

ARTIGO ORIGINAL

Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo na incontinência urinária

Development of animation resource as information support in urinary incontinence

Patrícia Moreira Costa Collares¹, Milena Sampaio Magalhães², Fátima Luna Pinheiro Landim³, Rafael Barreto de Mesquita⁴, Ana Karina Monte Cunha Marques⁵

RESUMO

Esta pesquisa buscou descrever as etapas do desenvolvimento de um recurso de animação como suporte informativo no tratamento da incontinência urinária, culturalmente adaptado em termos de linguagem, características e necessidades de mulheres idosas. Realizou-se estudo descritivo em serviço de atenção à saúde secundária. Subgrupo determinado entre março e abril de 2007. Levantou-se através de formulário, na primeira fase do trabalho, dados sobre variáveis sociodemográficas e antecedentes pessoais relacionados à perda urinária. Para a segunda fase utilizou-se a técnica de associação livre de palavras buscando conhecer o vocabulário empírico adotado pelas participantes para anatomia dos órgãos genitais e assoalho pélvico. Simultaneamente, trabalhou-se junto ao G 1000 para elaboração da tecnologia com imagens animadas e associadas

às expressões culturais. Destacam-se 8 mulheres com história de incontinência urinária, destas 04 corresponderam ao subgrupo. A idade variou de 63 a 78 anos. Observou-se número elevado de gestações e de partos vaginais, o tempo de perda urinária variou de 1 a 8 anos, sendo que os episódios semanais aconteciam diariamente. Obteve-se uma diversidade de expressões que auxiliaram o processo de elaboração do recurso com o G1000. O recurso de animação poderá contribuir como estratégia de abordagem clínica na incontinência urinária pelo profissional de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Incontinência Urinária, Mulheres, Imagem Tridimensional, Apoio Social

ABSTRACT

This research project sought to describe the steps in the development of an animation resource with informative support for the treatment of urinary incontinence, culturally adapted in terms of language, characteristics, and the needs of older women. A descriptive study was carried out in a secondary health service. Subgroup determined between March and April of 2007. Data concerning socio-demographic variables and personal history related to urinary loss were surveyed by a questionnaire in the first phase of the study. For the second phase, the technique of free word association was used to learn the empirical vocabulary used by the participants for the anatomy of the genitals and pelvic region. At the same time, a partnership was formed with the G-1000 to develop technology with animated images associated with cultural expressions. Eight

women were chosen with a history of urinary incontinence, four of which corresponded to the subgroup. Ages varied from 63 to 78 years. A high number of gestations and vaginal childbirths were observed, and the time of urinary leakage varied from one to eight years, since the weekly episodes happened daily. A wealth of expressions were collected which helped in developing the resource with the G-1000. The animation resource will be able to contribute strategically to the clinical approach to urinary incontinence by the health professional.

KEYWORDS

Urinary Incontinence, Women, Imaging Three-Dimensional, Social Support

1 Fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

2 Fisioterapeuta, Docente da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

3 Enfermeira, Docente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

4 Fisioterapeuta, residente em Fisioterapia Pulmonar, Universidade Estadual de Londrina - UEL.

5 Fisioterapeuta, Docente da Faculdades Nordeste - FANOR.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Patrícia Moreira Costa Collares
Rua Ouro Branco, 180
Presidente Kennedy
Fortaleza - CE
Cep 60356-060

Recebido em 24 de Março de 2009, aceito em 06 de Junho de 2009.

INTRODUÇÃO

É crescente o interesse pelas redes de suporte (apoio) social em saúde, fenômeno que, nos últimos anos, pode ser constatado através de significativa produção científica na área. Constata-se a existência de estreita relação entre apoio social e uma variedade de medidas dependentes em saúde, que incluem adaptação psicológica às novas situações, percepção de bem-estar e redução do mal-estar, satisfação com a vida, resistência a doenças, proteção para indivíduos em risco de perturbações mentais, stress psicológico, longevidade.¹⁻⁶

O suporte social é expresso de diversas formas, sendo classificado em três tipos de suportes: o emocional, que são manifestações de estima, apoio e segurança; o material, referindo-se a ajuda em termos de serviços e ajuda material ou financeira; e o informativo, que são as informações, conselhos e orientações para maior compreensão dos problemas.^{5,6}

Assim, descrever as etapas do desenvolvimento de um suporte informativo no tratamento da incontinência urinária, é o que se propõe o presente texto.

Para a International Continence Society (ICS) a incontinência urinária (IU) é a incapacidade de controlar a passagem da urina, afetando aproximadamente 200 milhões de pessoas em todo o mundo, acarretando sofrimento em quem vivencia essa problemática.⁷

Considerando-se o aumento proporcional de pessoas que chegam à terceira idade em vários países do mundo, incluindo o Brasil,^{8,9} e que a idade avançada constitui um fator de risco para a IU,^{8,10-12} se fazem necessárias pesquisas voltadas para esta fase. Diante disto, o conceito de terceira idade pode ser definido como o período correspondente dos 60 aos 80 anos de idade biológica, sendo caracterizado como o período de entrada na fase idosa.¹³

A IU possui fisiopatologia complexa, gerando o surgimento de diferentes abordagens terapêuticas, conservadoras ou não, a depender da origem da perda urinária.¹⁰ O tratamento não conservador ou cirúrgico “[...] é reservado para pacientes que não obtêm o resultado desejado com o tratamento conservador e cujo risco cirúrgico é pequeno”.¹⁴ Independente da terapêutica utilizada faz-se indispensável a educação da paciente voltada para a IU.¹⁵

A terapêutica conservadora proporciona abordagem menos invasiva e onerosa, com bons resultados na redução dos sintomas. Porém, o sucesso depende da motivação e empenho da paciente e da equipe em conjunto.^{10,14,16,17} Os meios que dispomos consistem em: informação; tratamentos comportamentais; terapêutica medicamentosa; perda de peso (quando em excesso); e técnicas de Fisioterapia para a recuperação do assoalho pélvico.^{10,11,14,15,18,19}

O sucesso no treinamento da musculatura do assoalho pélvico depende da habilidade da paciente em executar corretamente a contração muscular voluntária. Assim, há a necessidade das mulheres serem ensinadas, por profissionais habilitados, sobre como executar a contração corretamente, antes que a reabilitação seja empreendida.⁷

Observamos, empiricamente, que dada às características da alteração de saúde em questão, a população acometida necessita de ajuda (suporte) para a conscientização acerca do tratamento. Nesse tocante, o suporte informacional tem papel fundamental no processo

de aprendizagem. A rede social da mulher possui enorme potencial para vir a assegurar tal suporte, desde que sejam trabalhadas suas competências com este fim.⁵

Na realidade deste estudo, a rede em questão é a organizada em torno da mulher, e o desenvolvimento que se deseja constatar diz respeito ao suporte informativo oferecido pelos profissionais da saúde, na forma de um recurso de animação que servirá de ferramenta para a conscientização das pacientes acerca do seu corpo, e em especial da biomecânica do assoalho pélvico e regiões a ele associadas, que necessitam ser trabalhadas nos casos de IU.

A evolução científica em torno da IU vem sendo acompanhada por crescente busca de métodos terapêuticos e diagnósticos. Sendo estes aplicados na tentativa de prevenir ou corrigir disfunções uroginecológicas.²⁰ Deste modo, a elaboração de um recurso de animação voltado para a problemática da IU reforça tal objetivo supracitado pela literatura.

A investigação do fenômeno proposto, bem como a intervenção através do desenvolvimento do recurso de animação, poderá contribuir para a comunidade na qual iremos intervir, favorecendo maior conhecimento sobre IU, sobre o corpo da mulher e estruturas relacionadas à IU, para auxiliar o seu tratamento. Em particular, para a comunidade acadêmica contribuirá com estratégias de ação na abordagem do assunto em questão, bem como esclarecimentos sobre a importância do suporte informacional na prática clínica.

OBJETIVO

Esse artigo objetivou descrever as etapas do desenvolvimento de um recurso de animação como suporte informativo no tratamento da incontinência urinária, culturalmente adaptado em termos de linguagem, características e necessidades de mulheres idosas.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo, envolvendo uma fase laboratorial, em que se desenvolveu um recurso de animação, e outra fase de campo, para se proceder com a adaptação cultural dessa tecnologia à linguagem, às características e às necessidades de mulheres idosas com IU.

Os locais de desenvolvimento das respectivas fases foram: o Grupo de Mídia Interativa da UNIFOR (G 1000), que é composto basicamente por professores e alunos da Comunicação Social (Publicidade e Jornalismo), tendo como tarefa gerar produtos de mídia digital para clientes internos e externos a Universidade de Fortaleza (UNIFOR); e o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), que funciona como campo prático de diversos cursos do Centro de Ciências da Saúde da UNIFOR, o que favoreceu o acesso aos informantes da pesquisa.

A fase de campo iniciou em outubro de 2006, ocasião em que se deu a aproximação do pesquisador com o Grupo Social Integrado, que, semanalmente, se reunia nos espaços do NAMI, com 32 integrantes, sendo 26 mulheres. Essa aproximação visou criar um ambiente que favorecesse uma coleta de dados o mais fidedigna possível durante a adaptação cultural.

A coleta dos dados propriamente dita foi realizada durante os meses de março e abril de 2007, tendo, inicialmente, sido aplicado formulário contendo dados sociodemográficos a vinte (20) mulheres do grupo. A aplicação do formulário visou traçar o perfil deste grupo social, e selecionar as pacientes com história de IU para compor o sub-grupo da fase de adaptação cultural. Constituíram o sub-grupo apenas 04 mulheres com idade entre 63 e 78 anos, uma vez que foram desconsideradas as não idosas, pacientes com IU neurogênica, grandes lesados, pacientes com distúrbio psiquiátrico ou com falta de compreensão, por estas peculiaridades desfavorecer o propósito de adaptação cultural do recurso de animação.

Em seguida, convocaram-se as idosas pré-selecionadas para uma vivência em que se deu a construção compartilhada de saberes acerca da problemática da IU, e aplicou-se a técnica de associação livre de palavras, um tipo de técnica que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor.²¹ A técnica sofreu pequena adaptação, de maneira a limitar as respostas das mulheres às expressões culturais equivalentes aos termos técnicos e científicos, que serviram para a elaboração do recurso de animação.

Através da técnica de associação livre de palavras buscou-se conhecer como as mulheres se expressam, ou seja, o vocabulário empírico (culturalmente construído) adotado para se referir às várias partes do corpo, a anatomia dos órgãos genitais (interno e externo) e a musculatura do assoalho pélvico. Todas as informações, nesse sentido, foram registradas por meio dos recursos do gravador e diário de campo, com fins de posterior consulta.

De posse dos dados extraídos do campo, iniciou-se o trabalho em conjunto ao G 1000. A manipulação da tecnologia de geração e animação de imagens associou-se às expressões culturais, extraídas do grupo de informantes, de forma a elaborar o suporte informativo a ser disponibilizado para aplicação pelo fisioterapeuta durante o tratamento da IU em idosas.

Em obediência ao estabelecido pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,²² os critérios éticos foram atendidos, assim como o cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000). Esta pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR, segundo parecer N.º 255/06.

RESULTADOS

Características e necessidades manifestas pelo grupo de informantes

Dos vinte integrantes do Grupo Social Integrado, oito possuíam história de antecedentes pessoais de IU, destes, apenas quatro correspondiam ao delimitado como necessário para favorecer à fase de adaptação cultural do recurso em desenvolvimento.

Estimativas sugerem que aproximadamente 25% da população feminina adulta sofre deste transtorno. A IU é considerada hoje um importante problema de saúde pública, podendo afetar mulheres de todas as idades, particularmente as de idade mais avançada.^{10,14}

De acordo com o Estatuto do Idoso,²³ brasileiros com mais de 60 anos representam cerca de 8,6% da população, e supõe-se que em 2025 aumente para 14%, aproximadamente 32 milhões de idosos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), neste ano o Brasil será o 6.º país com maior número de pessoas idosas, o

que torna urgente e indispensável pesquisas que contribuam para a melhoria e manutenção da saúde nessa faixa etária.¹³

A literatura destaca como alguns fatores de risco para o desenvolvimento de IU a idade avançada, a raça branca, a obesidade, os partos vaginais e a menopausa, dentre outros.²⁴ Dados estes encontrados entre as mulheres investigadas, que apresentavam idade entre 63 a 78 anos, o IMC entre 25,0 e 29,9, caracterizando o índice de massa corpórea (IMC) acima do ideal.²⁵ A raça variou entre branca e parda; e o nível de escolaridade foi bastante diversificado, existindo tanto mulheres não alfabetizadas, quanto aquelas com ensino médio completo. A renda familiar média foi de dois salários mínimos.

Em um estudo anterior observou-se que de 456 mulheres entrevistadas, 35% (n = 160) se queixaram de perda de urina por esforços, a maioria dessas mulheres era branca e tinha baixo grau de escolaridade. Aproximadamente 2/3 da população estudada pertenciam aos estratos socioeconômicos baixos. Os autores afirmaram não haver associação entre IU e fatores sociodemográficos, porém os demais fatores de risco se confirmaram nessa amostra.²⁴

Em relação à história pessoal, observou-se elevado número de gestações (3 a 6), o que coincide com o número de partos vaginais (3 a 6), caracterizando fator de risco para o desenvolvimento de IU, quando somado a idade elevada das informantes.

O aumento do número de partos, ou seja, da paridade, é considerado um fator importante no enfraquecimento dos músculos e tecidos moles do assoalho pélvico mostrando uma relação de prevalência de IU maior em múltiparas que em nulíparas.^{14,24} Estudos retrospectivos apontam o parto vaginal como fator de risco para IU em idades avançadas.²⁴

Considerando-se as idosas que possuem o diagnóstico médico de IU, elas foram questionadas acerca de dois pontos básicos. O primeiro diz respeito à busca de algum serviço de saúde para solucionar o problema; em resposta a esse questionamento observou-se que apenas uma não buscou tal auxílio, tendo justificado com o constrangimento em tratar do assunto com os profissionais de saúde. As demais idosas (três) informaram ter obtido auxílio de saúde para realização de procedimento cirúrgico, acompanhamento ginecológico e em grupo destinado à saúde da mulher. O segundo ponto investigou a obtenção de informações sobre o assunto em revistas, jornais, internet e conversa com amigos ou profissionais. Nesse ponto uma delas apontou a falta de oportunidade em obter tal suporte informacional, e as demais relataram obter esse apoio apenas de profissionais da saúde.

A IU tem origem multifatorial e implica em problema social e/ou higiênico à mulher, causando desconforto e perda de autoconfiança. É um elemento gerador de exclusão social, que vem a interferir na saúde física e mental de quem a possui.^{10,14,16,17,26} Também é rodeado de tabus, má informação e ignorância, levando a maioria das pacientes a não procurarem ajuda e tratamento.¹⁰

A IU apresenta-se como uma ameaça à auto-estima, podendo gerar depressão e exclusão social, interferindo negativamente na saúde física e mental da paciente e comprometendo sua qualidade de vida.^{10,16,27}

Considerando-se o posicionamento da literatura acerca da IU, compreende-se que as idosas tem dificuldades em tratar do assunto com sua rede familiar e de amigos, se restringindo a obter tal

suporte informacional com os profissionais de saúde. Destaca-se também a baixa renda e grau de escolaridade das informantes como elemento gerador de limitações na busca dess suporte, em meios como revistas, jornais e internet.

Em relação à história pessoal relacionada à IU, observou-se que o tempo de perda urinária variou de um a oito anos, e que os episódios semanais aconteciam diariamente nos últimos meses, interferindo de forma importante na vida das idosas (numa escala de 0 a 10, representando respectivamente nenhuma interferência e interferir muito, obtiveram-se valores entre seis e dez). Os dados confirmam o que foi explorado anteriormente, a IU apresentar-se como uma ameaça à auto-estima e como um fator de isolamento social e depressão,²⁷ uma vez que interfere tão intensamente na vida dessas idosas, limitando-as em seu convívio social e no desenvolvimento de tarefas cotidianas.

Em pesquisa anterior, na qual foi realizado um inquérito domiciliar acerca da IU, evidenciou-se que de 456 mulheres climatéricas entrevistadas, 160 se queixaram de perda de urina aos esforços, sendo que 49 dessas referiram que esse sintoma ocorria sempre e 111 apresentavam perda urinária esporádica.²⁴ Em nosso estudo os dados mostram idosas que apresentam episódios de perda urinária diária e não esporádicos, como na pesquisa supracitada.

Para investigar o fenômeno da IU e suas implicações na vida da população acometida por tal distúrbio, é necessário destacar aspectos relacionados à percepção do impacto que ele causa na vida das pacientes e as medidas de sua gravidade.²⁰ Usar questionários genéricos poderia subestimar a dimensão desta problemática. Valorizar a opinião da paciente sobre sua condição de saúde é fundamental nesta realidade. Assim, tem se intensificado na pesquisa científica, nos últimos anos, este fato, uma vez que há um crescente interesse dos pesquisadores em saúde por métodos subjetivos de avaliação clínica.²⁷

Em síntese, a IU gera alta morbidade, afeta o nível psicológico, o ocupacional, o doméstico, o físico e o sexual da paciente por ela acometida, pois provoca alterações graves na vida, tornando-se estressante e debilitante, afetando a qualidade de vida negativamente.²⁰

A adaptação cultural de terminologias

A adaptação cultural das terminologias usadas no recurso se deu com a criação de um ambiente de pesquisa e a convocação das idosas pré-selecionadas para uma vivência sobre IU.

Através da técnica de associação livre de palavras buscou-se conhecer o vocabulário empírico adotado por elas para se referirem às várias partes do corpo, considerando a relação dessas com a IU. Da aplicação da técnica obtiveram-se as seguintes palavras e expressões equivalentes à terminologia técnica adotada para o respectivo segmento anatômico ossos da pelve: “os quartos”, “bacia”, “quadris”, “a cadeira”, “pé da barriga”, “ossos do bumbum”.

Não se registrou palavras ou expressões que fossem relacionados, portanto, similares, aos músculos do assoalho pélvico, o que evidencia um desconhecimento dessas informantes sobre tal musculatura.

Equiparadas ao segmento anatômico conhecido por bexiga, obtiveram-se as expressões culturais: “saco da urina”, “saquinho da urina”, “bolsa da urina”, e propriamente “bexiga”.

Os rins foram citados pelas idosas, sem que houvesse outras formas equivalentes de expressão na cultura característica das informantes. Do mesmo modo, as terminologias “útero” e “trompas” já faziam parte de vocabulário das informantes, sendo o único equívoco a pronúncia de tais palavras correspondentes ao sistema reprodutor feminino.

Similares à vagina destacaram-se as palavras culturalmente adaptadas “piupiu”, “xoxota”, “bugari”, “mijador”, “xibiu”, bem como o próprio nome vagina.

Descrição das etapas de desenvolvimento do recurso de animação

As terminologias culturalmente adaptadas tiveram aplicação durante o desenvolvimento do recurso de animação (suporte informacional) pelo G 1000. Nessa atividade tomaram-se as imagens associando-as ao vocabulário empírico, sem que deixasse de registrar a terminologia científica correspondente, de maneira a favorecer a utilização do recurso tanto por pessoas comuns, quanto pelo profissional fisioterapeuta, sem comprometer o entendimento.

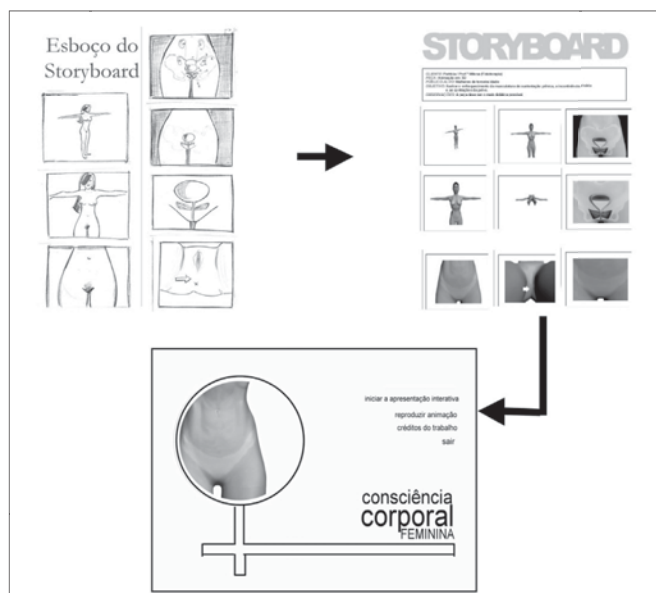
Para que possamos realizar pesquisas em comunidades de modo confiável, é necessário uniformizar conceitos e definições. Assim, define-se suporte social do tipo informacional como “o processo através do qual as pessoas buscam a informação, o conselho e alguém que os ajude a resolver problemas pessoais ou familiares. [...] Suporte informacional inclui dar informação, conselho e orientação”.⁵ Na visão de estudiosos clássicos sobre o tema,^{28,29} o suporte social reduz o isolamento e aumenta a satisfação de viver das pessoas. Diante da realidade socioeconômica e de saúde de nossa população, destaque-se a importância de se poder lidar com estas questões.

Quando se buscou a interação entre o vocabulário empírico e o científico com um recurso visual, objetivou-se desenvolver um recurso capaz de expressar com maior fidelidade o conhecimento acerca do corpo feminino e estruturas relacionadas à continência urinária. A presença de uma estrutura de comunicação capaz de gerar os possíveis sentidos, significados e significações que a mídia interativa pode vir a suscitar estão em função da compreensão e valorização do papel de autor e leitor, desde que perpassadas pelo texto como estratégia de mediação, ou seja, das trocas estabelecidas entre o vocabulário do autor e o do leitor, assim, a mídia interativa representa um trabalho de interpenetração de discursos.³⁰

As etapas de desenvolvimento do recurso de animação como suporte informativo na incontinência urinária são sintetizadas no Quadro 1. A produção desta tecnologia junto ao G1000 teve início com uma entrevista na qual os profissionais da área da mídia visavam captar dos pesquisadores o tipo de produto idealizado para ser desenvolvido, quais finalidades (interesses) de aplicação e, principalmente, o perfil da clientela (ou público alvo) a que se destinava. Desta etapa decorreram decisões no tocante ao modelo a ser desenvolvido.

Decidindo-se pelo modelo, os pesquisadores ofereceram os primeiros rabiscos, ou esboços, que foram usados pelos técnicos como a base de criação das imagens do recurso em sua versão definitiva. Nessa versão, os “rabiscos” assumiram a forma tridimensional, ganharam animação e foram adicionados a eles recursos

Quadro 1 – Síntese das etapas de desenvolvimento do recurso de animação como suporte informacional na incontinência urinária.



para permitir uma interação com o profissional (cliente) por ocasião de sua utilização.

Através do programa “3D Studio Max”, versão 7, criaram-se os modelos tridimensionais estáticos, depois as imagens foram exportadas e tratadas no “Photoshop” versão SS2, para retirar-lhes as manchas, rever contrastes, melhorar o brilho dentre outros. Posteriormente levadas para o “Flash” versão MX2004, elaborou-se o sistema de multimídia, que é o que concentra tudo que o produto final deve conter de forma interativa.

Para o acabamento foi criado o modelo de interfaces, ou seja, as telas que antecipam a visualização do sistema, por meio do programa Corel Draw versão 11, que também foi utilizado para elaborar o layout das telas, em correspondência com a diagramação.

Finalizada as etapas de criação e animação de imagem, os esforços dos pesquisadores, em interação com os técnicos da G 1000, voltaram-se para detalhamentos na forma de apresentação a partir do “Storyboard”, onde se definiu uma seqüência lógica de aparecimento de cada uma das imagens, consoante a necessidade do profissional fisioterapeuta durante sua intervenção junto ao paciente com IU. As atividades finais culminaram com a disponibilização de uma aplicação executável, o CD-ROM. Por último, este recurso de animação recebeu o nome de “Consciência Corporal Feminina”.

CONCLUSÃO

As sociedades atuais são marcadas pela influência da tecnologia no desenvolvimento de seus produtos. Conforme é possível constatar na literatura da área, tecnologia, inovação e desenvolvimento são os pilares que caracterizam a época atual e a distingue das passadas, evidenciando-se como indicador de desenvolvimento humano. Todavia, importa ressaltar o fato de que toda tecnologia deva servir ao ser humano (e não o contrário), de maneira que se tem de valorizar o

conjunto de saberes e práticas, incorporando-os à criação tecnológica para torná-la não só aceita, como também acessível, útil e relevante para a vida cotidiana.

Nesses termos, o recurso de animação como suporte informativo na IU está para a fisioterapia como uma grande contribuição tecnológica a alavancar a conduta clínica adotada durante a abordagem terapêutica da IU. Considerando-se que foi conduzido o seu desenvolvimento pelos pesquisadores, respeitando a necessidade de adaptação cultural em termos da linguagem popularmente usada, das características e necessidades da população-alvo (mulheres idosas que sofrem com o fenômeno mórbido da IU).

Não se deve negar as dificuldades enfrentadas no percurso, e que tornam um grande desafio a tomada de decisão por desenvolver um recurso de animação com as características do aqui apresentado. Essas dificuldades deveram-se, em parte, à característica da mídia interativa, que priorizou o cruzamento entre arte, tecnologia e comunicação, definindo um espaço virtual de exploração em que o receptor é convidado a participar de experiências multisensoriais, ou seja, um espaço determinado por um fluxo de imagens, sons e textos, que oferece um diálogo interativo a partir da ação do receptor, como preconizam os especialistas do assunto. Para a realidade da formação tradicional da Fisioterapia, a passagem da mera aplicação de técnicas para a idealização desse cruzamento torna-se muito complexa.

São várias outras limitações que se necessita enfrentar, iniciando pelo entendimento do próprio fenômeno da incontinência urinária, sua percepção e experimentação (que difere de indivíduo para indivíduo), até as barreiras sócio-estruturais que, dentre outras coisas, impõe uma linguagem técnico-científica ao profissional de saúde que o distancia da população alvo.

Entretanto, acredita-se que dificuldades não podem intimidar os avanços da fisioterapia nesse campo. O trabalho ora desenvolvido espera-se, seja só o primeiro, de uma série de outros que vão surgir seguindo essa mesma trajetória; ou, pelo menos, que o mesmo siga o seu processo natural de constantes modificações, o que faz do produto elaborado (a mídia) algo inacabado.

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo de Mídia Interativa da UNIFOR – G 1000 representado por AJM Leite Júnior (professor e coordenador do G 1000), AR Meireles (bolsista e aluno de graduação) e LRM Machado (bolsista e aluno de graduação).

REFERÊNCIAS

1. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(1):44-52.
2. Resende MC, Cunha CPB, Silva AP, Souza SJ. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Cien Cogn.* 2007;10(4):164-77.
3. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhães MABL. Característica do apoio social oferecido a idoso na área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):753-64.
4. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):703-14.

5. Landim FLP, Nations MK, Frota MA. Ética, solidariedade e redes sociais. In: Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p. 71-84.
6. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):925-34.
7. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editores. Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed. Plymouth, England: Health Publication; 2002.
8. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004 [texto na Internet]. Brasília (DF): IBGE [cited 2006 Apr 23]. Available from: http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Revisao_2004
10. Herrmann V, Potrick BA, Palma PCR, Zanettini CL, Marques A, Netto Júnior NR. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínicas e ultra-sonográfica. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):401-5.
11. Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.
12. Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [texto na Internet]. Brasília: OPAS. 2005 [cited 2007 Apr 30]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf.
14. Camargos AF. Ginecologia ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.
15. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. São Paulo: Manole; 2002.
16. Feldner Júnior PC, Bezerra LRPS, Girão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, et al. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(2):87-91.
17. Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS*. 2002;12(3):243-49.
18. Almeida FG. Efeito da estimulação magnética perineal no tratamento da incontinência urinária da mulher [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
19. Berek JS, Novak: tratado de ginecologia. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
20. Nagib ABL, Guirro ECO, Palauro VA, Guirro RRJ. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):210-5.
21. Rey FG. Pesquisa qualitativa e subjetividade - os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 1996 Out 16.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
24. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):428-35.
25. World Health Organization. Obesity and overweight [text on the Internet]. Geneva: WHO [cited 2007 May 20]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
26. Moreira ECH, Yasuda EK, Kimura FR. Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço. *Fisioter Mov*. 2001;13(2):9-14.
27. Tamanini JTN, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues NJN. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438-44.
28. Cassel EJ. The healer's art. New York: J. P. Lippincott; 1976.
29. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300-14.
30. Tavares M. A leitura da imagem interativa. In: XXIV Congresso Brasileiro da Comunicação; 2001 Set 3-7; Campo Grande. Anais eletrônicos. Campo Grande: INTERCOM; 2001 [citado 2007 Maio 20]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1904/4663>.