2. Becker, R.A.; Lima, D.D.; Lima, J.T.T.; Costa, Jr M.L. **Investigação sobre perfis de saúde: Brasil, 1984**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
3. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2005**. Rio de Janeiro: INCA, 2005.
4. Shingleton, H.M.; Orr, Jr J.W. **Cancer of the cervix**. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1995.
5. Martins, V.M.; Martins, C.G. **Prevenção do câncer genital e mamário**. In: Halbe, H.W., organizador. Tratado de ginecologia. 3ªed. São Paulo: Roca, 1993. p. 127-30.7
6. Schütz, A. **Fenomenologia del mundo social**. Buenos Aires: Paidos, 1972.
7. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.
8. Parga Nina, L. **Estudo das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados**. Rio de Janeiro: IBGE, 1976.
9. Jesus, M.C.P. **A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 1998.

10. Fustinoni, S.M. **As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2000.
11. Merighi MAB. **Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2000.
12. Schütz, A. **El problema de la realidad social.** Buenos Aires: Amorrortu, 1974a.
13. Schütz, A. **El problema de la realidad social.** Buenos Aires: Amorrortu, 1974b.
14. Capalbo, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz.** Londrina: UEL, 1998.
15. Shiba, G; Oka, R. **Japanese americans.** In: Lipson, J.G.; Dibble, S.L.; Minarik, P.A., editors. *Culture & nursing care: a pocket guide.* California: Regents, 1996. p. 180-90.
16. Helman, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
17. Lebra, T.S. **Japanese patterns of behavior.** Hawaii: University of Hawaii Press, 1976.

Rosa Yuka Sato Chubaci E-mail: rchubaci@usp.br

Miriam Aparecida Barbosa Merighi E-mail: merighi@usp.br