

Factores relacionados al no presentarse a la consulta para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou¹

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos²

Denise de Fátima Fernandes Cunha³

Cássia Fernandes Coelho⁴

Ana Karina Bezerra Pinheiro²

Namie Okino Sawada⁵

Objetivo: identificar los factores relacionados a la no asistencia de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou. Método: se trata de un estudio transversal, realizado con 775 pacientes que se sometieron a la prueba de Papanicolaou en el Centro de Salud de la Familia de Fortaleza-CE, entre septiembre de 2010 y febrero de 2011. Resultados: la mayoría de las encuestadas eran jóvenes (≤ 35 años), de baja escolaridad (≤ 7 años de estudio), iniciaron la vida sexual muy temprano (≤ 20 años) y 17,0% de ellas no retornaron para recibir el resultado del examen. Los resultados estadísticamente significativos por no retornar estuvieron relacionados a: mujeres jóvenes ($p=0,001$); inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$); y conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$). Conclusión: el hecho de la mujer no retornar para recibir el resultado es un problema para el control del cáncer de cuello uterino y debe ser combatido por medio de estrategias educativas que refuercen la importancia del retorno para la detección precoz de ese cáncer.

Descriptor: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Frotis Vaginal; Neoplasias del Cuello Uterino; Enfermería.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Intervenção comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colposcitológico", presentada en el Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Estudiante de maestría, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Enfermera.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 949
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: camilamoreiravasco@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

A pesar de presentar un alto potencial de cura, cuando es diagnosticado temprano, el cáncer de cuello uterino (CCU) todavía persiste como un grave problema de salud pública, principalmente en los países en desarrollo, en los cuales los exámenes de rastreo son realizados de forma oportunista y por mujeres que se encuentran abajo del intervalo de edad de riesgo para ese cáncer⁽¹⁾.

La incidencia y mortalidad provenientes del CCU pueden ser reducidas por medio del rastreo para detectar y tratar las lesiones precursoras del cáncer invasor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una cobertura, con la prueba de Papanicolaou de la población objetivo, en torno de 80 a 100% y una red organizada para diagnosticar y tratar adecuadamente, es posible reducir en promedio 60 a 90% de los casos del cáncer invasor en esa población⁽²⁾. Sin embargo, un estudio reciente reveló que la oferta del examen, en Brasil, todavía no cubre completamente la necesidad de las mujeres brasileñas⁽³⁾.

Numerosas intervenciones para aumentar la adhesión de mujeres a la prueba de Papanicolaou han sido descritas en la literatura. Estas intervenciones enfocan la mejoría de las informaciones ofrecidas por los profesionales acerca del examen, la reducción de las barreras para que las mujeres tengan acceso al examen, o ambas⁽⁴⁻⁵⁾. Sin embargo, inclusive delante de la magnitud de esas intervenciones, del alto potencial de cura para el CCU y del incremento en la oferta de servicios de prevención y de tratamiento de los casos, el control de ese perjuicio a la salud tendrá su efecto limitado, si esas mujeres no retornan para recibir el resultado del examen⁽⁶⁾.

Esa situación es compleja, ya que el servicio realiza una inversión financiera y profesional en cada examen efectuado, a pesar de eso, el impacto final queda perjudicado. Participan del examen profesionales de nivel superior y técnico, así como existen gastos diversos con materiales en el proceso de recolección del examen, en la lectura de la lámina y en la impresión del resultado. Cuando la mujer no retorna al servicio para recibir ese resultado, existe un desperdicio de tiempo y recursos, tanto para quien presta el servicio, como para la mujer, ya que el objetivo de la realización del examen, o sea, la prevención del CCU, no es alcanzada⁽⁶⁾.

Algunos estudios⁽⁶⁻⁸⁾ ya han abordado la temática del no retorno de las mujeres para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou, sin embargo, se caracterizan como estudios descriptivos que objetivaron apenas conocer los motivos que llevaron a las mujeres a no retornar y a identificar el perfil característico de ellas, sin establecer cualquier relación estadística entre las

variables. Además de esto, otro factor que suscitó la realización de esta investigación fue el constatar, en un estudio preliminar realizado en una unidad básica de salud (UBS) de Fortaleza, la alta tasa (24%) de exámenes de Papanicolaou que no fueron recibidos por las usuarias⁽⁶⁾. De esa forma, surgió la siguiente pregunta: ¿Qué factores están relacionados al no retorno de las mujeres para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou?

La identificación del perfil de las mujeres que no retornan puede ayudar a los profesionales de la atención básica a elaborar intervenciones, con énfasis en aspectos cognitivos, de comportamiento y sociales, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia prestada en el combate al CCU.

Método

Se trata de un estudio transversal realizado en un Centro de Salud de la Familia (CESAF) de Fortaleza-CE, compuesto por cuatro equipos. En esa institución se realiza el examen, exclusivamente por enfermeros, en cuatro turnos de la semana, siendo atendidas diez mujeres por turno. Esa institución fue seleccionada porque, en un estudio anterior, se constató una tasa de aproximadamente 24% de exámenes que no fueron recibidos por las mujeres. Una de las hipótesis para el alto número de exámenes retenidos es que no había, en la unidad, consulta de retorno programada. Además de eso, inclusive utilizando una búsqueda activa, un porcentaje considerable de exámenes no estaba llegando a las manos de las mujeres⁽⁶⁾.

La población del estudio estuvo compuesta por las mujeres que buscaron la realización del examen en la referida institución. La muestra fue calculada utilizando un intervalo de confianza de 95%, poder de 80% y un porcentaje para eventuales pérdidas de 10%, haciendo un total de 699 mujeres. Compusieron la muestra solamente las mujeres que habían iniciado la vida sexual; y fueron excluidas aquellas que, por algún motivo, salieron de la unidad sin realizar la prueba de Papanicolaou.

Como los datos eran recolectados en cuanto la mujer esperaba la realización del examen, apenas posteriormente, se percibió que algunas de las mujeres que habían sido entrevistadas salieron del consultorio sin haber realizado el examen, lo que determinaba su exclusión. De esa forma, se decidió ampliar la muestra inicial calculada de 699 mujeres a fin de garantizar que, en caso de ser necesario excluir a alguien, ese valor sería obtenido. Por eso, al final de la investigación, fue alcanzada una muestra de 775 mujeres.

De todas las mujeres que aceptaron participar de la investigación se recolectaron datos de identificación y se les fue aplicado un instrumento validado para evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de la mujer en relación a la prueba de Papanicolaou, llamada consulta CAP. La opción por la aplicación de la encuesta CAP ocurrió por el hecho de que posibilitaba medir lo que la población sabe, piensa y su actuación frente a un determinado problema- en el caso de este estudio, sobre la prueba de Papanicolaou⁽⁹⁾. Para evaluación del conocimiento, de la actitud y de la práctica fueron utilizados los criterios descritos a continuación⁽¹⁰⁾:

- Conocimiento adecuado: cuando la mujer refirió ya haber oído hablar sobre el examen, sabía que era para detectar cáncer en general, o específicamente del cuello uterino, y sabía citar, por lo menos, dos cuidados necesarios antes de realizar el examen.
- Conocimiento inadecuado: cuando la mujer refirió nunca haber oído hablar del examen o ya haber oído, pero no sabía que era para detectar cáncer; o cuando no sabía citar, por lo menos, dos cuidados que debería tener antes de realizar el examen.
- Actitud adecuada: cuando la mujer presentó como motivo para realizar el examen de Papanicolaou la prevención del CCU. Cuando refería como motivo el hecho de ser un examen de rutina o el deseo de saber si estaba todo bien con ella; solamente era considerada una actitud adecuada cuando ella de forma concomitante tenía conocimiento adecuado sobre el examen.
- Actitud inadecuada: cuando la mujer presentó otras motivaciones, para realización del examen, que no eran la prevención del CCU.
- Práctica adecuada: cuando la mujer había realizado su último examen preventivo, como máximo, hace tres años; retornó para recibir el último resultado del examen realizado y buscó programar la consulta para mostrar el resultado del examen;
- Práctica inadecuada: cuando había realizado el último examen preventivo hace más de tres años o nunca había hecho el examen, mismo ya habiendo iniciado la actividad sexual hace más de un año; o cuando no retornó para recibir el último resultado; o no buscó programar la consulta para mostrar el resultado del examen.

La última fase de la recolección de datos se hizo en el día de la consulta de retorno, en la cual eran registrados los datos relacionados a la asistencia de la mujer (número de días entre la realización del examen y el retorno) y al resultado del examen. En primer lugar, es importante destacar que en este servicio, inclusive siendo necesario, la paciente no sale con una consulta de retorno

programada, lo que acaba dificultando el análisis de los factores relacionados al no retorno.

De forma a asegurar el derecho a la consulta de retorno por igual a las mujeres, todas las participantes del estudio tuvieron su consulta de retorno programada con la investigadora en un período en torno de 45 días (Pro.Med.: 43±5,6 días/Min: 30 días/Máx: 54 días) después de la fecha de realización del examen, lo que debería existir en todo servicio que realiza el examen de prevención del CCU. Ese período para la programación del retorno varió debido el hecho de que algunos meses poseían más días festivos que otros, dificultando la programación de la consulta en intervalos menores.

A todas las pacientes se les explicó que, en caso de no poder comparecer en la fecha determinada (generalmente los días jueves), podrían retornar en cualquier jueves siguiente, o mismo en uno de los días en que hubiese realización de la prueba de Papanicolaou en la unidad (lunes, martes, miércoles y viernes).

El período de la recolección de la encuesta CAP comprendió los meses entre septiembre de 2010 y febrero de 2011, haciendo un total de seis meses. Sin embargo, debido a que la consulta de retorno se extendía hasta 60 días después de la realización del examen, el período total de recolección se extendió hasta mitad de mayo de 2011 (aproximadamente nueve meses).

Los datos fueron compilados y analizados con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versión 18.0. Las variables continuas fueron expresadas como promedio ± desviación estándar, con intervalo de confianza (IC) de 95% y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Para evaluar la existencia de factores relacionados a la no asistencia de las mujeres a la consulta de retorno (para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou) fue utilizada la prueba χ^2 de Pearson. Para todos los análisis, un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Además de eso, fue asegurado el cumplimiento de las normas para investigaciones con seres humanos, conforme la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud de Brasil⁽¹¹⁾. El proyecto fue enviado al Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de Ceará y aprobado con el número de protocolo 81/09.

Resultados

Durante la investigación, fueron llenados 802 cuestionarios, sin embargo, fueron excluidas de la muestra 27 mujeres, por no haber realizado la prueba de Papanicolaou, lo que dio un total de la muestra de 775 pacientes.

La edad de las mujeres investigadas varió entre 13 y 78 años, con un promedio de 35 años. Ellas poseían, en promedio, siete años de estudio e iniciaron la vida sexual (IVS) alrededor de los 16 años de edad. La mayoría de las mujeres que realizó el examen durante la investigación tenía menos de 35 años (58,5%), vivía con el compañero (69,4%), no trabajaba afuera (62,3%) y residía próxima al puesto de salud (94,2%). El conocimiento sobre el examen tuvo un alto porcentaje considerado como inadecuado (72,3%).

Todas las participantes tuvieron consulta de retorno programada dentro de un intervalo promedio de 43 días (Mínimo: 30 días/Máximo: 54 días) después

de la realización del examen. Al dejar la unidad, todas las pacientes recibieron un recordatorio visual, con informaciones sobre la fecha, el horario y el nombre de la profesional responsable por la consulta de retorno. En caso de que las mujeres no pudiesen comparecer en el día programado, había la posibilidad de recibir el resultado en un día posterior, hasta el final de la investigación (mayo de 2011).

Durante el período de realización de la investigación, de las 775 mujeres que compusieron la muestra, la mayoría (83%) compareció para recibir el resultado del examen, a pesar de que 28% (n=181) de estas lo hicieron después de la fecha programada para el retorno (Figura 1).

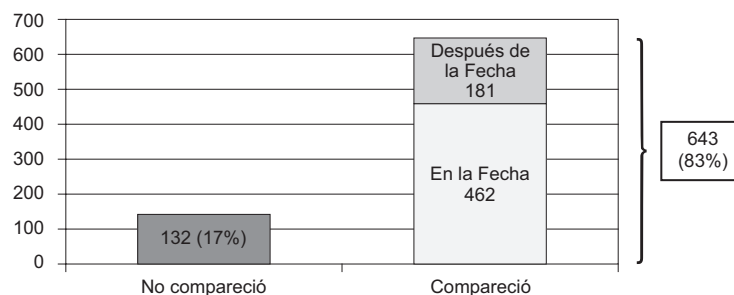


Figura 1 - Distribución de la muestra de acuerdo con el asistencia a la consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

La mediana de las 643 pacientes que retornaron para recibir el resultado del examen fue de 45 (± 23) días, con el intervalo variando de 30 a 287 días. Entre los principales motivos para comparecer después de la fecha programada, se destacaron las causas personales con 91,6% de las justificaciones. Como causas personales fueron clasificadas las situaciones con algo relacionado a la propia mujer (enfermedad, olvido, problemas en casa, trabajo, viaje, etc.) que les impidió ir a buscar el resultado del examen.

Del total de mujeres que no retornaron, ocho (17%) presentaron muestras insatisfactorias, cuatro (8,9%) y una (2,2%) exhibieron inflamación acentuada y purulenta, respectivamente. Una (2,2%) mujer tuvo el examen compatible con Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I) y tres (6,7%) con Alteración Celular Escamosa de Significado Indeterminado (ASCUS).

A pesar de que todas las mujeres que comparecieron a la unidad investigada después de la fecha programada hubiesen recibido sus resultados, para el cálculo de los factores relacionados al no presentarse a la consulta de retorno, fue necesario definir el intervalo límite de sesenta y cinco días para considerar que la mujer retornó. Ese

plazo fue adoptado por haber sido el número máximo de días dado a las últimas pacientes que realizaron el examen para retornar, o sea, las mujeres que comparecieron dentro de hasta sesenta y cinco días para recibir el resultado del examen fueron clasificadas como "Retornó", las mujeres que comparecieron después de sesenta y cinco días desde la realización del examen y las que no comparecieron fueron clasificadas como "No retornó". De esta forma, como 132 mujeres no comparecieron y 58 comparecieron después de 65 días, se obtuvo un total de 190 mujeres.

Fueron encontradas proporciones más altas de no asistencia a la consulta de retorno, relacionadas a las siguientes características: mujeres jóvenes ($p=0,001$), con inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$) y que fueron clasificadas durante la encuesta CAP con conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$). El hecho de que la mujer no residía próxima del puesto de salud no tuvo relevancia estadística con el no retorno (Tabla 1).

También debe quedar claro: "El inicio precoz de la actividad sexual" fue definido como ≤ 20 años, ¿Con qué base? ¿Cuál fue la edad definida como límite de la adolescencia? ¿Con qué referencia?

Tabla 1 - Factores relacionados a la en el asistencia de las mujeres a la consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variables (n=775)	No retornó (Total=190)		χ^2	p	OR (IC95%)
	N	%			
Edad			11,695	0,001	1,8(1,2-2,6)
≤35 años (n=469)	135	28,8			
>35 años (n=306)	55	18,0			
Escolaridad			0,773	0,379	0,8(0,6-1,1)
≤9 años (n=413)	96	23,2			
>9 años (n=362)	94	26,0			
Inicio de la actividad sexual			3,963	0,047	1,7(1,0-3,1)
≤20 años (n=680)	174	25,6			
>20 años (n=93)	15	16,1			
Estado Conyugal			0,026	0,871	1,0(0,7-1,4)
Sin compañero (n=237)	59	24,9			
Con compañero (n= 538)	131	24,3			
Trabaja Afuera					
Si (n=292)	82	28,1	3,220	0,073	1,3(0,9-1,8)
No (n= 483)	108	22,4			
Vive Próxima			1,123	0,289	0,7(0,3-1,3)
Si (n=730)	176	24,1			
No (n= 45)	14	31,1			
Realización del examen			3,197	0,074	1,5(0,9-2,6)
Primera vez (n=76)	25	32,9			
Subsecuente (n=699)	165	23,6			
Conocimiento			4,769	0,029	1,5(1,0-2,2)
Inadecuado (n=560)	149	26,6			
Adecuado (n=215)	41	19,1			
Actitud			2,783	0,095	0,7(0,5-1,0)
Inadecuada (n=491)	130	26,5			
Adecuada (n=284)	60	21,1			
Práctica			0,005	0,941	0,9(0,6-1,4)
Inadecuada (n=239)	59	24,7			
Adecuada (n=536)	131	24,4			

Discusión

En comparación con la tasa de no retorno de 24,9%, encontrada en 2008 en la misma unidad de salud⁽⁶⁾, la investigación confirmó que hubo una reducción para 17%. Ese hecho puede ser atribuido a la garantía de tener la consulta de retorno programada para todas las pacientes, lo que no existía en la unidad investigada hasta ese entonces. Además de la programación, había flexibilidad en la atención a las mujeres que por algún motivo no pudiesen comparecer en la fecha programada, lo que posibilitó el retorno de otras 181 mujeres para recibir el resultado del examen.

En un estudio realizado en Fortaleza, de las 645 mujeres que realizaron el examen entre junio de 2005 y junio de 2006, 101 (15,6%) de ellas no retornaron para recibir el resultado del examen⁽⁷⁾. Durante la encuesta domiciliar realizado en la ciudad de Pelotas, en el estado de Rio Grande del Sur, en el período de octubre

a diciembre de 2003, en 1.404 mujeres, el resultado del último examen todavía no era conocido por 10,3% de las mujeres, independientemente del tiempo de realización, siendo 8,1% en los servicios públicos, en cuanto en los servicios de salud por convenios o particulares fue de 3,2%⁽¹²⁾. Entre los estudios en los cuales el porcentaje de no retorno fue investigado, las tasas son bastante inferiores a la encontrada en esta investigación, Sin embargo la metodología utilizada torna difícil la comparación.

Una investigación realizada en una unidad básica de salud de Fortaleza reveló que los factores que dificultan el acceso de la mujer al resultado del examen resultan desde aspectos relacionados a la organización del servicio de salud hasta asuntos relacionados a la propia mujer; siendo los primeros responsables por una proporción bien mayor (27,3%) cuando comparados a los demás⁽⁷⁾.

Se resalta también que la aparente falta de interés de la mujer en recibir el resultado, representada por las justificaciones por motivos personales, no siempre

es unilateral⁽⁷⁾. La baja calidad de la atención prestada, la dificultad en conseguir una nueva atención cuando la mujer no puede comparecer en la fecha prevista, la larga fila de espera para recibir atención o programar la consulta, y la falta de comunicación eficaz entre la usuaria y los profesionales del servicio también contribuyen para dificultar el acceso de la mujer al resultado del examen⁽⁶⁻⁷⁾.

El problema del no retorno está presente en varios contextos, a pesar de que en proporciones variadas, indicando que los profesionales de la salud responsables por la prevención del CCU deben utilizar estrategias tanto de orden cognitivo (para incrementar el conocimiento de las mujeres sobre el combate al cáncer de cuello uterino, enfatizando la importancia de la consulta de retorno) como de orden comportamental, para reforzar el comportamiento de retorno, utilizando recordatorios gráficos, visuales o llamadas telefónicas; y también las estrategias sociales, que pueden ser cambios en el sistema de salud vigente, para optimizar la dinámica de la atención con el objetivo de disminuir esos números.

Para eso, es necesario no solamente conocer los motivos por los cuales las mujeres no retornan, pero también quienes son esas mujeres y si existen características relacionadas al compartimento de no retornar.

En un estudio realizado, también en Fortaleza, con el objetivo de evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de 250 mujeres sobre el examen de Papanicolaou, se detectó que 67,6% de las entrevistadas fueron clasificadas con práctica inadecuada del examen. Las mujeres que afirmaron realizar el examen con una periodicidad superior a tres años presentaron una proporción mayor de no retorno para recibir el resultado del último examen⁽¹⁰⁾.

En esta investigación, la edad fue el factor más fuertemente relacionado con el no retorno (OR=1,8). Además de que las mujeres más jóvenes (<35 años) realizaban el examen con más frecuencia, inclusive no estando en el intervalo de edad de mayor riesgo para el CCU, también son las que menos retornaban para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou, como fue verificado en este estudio (promedio de la edad de las mujeres que retornaron=37,0; promedio de la edad de las mujeres que no retornaron=31,0: $p=0,001$). Este hecho puede ser uno de los que contribuyeron para el bajo impacto del examen en los índices de mortalidad por CCU.

Además, se resalta que las mujeres que presentan el factor de riesgo inicio precoz de la actividad sexual para el CCU, tienen 1,7 veces más probabilidad de no retornar para recibir el resultado (Tabla 1).

A pesar de que la baja escolaridad no está asociada estadísticamente con el no retorno (promedio de los años de estudio de las mujeres que retornaron=7,0;

promedio de los años de estudio de las mujeres que no retornaron=7,2: $p=0,888$), otra investigación⁽¹²⁾ demostró que el porcentaje de usuarias que no sabía el resultado de sus exámenes aumentaba conforme disminuía la escolaridad; la proporción fue cerca de tres veces mayor entre aquellas con hasta cuatro años de escolaridad en relación a las mujeres con doce o más de escolaridad (10,7% contra 2,9%) (valor p de tendencia lineal=0,000). Poco más de un tercio (35,6%) de las mujeres con escolaridad hasta cuatro años creen que el CCU no es curable, en cuanto entre las mujeres con doce o más de escolaridad el porcentaje fue de 9,9⁽¹²⁾.

El conocimiento inadecuado en relación a la prueba de Papanicolaou es una característica de riesgo descrita en la literatura⁽¹⁰⁾ para la no realización del examen y, en esta investigación, para el no retorno. Esos datos evidencian que los vacíos en el conocimiento influyen la adopción de comportamientos saludables, más específicamente en el caso de esta investigación, en la actitud de la mujer de retornar para recibir el resultado.

En ese sentido, es necesaria la aplicación de una estrategia de educación en salud, la cual debe ser desempeñada por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud, especialmente por el enfermero. Para cumplir bien el papel de educador, el profesional debe identificar la información que los aprendices necesitan y considerar la motivación y los estilos de aprendizaje. Entretanto, apenas dar informaciones al aprendiz no garantiza su aprendizaje⁽¹³⁾. Las necesidades de aprendizaje son definidas como vacíos en el conocimiento entre el nivel de desempeño real y el nivel de desempeño deseado. Esos vacíos existen debido a la falta de conocimiento, actitud o habilidad.

Es importante resaltar que no todos los individuos perciben la propia necesidad de obtener conocimiento sobre determinado asunto. De esa forma, le cabe al educador ayudarlos a identificar, aclarar y priorizar las necesidades y los intereses de ellos. Después de eso, la información reunida puede, a su vez, ser usada para establecer objetivos y planificar abordajes apropiados y efectivos en el proceso de enseñanza y aprendizaje, a fin de que la educación comience en el punto adecuado para el aprendiz, y no a partir de un nivel desconocido o inapropiado⁽¹³⁾.

A pesar de todos los maleficios ocasionados por el no retorno de la mujer, en los resaltados en este artículo, todavía puede ser percibido que, a pesar de la cantidad reducida, las mujeres que presentaron muestras insatisfactorias no serán orientadas a repetir inmediatamente sus exámenes, ni las que presentaron proceso inflamatorio acentuado o purulento podrán ser

tratadas, ni mesmo las que presentaron alteraciones celulares podrán ser acompañadas adecuadamente. A pesar de que, en esos casos, el enfermero pueda usar la búsqueda activa, ella no será garantía de éxito. Situaciones como esta impiden la integralidad de la asistencia prestada y contribuyen para dificultar la detección precoz del CCU.

Conclusiones

Varias son las necesidades de intervención en el combate al CCU, sin embargo, el conocimiento adecuado sobre el examen (finalidad, cuidados necesarios, periodicidad) y sobre la importancia de la consulta de retorno debe ser objeto de esas intervenciones, para permitir que las mujeres puedan optar por comportamientos saludables y mejorar su calidad de vida.

Esa investigación ofrece como contribuciones para la mejoría de la asistencia prestada a la mujer, primeramente el alerta para el equipo de salud, en especial para el enfermero que actúa en los programas de rastreo del CCU, sobre el problema del no retorno, sugiriendo no solamente la organización de la atención y la garantía de la consulta de retorno, pero también aliado a eso, el desarrollo de intervenciones educativas rutineras y eficaces, con estrategias atractivas, principalmente para las mujeres más jóvenes y las de baja escolaridad. De esa manera, será posible disminuir tanto el número de mujeres que no retornan para recibir el resultado del examen como crear fidelidad para la práctica de la realización de ese procedimiento entre las usuarias del servicio. Otros estudios que comprueben la eficacia de esas intervenciones deberían ser realizados.

Referencias

1. Instituto Nacional do Câncer (BR), Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Lyon: IARC; 2008.
3. Dias MBK, Tomazelli JG, Assis M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(3):293-306.
4. Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FET, Pinheiro AKB. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2):437-44.
5. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Social support and cervical and breast cancer screening in Argentinean women from a rural population. *Public Health Nurs*. 2009;26(3):269-76.
6. Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Castelo ARP, Medeiros FC, Pinheiro AKB. Analysis of coverage and of the pap test exams not retired of a basic health unit. *Ver Esc Enferm USP*. 2010;44(2):324-30.
7. Gomes LM, Pinheiro AKB, Vasconcelos CTM, Falcão JSP Júnior. Exame de Papanicolaou: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. *Enferm Global*. 2010;9(3):1-11.
8. França FMSG, Gonçalves MTAM. Atuação do enfermeiro no incentivo ao retorno das mulheres para buscar o resultado de colpocitologia oncótica. *Anuário Produção de Iniciação Científica Discente*. 2007;10(11):33-9.
9. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *A ECS Illumination*. 2004;4(1):7-9.
10. Vasconcelos C, Pinheiro A, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, attitude and practice related to the Pap smear test among users of a primary health unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):97-105.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
12. Hackenhaar AA, César JA, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.
13. Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.