

Intervenções por telefone na adesão ao recebimento do laudo colpocitológico: ensaio clínico randomizado¹

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

Objetivo: testar a eficácia das intervenções comportamental e educativa, por telefone, para o comparecimento feminino à consulta para recebimento do laudo colpocitológico. Método: ensaio clínico randomizado, com amostra randomizada em três grupos: telefonema-educativo (n=171), telefonema-lembrete (n=171) e comparação (n=169). Os critérios de inclusão consistiram em ser maior de idade, ter iniciado atividade sexual, realizar o exame preventivo durante o estudo e possuir telefone móvel ou fixo. Foi aplicado ao grupo educativo, por telefonema, roteiro embasado na entrevista motivacional e nas diretrizes brasileiras. Já o comportamental recebeu telefonema-lembrete da consulta. Ao grupo comparação, foi disponibilizado o cartão de agendamento de retorno. Resultados: as mulheres que receberam uma das intervenções apresentaram taxa de 7,3% de não retorno e aumento de 39% (RR IC95%: 1,24-1,55) na proteção contra tal desfecho. Na análise individual das intervenções, provou-se que ambas são eficazes, pois o telefonema-lembrete evita em 40% (RR IC95%: 1,25-1,57) o não comparecimento da mulher ao serviço e, o telefonema-educativo, em 37% (RR IC95%: 1,22-1,54). As taxas de não retorno foram de 6,5 e 8,2%, respectivamente, contra 33,1% do grupo comparação. Conclusão: as intervenções testadas demonstraram maior eficácia no contexto educativo e comportamental, em relação ao atendimento habitual, por motivarem o recebimento do laudo colpocitológico. Registro de ensaio clínico: RBR-w3vnc.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero; Telefone; Meios de Comunicação; Enfermagem Baseada em Evidências; Ensaio Clínico; Prevenção de Doenças.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Efeitos de intervenções por telefone na adesão ao recebimento do laudo colpocitológico", apresentada à Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

² PhD, Professor Assistente, Via Corpvs, Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

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

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

⁵ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

Como citar este artigo

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   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1845.2948>.
mês dia ano URL

Introdução

Na superação dos desafios inerentes ao controle do câncer cervicouterino, o profissional enfermeiro atua como agente promotor de saúde, educador em saúde e prestador de cuidados. Sua atuação abrange todos os elementos essenciais na linha de cuidado do câncer de colo do útero, o que exige competências e habilidades profissionais.

Inserido na perspectiva de prevenção, encontra-se um importante entrave referente às dificuldades de adesão e continuidade dos cuidados: quando a mulher não retorna ao serviço de saúde, o seguimento das condutas relacionadas ao laudo não ocorre em tempo hábil, o que provoca desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois os objetivos da realização do exame, a saber, a prevenção, a detecção precoce e o empoderamento, quanto ao câncer, não foram alcançados em sua totalidade. Ademais, perde-se a oportunidade de encontro entre enfermeiro e paciente, o momento essencial para a promoção de orientações e esclarecimentos em saúde⁽¹⁾. Na atenção primária à saúde, a comunicação dos resultados dos exames de prevenção e as primeiras condutas de seguimento são realizadas principalmente pelos profissionais enfermeiros.

Na avaliação nacional sobre o não retorno, constatou-se 25% de não comparecimento em 114 mulheres, pertencentes à faixa etária de 18 a 50 anos e cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Iporá, GO⁽²⁾, Brasil. Situação diferente foi constatada em Santa Maria, RS, Brasil, em que apenas 2% da amostra de 122 mulheres, todas de 25 a 64 anos, relataram que não retornaram à unidade por já existir programa de convocação telefônico ou domiciliar⁽³⁾. No município de Fortaleza, CE, Brasil, em estudo-piloto desenvolvido no Centro de Desenvolvimento Familiar (Cedefam), a partir da análise de 3.357 prontuários de 2003 a 2011, evidenciou-se a taxa de não retorno de 23,2%⁽⁴⁾, realidade semelhante à de Iporá, GO.

Intervenções têm sido descritas na literatura para aumentar a adesão das mulheres ao exame colpocitológico, especialmente com vistas à melhoria das informações fornecidas, à redução das barreiras de acesso ao exame, ou ambas⁽⁵⁻⁶⁾. Entretanto, mesmo em face da eficácia dessas intervenções e do alto potencial de cura do câncer cervicouterino, a prevenção desse agravo pode ser comprometida caso as mulheres não retornem para receber o resultado do exame e, conseqüentemente, retardem o início das recomendações adequadas a cada situação.

No contexto das intervenções testadas, para amenizar a problemática do não retorno, as principais

podem ser classificadas em comportamentais, na medida em que oferecem estímulos à realização do exame de Papanicolaou e do retorno (lembretes, por exemplo) e as cognitivas, aquelas com intuito de fornecer novas informações e educar o público-alvo⁽⁷⁾. Os esforços recentes dos enfermeiros para aumentar a continuidade dos cuidados primários em saúde incluíram estratégias como o lembrete por telefonema (intervenção comportamental) e o aconselhamento telefônico (intervenção educativa), como possibilidade motivacional⁽⁸⁻⁹⁾.

A utilização do telefone para motivação do cuidado contínuo em saúde muitas vezes é atraente, acessível e menos onerosa do que outras formas de ação. Intervenções telefônicas baseadas na literatura e na abordagem humanizada, com espaço para perguntas específicas sobre o exame, ou mesmo para se falar a respeito dos medos que cercam a paciente, podem ser tão eficazes para a continuidade aos cuidados quanto intervenções pessoalmente implementadas e melhores do que meios estáticos, como cartas, panfletos e vídeos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A etiologia do problema relacionado ao não retorno é multicausal, seja por motivos pessoais, sociais, educacionais ou institucionais⁽¹⁾. No entanto, a partir do pressuposto de que a educação ultrapassa todas essas lacunas e que, se realizada de forma participativa e dialógica, culminará no empoderamento, motivação e fortalecimento da autonomia feminina nas escolhas conscientes em saúde, espera-se que as mulheres assumam a postura de sujeitos corresponsáveis pela adoção de comportamentos saudáveis.

Em face do exposto, pretende-se testar a eficácia das intervenções comportamental e educativa por telefonema para o comparecimento feminino à consulta para receber o laudo colpocitológico.

A hipótese a ser testada é a de que "a aplicação de intervenções educativas ou comportamentais via telefone, pela enfermeira, aumenta a adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico". Citação?

Estudos dessa natureza são relevantes, na medida em que se busca valorizar o seguimento das recomendações em tempo hábil para alcance do real poder preventivo do exame, diminuir os gastos desnecessários ao sistema de saúde e estimular enfermeiros a realizarem estratégias eficazes para o controle do câncer cervicouterino.

No âmbito do desenvolvimento científico da enfermagem, propõe-se, neste estudo, a apresentação dos resultados de alto nível de evidência em relação a intervenções telefônicas, até então inéditas no contexto brasileiro, em face da problemática do não retorno.

Método

Estudo do tipo ensaio clínico randomizado, desenvolvido na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, a qual é pertencente ao Cedefam situado na periferia de Fortaleza, CE, Brasil. O Cedefam é vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) para promoção de assistência à saúde da mulher e da criança por profissionais e estudantes de enfermagem.

A população do estudo foi composta de mulheres que realizaram o exame de prevenção do câncer cervicouterino na referida unidade. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos; ter iniciado atividade sexual; realizar o exame de Papanicolaou no período da coleta de dados e possuir telefone móvel ou fixo. Como critério de exclusão, definiu-se: apresentar alguma patologia relacionada a processos mentais, de articulação da fala ou auditivos que a impeça de responder o formulário e de participar das intervenções.

Os motivos das perdas de seguimento foram: não ter sido possível o contato telefônico nos grupos em que houve intervenções ou a ligação telefônica não ter sido concluída. A chamada era considerada não atendida somente após três tentativas de contato telefônico, em diferentes horários do dia (horário comercial), durante dois dias consecutivos.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o percentual de 10% para diferença clinicamente importante. No serviço escolhido, a taxa de não retorno para busca do laudo era de 23,2%⁽⁴⁾. Ao inserir os valores na fórmula para estudos com grupos comparativos ($Z\alpha=95\%$, $Z\beta=80\%$, $p=23\%$, $d=10\%$), obteve-se o resultado de que seriam necessárias 139 mulheres, porém foi adicionado percentual de segurança de 30% para possíveis perdas telefônicas (número errado ou mudança de número), perfazendo, assim, o total de 542, aproximadamente 180 por grupo. Ao final das exclusões e perdas de seguimento, compuseram a amostra 169 participantes no grupo comparação, 171 no intervenção telefonema-educativo e 170 no telefonema-lembrete, totalizando 510 participantes, conforme o fluxograma da Figura 1.

O método utilizado de randomização teve como base as mulheres que receberam o atendimento ginecológico para determinar os grupos de intervenção (comportamental: telefonema-lembrete/educativo: telefonema-educativo) e o comparação. Ao final de cada mês de coleta, a amostra coletada era compilada em uma planilha do Excel, contendo o número do prontuário, as iniciais e a idade de cada paciente, antecidos pelo número sequencial da listagem. Realizada a organização, lançava-se o comando de geração de números aleatórios para a alocação randômica para os três diferentes grupos em questão.

As participantes foram alocadas randomicamente em três grupos, a saber:

Grupo 1 – comparação: atendimento habitual (educação em saúde tipo sala de espera, coleta colpocitológica e agendamento do retorno com entrega de cartão padronizado, contendo a data, o horário e o nome do enfermeiro responsável).

Grupo 2 – intervenção telefonema-educativo: além do atendimento habitual, foi oferecida às mulheres a intervenção telefonema-educativo, cujo conteúdo era norteado pelos temas da ficha-roteiro 4 da tecnologia desenvolvida em estudo progresso⁽¹²⁾ e embasado nas diretrizes brasileiras de controle do câncer cervicouterino. O diálogo estabelecido na abordagem telefônica foi conduzido segundo os princípios da Entrevista Motivacional (EM). Salienta-se que a EM tem demonstrado resultados satisfatórios para a mudança de comportamento ao também ser empregada por telefone e grupos de *chats* na internet⁽¹³⁾.

A intervenção telefonema-educativo foi dividida em fases: apresentação da pesquisadora, aproximação à usuária por meio de perguntas abertas, solicitação da permissão para informar, evocação inicial, troca de informações educativas e evocação final. Para nortear a condução do telefonema, foi formulado roteiro em que se seguiu criteriosamente os preceitos da EM, conforme as etapas mencionadas. Tais fases ocorreram em um único contato telefônico, com duração aproximada de 10 a 15 minutos, uma semana antes da data aprazada para o retorno da mulher à unidade. É recomendado o tempo da intervenção via telefone de, no máximo, 15 minutos⁽¹³⁾.

Grupo 3 – intervenção telefonema-lembrete: além do atendimento habitual, também foi oferecida a intervenção comportamental (telefonema-lembrete), cujo conteúdo consistiu no aviso da data e horário da consulta fornecida, uma semana antes da data aprazada para o retorno à unidade. Na intervenção comportamental, parte-se da premissa de que as pessoas precisariam de um estímulo (lembrete) para praticar a conduta adequada, pois o comportamento (resposta) é visto como o resultado de condições estimuladas⁽¹⁴⁾.

Os telefonemas foram realizados por uma dupla de profissionais enfermeiros (um para cada intervenção). Esses foram mascarados quanto à identidade do outro profissional e ao outro tipo de intervenção testada, tendo sido treinados separadamente. Já os profissionais que responsáveis pela realização dos exames foram mascarados por não saberem a disposição dos grupos e das intervenções. Na consulta inicial, as pacientes não foram informadas sobre o grupo a que pertenciam, o que permitiu, também, o mascaramento das mesmas. A avaliação do desfecho principal (retornar para buscar

o resultado) foi realizada pela equipe do serviço e pela pesquisadora. Não houve mascaramento, visto que se trata de desfecho "duro", em que não há incerteza ou possibilidade de avaliação enviesada, no caso retornar ou não à consulta. No programa de análise estatística utilizado, os grupos foram nomeados por letras (X, Y, Z) a fim de impossibilitar a identificação pelo estatístico e proporcionar seu mascaramento.

Os dados foram coletados de junho a dezembro de 2014. No início do seguimento, o instrumento de coleta de dados referente à identificação e o formulário de avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), quanto ao exame e importância do retorno, foram aplicados em todas as mulheres, enquanto aguardavam a consulta de prevenção em um dos consultórios disponíveis na unidade de saúde. O formulário CAP completo passou por validação em estudo anterior⁽¹⁵⁾.

De forma a assegurar o direito à consulta de retorno por igual às mulheres, todas tiveram o retorno agendado no período de até 40 dias após a data de realização do exame. A fim de se evitar que as pacientes atendidas nos primeiros meses da coleta tivessem período de dias maior para retorno, foi estabelecido o prazo de até 65 dias (atraso aceitável de no máximo 25 dias) para o recebimento do resultado e, mesmo que os exames tivessem sido entregues após esse período, elas foram classificadas como "não retorno".

O seguimento era concluído na consulta de retorno, avaliando-se se a mulher retornou no dia marcado e, se não, quantos foram os dias de atraso. As intervenções foram avaliadas por meio da verificação das mulheres que buscaram o laudo.

Os dados foram compilados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e, posteriormente, apresentados em tabelas e gráficos. As variáveis contínuas foram expressas em Média (md)±Desvio-Padrão (dp), com Intervalo de Confiança (IC) de 95% e, as categóricas, em frequências e percentuais. Os grupos foram testados quanto à homogeneidade a partir dos testes de análise de variância (ANOVA) e o de qui-quadrado de Pearson. Na avaliação do desfecho principal (percentual de mulheres que retornou) e de fatores relacionados, utilizou-se o qui-quadrado de Pearson e Risco Relativo (RR). O valor de $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

O ensaio clínico foi descrito conforme o guia internacional *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para intervenções não farmacológicas⁽¹⁶⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFC, sob Parecer nº 700.619. As pacientes foram convidadas a participar do estudo, com posterior leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo pesquisador junto às mesmas,

sobretudo dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios dos três possíveis grupos de alocação. O ensaio clínico foi registrado com o número RBR-3w3vnc no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. O protocolo completo do estudo clínico está disponível eletronicamente em: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-3w3vnc/>.

Resultados

Foram aplicados 542 formulários CAP, porém, não foi possível o contato telefônico com 20 pacientes, como é possível notar na Figura 1. Os principais motivos foram número errado ou não atendimento da chamada telefônica. No grupo comparação, as perdas ocorreram devido à menstruação das pacientes enquanto aguardavam o exame ou desistência da coleta por motivos pessoais (precisar retornar para casa por algum problema familiar, por exemplo).

Utilizar letras maiúsculas somente na primeira letra da primeira palavra a iniciar o tópico (no caso, "Randomização", "Intervenção telefonema-educativo", "Intervenção telefonema-lembrete", "Desfecho: consulta de retorno", "Intervenção educativa", "Intervenção comportamental". Verificar e retirar o espaçamento entre sinal de igual e número de participantes nos três últimos quadros (de desfecho) e no primeiro quadro (mulheres elegíveis). Também nesses quadros, verificar a concordância (se são pacientes analisadas, mantém-se o feminino também nesses casos a fim de padronizar o uso dos termos). No quadro "comparação: perda de seguimento", verificar a construção da sentença (seria interessante alterar para algo como "impossibilidade de realização do exame por conta de menstruação durante a espera e motivos pessoais"). Retirar os pontos finais nos quadros de seguimento Comparação, Intervenção educativa e Intervenção comportamental. Em Intervenção comportamental, utilizar vírgula e não ponto e vírgula.

Os três grupos foram contrastados (Tabela 1) quanto à homogeneidade, a fim de se avaliar possíveis diferenças que excedessem às esperadas pelo acaso e pudessem influenciar o desfecho.

Na avaliação do desfecho principal (Tabela 2), do total de mulheres que realizaram o exame preventivo, 429 (84,1%) retornaram para buscar o resultado.

As taxas de não retorno foram de 6,5% no grupo telefonema-lembrete e 8,2% no telefonema-educativo, o equivalente a um quinto da encontrada no grupo comparação de 33,1%, no primeiro caso, e a um quarto, no segundo. Diferenças estatísticas foram evidenciadas com as taxas de comparecimento à consulta nos grupos estudados, de acordo com a Tabela 3.

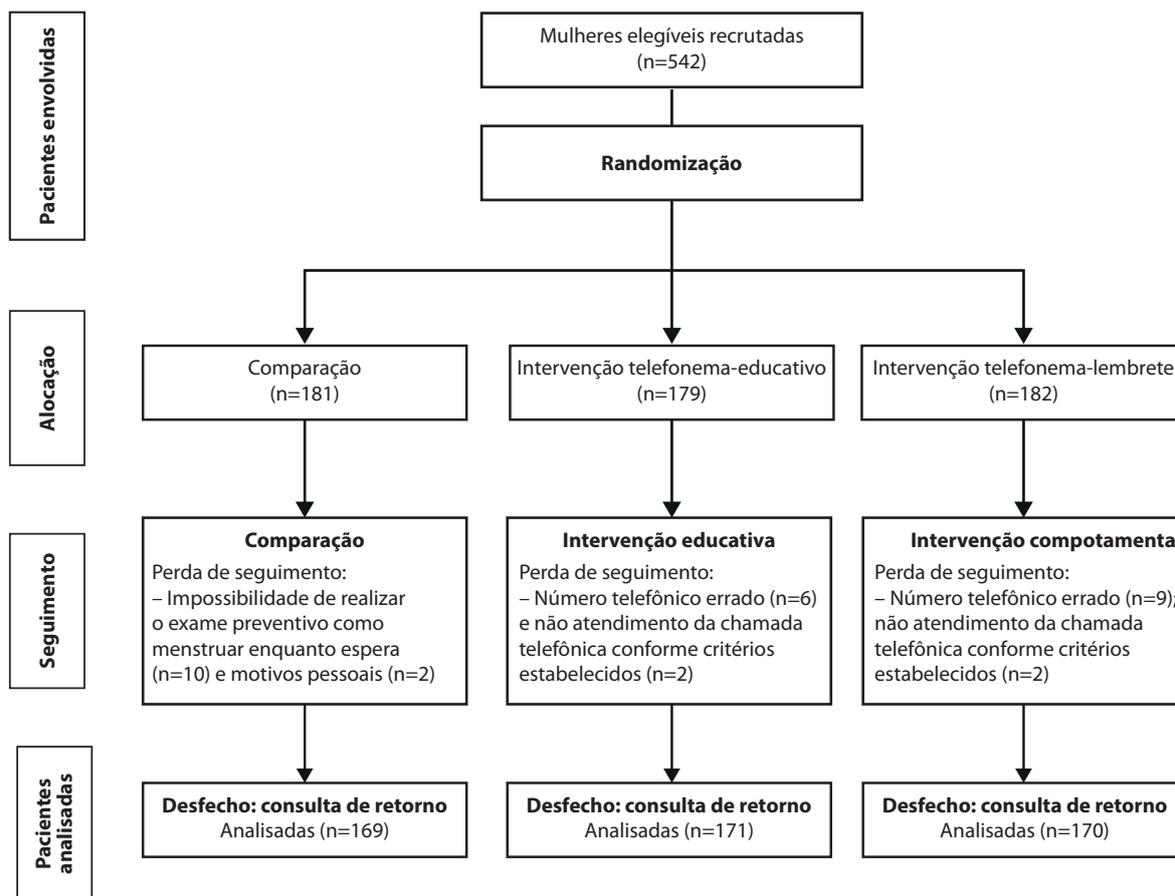


Figura 1 - Fluxograma de condução do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Tabela 1 - Características relativas ao início do seguimento das mulheres, por grupo analisado. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Variável	Grupo comparação		Grupo telefonema-educativo		Grupo telefonema-lembrete		Teste
	md*±dp† (IC‡95%)		md*±dp† (IC‡95%)		md*±dp† (IC‡95%)		F§p
Idade (anos)	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
Escolaridade (anos)	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
Com parceiro	88	52,0	86	50,3	95	55,8	
Sem parceiro	81	48,0	85	49,7	75	44,2	
Possui queixas ginecológicas							0,829
Sim	78	34,5	75	33,2	73	32,3	
Não	91	32	96	33,8	97	34,2	
Câncer na família							0,267
Sim	68	40,2	78	45,6	63	37,1	
Não	101	59,8	93	54,4	107	62,9	
Participou de grupo educativo sobre câncer							0,101
Sim	76	45,0	89	52,0	69	40,6	
Não	93	55,0	82	48,0	101	59,4	
Realização do exame							0,248
Primeira vez	8	4,7	3	1,8	8	4,7	
Subsequente	161	95,3	168	98,2	162	95,3	
Retornou no último exame							0,513
Sim	139	86,3	138	82,1	139	85,8	
Não	22	13,7	30	17,9	23	14,2	

*Média; †Desvio-Padrão; ‡Intervalo de Confiança; §ANOVA; ||Nível de significância; ¶Teste de qui-quadrado

Tabela 2 - Distribuição das participantes, de acordo com o retorno para recebimento do laudo do exame de Papanicolaou. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

Variável	Grupo comparação (n=169)		Grupo telefonema-educativo (n=171)		Grupo telefonema-lembrete (n=170)		Total (N=510)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Retornou	113	66,9	157	91,8	159	93,5	429	84,1
Não retornou	56	33,1	14	8,2	11	6,5	81	15,9

Tabela 3 - Associação dos grupos, de acordo com o percentual de comparecimento à consulta de retorno. Fortaleza, CE, Brasil, 2014

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

*Teste de qui-quadrado; †Nível de significância; ‡Risco Relativo; §Intervalo de Confiança; ||versus

Entre o público-alvo das intervenções educativa ou comportamental, 7,3% não retornou. Assim, as intervenções, no geral, apresentaram taxa de 39% (RR/IC 95%: 1,24–1,55) de eficácia para proteção contra o não retorno quando confrontadas com a do grupo comparação.

Na análise individual das intervenções, provou-se que ambas são eficazes para motivar a busca pelo resultado, uma vez que o telefonema-lembrete evita em 40% (RR/IC 95%: 1,25–1,57) o não comparecimento da mulher ao serviço e, o telefonema-educativo, em 37% (RR/IC 95%: 1,22–1,54). Na comparação dos dois grupos de intervenção, não houve diferença estatística no teste de X², o que ratifica a eficácia de ambas as estratégias, embora a taxa de não retorno do grupo telefonema-lembrete tenha sido ligeiramente menor (1,7%).

Discussão

As intervenções comportamental e educativa testadas demonstraram eficácia, de modo que, ao final, as taxas de não retorno foram de 6,5 e 8,2%, respectivamente, contra 33,1% do grupo comparação, valor superior ao encontrado, 23,2%, no mesmo serviço⁽⁴⁾. Em outro estudo de intervenção, realizado em Fortaleza, o grupo educativo (álbum seriado na sala de espera) apresentou taxa de não retorno de 18%, o grupo comportamental (fita para lembrança no pulso das usuárias com a data do retorno), de 34% e, o grupo comparação, de 23%. A fita para lembrança não trouxe benefício, mas sim contribuiu para afastar as mulheres do serviço⁽¹²⁾. Dessa forma, as intervenções testadas neste estudo demonstraram ser mais simples e eficazes para motivação da busca pelo laudo.

Para ocasionar impactos positivos é importante que as abordagens educativas sejam inovadoras e interessantes, tanto para os profissionais quanto para a clientela; coerentes com as necessidades e características socioeconômicas, culturais e educacionais do público-alvo; factíveis nas rotinas dos serviços de saúde e, assim, de realização contínua e não eventual; de baixo dispêndio de tempo e recursos financeiros; amplamente acessíveis para que seja possível atingir grande número de pessoas e, ainda, considerar as fragilidades, barreiras, motivações e potencialidades de cada indivíduo na adoção de hábitos saudáveis, e não apenas o fornecimento de informações.

Nas intervenções testadas esses aspectos são considerados, inclusive no emprego do telefone como meio educativo prático, acessível e menos oneroso para as pacientes, em relação a outras formas de ação. Pode-se afirmar, então, que as estratégias implementadas confluíram para a ideia de que as ligações telefônicas são mais uma ferramenta para o cuidado holístico, evolução do cuidado tradicional e não barreira para o contato pessoal entre paciente e profissional⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Com a intervenção telefonema-educativo, embasada na técnica clínica da EM, foi possível evocar as boas motivações das pacientes para que fizessem as mudanças comportamentais no interesse da saúde, com resultados ainda mais positivos por enfatizar-se que elas possuem papel ativo no seu próprio cuidado, retirando-as, assim, do estado de ambivalência⁽¹³⁾. A abordagem via telefone, por se tratar de estratégia com espaços dialógicos interativos, também é útil para identificação e abrandamento de barreiras educacionais, psicológicas e práticas, revelando-se método eficaz para a adesão aos cuidados ginecológicos.

A eficácia do aconselhamento telefônico também foi comprovada na Alemanha, no contexto do rastreamento mamográfico⁽¹⁷⁾. Na intervenção educativa testada, por se seguir abordagem motivacional colaborativa, evocativa e respeitosa à autonomia do paciente, foram demonstrados resultados promissores, com diferenças percentuais maiores do que as apresentadas no estudo supracitado, com diferença de, aproximadamente, 25 pontos percentuais (8,2 vs 33,1%; $p=0,000$) entre a taxa de não retorno do grupo intervenção telefonema-educativo e do comparação.

No contexto das intervenções comportamentais no âmbito do câncer cervicouterino, o lembrete por meio de voz interativa durante o telefonema demonstrou eficácia para aumentar a realização do exame. Os telefonemas-lembrete são mais eficazes do que os lembretes impressos, pois promovem maior consciência e consequente melhoria da participação espontânea nos cuidados em saúde⁽¹⁸⁾. No comparecimento para busca do laudo, na presente pesquisa, a taxa de não retorno diminuiu com o lembrete telefônico, aproximadamente, 27 pontos percentuais (6,5 vs 33,1%; $p=0,000$), o que se mostrou extremamente eficaz para o desfecho estudado.

O uso do telefone, seja como lembrete ou aconselhamento, é eficiente, sobretudo por apresentar ampla eficácia em face da diversidade de características, realidades e necessidades da população, mostrando-se estratégia acessível e de impacto positivo, inclusive em mulheres de baixo nível escolar e econômico. Além disso, no contexto do comparecimento ao retorno, o elemento "esquecimento" é importante colaborador para o não retorno, sendo solucionado com a intervenção interativa, simples, rápida e de baixo custo.

Torna-se relevante o desenvolvimento de estudos em que sejam avaliadas as percepções e sugestões das próprias pacientes a respeito das estratégias telefônicas, ou até mesmo o direcionamento às práticas gerenciais na busca por métodos favoráveis à incorporação das intervenções telefônicas nas rotinas dos serviços. As evidências podem ser fortalecidas com o desenvolvimento de novos ensaios clínicos nos quais se investiguem possíveis diferenças significativas entre as intervenções testadas.

As principais limitações neste estudo consistiram na exclusão das pacientes menores de idade e no curto prazo para avaliação do retorno (65 dias). Sugere-se, então, o desenvolvimento de estudos em que se contemple o público adolescente e em que se faça acompanhamento mais duradouro na avaliação do efeito das intervenções.

Conclusão

As intervenções telefônicas provaram ser eficazes no contexto educativo e comportamental, em relação ao

atendimento habitual, para melhoria do comparecimento feminino à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico.

Além do efeito positivo sobre o desfecho principal avaliado, pode-se acrescentar como ponto favorável o fato de as intervenções serem de simples aplicação, baixo dispêndio de tempo e recursos financeiros e abrangentes para mulheres de diferentes estratos socioeconômicos e educacionais.

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>

Recebido: 12.8.2016

Aceito: 1.8.2017

Correspondência:

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 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.