

Intervenciones por teléfono en la adhesión al recibimiento del laudo Papanicolau: ensayo clínico aleatorio¹

Ana Izabel Oliveira Nicolau²
Thaís Marques Lima²
Camila Teixeira Moreira Vasconcelos³
Francisco Herlânio Costa Carvalho⁴
Priscila de Souza Aquino³
Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵

Objetivo: probar la eficacia de las intervenciones comportamental y educativa, por teléfono, para la comparecencia femenina a la consulta para recibimiento del laudo Papanicolau. **Método:** ensayo clínico aleatorio, con una muestra aleatoria en tres grupos: llamada educativa (n=171), llamada recordatoria (n=171) y comparación (n=169). Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, haber iniciado la actividad sexual, realizar el examen preventivo durante el estudio y poseer teléfono móvil o fijo. Fue aplicado al grupo educativo, por llamada telefónica, un guión basado en la entrevista motivacional y en las directrices brasileñas. El comportamental recibió llamada recordatoria de la consulta. Al grupo comparación, se le entregó el cartón de retorno programado. **Resultados:** las mujeres que recibieron una de las intervenciones presentaron tasa de 7,3% de no retorno y aumento de 39% (RR IC95%: 1,24–1,55) en la protección contra ese resultado. En el análisis individual de las intervenciones, se comprobó que ambas son eficaces, ya que la llamada recordatoria evita en 40% (RR IC95%: 1,25–1,57) la no presentación de la mujer al servicio y la llamada educativa, en 37%(RR IC95%: 1,22–1,54). Las tasas de no retorno fueron de 6,5 y 8,2%, respectivamente, contra 33,1% del grupo comparación. **Conclusión:** las intervenciones comprobadas demostraron mayor eficacia en el contexto educativo y comportamental, en relación a la atención habitual, por motivar el recibimiento del laudo Papanicolau. Registro de ensayo clínico: RBR-w3vnc.

Descriptores: Neoplasias del Cuello Uterino; Teléfono; Medios de Comunicación; Enfermería Basada en la Evidencia; Ensayo Clínico; Prevención de Enfermedades.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Efeitos de intervenções por telefone na adesão ao recebimento do laudo colpocitológico", presentada en Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil,

² PhD, Profesor Asistente, Via Corpvvs, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil,

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil,

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil,

⁵ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Cómo citar este artículo

Nicolau AIO, Lima TM, Vasconcelos CTM, Carvalho FHC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Telephone interventions in adherence to receiving the Pap test report: a randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2948. [Access

día	mes	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1845.2948>.

Introducción

En la superación de los desafíos inherentes al control del cáncer cervical uterino, el profesional enfermero actúa como agente promotor de salud, educador en salud y prestador de cuidados. Su actuación abarca todos los elementos esenciales en la línea de cuidado del cáncer de cuello del útero, lo que exige competencias y habilidades profesionales.

Inserido en la perspectiva de prevención, se encuentra un importante obstáculo referente a las dificultades de adhesión y continuidad de los cuidados; cuando la mujer no retorna al servicio de salud, el seguimiento de las conductas relacionadas al laudo no ocurre en tiempo hábil, lo que provoca desperdicio de tiempo y recursos, por parte del servicio y de la mujer, ya que los objetivos de la realización del examen, es decir, la prevención, la detección precoz y el empoderamiento, en lo que se refiere al cáncer, no fueron alcanzado en su totalidad. Además, se pierde la oportunidad del encuentro entre enfermero y paciente, que es un momento esencial para la promoción de orientaciones y esclarecimientos en salud⁽¹⁾. En la atención primaria a la salud, la comunicación de los resultados de los exámenes de prevención y las primeras conductas de seguimiento son realizadas principalmente por los profesionales enfermeros.

En la evaluación nacional sobre el no retorno, se constató un 25% de no presentación en 114 mujeres, pertenecientes al intervalo etario de 18 a 50 años, registrados en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de Iporá, GO⁽²⁾, Brasil. Situación diferente fue constatada en Santa Maria, RS, Brasil, en que apenas 2% de la muestra de 122 mujeres, todas de 25 a 64 años, relataron que no retornaron a la unidad por ya existir programa de convocación telefónico o domiciliar⁽³⁾. En el municipio de Fortaleza, CE, Brasil, en un estudio piloto desarrollado en el Centro de Desarrollo Familiar (Cedefam), a partir del análisis de 3.357 fichas médicas de 2003 a 2011, se evidenció una tasa de no retorno de 23,2%⁽⁴⁾, realidad semejante a la de Iporá, GO.

En la literatura han sido descritas intervenciones para aumentar la adhesión de las mujeres al examen Papanicolau, especialmente con el objetivo de mejorar las informaciones suministradas y/o para reducir las barreras de acceso al examen⁽⁵⁻⁶⁾. Entre tanto, inclusive frente a la eficacia de esas intervenciones y del alto potencial de cura del cáncer cervical uterino, la prevención de esa enfermedad puede ser comprometida en el caso de que las mujeres no retornen para recibir el resultado del examen y, consecuentemente, retarden el inicio de las recomendaciones adecuadas a cada situación.

En el contexto de las intervenciones comprobadas, para amenizar la problemática del no retorno, las

principales pueden ser clasificadas en comportamentales, en la medida en que ofrecen estímulos a la realización del examen de Papanicolaou y al retorno (recordatorios, por ejemplo) y las cognitivas que son aquellas que tienen por objetivo suministrar nuevas informaciones y educar al público al que se dirigen⁽⁷⁾. Los esfuerzos recientes de los enfermeros para aumentar la continuidad de los cuidados primarios en salud incluyeron estrategias como el recordatorio por teléfono (intervención comportamental) y el asesoramiento telefónico (intervención educativa) como posibilidad motivacional⁽⁸⁻⁹⁾.

La utilización del teléfono, para motivación del cuidado continuo en salud, muchas veces es atractivo, accesible y menos caro que otras formas de acción. Las intervenciones telefónicas basadas en la literatura y en el abordaje humanizado, con espacio para preguntas específicas sobre el examen, o inclusive para hablar al respecto de los miedos que cercan al paciente, pueden ser tan eficaces para dar continuidad a los cuidados cuanto las intervenciones personalmente implementadas y, mejores que medios estáticos, como cartas, panfletos y videos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

La etiología del problema relacionado al no retorno es multicausal, sea por motivos personales, sociales, educacionales o institucionales⁽¹⁾. Sin embargo, a partir de la suposición de que la educación ultrapasa todas esas barreras y que, si realizada de forma participativa y dialógica, culminará en el empoderamiento, motivación y fortalecimiento de la autonomía femenina en las elecciones conscientes en salud, permitirá que las mujeres asuman la postura de sujetos corresponsables por la adopción de comportamientos saludables.

De acuerdo con lo expuesto, se pretende probar la eficacia de las intervenciones comportamental y educativa por teléfono para el comparecencia femenina a la consulta para recibir el laudo Papanicolau.

La hipótesis a ser comprobada es que "la aplicación de intervenciones educativas o comportamentales vía teléfono, por la enfermera, aumenta la adhesión de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el resultado del examen Papanicolau".

Los estudios de esta naturaleza son relevantes, cuando se busca valorizar el seguimiento de las recomendaciones en tiempo hábil para alcanzar el real poder preventivo del examen, disminuir los gastos desnecesarios del sistema de salud y estimular los enfermeros a realizar estrategias eficaces para el control del cáncer cervical uterino.

En el ámbito del desarrollo científico de la enfermería, se propone, en este estudio, la presentación de los resultados de alto nivel de evidencia en relación a las intervenciones telefónicas, hasta entonces inéditas en el contexto brasileño, frente a la problemática del no retorno.

Método

Estudio del tipo ensayo clínico aleatorio, desarrollado en la Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, la cual pertenece al Cedefam, situada en la periferia de Fortaleza, CE, Brasil. El Cedefam es vinculado a la Universidad Federal del Ceará (UFC) para promoción de asistencia a la salud de la mujer y del niño, por profesionales y estudiantes de enfermería.

La población del estudio estuvo compuesta de mujeres que realizaron el examen de prevención del cáncer cervical uterino en la referida unidad. Fueron utilizados los siguientes criterios de inclusión: tener edad mayor o igual a 18 años; haber iniciado la actividad sexual; realizar el examen de Papanicolaou en el período de la recolección de datos; y, poseer teléfono móvil o fijo. Como criterio de exclusión, se definió: presentar alguna patología relacionada a procesos mentales, de articulación del habla o auditivos que le impida responder el formulario y participar de las intervenciones.

Los motivos de las pérdidas de seguimiento fueron: no ter sido posible el contacto telefónico en los grupos en que hubo intervenciones o la llamada telefónica no pudo ser concluida. La llamada era considerada no atendida solamente después de tres intentos de contacto telefónico, en diferentes horarios del día (horario comercial) y durante dos días consecutivos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó el porcentaje de 10% para diferencia clínicamente importante. En el servicio escogido, la tasa de no retorno para busca del laudo era de 23,2%⁽⁴⁾. Al inserir los valores en la fórmula para estudios con grupos comparativos ($Z\alpha=95\%$, $Z\beta=80\%$, $p=23\%$, $d=10\%$), se obtuvo el resultado de que serían necesarias 139 mujeres; sin embargo, fue adicionado un porcentaje de seguridad de 30% para compensar posibles pérdidas telefónicas (número equivocado o cambio de número), totalizando así 542, aproximadamente 180 por grupo. Al final de las exclusiones y pérdidas de seguimiento, la muestra quedó constituida por 169 participantes en el grupo de comparación, 171 en el grupo intervención "llamada educativa" y 170 en el grupo "llamada recordatoria", totalizando 510 participantes, conforme el diagrama de flujo de la Figura 1.

El método aleatorio utilizado tuvo como base las mujeres que recibieron la atención ginecológica para determinar los grupos de intervención (comportamental: llamada recordatoria y educativo: llamada educativa) y el de comparación. Al final de cada mes de recolección, la muestra recolectada fue compilada en una planilla Excel, conteniendo el número de la ficha médica, las iniciales y la edad de cada paciente, anteceditos por el número secuencial de la lista. Realizada la organización, se efectuó la

generación de números aleatorios para la asignación aleatoria en los tres diferentes grupos en cuestión.

Las participantes fueron designados aleatoriamente en tres grupos, los que fueron:

Grupo 1 – comparación: atención habitual (educación en salud tipo sala de espera, recolección de colpocitología y programación de retorno con entrega de cartón estandarizado; el que contenía la fecha, el horario y el nombre del enfermero responsable).

Grupo 2 – intervención "llamada educativa": además de la atención habitual, fue ofrecida a las mujeres la intervención llamada educativa, cuyo contenido era orientado por los temas de la ficha guía 4 de la tecnología desarrollada en este estudio⁽¹²⁾, con base en las directrices brasileñas de control del cáncer cervical uterino. El diálogo establecido en el abordaje telefónico fue conducido según los principios de la Entrevista Motivacional (EM). Se destaca que la EM ha demostrado resultados satisfactorios para el cambio de comportamiento, cuando también es empleada por teléfono y grupos de *chats* en la internet⁽¹³⁾.

La intervención "llamada educativa" fue dividida en las siguientes fases: presentación de la investigadora, aproximación a la usuaria por medio de preguntas abiertas, solicitud de permiso para informar, evocación inicial, intercambio de informaciones educativas y evocación final. Para orientar la conducción del telefonema, fue formulado un guión en que se siguieron estrictamente los preceptos de la EM, conforme las etapas mencionadas. Tales fases ocurrieron en un único contacto telefónico, con duración aproximada de 10 a 15 minutos, una semana antes de la fecha programada para el retorno de la mujer a la unidad. Es recomendado que el tiempo de la intervención vía teléfono sea, como máximo, de 15 minutos⁽¹³⁾.

Grupo 3 – intervención "llamada recordatoria": además de la atención habitual, también fue ofrecida la intervención comportamental (llamada recordatoria), cuyo contenido se refería a la fecha y horario de la consulta programada, una semana antes de la fecha que fue determinada para el retorno a la unidad. En la intervención comportamental, se parte de la premisa de que las personas precisarían de un estímulo (recordatorio) para practicar la conducta adecuada, ya que el comportamiento (respuesta) es visto como el resultado de condiciones estimuladas⁽¹⁴⁾.

Los telefonemas fueron realizados por dos profesionales enfermeros (uno para cada intervención). En estos se ocultó la identidad del otro profesional y el otro tipo de intervención que estaba siendo comprobada; los profesionales fueron entrenados separadamente. Por otro lado, a los profesionales responsables por la realización de los exámenes se les ocultó la disposición de los grupos y de las intervenciones. En la consulta inicial, las pacientes no

fueron informadas sobre el grupo al que pertenecían, lo que permitió, también, ocultar esa información. La evaluación del resultado principal (retornar para buscar el resultado) fue realizada por el equipo del servicio y por la investigadora. No hubo ocultamiento, ya que se trataba de resultado "duro", en el que no hay incertidumbre o posibilidad de evaluación con sesgo, en el caso de retornar o no a la consulta. En el programa de análisis estadístico utilizado, los grupos fueron identificados por letras (X, Y, Z) para imposibilitar la identificación por el estadístico y permitir su ocultamiento.

Los datos fueron recolectados de junio a diciembre de 2014. En el inicio del seguimiento, el instrumento de recogida de datos referente a la identificación y el formulario de evaluación del Conocimiento, Actitud y Práctica (CAP), en cuanto al examen e importancia del retorno, fueron aplicados en todas las mujeres cuando aguardaban la consulta de prevención, en uno de los consultorios disponibles en la unidad de salud. El formulario CAP completo fue validado en un estudio anterior⁽¹⁵⁾.

De forma a asegurar el derecho a la consulta de retorno por igual a todas las mujeres, estas tuvieron el retorno programado en el período de hasta 40 días después de la fecha de realización del examen. Con la finalidad de evitar que las pacientes atendidas, en los primeros meses de la recogida, tuviesen un período de días mayor para retornar, fue establecido el plazo de hasta 65 días (atraso máximo aceptable de 25 días) para el recibimiento del resultado y, mismo que los exámenes hubiesen sido entregados después de ese período, ellas fueron clasificadas como "no retorno".

El seguimiento era concluido en la consulta de retorno, evaluando si la mujer retornó en el día programado y, si no lo hizo, cuantos fueron los días de atraso. Las intervenciones fueron evaluadas por medio de la verificación de las mujeres que buscaron el laudo.

Los datos fueron compilados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0, y, posteriormente, presentados en tablas y gráficos. Las variables continuas fueron expresadas en Media (md) \pm Desviación Estándar (DE), con Intervalo de Confianza (IC) de 95% y, las categóricas, en frecuencias y porcentajes. Los grupos fueron comprobados en cuanto a la homogeneidad a partir de las pruebas de análisis de variancia (ANOVA) y del chi-cuadrado de Pearson. En la evaluación del resultado principal (porcentaje de mujeres que retornó) y de factores relacionados, se utilizó el chi-cuadrado de Pearson y el Riesgo Relativo (RR). El valor de $p \leq 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

El ensayo clínico fue descrito conforme el guión internacional *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para intervenciones no farmacológicas⁽¹⁶⁾. El proyecto fue aprobado por el

Comité de Ética de la UFC, con el Parecer nº 700.619. Las pacientes fueron convidadas a participar del estudio, con posterior lectura y explicación del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) por el investigador a las participantes, sobre todo de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de los tres posibles grupos de asignación. El ensayo clínico fue registrado con el número RBR-3w3vnc en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos. El protocolo completo del estudio clínico está disponible electrónicamente en: <http://www.ensayosclinicos.gov.br/rg/RBR-3w3vnc/>.

Resultados

Fueron aplicados 542 formularios CAP, sin embargo, no fue posible el contacto telefónico con 20 pacientes, como es posible verificar en la Figura 1. Los principales motivos fueron número equivocado o la llamada telefónica no fue respondida. En el grupo comparación, las pérdidas ocurrieron debido a la menstruación de las pacientes en cuanto aguardaban el examen o por realizar la recolección por motivos personales (por ejemplo: necesidad de retornar para el hogar por algún problema familiar).

Los tres grupos fueron comparados (Tabla 1) en lo que se refiere a la homogeneidad, con la finalidad de evaluar posibles diferencias que excediesen las esperadas por el acaso y pudiesen influenciar el resultado.

En la evaluación del resultado principal (Tabla 2), del total de mujeres que realizaron el examen preventivo, 429 (84,1%) retornaron para buscar el resultado.

Las tasas de no retorno fueron de 6,5% en el grupo llamada recordatoria y 8,2% en el de llamada educativa, equivalente a un quinto de la encontrada en el grupo comparación de 33,1%, en el primer caso, y a un cuarto, en el segundo. Las diferencias estadísticas fueron evidenciadas con las tasas de comparecencia a la consulta en los grupos estudiados, de acuerdo con la Tabla 3.

Entre el público objetivo de las intervenciones educativa o comportamental, 7,3% no retornó. Así, las intervenciones, en general, presentaron tasa de 39% (RR/IC95%: 1,24–1,55) de eficacia para protección contra el no retorno cuando comparadas con el grupo comparación.

En el análisis individual de las intervenciones, se comprobó que ambas son eficaces para motivar la busca del resultado, una vez que la llamada recordatoria evita en 40% (RR/IC95%: 1,25–1,57) la no comparecencia de la mujer al servicio y, la llamada educativa, en 37% (RR/IC95%: 1,22–1,54). En la comparación de los dos grupos de intervención, no hubo diferencia estadística en el Test de X^2 , lo que ratifica la eficacia de ambas estrategias, a pesar de que la tasa de no retorno del grupo llamada recordatoria hubiese sido ligeramente menor (1,7%).

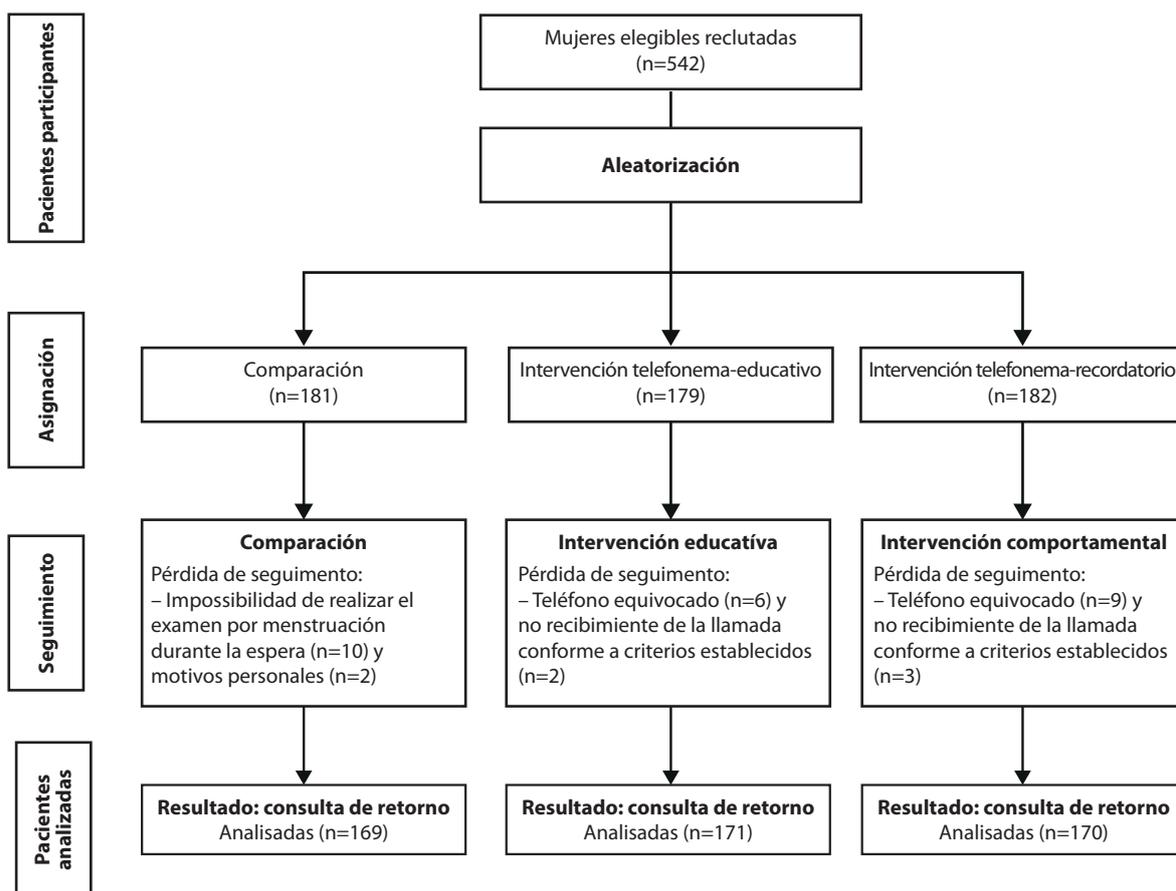


Figura 1 – Diagrama de Flujo de conducción del estudio. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Tabla 1 - Características relativas al inicio del seguimiento de las mujeres, por grupo analizado. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Variable	Grupo comparación		Grupo llamada educativa		Grupo llamada recordatoria		Test
	md*±de†(IC‡95%)		md*±de†(IC‡95%)		md*±de†(IC‡95%)		F§p
Edad (años)	36,4±14,5(34,2–38,6)		37,4±13,0(35,4–9,4)		37,9±13,0(35,9–39,8)		0,425
Escolaridad (años)	9,2±3,1 (8,7–9,6)		8,9±3,5 (8,3–9,4)		9,3±3,2 (8,8–9,8)		0,544
	f	%	f	%	f	%	χ²¶p
Estado civil							0,573
Con compañero	88	52,0	86	50,3	95	55,8	
Sin compañero	81	48,0	85	49,7	75	44,2	
Posee quejas ginecológicas							0,829
Si	78	34,5	75	33,2	73	32,3	
No	91	32	96	33,8	97	34,2	
Cáncer en la familia							0,267
Si	68	40,2	78	45,6	63	37,1	
No	101	59,8	93	54,4	107	62,9	
Participó de grupo educativo sobre cáncer							0,101
Si	76	45,0	89	52,0	69	40,6	
No	93	55,0	82	48,0	101	59,4	
Realización del examen							0,248
Primera vez	8	4,7	3	1,8	8	4,7	
Subsecuente	161	95,3	168	98,2	162	95,3	
Retornó en el último examen							0,513
Si	139	86,3	138	82,1	139	85,8	
No	22	13,7	30	17,9	23	14,2	

*Media; †Desviación Estándar; ‡Intervalo de Confianza; §ANOVA; ||Nivel de significación; ¶Test de chi-cuadrado

Tabla 2- Distribución de las participantes, de acuerdo con el retorno para recibimiento del laudo del examen de Papanicolaou. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Variable	Grupo comparación (n=169)		Grupo llamada educativa (n=171)		Grupo llamada recordatoria (n=170)		Total (N=510)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Retornó	113	66,9	157	91,8	159	93,5	429	84,1
No retorno	56	33,1	14	8,2	11	6,5	81	15,9

Tabla 3- Asociación de los grupos, de acuerdo con el porcentaje de comparecencia a la consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Porcentaje de retorno (%)			X ^{2*}	p [†]	RR [‡] (IC ^{§95%})
Telefonema recordatorio o educativo 92,7	vs	Comparación 66,9	60,072	0,000	1,39 (1,24–1,55)
Telefonema recordatorio 93,5	vs	Comparación 66,9	38,001	0,000	1,40 (1,25–1,57)
Telefonema educativo 91,8	vs	Comparación 66,9	32,769	0,000	1,37(1,22–1,54)
Telefonema recordatorio 93,5	vs	Telefonema educativo 91,8	0,370	0,543	1,01 (0,96–1,00)

*Test de chi-cuadrado; †Nivel de significación; ‡Riesgo Relativo; §Intervalo de Confianza; ||versus

Discusión

Las intervenciones comportamental y educativa comprobadas demostraron eficacia, de modo que, al final, las tasas de no retorno fueron de 6,5 y 8,2%, respectivamente, contra 33,1% del grupo comparación, valor superior al encontrado, 23,2%, en el mismo servicio⁽⁴⁾. En otro estudio de intervención, realizado en Fortaleza, el grupo educativo (álbum seriado en la sala de espera) presentó una tasa de no retorno de 18%, el grupo comportamental (cinta para recordar en la muñeca de las usuarias con la fecha del retorno), de 34% y, el grupo comparación, de 23%. La cinta para recordar no produjo beneficio, pero si contribuyó para alejar a las mujeres del servicio⁽¹²⁾. De esa forma, las intervenciones comprobadas en este estudio demostraron ser más simples y eficaces para motivar la busca del laudo.

Para ocasionar impactos positivos es importante que los abordajes educativos sean: innovadores e interesantes, tanto para los profesionales como para la clientela; coherentes con las necesidades y características socioeconómicas, culturales y educacionales del público objetivo; factibles en las rutinas de los servicios de salud y, así, de realización continua y no eventual; de baja utilización de tiempo y recursos financieros; ampliamente accesibles para que sea posible alcanzar un gran número de personas; y, también, considerar las fragilidades, barreras, motivaciones y potencialidades de cada individuo en la adopción de hábitos saludables, y no apenas el suministro de informaciones.

En las intervenciones que fueron comprobadas, esos aspectos son considerados, inclusive en el empleo del teléfono como medio educativo práctico, accesible y menos caro para las pacientes, en relación a otras formas de acción. Así, se puede afirmar que las estrategias

implementadas están de acuerdo con la idea de que las llamadas telefónicas constituyen otra herramienta para el cuidado holístico, la evolución del cuidado tradicional y no constituye una barrera para el contacto personal entre paciente y profesional⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Con la intervención llamada educativa, basada en la técnica clínica de la EM, fue posible evocar las buenas motivaciones de las pacientes para que hicieran los cambios comportamentales en el interés de la salud, con resultados todavía más positivos por enfatizar que las mujeres poseen un papel activo en su propio cuidado, retirándolas así del estado de ambivalencia⁽¹³⁾. El abordaje vía teléfono, por tratarse de una estrategia con espacios dialógicos interactivos, también es útil para identificación y ablandamiento de barreras educacionales, psicológicas y prácticas, revelándose como un método eficaz para la adhesión a los cuidados ginecológicos.

La eficacia del asesoramiento telefónico también fue comprobada en Alemania, en el contexto del rastreo de la mama⁽¹⁷⁾. En la intervención educativa que fue comprobada, por seguir el abordaje motivacional colaborativo, evocativo y respetuoso de la autonomía del paciente, fueron demostrados resultados promisorios, con diferencias de porcentajes mayores que las presentadas en el estudio arriba citado, con una diferencia de aproximadamente 25 puntos porcentuales (8,2 vs 33,1%; p=0,000) entre la tasas de no retorno del grupo intervención "llamada educativa" con el de comparación.

En el contexto de las intervenciones comportamentales en el ámbito del cáncer cervical uterino, el recordatorio por medio de voz interactiva durante el telefonema demostró eficacia para aumentar la realización del examen. Los telefonemas recordatorios son más eficaces que los recordatorios impresos, ya que promueven una mayor consciencia y la consecuente

mejoría de la participación espontánea en los cuidados de la salud⁽¹⁸⁾. En la comparecencia para busca del laudo, en esta investigación, la tasa de no retorno disminuyó con el recordatorio telefónico aproximadamente 27 puntos porcentuales (6,5 vs 33,1%; $p=0,000$), lo que se mostró altamente eficaz para el resultado estudiado.

El uso del teléfono, sea como recordatorio o asesoramiento, es eficiente sobre todo por presentar una amplia eficacia frente a la diversidad de características, realidades y necesidades de la población; así, se muestra como una estrategia accesible y de impacto positivo, inclusive en mujeres de bajo nivel escolar y económico. Además de eso, en el contexto de la comparecencia al retorno, el elemento "olvido" es un importante colaborador para el no retorno, siendo solucionado con la intervención interactiva, simple, rápida y de bajo costo.

Es muy relevante desarrollar estudios en que sean evaluadas las percepciones y sugerencias de las propias pacientes al respecto de las estrategias telefónicas o inclusive sobre la orientación de las prácticas administrativas, buscando métodos favorables a la incorporación de las intervenciones telefónicas en las rutinas de los servicios. Las evidencias pueden ser fortalecidas con el desarrollo de nuevos ensayos clínicos en los cuales se investiguen posibles diferencias significativas entre las intervenciones que se comprueban.

Las principales limitaciones en este estudio consistieron en la exclusión de las pacientes menores de edad y en el corto plazo para evaluación del retorno (65 días). Así, se sugiere desarrollar estudios en que se contemple el público adolescente y en que se realice un acompañamiento más prolongado en la evaluación del efecto de las intervenciones.

Conclusión

Las intervenciones telefónicas probaron ser más eficaces - en el contexto educativo y comportamental (comparadas con la atención habitual) - para la mejoría de la comparecencia femenina a la consulta de retorno para recibir el resultado del examen Papanicolau.

Además del efecto positivo sobre el resultado principal evaluado, se puede acrecentar como punto favorable el hecho de que las intervenciones son de simple aplicación, de baja utilización de tiempo y de recursos financieros y abarcan mujeres de diferentes estratos socioeconómicos y educacionales.

Referências

1. 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 [cited Jun 11, 2017];22(3):401-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300401

2. Oliveira WMA, Barbosa MA, Mendonça BOM, Silva AA, Santos LC, Nascimento LCD. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. Rev Enferm Ref. [Internet]. 2012 [Acesso 11 jun 2017];3(7):15-22. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200002

3. Rocha BD, Bisognin P, Cortes LF, Spall KB, Landerdahl MC, Vogt MSL. Exame de Papanicolaou: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. Rev Enferm UFSM. [Internet]. 2012 [Acesso 13 jun 2017];2(3):619-29. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6601>

4. Cunha DFF. Fatores de risco para a descontinuidade na detecção precoce do câncer de colo uterino [dissertação na Internet]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2014. [Acesso 12 dez 2016]. 81 p. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8306/1/2014_dis_dffcunha.pdf

5. Bennett AT, Patel DA, Carlos RC, Zochowski MK, Pennewell SM, Chi AM, et al. Human Papillomavirus Vaccine uptake after a tailored, online educational intervention for female university students: a randomized controlled trial. J Womens Health. [Internet]. 2015 [cited Jun 12, 2017];24(11):950-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26488269>

6. Sly J, Jandorf L, Erwin DO. Who's missing? Predictors of attrition following participation in culturally targeted educational breast and cervical cancer outreach programs for latinas. J Health Commun. [Internet]. 2015 [cited May 30, 2017];20(7):851-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26010727>

7. Yabroff KR, Zapka J, Klabunde CN, Yuan G, Buckman DW, Haggstrom D, et al. Systems strategies to support cancer screening in U.S. primary care practice. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. [Internet] 2011 [cited May 30, 2017];20(12):2471-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3237756/>

8. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, DeVinney B, et al. Effectiveness of Interventions to Increase Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers. Am J Prev Med. [Internet]. 2012 [cited May 30, 2017];43(1):97-118. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22704754>

9. Ricard-Gauthier D, Wisniak A, Catarino R, Van Rossum AF, Meyer-Hamme U, Negulescu R, et al. Use of Smartphones as Adjuvant Tools for Cervical Cancer Screening in Low-Resource Settings. J Low Genit Tract

- Dis. [Internet]. 2015 [cited May 30, 2017];19(4):295-300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26247260>
10. Vasconcelos HCA, Freitas RWJF, Marinho NBP, Lima FET, Araújo TL, Damasceno MMC. Effectiveness of telephone interventions as a strategy for glycemic control: an integrative literature review. *Texto Contexto-Enferm*. [Internet]. 2013 [cited May 30, 2017];22(1):239-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100029.
11. Bortolon CB, Machado CA, Ferigolo M, Barros HMT. Abordagem motivacional para familiar de usuário de drogas por telefone: um estudo de caso. *Contextos Clínic*. [Internet]. 2013 [Acesso 18 fev 2017];6(2): 157-63. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000200009&lng=pt&nrm=iso
12. 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*. [Internet]. 2017 [cited Jul 13, 2017];25: e2857. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100316&lng=pt&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en
13. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. [Internet]. 2010 [cited Jul 13, 2017];27: 340-1900. Available from: <http://www-bmj-com.ez11.periodicos.capes.gov.br/content/340/bmj.c1900>
14. Skinner BF. Psychology in the year 2000. *J Exp Anal Behav*. [Internet]. 2004 [cited Jul 13, 2017]; 81(2):207-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1284979/pdf/15239492.pdf>
15. Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castel 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 [cited Jul 13, 2017];19(1): 97-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100014
16. 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 [cited Jul 13, 2017]; 148(4):295-309. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18283207>
17. Hegenscheid K, Hoffmann W, Fochler S, Domin M, Weiss S, Hartmann B, et al. Telephone counseling and attendance in a national mammography-screening program a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2011 [cited Jul 13, 2017];41(4):421-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21961470>
18. Glick SB, Clarke AR, Blanchard A, Whitaker AK. Cervical cancer screening, diagnosis and treatment interventions for racial and ethnic minorities: a systematic review. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2012 [cited Jul 13, 2017];27(8):1016-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22798213>

Recibido: 12.8.2016

Aceptado: 1.8.2017

Correspondencia:

Ana Izabel Oliveira Nicolau
 Universidade Federal do Ceará
 Departamento de Enfermagem
 Rua Alexandre Baraúna, 1115
 Bairro: Rodolfo Teófilo
 CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
 E-mail: anabelpet@yahoo.com.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.