

Comparação da eficácia de intervenções na taxa de retorno para recebimento do laudo colpocitológico: estudo experimental randomizado controlado¹

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos²
Ana Karina Bezerra Pinheiro³
Ana Izabel Oliveira Nicolau⁴
Thaís Marques Lima⁴
Denise de Fátima Fernandes Barbosa⁵

Objetivo: testar os efeitos de uma intervenção comportamental (GCP), educativa (GE) e outra de comparação (GCA) na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o laudo do exame colpocitológico. Métodos: estudo experimental randomizado controlado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde com três grupos: GE (sessão educativa e demonstração do exame), GCP (fita lembrança) e intervenção-padrão (cartão contendo a data da consulta de retorno – lembrete gráfico), aqui denominado de grupo de comparação (GCA). Para a seleção da amostra, estabeleceu-se: ter iniciado atividade sexual e realizar o exame colpocitológico durante o estudo, resultando em 775 mulheres. Resultados: dentre as 775 mulheres, 585 (75,5%) retornaram para receber, o resultado do exame com até 65 dias. O grupo educativo apresentou o maior percentual de retorno (GE=82%/GCA=77%/GCP=66%), com significância estatística apenas quando comparado ao comportamental ($p=0,000$). O grupo educativo obteve menor intervalo ($p<0,05$) da média de dias de retorno para receber o resultado do exame (GE:M=43dias/GCP:M=47,5dias/GCA:M=44,8 dias). Conclusão: o grupo educativo atingiu proporções maiores de retorno, e as mulheres retornaram mais precocemente, porém a intervenção comportamental mostrou-se a menos eficaz. Registro Brasileiro de Ensaio Clínico: RBR-93ykhs.

Descritores: Estudos de Intervenção; Teste de Papanicolaou; Neoplasias do Colo do Útero; Enfermagem; Educação em Saúde.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Intervenção comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta para receber o resultado do exame colpocitológico", apresentada à Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Centro Universitário Estácio, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ MSc, Professor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Como citar este artigo

Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Nicolau AIO, Lima TM, Barbosa DFF. Comparison among the efficacy of interventions for the return rate to receive the pap test report: randomized controlled clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2857. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1337.2857>. mês dia ano URL

Introdução

No Brasil, a coleta colpocitológica, também conhecida como exame de Papanicolaou, consiste no método de rastreamento para a neoplasia do colo do útero por se tratar de um método de baixo custo e de simples realização, por profissionais com alta capacitação e alto potencial preventivo. Porém, dentre os fatores relacionados ao baixo impacto preventivo do exame colpocitológico, encontra-se o uso tardio dos serviços de saúde pelas mulheres em risco. Outros motivos seriam a falta de seguimento e de tratamento adequado para todas as mulheres que foram rastreadas⁽¹⁾.

Além das dificuldades para adesão ao rastreamento, a falta de seguimento configura-se como um fator extremamente relevante, considerando-se o fato de que, quando não há seguimento adequado, todo o investimento financeiro despendido para realização e análise do exame é interrompido. Um dos aspectos que contribuem para a falta de seguimento adequado das pacientes que realizam o rastreamento é o não retorno da mulher para receber o resultado do exame colpocitológico. Essa situação é complexa, multifatorial traz consigo um custo elevado para a sociedade na medida em que o investimento financeiro e profissional empenhado em cada exame realizado tenha seu impacto final prejudicado⁽²⁾.

O problema do não retorno está presente em vários contextos⁽²⁻⁴⁾, embora em proporções variadas, indicando a necessidade de os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção do Câncer do Colo Uterino (CCU) utilizarem estratégias tanto de ordem cognitiva, para incrementar o conhecimento das mulheres sobre o controle dessa moléstia, enfatizando a importância da consulta de retorno, como de ordem comportamental, para reforçar o comportamento de retorno, utilizando lembretes (gráficos, visuais ou telefonemas), e as estratégias sociais que podem ser mudanças no sistema de saúde vigente, a fim de otimizar a dinâmica do atendimento com o objetivo de diminuir esses números.

Revisão envolvendo o tema demonstra que inúmeras intervenções têm sido testadas no combate ao CCU, entretanto com ênfase no aumento da adesão de mulheres ao exame colpocitológico sem, contudo, haver qualquer registro de intervenções com vistas à redução das taxas de não retorno para o seguimento⁽⁵⁾. Além disso, outro fator que suscitou a realização dessa pesquisa foi a constatação, em um estudo preliminar, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza-CE, da alta taxa (24%) de exames colpocitológicos não recebidos pelas usuárias⁽²⁾.

Logo, este estudo tem como objetivo testar os efeitos de uma intervenção comportamental, educativa e outra de comparação na adesão das mulheres à consulta

de retorno para receber o laudo do exame colpocitológico. Estudos desta natureza são relevantes na medida em que buscam propor e avaliar a utilização de intervenções a fim de minimizar as taxas de absenteísmo às consultas de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico e, dessa forma, melhorar a assistência à saúde da mulher, diminuir os gastos desnecessários ao sistema de saúde e estimular enfermeiros a realizarem estratégias para intervir nos problemas relacionados ao controle do CCU.

Método

Ensaio clínico randomizado controlado realizado com mulheres que aguardavam a realização do exame colpocitológico em uma Unidade de Atenção Primária de Saúde situada na periferia da cidade de Fortaleza, estado do Ceará, localizado no nordeste brasileiro. O serviço escolhido apresentava alta taxa de não retorno (24%), conforme obtido por meio de estudo preliminar⁽²⁾.

Foram consideradas elegíveis todas as mulheres que já haviam iniciado atividade sexual e que realizaram o exame de prevenção do CCU na referida UAPS durante o período de coleta de dados. Foram excluídas da amostra mulheres que apresentassem limitação cognitiva que a impedisse de responder o questionário, de participar da intervenção educativa ou comportamental, bem como não ter realizado, por qualquer motivo, a coleta citológica.

A partir da fórmula para estudos com grupos comparativos e da adição de um percentual de segurança de 10%, para eventuais perdas, constatou-se que seriam necessárias 233 participantes para cada grupo, perfazendo um total de 699 mulheres.

O desfecho a ser testado consiste na taxa de não retorno para receber o resultado do exame colpocitológico depois de receber alguma das intervenções propostas no estudo. Assim, as mulheres foram alocadas randomicamente em três grupos:

-Grupo 1 - Comparação: foi oferecida às mulheres somente a consulta de retorno (cartão contendo a data, o nome do profissional e o horário).

-Grupo 2 - Intervenção Educativa: foi oferecida às mulheres, além da consulta de retorno (cartão contendo a data, o nome do profissional e o horário), uma intervenção educativa.

A intervenção educativa foi baseada nos pressupostos de Freire e acontecia em duas fases⁽⁶⁾: situações-problema e demonstração do exame de Papanicolaou. Ambas as fases ocorreram em um único encontro, com o número de mulheres que compareceram para a realização do exame de Papanicolaou (no máximo, dez), durante o período proposto para a intervenção educativa. Todas as intervenções educativas foram aplicadas pela pesquisadora responsável, na sala de reuniões da unidade pesquisada.

Para as situações-problema foram utilizadas cinco representações gráficas ou ilustrações (figuras) geradoras de discussão. Para a fase de demonstração do exame de Papanicolaou, optou-se pela utilização de modelo anatômico de pelve feminina e pelo material utilizado no exame de Papanicolaou.

-Grupo 3 – Intervenção Comportamental: foi oferecida às pacientes uma fita lembrança para colocar no punho, na qual estavam impressas as seguintes palavras: data do retorno (___/___/___), horário (__:__) e o nome do profissional. As datas e horários eram escritos nos seus respectivos espaços com caneta própria para tecido.

A intervenção comportamental está baseada nos conceitos de Skinner, o qual definiu o reforço como qualquer estímulo que aumente a ocorrência de um comportamento⁽⁷⁾, o que, no caso desta pesquisa, foi a fita lembrança para aumentar a taxa de retorno das mulheres para receber o resultado do exame. O valor do reforço depende do seu significado para determinado indivíduo, e o mesmo reforço pode ter efeitos diversos sobre as pessoas.

Dentre as diversas intervenções comportamentais, esta foi escolhida pelo fato de ser de baixo custo e de neste momento ser um hábito regional o uso desse tipo de fita. As fitas utilizadas são chamadas fitas lembranças, 100% poliéster, com 10 mm de largura, encomendadas em três cores diferentes (azul, rosa e lilás) para facilitar a aceitação das mulheres.

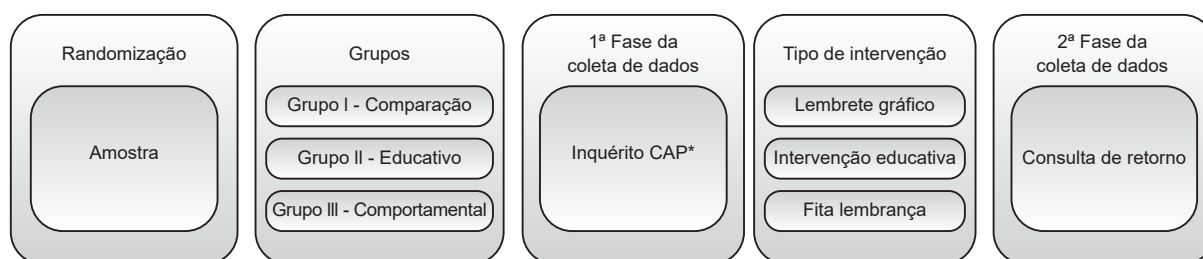
Como as consultas de prevenção do CCU realizadas na instituição pesquisada não eram agendadas, o esquema de randomização sistemática utilizado baseou-se na média de atendimentos mensais para definir os

grupos de intervenção (comportamental e educativa) e comparação. Esse esquema também foi escolhido para impedir a troca de informações entre as pacientes que aguardavam o exame no dia de atendimento, da mesma maneira que pelo fato de as pacientes que realizam o exame de prevenção do CCU frequentarem diariamente a unidade de saúde para outros atendimentos, em salas cujos bancos de espera são os mesmos que as pacientes que esperam pela realização do exame colpocitológico permanecem. Com isso, buscou-se impossibilitar a contaminação (troca de informações) que pudesse ocorrer entre as mulheres que receberam e as que não receberam a intervenção educativa ou comportamental.

Dessa forma, durante um período total de seis meses de coleta, a cada 60 dias consecutivos, trocavam-se os grupos. Nos primeiros 60 dias, foram coletados os dados do grupo comparação, seguidos pelo grupo comportamental e finalizado com o grupo educativo.

Durante esta pesquisa, devido ao reduzido número de pesquisadores participantes, à duração da coleta de dados (seis meses) e ao elevado número da amostra, somente os profissionais (funcionários da instituição) que realizaram os exames colpocitológicos foram cegados, pois além de desconhecerem o cronograma e a disposição dos grupos, as respectivas intervenções eram realizadas antes de as pacientes entrarem no consultório para realização do exame. Isso garantiu que todas as pacientes estivessem igualmente expostas às possíveis orientações individuais fornecidas durante as consultas.

Os dados foram coletados em dois momentos, descritos conforme o fluxograma abaixo (Figura 1):



CAP*= Conhecimento, Atitude e Prática

Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados

O instrumento de coleta de dados referente à parte de identificação e do inquérito de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) validado⁽⁸⁾ foi realizado com todas as mulheres da amostra, considerando-se que aguardavam a consulta, em um dos consultórios disponíveis na unidade de saúde.

A avaliação com o CAP, além das variáveis sociodemográficas, justifica-se para mensurar se os grupos eram compostos por mulheres com perfil

semelhante em relação a essas variáveis que poderiam influenciar no desfecho principal.

De forma a assegurar o direito à consulta de retorno por igual às mulheres, todas tiveram consultas agendadas com a pesquisadora principal, em um período de até 55 dias depois da data de realização do exame.

A consulta de retorno era marcada, por uma das pesquisadoras, em uma agenda, depois da coleta inicial dos dados e registrada em um cartão (grupo comparação e intervenção educativa) ou fita lembrança

(grupo comportamental) entregue à paciente. A todas as pacientes foi esclarecido que, caso não pudessem comparecer na data aprazada, poderiam retornar em qualquer dia em que houvesse realização do exame colpocitológico na unidade.

Foi estabelecido, para fins estatísticos, um prazo de até sessenta e cinco dias para se receber o resultado. Dessa forma, todos os cálculos foram realizados considerando as mulheres que compareceram até 65 dias para receber o resultado do exame como "retornou" e, mesmo que os exames fossem entregues para as pacientes depois desse período, elas foram classificadas como "não retornou".

No dia da consulta de retorno, foram coletados os dados do instrumento referentes à avaliação da consulta de retorno e ao resultado do exame colpocitológico. A avaliação das intervenções aplicadas foi realizada por meio da checagem de todas as mulheres que retornaram para receber o resultado do exame.

O período da coleta do inquérito CAP (1ª fase) compreendeu os meses entre setembro de 2010 e fevereiro de 2011, perfazendo um total de seis meses. Contudo, devido à consulta de retorno (2ª etapa) se estender até 65 dias depois da realização do exame, o período total de coleta aconteceu até meados de maio de 2011 (aproximadamente nove meses).

Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão com intervalo de confiança (IC) de 95% e as categóricas, em frequências e percentuais.

Para a avaliação dos efeitos da intervenção nas taxas de retorno, inicialmente, os grupos foram avaliados quanto à homogeneidade da amostra em relação aos dados de identificação, ao conhecimento, à atitude e prática do exame colpocitológico presentes no inquérito CAP. Diferenças entre as médias de idade, os anos de estudo (escolaridade) e o início da atividade sexual entre os grupos estudados

foram calculadas por meio do teste de análise de variância (ANOVA) e, para as variáveis categóricas, a comparação entre os grupos foi realizada pelo teste do *Qui-quadrado de Pearson*. Em seguida, foram considerados dois parâmetros para avaliar os efeitos da intervenção: o percentual de mulheres que retornou comparado entre os grupos por meio do teste do *Qui-quadrado de Pearson*; a média (\pm DP) de dias com que as pacientes compareceram à consulta de retorno comparada entre os grupos por meio da análise de variância (ANOVA) com correção de Bonferroni.

O ensaio clínico foi descrito conforme o preconizado pelo guia internacional CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para intervenções não farmacológicas⁽⁹⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará com o número de protocolo 81/09. O ensaio clínico foi inscrito no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos sob o número: RBR-93ykh.

Resultados

Durante a pesquisa, foram realizadas esporadicamente algumas campanhas para realização do exame colpocitológico e outras atividades voltadas à saúde da mulher, o que não estava previsto e o que implicou um número superior ao cálculo amostral de mulheres incluídas inicialmente (n=802) na amostra total e por grupo, todavia, 27 foram excluídas, perfazendo um total de 775 pacientes (Figura 2). Dez mulheres do grupo comportamental não aceitaram utilizar a fita lembrança e foram automaticamente inseridas no grupo comparação.

A comparação das variáveis listadas evidenciou que os grupos são estatisticamente comparáveis (Tabela 1). Desta forma, a taxa de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico medida entre os grupos não sofreu influência de nenhum destes fatores, confirmando a eficácia da randomização.

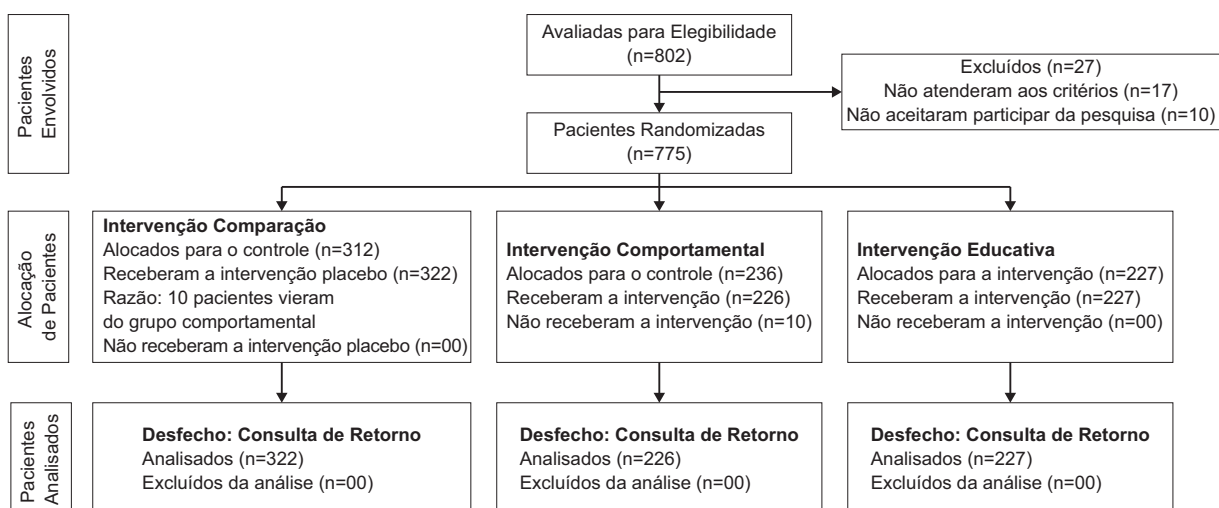


Figura 2 - Fluxograma de desenvolvimento da pesquisa

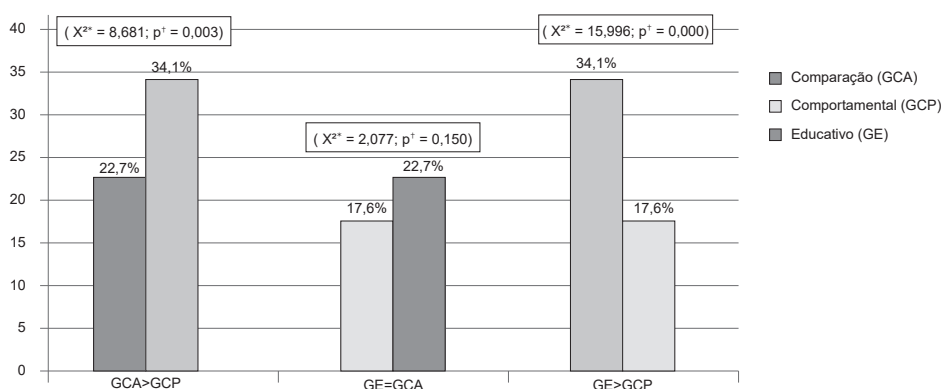
Tabela 1 - Comparação dos grupos de acordo com as variáveis basais. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variável	Grupo Comparação (n=322/41,5%) M*±DP† (IC*95%)	Grupo Educativo (n=227/29,3%) M*±DP† (IC*95%)	Grupo Comportamental (n=226/29,2%) M*±DP† (IC*95%)	Teste F [§] p
Idade (anos)	35,3±14,5(33,4-37,1)	36,7±13,7(33,3-40,0)	34,8±12,7 (33,1-36,5)	0,450 0,638
Escolaridade (anos)	7,1±3,8 (6,6 -7,5)	7,1±3,8 (6,2 - 8,1)	7,0 ±4,1 (6,4 - 7,6)	0,019 0,982
Sexarca (anos)	16,9 ±3,6 (16,4-17,3)	16,6±2,8(15,9-17,3)	16,5±3,3 (16,0-17,0)	0,680 0,507
	N %	N %	N %	χ ^{2*} p
Estado Conjugal				1,131 0,56
Sem companheiro	103 32,0	71 31,3	63 27,9	
Com companheiro	219 68,0	156 68,7	163 72,1	
Trabalha Fora				1,022 0,60
Sim	122 37,9	80 35,2	90 39,8	
Não	200 62,1	147 64,8	136 60,2	
Mora Próximo				1,799 0,40
Sim	299 92,9	216 95,2	215 95,1	
Não	23 7,1	11 4,8	11 4,9	
Conhecimento Inadequado	234 72,7	155 68,3	171 75,7	3,125 0,21
Atitude Inadequada	201 62,4	152 67,0	138 61,1	1,903 0,38
Prática Inadequada	100 31,1	70 30,8	69 30,5	0,017 0,99
Não retornou no último exame	19 6,6	10 5,0	18 8,9	2,547 0,28

M* = Média DP† = Desvio Padrão IC* = Intervalo de Confiança F[§] = ANOVA p^{||} = Nível de significância χ^{2*} = Qui-quadrado

Durante a pesquisa, foi garantida a todas as pacientes consulta de retorno agendada com a pesquisadora com, em média, 43(±5,6) dias. Embora o intervalo com que as consultas foram marcadas tenha ocorrido conforme planejado (<65 dias), houve diferença, mesmo que de forma não intencional, entre os grupos quanto à média de dias entre a realização do exame e a data em que a consulta foi agendada (Grupo comparação: M=42,7/IC95%=42,0-43,3, Grupo Educativo: M=41,4/IC95%=40,6-42,3, Grupo Comportamental: M=45,4/IC95%=44,9-45,9), o que ocorreu devido ao fato de alguns meses possuírem mais feriados que outros dificultando o agendamento da consulta com intervalo menor.

Das 775 mulheres que compuseram a amostra, a maioria (n=643/83%) compareceu para receber o resultado do exame, embora aproximadamente 28% (n=181) destas o fizeram depois da data agendada para o retorno e, portanto, foram automaticamente consideradas como não retorno. Do total de 775 mulheres que realizaram o exame, 585 (75,5%) retornaram para receber o resultado do exame com até 65 dias (Grupo comparação: n=249/77,3%, Grupo Educativo: 187/82,4%, Grupo Comportamental: 149/65,9%). Quando comparadas as taxas de não retorno entre os grupos, tanto o grupo educativo quanto o comparação tiveram taxas inferiores às do grupo comportamental (p<0,05) (Figura 3).



χ^{2*} = Qui-quadrado p[†] = nível de significância

Figura 3 - Comparação dos percentuais de não comparecimento à consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

O grupo comportamental teve um percentual de não retorno estatisticamente superior ao do grupo educativo e comparação. Além disso, a mulher do grupo comportamental apresentou um risco de não retornar de 2,4 (IC95%:1,5-3,7) vezes, quando comparada à mulher do grupo educativo; e, 1,7 (IC95%:1,2-2,5) vezes, quando comparada à mulher do grupo comparação.

Por outro lado, quando se comparam as médias de dias com que as mulheres compareceram para receber o resultado do exame, torna-se evidente que o grupo educativo retornou com o menor intervalo de tempo (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres que retornaram segundo a média de dias entre o exame e a consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Grupo	N	M (dias)*	DP†	IC‡ (95%)
Comparação (GCA)	249	44,8	7,4	43,9 - 45,8
Educativo (GE)	187	43,0	7,1	42,0 - 44,0
Comportamental (GCP)	149	47,5	5,5	46,6 - 48,4
Total	585	44,9	7,1	44,4 - 45,5

M* = Média DP† = Desvio Padrão IC‡ = Intervalo de Confiança F[§](ANOVA) = 17,793 (p = 0,000) ^{||} Pós-hoc Bonferroni: (GCA > GE= 0,020), (GCP >GCA= 0,001), (GCP >GE= 0,000)

Discussão

A aprendizagem é definida como uma mudança no comportamento (conhecimento, atitudes e/ou habilidades) que pode ser observada ou medida e que ocorre a qualquer momento ou em qualquer lugar como resultado da exposição a um estímulo ambiental. Especificamente, a educação dos pacientes consiste no processo de auxiliar as pessoas a aprenderem comportamentos relacionados à saúde que possam ser incorporados à vida diária com o objetivo de otimizar a saúde e a independência no autocuidado. Nesse contexto, uma abordagem educativa interativa e parceira proporciona, ao cliente, a oportunidade de explorar e expandir suas habilidades, podendo este compreender e vivenciar o processo de forma mais autônoma⁽¹⁰⁾.

A intervenção educativa testada durante esta pesquisa não teve como objetivo medir o conhecimento adquirido depois da intervenção, mas avaliar a influência desse conhecimento no comportamento das mulheres em relação ao comparecimento à consulta de retorno. Embora a proporção de pacientes do grupo comparação que retornou tenha sido alta (77%), os dados revelaram que a intervenção educativa atingiu proporções maiores (82%) e que, sobretudo, foi capaz de fazer com que as mulheres retornassem mais precocemente, por ter sido o grupo com menor média de dias de comparecimento para a consulta de retorno, confirmando o poder da educação para a melhora do autocuidado.

O fato de a mulher retornar mais precocemente indica a compreensão sobre a importância da consulta de retorno (tema abordado durante a intervenção), da mesma maneira que sobre os benefícios de agir precocemente a fim de evitar o CCU nas suas formas avançadas. Também possibilita ao profissional uma

melhora da assistência com resolução de possíveis problemas que possam estar presentes.

A maioria das intervenções educativas/cognitivas relacionadas à detecção precoce do CCU revelou que estratégias estáticas como envio de cartas, panfletos ou vídeos, com linguagem simples, abordando aspectos relacionados ao exame colpocitológico, tiveram impacto positivo no conhecimento, embora isso não tenha significado melhora na prática do exame⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, é preciso aprimorar as estratégias e tecnologias educativas nas rotinas dos serviços de saúde para que estas tenham impacto positivo no conhecimento e na atitude, mas, especialmente, nas práticas saudáveis, o que é mais desafiador para gestores e profissionais de saúde. No Brasil, onde grande parte da população ainda apresenta baixo nível de escolaridade e renda, as práticas educativas passam a ganhar uma maior importância na transformação e adoção dos comportamentos em saúde, ressaltando assim o valor de projetos informativos e educativos singulares, que respeitem as necessidades e limitações das usuárias.

Aparentemente, quando a informação é fornecida pelo profissional, com espaço para perguntas específicas sobre o exame ou mesmo para falar sobre os medos e temores que o cercam, há um aumento nas taxas de prática do procedimento quando comparada somente ao oferecimento de informações de forma estática (cartas, panfletos, vídeos, etc.)^(5,11-12).

O conhecimento sobre os benefícios do rastreamento do CCU, os cuidados necessários para realização de um exame de qualidade e a importância da consulta de retorno influenciaram o comportamento das mulheres testadas. Além disso, como o comportamento prediz a prática, maiores taxas de retorno podem ser esperadas ao longo do tempo, pois, clientes informados

aderem com mais facilidade às recomendações dos profissionais de saúde, encontram formas inovadoras de enfrentar a doença e são menos suscetíveis a complicações. Sobretudo, ficam mais satisfeitos com o cuidado quando recebem informações adequadas sobre como se cuidarem⁽¹³⁾.

Ao contrário dos teóricos cognitivistas, os behavioristas sustentam que o uso do reforço é fundamental para aumentar ou diminuir comportamentos em cada indivíduo, levando em conta estímulos antecedentes, mas, sobretudo, os estímulos consequentes (reforçadores)⁽¹⁴⁾. No caso desta pesquisa, as mulheres do grupo comportamental obtiveram as proporções mais baixas de comparecimento à consulta de retorno, da mesma maneira que as pacientes que retornaram o fizeram em um intervalo de tempo maior.

Dentre as desvantagens do uso de intervenções comportamentais, uma está em que a mudança de comportamento tende a se deteriorar ao longo do tempo, especialmente quando os clientes retornam ao seu ambiente natural⁽¹⁵⁾. Tal particularidade pode ter sido responsável pelos índices mais baixos de comparecimento à consulta de retorno pelo grupo que recebeu a intervenção comportamental, haja vista que o comportamento esperado deveria ser efetuado com até 65 dias.

Algumas mulheres do grupo comportamental, que compareceram à consulta de retorno, estavam sem a fita no pulso. Quando indagadas, revelaram as seguintes justificativas: medo de a fita rasgar; a fita rasgou antes da data do retorno (lavadeiras); o constrangimento devido à possibilidade de ser questionada em público sobre a finalidade da pulseira; o estar em uma ocasião importante e não querer que a fita ficasse visível. Diante disso, para que o reforço seja eficaz, é necessário analisar que tipos de reforços são passíveis de aumentar ou diminuir comportamentos em cada indivíduo, favorecendo a motivação extrínseca e intrínseca⁽¹⁴⁾. No caso desta pesquisa, a fita lembrança mostrou-se a menos eficaz para diminuir as taxas de não retorno das pacientes para receber o resultado do exame. Todavia, o grupo de comparação, ao qual foi entregue apenas um cartão de retorno, que pode ser considerado como um tipo de lembrete gráfico, revelou ser esta uma estratégia melhor.

Independente do ambiente de trabalho, os profissionais da saúde lidam com uma complexa variedade de pessoas, que podem beneficiar-se, em relação ao aprendizado, com a utilização de um determinado tipo de intervenção, o que reforça a necessidade de combinar estratégias. Ademais, as formas de aprendizagem e processamento preferidos de cada um podem ajudar a determinar a seleção de abordagens teóricas mais apropriadas, isto é, considerando-se que alguns aprendem pela ação e pela resposta (behaviorista), o

caminho da aprendizagem, para outros, pode ser o da percepção e do pensamento (cognitiva)⁽¹⁶⁾.

A contribuição mais relevante dessa pesquisa é tornar evidente que estratégias, principalmente as que utilizam o componente educativo, podem ser idealizadas e aplicadas com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado às mulheres que buscam a prevenção do CCU e, desta forma, diminuir os índices de morbimortalidade por essa doença.

Essa pesquisa teve algumas limitações. Primeiramente, o fato de não haver consulta de retorno garantida às mulheres na instituição pesquisada, mesmo sendo um direito, influenciou o desfecho em todos os grupos. Outro aspecto importante foi que, mesmo de forma não intencional, o grupo educativo teve a consulta de retorno agendada com tempo inferior aos demais grupos. Além disso, também se ressalta a escolha da fita lembrança, pois se apresentou um material frágil que poderia rasgar e comprometer o objetivo da intervenção, da mesma maneira que de inconveniente utilização, porque despertava a curiosidade de outras pessoas, o que acabava constrangendo a mulher.

Como sugestão para outros estudos, aconselha-se utilizar uma unidade de saúde em que a consulta de retorno seja garantida às mulheres, possibilitando o cegamento na avaliação do retorno. Outra sugestão é que sejam testados outros tipos de intervenções comportamentais em que o reforço seja dado com intervalo menor de tempo, como a ligação telefônica ou mensagem via aparelho celular alguns dias antes da consulta de retorno.

Além disso, deveriam ser testadas intervenções sociais com utilização dos agentes comunitários de saúde e intervenções mistas com a intenção de identificar a abordagem mais apropriada para incentivar as mulheres a comparecerem à consulta de retorno.

Conclusão

As mulheres do grupo educativo retornaram em maior proporção (82%) e mais precocemente para a consulta confirmando a superioridade da intervenção educativa quando comparada às demais. A intervenção comportamental utilizada (fita lembrança) mostrou-se a menos eficaz para diminuir as taxas de não retorno, tendo em vista que as mulheres desse grupo tiveram os menores percentuais de comparecimento à consulta de retorno, da mesma maneira que o fizeram em um intervalo maior quando comparado aos outros grupos.

Referências

1. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, et al. Cobertura e adequação do exame

- citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [Acesso 12 julho 2016];28(12):2257-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400005
2. Vasconcelos CTM, Cunha DFF, Pinheiro AKB, Sawada NO. Factors related to failure to attend the consultation to receive the results of the Pap smear test. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2014 [Access July 12, 2016];22(3):401-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300401
3. Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saúde Pública*. [Internet] 2012 [Acesso 12 julho 2016];28(6):1156-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600014
4. Rocha BD, Bisognin P, Cortes LF, Spall KB, Landerdahl MC, Vogt MSL. Exame de papanicolau: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev Enferm UFSM*. 2013 [Acesso 12 julho 2016];2(3):619-29. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6601>
5. Vasconcelos CTM, Damasceno MMC, Lima FET, Pinheiro AKB. Integrative Review of the Nursing Interventions Used for the Early Detection of Cervical Uterine Cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [Access Ago 2nd, 2016];19(2):437-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200028.
6. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. 44. ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2013.
7. Skinner BF. *Contingency of reinforcement: a theoretical analysis*. New York (NY): Appleton-Celitury-Crofts; 1969.
8. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, 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*. [Internet]. 2011 [Access Ago 2nd, 2016];19(1):97-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100014
9. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2008 [Access Ago 2nd, 2016];148(4):295-309. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18283207>
10. Nery VAS. Práticas educativas contemporâneas e suas contribuições na promoção da saúde de pessoas com hipertensão arterial. *C&D-Rev Eletr Fainor*. [Internet]. 2013 [Acesso 20 ago 2015]; 6(1): 119-31. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/199/143>
11. Nuno T, Martinez ME, Harris R, Garcia F. A *promotora*-administered group education intervention to promote breast and cervical cancer screening in a rural community along the U.S.-Mexico border: a randomized controlled trial. *Cancer Causes Control*. [Internet]. 2011 [Access Ago 14, 2016];22(3):367-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184267>.
12. Han HR, Kim J, Lee JE, Hedlin HK, Song H, Song Y, et al. Interventions that increase use of pap tests among ethnic minority women: a meta-analysis. *Psychooncology*. [Internet]. 2011 [Access Ago 2nd, 2016];20(4):341-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878847>
13. Nunes JM, Oliveira EM, Machado MFAS, Costa PNP, Vieira NFC. Ser mulher e participar de grupo educativo em saúde na comunidade: motivações e expectativas. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2014 [Acesso 23 julho 2016];22(1):123-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a19.pdf>
14. Barreira SD. Teorias cognitivas da motivação e sua relação com o desempenho escolar. *Póiesis Pedagógica*. [Internet] 2010 [Acesso 18 julho 2016];8(2):159-75. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/poiesis/article/view/14065>
15. Bastable SB. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 4. ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2014.
16. Giusta AS. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. *Educ Rev*. [Internet]. 2013 [Acesso 29 set 2015]; 29(1):17-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/v29n1/a03v29n1.pdf>

Recebido: 25.11.2015

Aceito: 14.11.2016

Correspondência:

Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: camilamoiravasco@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.