



## Introducción

En Brasil, la citología vaginal, también conocida como examen de Papanicolaou, consiste en el método de tamizaje para el cáncer del cuello uterino por se tratar de un método de bajo costo y simple, por profesionales con alto grado de capacitación y alto potencial preventivo. Sin embargo, entre los factores relacionados al bajo impacto preventivo de la citología está el uso tardío de los servicios de salud por las mujeres en riesgo. Otros motivos serían la falta de seguimiento y de tratamiento adecuado para todas las mujeres tamizadas<sup>(1)</sup>.

Además de las dificultades para adhesión al tamizaje, la falta de seguimiento es un factor extremadamente relevante, ante el hecho que, cuando no hay seguimiento adecuado, toda la inversión financiera para la práctica y el análisis del examen es interrumpida. Uno de los aspectos que contribuyen a la falta de seguimiento adecuado de las pacientes tamizadas es el no retorno de la mujer para recibir el resultado de la citología vaginal. Esa situación es compleja, multifactorial y trae un costo elevado para la sociedad, ya que el impacto final de la inversión financiera y profesional en cada examen ejecutado es afectado<sup>(2)</sup>.

El problema del no retorno está presente en varios contextos<sup>(2-4)</sup>, aunque en proporciones variadas, indicando la necesidad de que los profesionales de salud responsables por la prevención del Cáncer del Cuello Uterino (CCU) utilicen estrategias del tipo cognitivo, para incrementar el conocimiento de las mujeres sobre el control de esa enfermedad, enfatizando la importancia de la consulta de retorno, como del tipo comportamental, para reforzar el comportamiento de retorno, utilizando recuerdos (gráficos, visuales o telefonemas), y las estrategias sociales que pueden ser cambios en el sistema de salud vigente, para optimizar la dinámica de la atención con objetivo de disminuir esos números.

Una revisión sobre el tema demuestra que innúmeras intervenciones han sido testadas en el combate al CCU, pero con énfasis en el aumento de la adhesión de mujeres a la citología vaginal, pero sin cualquier registro de intervenciones para reducir las tasas de no retorno para el seguimiento<sup>(5)</sup>. Además, otro factor que motivó esa investigación fue la constatación, en un estudio preliminar, llevado a cabo en una Unidad de Atención Primaria de Salud de Fortaleza-CE, de la alta tasa (24%) de citologías vaginales no recibidas por las usuarias<sup>(2)</sup>.

Así, el objetivo de este estudio es testar los efectos de una intervención comportamental, educativa y otra comparativa en la adhesión de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el laudo de la citología vaginal.

Estudios de este tipo son relevantes porque buscan proponer y evaluar la utilización de intervenciones para minimizar las tasas de absentismo de las consultas de retorno para recibir el resultado de la citología vaginal, y así mejorar la atención de salud de la mujer, disminuir los gastos desnecesarios al sistema de salud y estimular enfermeros a practicar estrategias para intervenir en los problemas relacionados al control del CCU.

## Método

Ensayo clínico aleatorizado controlado llevado a cabo con mujeres que aguardaban la ejecución de la citología vaginal en una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) ubicada en la periferia de la ciudad de Fortaleza, estado de Ceará, en el nordeste de Brasil. El servicio elegido presentaba alta tasa de no retorno (24%), de acuerdo con el hallazgo de un estudio preliminar<sup>(2)</sup>.

Fueron consideradas elegibles todas las mujeres que ya habían iniciado actividad sexual y que hicieron la citología vaginal de prevención del CCU en la UAPS referida durante el período de recolecta de los datos. Fueron excluidas de la muestra mujeres con limitación cognitiva que le impidiera de contestar al cuestionario, de participar de la intervención educativa o comportamental, y también no haber efectuado, por cualquier motivo, la citología vaginal.

A partir de la fórmula para estudios con grupos comparativos y la adición de un porcentaje de seguridad del 10%, para eventuales pérdidas, se observó que serían necesarias 233 participantes para cada grupo, totalizando 699 mujeres.

El resultado a ser testado consiste en la tasa de no retorno para recibir el resultado de la citología vaginal tras recibir alguna de las intervenciones propuestas en el estudio. Así, las mujeres fueron alocadas aleatoriamente en tres grupos:

-Grupo 1 - Comparación: fue ofrecida a las mujeres solamente la consulta de retorno (tarjeta con la fecha, el nombre del profesional y la hora).

-Grupo 2 - Intervención Educativa: fue ofrecida a las mujeres, además de la consulta de retorno (tarjeta con la fecha, el nombre del profesional y la hora), una intervención educativa.

La intervención educativa fue basada en las premisas de Freire y fue llevada a cabo en dos fases<sup>(6)</sup>: situaciones-problema y demostración de la citología vaginal. Ambas fases ocurrieron durante un único encuentro, con el número de mujeres que asistieron para la ejecución de la citología vaginal (como máximo diez) durante el período propuesto para la intervención educativa. Todas las intervenciones educativas fueron

aplicadas por la investigadora responsable en la sala de reuniones del servicio investigado.

Para las situaciones-problema fueron utilizadas cinco representaciones gráficas o ilustraciones (figuras) generadoras de discusión. Para la fase de demostración de la citología vaginal, se eligió utilizar un modelo anatómico de pelvis femenino y el material utilizado en la citología vaginal.

-Grupo 3 – Intervención Comportamental: fue ofrecido a las pacientes una cinta recuerdo para colocar en la muñeca, en la cual estaban impresas las siguientes palabras: fecha de retorno (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_), hora (\_\_:\_\_) y el nombre del profesional. Las fechas y horas fueron escritas en sus respectivos espacios con lápices de tela.

La intervención comportamental fue basada en los conceptos de Skinner, que definió el refuerzo como cualquier estímulo que aumente la ocurrencia de un comportamiento<sup>(7)</sup>, lo que, en el caso de esta investigación, fue la cinta recuerdo para aumentar la tasa de retorno de las mujeres para recibir el resultado de la citología. El valor del refuerzo depende de su significado para determinado individuo, y el mismo refuerzo puede ejercer efectos diversos sobre las personas.

Entre las diversas intervenciones comportamentales, esta fue elegida debido al hecho de ser de bajo costo y de ser en aquel momento un hábito regional el uso de ese tipo de cinta. Las cintas utilizadas son llamadas cintas recuerdo, 100% poliéster, con 10 mm de ancho, encomendadas en tres colores diferentes (azul, rosa y lila) para facilitar la aceptación de las mujeres.

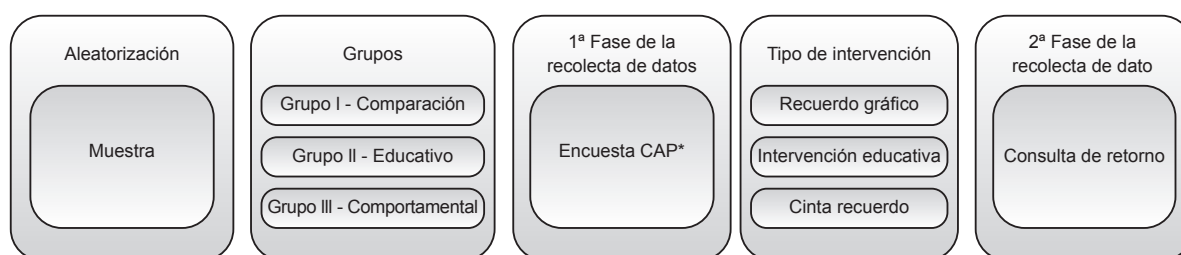
Como las consultas de prevención del CCU realizadas en la institución investigada no eran marcadas, el esquema de aleatorización sistemática utilizado se basó en el promedio de pacientes atendidos por mes para

definir los grupos de intervención (comportamental y educativa) y comparación. Ese esquema también fue elegido para impedir el intercambio de informaciones entre las pacientes que aguardaban el examen en el día de asistencia. Del mismo modo, las pacientes que hicieron la citología vaginal visitan diariamente la unidad de salud para otros tipos de asistencia, en salas cuyos bancos de espera son los mismos que para las pacientes que esperan para hacer la citología. La intención fue imposibilitar la contaminación (intercambio de informaciones) que pudiera ocurrir entre las mujeres que recibieron y las que no recibieron la intervención educativa o comportamental.

Así, durante un período total de seis meses de recolecta, a cada 60 días consecutivos, se intercambiaban los grupos. Durante los primeros 60 días, fueron recolectados los datos del grupo comparativo, seguidos por el grupo comportamental y finalizado con el grupo educativo.

Durante esta investigación, debido al número reducido de investigadores participantes, la duración de la recolecta de datos (seis meses) y el gran número de la muestra, solamente los profesionales (empleados de la institución) que hicieron las citologías fueron cegados, pues no sólo no conocían el cronograma y la disposición de los grupos, pero también las respectivas intervenciones eran llevadas a cabo antes que las pacientes entraran en el en el consultorio para la efectuar del examen. Eso garantizó que todas las pacientes estuvieran igualmente expuestas a las posibles orientaciones individuales fornecidas durante las consultas.

Los datos fueron recolectados en dos momentos, descritos según el diagrama de flujo abajo (Figura 1):



CAP\* = Conocimiento, Actitud, Práctica

Figura 1 – Diagrama de flujo de la recolecta de datos

El instrumento de recolecta de datos referente a la parte de identificación y de la encuesta de evaluación del Conocimiento, Actitud y Práctica (CAP) validada<sup>(8)</sup> fue aplicado a todas las mujeres de la muestra, considerándose que aguardaban la consulta en uno de los consultorios disponibles en la unidad de salud.

La evaluación con la CAP, más allá de las variables sociodemográficas, se justifica para mensurar si los grupos eran compuestos por mujeres con perfil similar respecto a esas variables que podrían influir en el desfecho principal.

De forma a garantizar el derecho a la consulta de retorno por igual a las mujeres, todas tuvieron

consultas marcadas con la investigadora principal, en un período de hasta 55 días después de la fecha de realización del examen.

La consulta de retorno era marcada por una de las investigadoras en una agenda después de la recolecta inicial de los datos y registrada en una tarjeta (grupo comparativa e intervención educativa) o cinta recuerdo (grupo comportamental) entregue a la paciente. A todas las pacientes fue informado que, caso no pudieran comparecer en la fecha marcada, podrían regresar cualquier día en que la citología vaginal era realizada en el servicio.

Fue establecido para fines estadísticos un plazo de hasta sesenta y cinco días para recibir el resultado. Así, todos los cálculos eran efectuados considerando las mujeres que comparecieron hasta 65 días para recibir el resultado del examen como "regresó" y, aunque los exámenes fueran entregues a las pacientes después de ese período, fueron clasificadas como "no regresó".

En el día de la consulta de regreso, fueron recolectados los datos del instrumento referentes a la evaluación de la consulta de retorno y al resultado de la citología. Las intervenciones aplicadas fueron evaluadas mediante la verificación de todas las mujeres que regresaron para recibir el resultado del examen.

El período de la recolecta de la encuesta CAP (1ª fase) fue de septiembre del 2010 hasta febrero del 2011, totalizando seis meses. Sin embargo, como la consulta de retorno (2ª etapa) se extendió hasta 65 días después de la citología, el período total de recolecta fue hasta mediados de mayo del 2011 (aproximadamente nueve meses).

Los datos fueron compilados y analizados a través del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0. Las variables continuas fueron expresas como promedio  $\pm$  desvío estándar con intervalo de confianza (IC) del 95% y las categóricas como frecuencias y porcentajes.

Para evaluar los efectos de la intervención en las tasas de retorno, inicialmente los grupos fueron evaluados respecto a la homogeneidad de la muestra con relación a los datos de identificación, al conocimiento, a la actitud y práctica de la citología vaginal presentes en la encuesta CAP. Diferencias entre los promedios

de edad, los años de estudio (escolaridad) y el inicio de la actividad sexual entre los grupos estudiados fueron calculadas mediante la prueba de análisis de varianza (ANOVA) y, para las variables categóricas, la comparación entre los grupos fue efectuada mediante la prueba de ji-cuadrado de Pearson. A seguir, fueron considerados dos parámetros para evaluar los efectos de la intervención: el porcentaje de mujeres que regresó comparado entre los grupos mediante la prueba de ji-cuadrado de Pearson; el promedio ( $\pm$ DE) de días con que las pacientes m que as pacientes comparecieron a la consulta de retorno comparada entre los grupos mediante el análisis de varianza (ANOVA) con corrección de Bonferroni.

El ensayo clínico fue descrito según lo preconizado por el guía internacional CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para intervenciones no farmacológicas<sup>(9)</sup>. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidade Federal do Ceará con el número de protocolo 81/09. El ensayo clínico fue inscrito en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos con el número: RBR-93ykhs.

## Resultados

Durante la investigación, fueron organizadas esporádicamente algunas campañas para la práctica de la citología vaginal y otras actividades orientadas a la salud de la mujer, lo que no estaba previsto y lo que implicó un número superior al cálculo del número de mujeres incluidas inicialmente (n=802) en la muestra total y por grupo. Sin embargo, 27 fueron excluidos, totalizando 775 pacientes (Figura 2). Diez mujeres del grupo comportamental no aceptaron utilizar la cinta recuerdo y fueron automáticamente insertadas en el grupo comparativo.

La comparación de las variables listadas evidenció que los grupos son estadísticamente comparables (Tabla 1). Así, la tasa de retorno para recibir el resultado de la citología vaginal medida entre los grupos no sufrió influencia de ninguno de estos factores, confirmando la eficacia de la aleatorización.

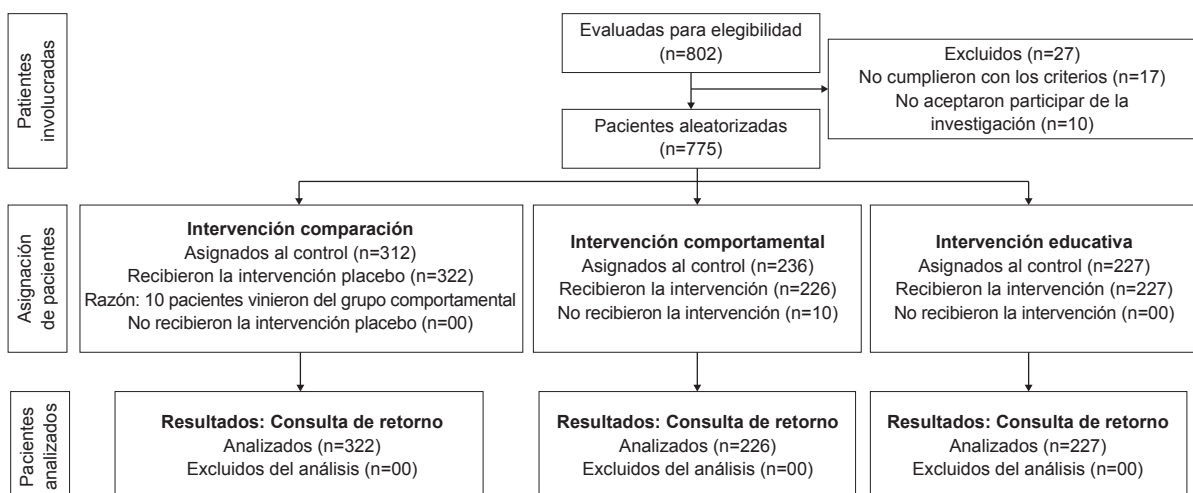


Figura 2 – Diagrama de flujo del desarrollo de la investigación analizados –excluidos del análisis)

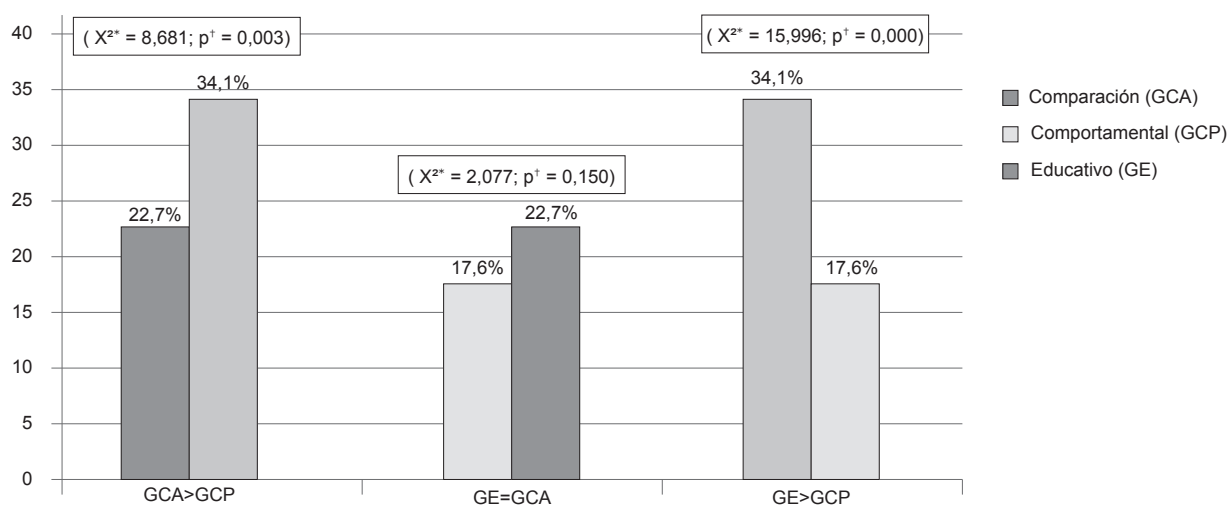
Tabla 1 – Comparación de los grupos según las variables basales. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variable	Grupo Comparación (n=322/41,5%)	Grupo Educativo (n=227/29,3%)	Grupo Comportamental (n=226/29,2%)	Prueba F <sup>§</sup> p <sup>  </sup>
	M <sup>±</sup> DE <sup>†</sup> (IC <sup>95%</sup> )	M <sup>±</sup> DE <sup>†</sup> (IC <sup>95%</sup> )	M <sup>±</sup> DE <sup>†</sup> (IC <sup>95%</sup> )	
Edad (años)	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
Escolaridad (años)	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
Iniciación sexual (años)	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 <sup>2†</sup> p <sup>  </sup>
Estado Conyugal				1,131 0,56
Sin pareja	103 32,0	71 31,3	63 27,9	
Con pareja	219 68,0	156 68,7	163 72,1	
Trabajo Externo				1,022 0,60
Sí	122 37,9	80 35,2	90 39,8	
No	200 62,1	147 64,8	136 60,2	
Vive Cercano				1,799 0,40
Sí	299 92,9	216 95,2	215 95,1	
No	23 7,1	11 4,8	11 4,9	
Conocimiento Inadecuado	234 72,7	155 68,3	171 75,7	3,125 0,21
Actitud Inadecuada	201 62,4	152 67,0	138 61,1	1,903 0,38
Práctica Inadecuada	100 31,1	70 30,8	69 30,5	0,017 0,99
No retornó en la última citología	19 6,6	10 5,0	18 8,9	2,547 0,28

M<sup>\*</sup>= Promedio DE<sup>†</sup>= Desvío Estándar IC<sup>±</sup>= Intervalo de Confianza F<sup>§</sup>= ANOVA p<sup>||</sup>= Nivel de significancia χ<sup>2†</sup>= Ji-cuadrado

Durante la investigación, fue garantizada a todas las pacientes consulta de retorno marcada con la investigadora con, en promedio, 43(±5,6) días. Aunque el intervalo de marcación ocurrió según lo previsto (<65 días), hubo diferencia, aunque de forma no intencional, entre los grupos respecto al promedio de días entre la realización de la citología y la fecha de marcación de la consulta (Grupo comparativo: 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), debido al hecho de que hay más días feriados en algunos meses que en otros, dificultando la marcación de la consulta con intervalo menor.

De las 775 mujeres en la muestra, la mayoría (n=643/83%) compareció para recibir el resultado del examen, aunque aproximadamente 28% (n=181) lo hicieron después de la fecha marcada para el retorno y, por lo tanto, fueron automáticamente consideradas como no retorno. Del total de 775 mujeres examinadas, 585 (75,5%) retornaron para recibir el resultado del examen con hasta 65 días (Grupo comparación: n=249/77,3%, Grupo Educativo: 187/82,4%, Grupo Comportamental: 149/65,9%). Cuando comparadas a las tasas de no retorno entre los grupos, tanto el grupo educativo como el comparativo alcanzaron tasas inferiores a las del grupo comportamental (p<0,05) (Figura 3).



χ<sup>2\*</sup> = Ji-cuadrado p<sup>†</sup>= nivel de significancia

Figura 3 - Comparación de los porcentajes de no asistencia a la consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

El grupo comportamental alcanzó porcentaje de no retorno estadísticamente superior a los grupos educativo y comparativo. Además, la mujer del grupo comportamental presentó un nivel de riesgo de no retornar 2,4 (IC95%:1,5-3,7) veces mayor cuando comparada a la mujer del grupo educativo; y 1,7

(IC95%:1,2-2,5) veces cuando comparada a la mujer del grupo comparativo.

En contraste, la comparación de los promedios de días con que las mujeres visitaron los servicios para recibir el resultado de la citología muestra que el grupo educativo retornó con el menor intervalo de tiempo (Tabla 2).

Tabla 2 – Distribución de las mujeres que retornaron según el promedio de días entre la citología y la consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Grupo	N	M (días)*	DE†	IC‡ (95%)
Comparación (GCA)	249	44,8 <sup>  </sup>	7,4	43,9 - 45,8
Educativo (GE)	187	43,0 <sup>  </sup>	7,1	42,0 - 44,0
Comportamental (GCP)	149	47,5 <sup>  </sup>	5,5	46,6 - 48,4
Total	585	44,9	7,1	44,4 - 45,5

M\* = Promedio DE† = Desvío Estándar IC‡ = Intervalo de Confianza F§(ANOVA) = 17,793 (p = 0,000) || Post-hoc Bonferroni: (GCA > GE = 0,020), (GCP > GCA = 0,001), (GCP > GE = 0,000)

## Discusión

El aprendizaje es definido como un cambio de comportamiento (conocimiento, actitudes y/o habilidades) que puede ser observado o medido y que ocurre a cualquier momento o en cualquier lugar como resultado de la exposición a un estímulo ambiental. Específicamente, la educación de los pacientes corresponde al proceso de ayudar a las personas a aprender comportamientos de salud que puedan ser incorporados a la vida diaria con objeto de optimizar la salud y la independencia en el autocuidado. En ese contexto, una aproximación educativa interactiva y colaborativa provee al cliente la oportunidad de explorar y expandir sus habilidades, quien puede comprender y vivir el proceso de manera más autónoma<sup>(10)</sup>.

El objetivo de la intervención educativa testada durante esta investigación no fue mensurar el conocimiento adquirido después de la intervención, pero evaluar la influencia de ese conocimiento en el comportamiento de las mujeres con relación a la asistencia a la consulta de retorno. A pesar de la proporción alta de pacientes del grupo comparativo que retornó (77%), los datos revelaron que la intervención educativa alcanzó proporciones mayores (82%) y que, sobretodo, logró hacer con que las mujeres retornaran más precozmente, por haber sido el grupo con menor promedio de días de asistencia para la consulta de retorno, confirmando el poder de la educación para la mejora del autocuidado.

El hecho de que la mujer retorna más precozmente indica la comprensión sobre la importancia de la consulta de retorno (tema tratado durante la intervención), del mismo modo que sobre los beneficios de actuar precozmente para evitar el CCU en sus formas

avanzadas. También posibilita al profesional mejorar la atención, solucionando posibles problemas que puedan estar presentes.

La mayoría de las intervenciones educativas/cognitivas relacionadas a la detección precoz del CCU reveló que estrategias estáticas como envío de cartas, panfletos o vídeos, con lenguaje simple, tratando aspectos relacionados a la citología, tuvieron impacto positivo en el conocimiento, aunque eso no haya significado mejora en la práctica del examen<sup>(5)</sup>.

En esa perspectiva, es necesario perfeccionar las estrategias y tecnologías educativas en las rutinas de los servicios de salud para que tengan impacto positivo en el conocimiento y en la actitud, pero especialmente en las prácticas saludables, lo que es más desafiador para gestores y profesionales de salud. En Brasil, donde gran parte de la población sigue con bajo nivel de escolaridad y renta, las prácticas educativas comienzan a ganar mayor importancia en la transformación y adopción de los comportamientos en salud, subrayando así el valor de proyectos informativos y educativos singulares, que respeten las necesidades y limitaciones de las usuarias.

Aparentemente, cuando el profesional provee la información, con espacio para preguntas específicas sobre la citología o incluso para hablar sobre los miedos y temores relacionados, aumentan las tasas de práctica del procedimiento cuando comparada solamente al ofrecimiento de informaciones de forma estática (cartas, panfletos, vídeos, etc.)<sup>(5,11-12)</sup>.

El conocimiento sobre los beneficios del tamizaje del CCU, los cuidados necesario para realizar un examen de calidad y la importancia de la consulta de regreso influyeron el comportamiento de las mujeres testadas. Además, como el comportamiento predice la práctica,



mayores tasas de retorno pueden ser esperadas a lo largo del tiempo, pues clientes informados cumplen más fácilmente las recomendaciones de los profesionales de salud, encuentran formas innovadoras de enfrentar la enfermedad y son menos susceptibles a complicaciones. Sobre todo, estarán más satisfechos con el cuidado cuando reciben informaciones adecuadas sobre como cuidarse<sup>(13)</sup>.

A diferencia de los teóricos cognitivistas, los behavioristas defienden que el uso del refuerzo es fundamental para aumentar o disminuir comportamientos en cada individuo, considerando estímulos antecedentes, pero sobre todo los estímulos consecuentes (reforzadores)<sup>(14)</sup>. En el caso de esta investigación, las mujeres del grupo comportamental alcanzaron las proporciones más bajas de asistencia a la consulta de regreso, del mismo modo que las pacientes que regresaron lo hicieron en un intervalo de tiempo mayor.

Entre las desventajas del uso de intervenciones comportamentales, una es que el cambio de comportamiento tiene a deteriorarse a lo largo del tiempo, especialmente cuando los clientes regresan a su ambiente natural<sup>(15)</sup>. Tal particularidad puede haber sido responsable por los índices más bajos de asistencia a la consulta de retorno por el grupo que recibió la intervención comportamental, considerando que el comportamiento esperado debería ser practicado con hasta 65 días.

Algunas mujeres del grupo comportamental, que comparecieron a la consulta de retorno, estaban sin la cinta en la muñeca. Cuando cuestionadas, revelaron las siguientes justificativas: miedo de que la cinta rompiera; la cinta rompió antes de la fecha de retorno (lavanderas); la vergüenza debida a la posibilidad de ser cuestionada en público sobre la finalidad de la cinta; estar en una ocasión importante y no querer que la cinta quedase visible. Ante eso, para que el refuerzo sea eficaz, se debe analizar cuales tipos de refuerzos pueden aumentar o disminuir comportamientos en cada individuo, favoreciendo la motivación extrínseca e intrínseca<sup>(14)</sup>. En el caso de esta investigación, la cinta recuerdo se mostró la menos eficaz para disminuir las tasas de no retorno de las pacientes para recibir el resultado del examen. Sin embargo, el grupo comparativo, al cual fue entregado solamente una tarjeta de retorno, que puede ser considerada como un tipo de recuerdo gráfico, reveló ser una estrategia mejor.

Independiente del ambiente de trabajo, los profesionales de salud lidian con una variedad compleja de personas, que pueden beneficiarse, respecto al aprendizaje, con la utilización de un determinado tipo de intervención, lo que refuerza la necesidad de combinar estrategias. Además, las formas de aprendizaje y

procesamiento preferidas de cada uno pueden ayudar a determinar la selección de aproximaciones teóricas más apropiadas, esto es, considerándose que algunos aprenden por acción y respuesta (behaviorista) el camino del aprendizaje, mientras que, para otros, puede ser el de la percepción y del pensamiento (cognitiva)<sup>(16)</sup>.

La contribución más relevante de esa investigación es evidenciar que estrategias principalmente las que utilizan el componente educativo, pueden ser idealizadas y aplicadas con objeto de mejorar la calidad del servicio prestado a las mujeres que buscan prevenir el CC y, así, disminuir los índices de morbilidad y mortalidad por esa enfermedad.

Esa investigación tuvo algunas limitaciones. En primer lugar, el hecho de no existir consulta de retorno garantizada a las mujeres en la institución investigada, aunque siendo un derecho, influyó en el resultado de todos los grupos. Otro aspecto importante fue que, aunque de manera no intencional, la consulta de retorno en el grupo educativo fue marcada con tiempo inferior a los demás grupos. Además, también se subraya la elección de la cinta recuerdo, pues fue presentado un material frágil que podría romper y comprometer el objetivo de la intervención, y también de utilización inconveniente, porque despertaba la curiosidad de otras personas, lo que acababa por avergonzar la mujer.

Como sugerencia para otros estudios, se recomienda utilizar una unidad de salud en que la consulta de regreso sea garantizada a las mujeres, posibilitando que sean cegadas en la evaluación de retorno. Otra sugerencia es que sean testados otros tipos de intervenciones comportamentales en que el refuerzo sea dado con intervalo menor de tiempo, como la llamada telefónica o el mensaje vía teléfono móvil algunos días antes de la consulta de retorno.

Además, deberían ser puestas a prueba intervenciones sociales con utilización de los agentes comunitarios de salud e intervenciones mixtas con la intención de identificar la aproximación más apropiada para incentivar las mujeres a comparecer a la consulta de retorno.

## Conclusión

Las mujeres del grupo educativo retornaron en mayor proporción (82%) y más precozmente para la consulta, confirmando la superioridad de la intervención educativa cuando comparada a las demás. La intervención comportamental utilizada (cinta recuerdo) se mostró la menos eficaz para disminuir las tasas de no retorno, considerando que las mujeres de ese grupo alcanzaron los menores porcentajes de asistencia a la consulta de regreso, y lo hicieron en un intervalo menor cuando comparado a los otros grupos.

## Referencias

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](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](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](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](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](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>

Recibido: 25.11.2015

Aceptado: 14.11.2016

### Correspondencia:

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: [camilamoreiravasco@gmail.com](mailto:camilamoreiravasco@gmail.com)

### 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.