

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
CURSO DE FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA E PSICOLOGIA: ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NO  
TRATAMENTO DO VAGINISMO – UM ESTUDO DE CASO.

MAÍRA ROLLEMBERG SANTIN  
MARCELA SIQUEIRA GADÊLHA

BRASÍLIA

2008

MAÍRA ROLLEMBERG SANTIN  
MARCELA SIQUEIRA GADÊLHA

FISIOTERAPIA E PSICOLOGIA: INTERDISCIPLINARIDADE NO  
TRATAMENTO DO VAGINISMO.

Artigo científico apresentado à  
disciplina de Monografia como  
requisito parcial para conclusão do  
Curso de Fisioterapia no Centro  
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: Prof. Aline Texeira Alves

BRASÍLIA

2008

FISIOTERAPIA E PSICOLOGIA: ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NO  
TRATAMENTO DO VAGINISMO – UM ESTUDO DE CASO

FISIOTHERAPY AND PSYCHOLOGY: INTERDISCIPLINARY SERVICE IN  
TREATMENT OF VAGINSIMO - A CASE STUDY

Maíra Rollemberg Santin \*, Marcela Siqueira Gadêlha \*, Aline Teixeira Alves \*\*

\*Graduanda em Fisioterapia pelo UniCeub – Centro de Ensino Universitário de  
Brasília.

\*\* Fisioterapeuta Especialista em Uroginecologia e Mestranda em Gerontologia pela  
Universidade Católica de Brasília.

Endereço para correspondência:

Maíra Rollemberg Santin – [mairars@hotmail.com](mailto:mairars@hotmail.com)

SQN 202 Bloco “F” apartamento 101

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado uma vida maravilhosa e uma família linda, que é minha base e possibilitou que eu me tornasse o que sou hoje. Agradeço aos meus pais, por serem meus exemplos e por terem sempre tanta paciência e compreensão, ajudando, aconselhando e incentivando em todos os momentos de minha vida. Agradeço aos meus avós, em especial a Vozinha, pela força, apoio e o carinho de sempre. Agradeço aos meus irmãos por estarem ao meu lado sempre e independente de qualquer coisa e às minhas amigas e primas (principalmente às pequenas e minha dinda), por serem como irmãs e estarem comigo nos momentos de choro e alegria. Agradeço à Lívia e “às Marcelas” pela força, incentivo e companheirismo, mas principalmente pela calma nos meus momentos de tensão, pela ajuda na realização desse trabalho e pela amizade sincera. Agradeço também ao meu namorado, que esteve comigo em todas as horas, sempre muito calmo e paciente, procurando fazer com que tudo fosse mais fácil. Agradeço ao meu grupo de estágio pelos momentos maravilhosos nessa fase tão cheia de tensões.

Maíra

Agradeço aos meus pais, irmãos, meu marido Carlos, meus filhos e toda minha família, que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Às minhas amigas, em especial a Maíra, pelo incentivo, dedicação, força, amizade, carinho que partilhamos durante nosso caminhar...

Marcela

Agradecemos a todos os professores, que contribuíram decisivamente para a nossa formação acadêmica e pessoal, em destaque à professora e orientadora Aline, pelo incentivo durante todo o trabalho e por despertar em nós o interesse pela área da Disfunção sexual feminina, o que possibilitou que nosso trabalho ficasse da forma que imaginamos.

Por fim, agradecemos a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização dessa pesquisa, em especial à Dra. Cláudia, que acreditou no nosso trabalho e colaborou participando do tratamento da paciente de forma interdisciplinar, possibilitando a realização desse estudo.

Maíra e Marcela

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso sobre a associação entre um protocolo de tratamento fisioterapêutico e o acompanhamento psicológico no atendimento de uma mulher com diagnóstico de vaginismo. Essa é uma disfunção sexual caracterizada pelo espasmo do terço distal da vagina, causando dificuldade persistente e recorrente de permitir a introdução do pênis, de dedos ou de outros objetos na vagina. Atualmente já se sabe que a identificação e o tratamento dessas questões são de caráter interdisciplinar, porém, há uma enorme dificuldade em estabelecer o melhor tratamento para o vaginismo. Dessa forma, devido a isso e à falta de estudos relacionados ao assunto, foi estabelecido um protocolo composto por alongamentos, dessensibilização perineal, massagem intra-vaginal, eletroestimulação e biofeedback eletromiográfico. A paciente foi avaliada pelo questionário GRISS – Golobomk e Rust e pela escala visual analógica para dor e qualidade de vida antes do início dos atendimentos e após o término das 15 sessões estabelecidas para a realização do protocolo. Concluiu-se que, para o caso estudado, o protocolo fisioterapêutico estabelecido e o acompanhamento psicológico trouxeram um bom resultado e foram eficazes para a melhora da qualidade de vida sexual da paciente tratada, porém, são necessários novos estudos, de maior amostra, de forma a estabelecer um tratamento eficiente para a população que sofre de vaginismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** disfunção sexual; vaginismo; dispareunia; tratamento; fisioterapia.

## ABSTRACT

This is a case study on the association of a physiotherapeutic treatment protocol and psychological follow-up in the treatment of women diagnosed with vaginismus. This is a sexual dysfunction that is characterized by spasms of the distal third of the vagina which cause persistent and recurrent difficulty in allowing the insertion of the penis, fingers or other objects into the woman's vagina. It is currently known that the identification and treatment of such condition is one of multidisciplinary nature; however, there is enormous difficulty in establishing the best treatment for vaginismus. Due to such fact and to the lack of studies related to the subject, a protocol was established that comprised stretching, perineal dessensibilization, intra-vaginal massage, electro stimulation and electromyography-biofeedback. The patient was assessed through use of the GRISS questionnaire – Golobomk and Rust – and through the contrasting of analogical visual scales for pain and life quality before the beginning of treatment and after the 15 sessions determined for the carrying out of the protocol. It was observed that, for the case studied, the physiotherapeutic protocol and the psychological follow-up brought satisfactory results and were effective in improving sexual life quality for the patient; however, new studies are necessary, with larger samples, to establish an effective treatment model for the population with vaginismus.

**KEYWORDS:** sexual dysfunction; vaginismus; dyspareunia; treatment; physiotherapy.

## 1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais. Na mulher, a disfunção sexual também pode se manifestar por dores ou espasmos do terço distal da vagina (dispareunia e vaginismo, respectivamente), resultando em angústias pessoais e dificultando tanto as relações interpessoais quanto a qualidade de vida [1].

Uma das barreiras para o desenvolvimento de estudos sobre a epidemiologia e os tratamentos mais eficazes para tratar as dificuldades sexuais femininas é a falta de consenso sobre o modelo ou paradigma para a compreensão da resposta sexual feminina [2, 3, 4].

A disfunção sexual é uma causa direta de desarmonia e estresse nas relações e leva a uma grande angústia pessoal; a sexualidade feminina é frequentemente afetada por fatos da vida, exigindo um tratamento interdisciplinar e que seja capaz de abordar os mais variados aspectos do problema [2, 5, 6].

As disfunções sexuais eram, até há pouco tempo, encaminhadas e tratadas apenas pela psiquiatria e pela psicologia, limitando os recursos terapêuticos a fatores psicológicos e sociais. Fatores orgânicos associados às disfunções sexuais restringiam-se a anomalias genitais. Assim, os tratamentos se limitavam a poucos recursos e sem muito embasamento científico [7].

Atualmente já se sabe que a identificação e o tratamento dessas questões são de caráter interdisciplinar, e é desejável que os profissionais se habilitem nos saberes das

demais especialidades que estudam o ser humano; o que mostra que a fisioterapia terá um papel profissional a desempenhar nas disfunções que estiverem associadas a perturbações fisiológicas, ao desempenho físico e a disfunções da região pélvica, especialmente do períneo [6].

Embora os quadros de disfunções sexuais da mulher sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis para tratamento ainda são muito restritos. Os aspectos terapêuticos referem-se à importância de uma equipe interdisciplinar, capaz de oferecer à mulher acompanhamento psicoterápico, medicamentoso, além de suporte psicoeducacional [2].

Masters e Johnson (1966) chamaram atenção para o papel desempenhado pela musculatura do assoalho pélvico, e especialmente as fibras bulboesponjosas, isquicavernosas e as mais mediais dos músculos elevadores do ânus na obtenção do orgasmo feminino. Esses achados têm interessantes implicações para os fisioterapeutas, já que significam uma reeducação do assoalho pélvico [6, 8, 9].

Com elevadas taxas de prevalência na população, as disfunções sexuais femininas alcançaram *status* de importante problema de saúde na mulher, com repercussões significativas na qualidade de vida [7, 10].

Sabe-se que, no Brasil, 32,4% das mulheres não levam queixas sexuais aos médicos. Os médicos, por sua vez, confessam que frequentemente se sentem pouco à vontade em abordar essa temática com suas pacientes. Consequentemente, estima-se que uma parcela significativa de casos não é diagnosticada, com comprometimento de satisfação afetivo-sexual dessas mulheres [7].

As disfunções sexuais caracterizam-se por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, o que afeta uma ou mais das fases desse. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento, mais prejuízo

acarretará à resposta sexual, e mais complexos serão o quadro clínico e respectivos diagnóstico e tratamento. [2]

Dispareunia e vaginismo são os transtornos dolorosos mais comuns e extremamente frustrantes na classe das disfunções sexuais femininas. Repetidas dores sexuais podem iniciar um ciclo álgico, em que o medo da dor conduza a evitar a atividade sexual que a produz, e seguidamente à falta de excitação, falha em alcançar o orgasmo, e à perda do desejo sexual. Isto pode progredir para a total fuga da atividade sexual e dificuldades nos relacionamentos, o que pode caracterizar um ciclo entre dispareunia e vaginismo [11].

Segundo Etienne & Waitman (2006), vaginismo é a dificuldade persistente e recorrente de permitir a introdução do pênis, dedos ou outros objetos na vagina, independentemente de manifestar o desejo de ser penetrada ou não. Frequentemente ocorre uma evitação fóbica, muitas vezes causada por fatores psicológicos como a inibição sexual, traumas sexuais, sentimentos negativos quanto ao parceiro, dor ou um ciclo de tensão que se mantém independente de alguma patologia, o que leva a uma contração involuntária da musculatura pélvica [2, 7, 12, 13].

A dispareunia é considerada uma dor aguda recorrente associada com o ato sexual e que prevalece em mais ou menos 10% a 15% do público feminino. É um problema crônico que dura vários anos, ou até toda uma vida, para um número significativo de mulheres que a reportam. Em muitos casos, nenhuma patologia física pode ser encontrada para explicar a dor [2, 7, 12, 14].

Com base no que foi citado e nas técnicas consideradas como eficazes para o tratamento das dificuldades sexuais, o presente estudo tem como objetivo utilizar a associação entre um protocolo fisioterapêutico e o acompanhamento psicológico para verificar a sua eficiência na qualidade de vida de uma mulher com disfunção sexual.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de uma paciente com diagnóstico médico de vaginismo, com o objetivo de estabelecer uma associação entre um protocolo fisioterapêutico pré-estabelecido e um acompanhamento psicológico para promover uma melhora da qualidade de vida sexual dessa paciente.

O caso estudado foi escolhido por conveniência, sendo uma paciente na faixa dos 30 anos, casada, sexualmente ativa e que realizou, após três partos de via cesariana e um aborto espontâneo, ligação tubárea. O diagnóstico de vaginismo foi fornecido pela médica ginecologista, que forneceu também um relatório excluindo qualquer anormalidade anatômica ou qualquer outra doença que possa estar causando a dificuldade sexual apresentada pela mesma.

O tratamento psicológico teve início em fevereiro de 2008, quando a paciente foi encaminhada pela sua médica ginecologista e consistiu em uma avaliação psicológica detalhada, tendo como critério estabelecer o grau de comprometimento emocional e obter dados acerca das dificuldades da paciente. Foi feito um trabalho de consciência corporal e terapia comportamental, de forma a aumentar a auto-estima, esclarecer determinadas crenças errôneas acerca da atividade sexual, reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos da paciente. Após um mês de tratamento psicológico, em março de 2008, a paciente foi encaminhada à fisioterapia, quando teve início a utilização do protocolo fisioterapêutico pré-estabelecido para a realização deste estudo, sendo que a partir desse momento os tratamentos ocorreram simultaneamente.

Este protocolo foi composto pela assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (ANEXO 1), preenchimento do questionário GRISS, uma avaliação fisioterapêutica minuciosa da paciente, com o objetivo de avaliar a força muscular do assoalho pélvico, a consciência corporal e a atividade sexual da paciente, e pelo tratamento pré-determinado. Para a coleta dados acerca da qualidade de vida sexual da paciente, foi utilizado o questionário GRISS (ANEXO 2): Inventário de Satisfação Sexual de Golombok e Rust. De acordo com Moniek *et al.* (1999) e Meston & Derogatis (2002), o GRISS avalia a qualidade de vida sexual, através de 28 perguntas fechadas, direcionadas a informações sobre a função, resposta e satisfação sexual feminina, além de fornecer dados para embasar o diagnóstico clínico e psíquico da paciente. O questionário foi respondido com o auxílio da fisioterapeuta para evitar que alguma questão ficasse sem resposta por falta de compreensão por parte da voluntária. Além disso, foi utilizada também a escala visual analógica para avaliar as dores da paciente, onde 10 indica pior dor e 0 a ausência de dor. Essa mesma escala foi utilizada para avaliar a qualidade de vida, indicando como 0 a pior qualidade de vida e 10 a melhor.

De acordo com o protocolo, no primeiro dia de atendimento ocorreu a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e do questionário (ANEXOS 1 e 2 respectivamente), e foi feita a avaliação detalhada da paciente. Essa avaliação foi composta pela anamnese e exame físico, que incluem a inspeção das estruturas da região pélvica, palpação e avaliação da musculatura pélvica e dos reflexos e coleta da história da paciente. É importante salientar que o toque bidigital para avaliação da força só é realizado quando não há ocorrência de dor, em caso contrário, a força é avaliada no decorrer do tratamento. As sessões tiveram início no segundo dia de atendimento e foram realizadas nas terças e quintas-feiras, totalizando 15 sessões, não acontecendo

durante o período menstrual da paciente, de forma a evitar desconforto da mesma e da fisioterapeuta e respeitando possíveis faltas, sendo, por esse motivo, um tempo não muito curto de tratamento. Esse protocolo foi composto de alongamento da musculatura adutora do quadril (3 séries de 20 segundos) para impedir que uma contração associada interfira no relaxamento da musculatura perineal, além de ter também o objetivo de tornar a paciente mais receptiva à terapia. A técnica de observação do próprio corpo através do espelho e a dessensibilização tátil de superfície na musculatura adutora, de coxa e púbis, para favorecer a consciência corporal. Foi realizada a massagem intra-vaginal em forma de U para promover o relaxamento da região. O biofeedback eletromiográfico de superfície (foram realizadas 10 contrações rápidas e 5 contrações sustentadas por 5 segundos) foi utilizado com o objetivo de avaliar e tratar a musculatura do assoalho pélvico, dando à paciente consciência corporal e buscando a cada sessão um maior relaxamento dessa musculatura; e estimulação elétrica de superfície com os eletrodos no centro tendíneo do períneo, adutores, na região suprapúbica e posteriormente, na região intra-vaginal, com uso do aparelho *Dualpex 961 (Quark®)*, com os parâmetros de Frequência 100 Hz, Largura de Pulso 100 $\mu$ s, Intensidade máxima tolerada pela paciente, durante um tempo de 30 minutos, de forma a promover o relaxamento.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 2379/08), durante as 15 sessões estabelecidas para tratamento. A análise desses dados foi feita de forma descritiva, a partir da comparação entre o questionário e as escalas visuais analógicas para dor e qualidade de vida aplicados no início do tratamento e ao final das 15 sessões. Essa comparação foi feita através de quadros explicativos com as respostas mais relevantes para a compreensão dos resultados.

### 3. RESULTADOS

Durante a avaliação, a paciente em questão, D.V.R., apresentou como queixa principal a dificuldade na relação sexual devido à dor durante 9 anos de relacionamento e que se agravou no último ano, impedindo a penetração. Ao ser questionada sobre o índice de qualidade de vida utilizando uma escala visual analógica, obtivemos como resposta o número 4. Na escala visual analógica para dor, o resultado obtido foi 10. Além disso, não foi possível realizar o toque bidigital devido ao espasmo muscular apresentado pelo terço distal da vagina e à dor referida pela mesma, impedindo a introdução do dedo da avaliadora e impossibilitando a realização do exame.

No primeiro dia de atendimento foi realizada a técnica do espelho e uma breve explicação sobre a anatomia do assoalho pélvico e a patologia a ser tratada. Essa técnica foi seguida do alongamento de adutores; biofeedback eletromiográfico (EMG) de superfície com os eletrodos posicionados no centro tendíneo do períneo, durante o qual foi solicitado à paciente o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, durante estímulo tátil de 15 minutos feito em musculatura adutora, de coxa e púbis. Foi realizada a eletroestimulação com os eletrodos posicionados no centro tendíneo do períneo e região suprapúbica, com os parâmetros citados anteriormente. A paciente demonstrou tensão e desconforto durante a maior parte do atendimento.

A conduta descrita anteriormente foi mantida no terceiro e quarto dias de atendimento, e foi observado que no terceiro dia a paciente ainda se encontrava com alto nível de tensão, reagindo com muitos espasmos musculares durante a dessensibilização. Ao quarto dia foi acrescentada a massagem de dessensibilização na

região da vulva, durante 10 minutos, com o gel K-Y® Warming. A paciente se mostrou mais receptiva ao protocolo.

Na quinta sessão foi feito o teste de força muscular, apresentando como resultado o grau 4 da Escala de Ortiz (contração sustentada por tempo inferior a 5 segundos). Além disso, foi acrescentado o biofeedback EMG com sonda anal previamente esterilizada, em região vaginal. A eletroestimulação passou a ser intravaginal com sonda anal. A paciente se mostrou tensa, porém, mais acessível ao tratamento.

Na sexta sessão foi mantida a conduta dos dias anteriores, com acréscimo da massagem intra-vaginal em forma de U, focando os pontos de maior tensão muscular. A paciente não relatou dor durante a introdução da sonda do biofeedback e da eletroestimulação, mas referiu durante a aplicação da corrente elétrica.

Na sétima sessão foi trocada a sonda anal pela vaginal no biofeedback e na eletroestimulação, embora a conduta tenha sido mantida. A paciente não relatou desconforto em momento algum do atendimento, inclusive durante a massagem perineal.

Da 8ª à 12ª sessões foi mantida a mesma conduta. A paciente relatou ter tido relação sexual, sem apresentar dor e sem a necessidade de lubrificante vaginal. Além disso, mostrou-se bastante satisfeita com a evolução do tratamento.

Na 13ª sessão a paciente relatou ter tentado ter relação sexual no dia anterior utilizando o gel anestésico “sensible” para criar uma leve anestesia, porém, não conseguiu penetração devido a fortes dores. Não foi relatado nenhum episódio específico que pudesse ter gerado o desconforto. Durante a sessão foi utilizado o mesmo gel para a massagem perineal e a paciente relatou dor no início do atendimento, com

alívio após alguns minutos. Foi solicitado ao marido da paciente que comparecesse ao próximo atendimento para que ele aprendesse a fazer a massagem perineal.

Na 14<sup>o</sup> sessão foi mantida a conduta do atendimento anterior, tendo a presença do marido, sendo que, ao final foi realizada a massagem, inicialmente pela fisioterapeuta, e depois por ele, que realizou a técnica e na qual foram feitas algumas correções. Foi orientado que ele fizesse a massagem antes de iniciar a penetração para dessensibilizar a região e reduzir a dor.

Na 15<sup>o</sup> sessão foi mantida a mesma conduta dos dias anteriores, sem relatos de dor. A paciente foi reavaliada, apresentando grau 5 de força muscular da escala de Ortiz (contração muscular sustentada por tempo superior a 5 segundos). Foram reaplicadas as escalas para dor e qualidade de vida, obtendo como resultado 0 e 8 respectivamente. Os dados comparativos das duas avaliações podem ser observados no quadro comparativo 1. Além disso, o questionário também foi respondido novamente e os dados foram comparados com as respostas obtidas na primeira sessão, conforme os dados mostrados quadro comparativo 2. A paciente relatou que o casal ficou muito animado com a melhora da dor e dos espasmos.

Quadro 1 - Avaliação

<b>Avaliação</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>
Atividade sexual:	Não exerce/Insatisfeita	Exerce/Satisfeita
Excitação	Nunca, muito difícil	Sempre
Dor	Sempre	Ocasionalmente
Vontade de fazer sexo	Não tem vontade nunca	Algumas vezes na semana
Consciência perineal	Boa	Ótima
Força muscular	4	5
EVA qualidade de vida sexual	4	8
EVA dor	10	0

Quadro 2 - GRISS: Inventário de Satisfação Sexual de Golombok e Rust.

<b>PERGUNTAS:</b>	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>	<b>Resultado</b>
1) Você sente desinteresse por sexo?	Geralmente	Ocasionalmente	Houve melhora
2) Você pergunta ao seu parceiro o que ele gosta ou não na vida sexual de vocês?	Nunca	Quase nunca	Houve melhora
3) Existem semanas em que você não tem nenhuma relação sexual?	Sempre	Geralmente	Houve melhora
4) Você se excita facilmente?	Quase nunca	Ocasionalmente	Houve melhora
5) Você está satisfeita com a duração das carícias iniciais antes da penetração?	Ocasionalmente	Geralmente	Houve melhora
6) Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode entrar?	Sempre	Nunca	Houve melhora
7) Você tenta evitar sexo com seu parceiro?	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Resposta mantida
8) Você consegue ter orgasmo com seu parceiro?	Sempre	Sempre	Resposta mantida
9) Você gosta de abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?	Sempre	Geralmente	Houve piora
10) Sua vida sexual é satisfatória?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora
11) É possível colocar o dedo na sua vagina sem desconforto?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora
12) É desagradável tocar e acariciar o pênis de seu parceiro?	Quase nunca	Nunca	Houve melhora
13) Você fica tensa e ansiosa quando seu parceiro quer fazer sexo?	Sempre	Quase nunca	Houve melhora
14) Você acha impossível ter um orgasmo?	Nunca	Nunca	Resposta mantida
15) Você tem relação sexual mais que duas vezes por semana?	Nunca	Nunca	Resposta mantida
16) Você acha difícil dizer ao seu parceiro o que você gosta ou não na vida sexual de vocês?	Sempre	Geralmente	Houve melhora
17) Seu parceiro consegue pôr o pênis dentro da sua vagina sem que você sinta desconforto?	Nunca	Geralmente	Houve melhora
18) Você sente que falta amor e afeto na vida sexual com seu parceiro?	Nunca	Quase nunca	Houve piora
19) Você gosta de ter seu sexo tocado e acariciado por seu parceiro?	Geralmente	Sempre	Houve melhora
20) Você se recusa a fazer sexo com seu parceiro?	Ocasionalmente	Quase nunca	Houve melhora
21) Você consegue ter orgasmo quando seu parceiro estimula seu clitóris durante as carícias iniciais?	Sempre	Sempre	Resposta mantida
22) Você se sente insatisfeita com a duração da penetração?	Sempre	Quase nunca	Houve melhora
23) Você sente aversão ou repugnância pelo que você e seu parceiro fazem durante a relação sexual?	Nunca	Nunca	Resposta mantida
24) Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode penetrar muito fundo?	Sempre	Nunca	Houve melhora
25) É desagradável ser abraçada e acariciada por seu parceiro?	Nunca	Quase nunca	Houve piora
26) Sua vagina fica molhada durante a relação sexual?	Quase nunca	Sempre	Houve melhora

27) Você gosta de ter relação sexual com seu parceiro?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora
28) Acontece de você não ter orgasmo durante a penetração?	Sempre	Ocasionalmente	Houve melhora

RUST; GOLOMBOK (1986)

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, é possível constatar melhora em alguns pontos específicos, como a redução dos espasmos e a melhora da qualidade da relação sexual e da relação entre o casal, o que será explicitado nos quadros 3, 4 e 5 respectivamente.

	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>	<b>Resultado</b>
Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode entrar?	Sempre	Nunca	Houve melhora
É possível colocar seu dedo na sua vagina sem desconforto?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora
Seu parceiro consegue pôr o pênis dentro da sua vagina sem que você sinta desconforto?	Nunca	Geralmente	Houve melhora
Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode penetrar muito fundo?	Sempre	Nunca	Houve melhora

Quadro 3 – Espasmo da musculatura vaginal

	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>	<b>Resultado</b>
Existem semanas em que você não tem nenhuma relação sexual?	Sempre	Geralmente	Houve melhora
Você acha satisfatória a vida sexual com seu parceiro?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora
Sua vagina fica molhada durante a relação sexual?	Quase nunca	Sempre	Houve melhora
Acontece de você não ter orgasmo durante a penetração?	Sempre	Ocasionalmente	Houve melhora

Quadro 4 – Qualidade da relação sexual do casal

	<b>Inicial</b>	<b>Final</b>	<b>Resultado</b>
Você sente desinteresse por sexo?	Geralmente	Ocasionalmente	Houve melhora
Você fica tensa e ansiosa quando seu parceiro quer fazer sexo?	Sempre	Quase nunca	Houve melhora
Você se recusa a fazer sexo com seu parceiro?	Ocasionalmente	Quase nunca	Houve melhora
Você gosta de ter seu sexo tocado e acariciado por seu parceiro?	Geralmente	Sempre	Houve melhora
Você gosta de ter relação sexual com seu parceiro?	Quase nunca	Geralmente	Houve melhora

Quadro 5 – Qualidade do relacionamento do casal

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com Pasqualotto *et al.* (2005), diversas técnicas podem ser usadas como tratamento do vaginismo e da dispareunia, mas preconiza-se que, além do acompanhamento psicológico, devem ser usadas também técnicas de alongamento, percepção corporal, dessensibilização e dilatação gradual da vagina com uso do dedo e dilatadores, até que a paciente consiga controlar a tensão, relaxar a musculatura e aceitar a introdução do pênis. O presente estudo utilizou algumas técnicas descritas por Pasqualotto *et al.* (2005) e proporcionou melhora notável à paciente, o que demonstra a importância das técnicas de alongamento, dessensibilização e massagem perineal no tratamento da dispareunia e do vaginismo. Não foi necessário, no entanto, utilizar dilatadores, já que a massagem intra-vaginal trouxe excelentes resultados no que diz respeito à dilatação do canal vaginal.

Graziottin (2008), em seu estudo de revisão bibliográfica sobre o tratamento do vaginismo e da dispareunia, constatou que a abordagem combinada – psicosssexual, farmacológica e de reabilitação funcional – é a mais efetiva. Ou seja, os melhores resultados são obtidos quando se integra vários tipos de terapia, já que os distúrbios das dores sexuais requerem uma abordagem multidisciplinar. Foi possível obter excelentes resultados no caso em questão com a associação entre o protocolo fisioterapêutico e o acompanhamento psicológico de forma interdisciplinar, o que reafirma a opinião deste autor.

Ainda de acordo com a autora, fatores negativos intrínsecos (medo, desgosto, repulsão ao toque), perda de auto-estima e autoconfiança e questões de imagem corporal devem ser tratadas pelo profissional adequado, no caso, um psicoterapeuta ou

terapeuta sexual. Devido a esses fatores, justificou-se o acompanhamento psicológico com a paciente estudada, trazendo enormes benefícios para sua auto-estima e auto-confiança.

Segundo Butcher (1999), a abordagem de tratamento do vaginismo e da dispareunia são similares, tendo em vista que repetidas dores podem gerar um ciclo de dor, que, por sua vez, gera um espasmo da musculatura, tendo como consequência a impossibilidade de penetração. Sendo assim, o autor considera que o tratamento para essas duas desordens deve incluir terapia comportamental, para que a mulher aprenda a controlar os espasmos musculares, além de um programa de exercícios específicos para relaxar a musculatura circunvaginal e a dessensibilização da vagina. O mesmo foi adotado no protocolo seguido trazendo melhora notável, o que sugere a sua utilização em novos casos.

Lara *et al.* (2008), em um estudo de revisão bibliográfica, apresentou que o tratamento do vaginismo deve ser composto por dessensibilização lenta e progressiva da musculatura perineal, de forma a obter o relaxamento muscular e, posteriormente, de fortalecimento muscular. Além disso, a psicoterapia está indicada nos casos onde há preponderância de fatores psíquicos. O atendimento psicoterapêutico proposto por esses autores auxiliou a compreensão de determinadas crenças, favorecendo o protocolo fisioterapêutico, o que, mais uma vez, justifica a utilização de protocolos interdisciplinares no tratamento do vaginismo.

Meston *et al.* (2004), ao estudar a anorgasmia, enfatizaram que para tratar as disfunções sexuais femininas, é necessário, além da terapia comportamental, realizar o estímulo às técnicas de masturbação, dessensibilização da musculatura perineal e orientação quanto aos exercícios de Kegel. Complementando este estudo, Penteado *et al.* (2004), ressaltam a importância da masturbação e da auto-estimulação no auto-

conhecimento e no tratamento das disfunções sexuais. Com base na opinião desses autores, foi orientado ao casal que realizasse massagens na região intra-vaginal antes da relação sexual, o que trouxe redução do espasmo e melhora na qualidade da relação, segundo o casal.

Em seu estudo, Basson (2005), relata que a experiência da fisioterapia indica exercícios de dessensibilização nos casos de vaginismo e dispareunia. Por meio de massagens intra-vaginais procuramos relaxar os músculos do assoalho pélvico para facilitar a penetração. Os resultados obtidos com essa técnica no tratamento da paciente foram muitos bons no que diz respeito ao relaxamento e à dilatação vaginal, o que justifica a sua utilização. Frequentemente mulheres com vaginismo ou dispareunia apresentam contrações involuntárias e concomitantes em várias partes do corpo. Nesses casos, especialmente, o tratamento requer acompanhamento psicoterapêutico. No caso relatado, o uso da abordagem descrita por Basson (2005) associada ao acompanhamento psicológico foram primordiais para a aceitação do tratamento realizado, já que a paciente se mostrou mais acessível com a evolução do protocolo e no decorrer das sessões de psicoterapia.

Moreno (2004) e Rett *et al.* (2007) consideram ainda que muitas mulheres não têm propriocepção na região urogenital e são incapazes de contrair voluntariamente seus músculos do assoalho pélvico. Para esses autores, um recurso eficaz na reeducação dessa região é o biofeedback, que além de auxiliar na reeducação perineal, ajuda também no fortalecimento muscular, uma vez que fornece parâmetros de contração máxima.

Estudos semelhantes foram realizados por Rett *et al.* (2005) e Capelinni *et al.* (2005), que, ao utilizarem exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico como recursos fisioterapêuticos na reabilitação perineal, encontraram

melhora expressiva, principalmente no que diz respeito à consciência corporal. O mesmo aconteceu no presente estudo, que ao associar o biofeedback EMG com as contrações do assoalho pélvico, conseguiu melhora expressiva na percepção corporal da paciente, o que reforça a sua utilização.

Rossela *et al.* (2003), ao estudarem sobre a eletroestimulação do assoalho pélvico no tratamento das dores sexuais, concluíram que a eficiência da contração se mostrou altamente relacionada à intensidade da dor, particularmente em mulheres com vaginismo. Além disto, pode ser possível que os efeitos positivos da EE na função sexual se deram não só devido a uma maior eficiência na contração, mas também a uma progressiva dessensibilização à dor. Embora no início do tratamento a paciente tenha se mostrado apreensiva em relação à utilização da corrente elétrica, no decorrer das sessões esta última se mostrou bastante eficiente na redução da dor e na percepção da contração muscular, trazendo enorme benefício para a melhora da paciente.

## 5. CONCLUSÃO

A Fisioterapia Uroginecológica voltada à sexualidade da mulher, nesta nova era da saúde sexual feminina, proporciona maior qualidade de vida, já que o sexo é essencial para o bem-estar físico e emocional. De acordo com o presente estudo é possível constatar que, para o caso estudado, o protocolo fisioterapêutico estabelecido e o acompanhamento psicológico trouxeram um bom resultado e foram eficazes para a melhora da qualidade de vida sexual da paciente tratada, já que geraram melhora na dor da paciente, na qualidade da relação sexual e no relacionamento do casal, denotando a importância da interdisciplinariedade no tratamento de dificuldades sexuais que envolvam aspectos físicos e emocionais. Porém, é preciso que se façam novos estudos, com amostras maiores, de forma a verificar a eficácia do tratamento estipulado para a população que sofre de disfunção sexual.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira, A.L.C.G.; Souza, I.; Amorim, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2007; 7 (2): 143 - 150.
2. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiq. Clín*, 2006; 33 (3): 162-167.
3. Pacgnella RC, Vieira EM, Jr OMR, Souza C. Adaptação Transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24 (2): 416-426.
4. Giami A. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. *Rev. Saúde Coletiva*, 2007; 17 (2): 301-320.
5. Tiefer L, Hall M, Tavis C. Beyond Dysfunction: A New View of Women's Sexual Problems. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 2002; 28(s): 225-232.
6. Polden, M; Mantle, J. – *Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2002. 310 a 315.
7. Etienne MA, Waitman MC. Sexualidade: Conceitos e História. In: Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções Sexuais Femininas - A fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: Editora LMP; 2006. 19 - 25
8. Macéa JR, Macéa MIM. Anatomia e Fisiologia da Resposta Sexual Feminina. In: Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções Sexuais Femininas - A fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: Editora LMP; 2006. 25 - 55.
9. Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Rev. Fisiot. Brasil*, 2004; 188.

10. Basson *et al.* Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2004; 1 (1): 40-48.
11. Ramage M. ABC of Sexual Health. *Management of Sexual Problems*. *BJM*, 1998; 317: 1509-1512.
12. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female Sexual Dysfunction: The important points to remember. *CLINICS*, 2005; 60 (1): 51-60.
13. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual Dysfunctions: Classifications and Definitions. *J Sex Med*, 2007; 4: 241-250.
14. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Psychosocial Correlates of Pain Attributions in Women with Dyspareunia. *Psychosomatics*, 1999; 40: 497-502.
15. Moniek M, Kuile T, Jacques JDM, van Lankveld, Kalkhoven P. The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric Properties within a Dutch Population. *J Sex Mar Ther*, 1999; 25: 59-71.
16. Meston CM, Derogatis LR. Validated Instruments for Assessing Female Sexual Function. *J Sex Mar Ther*, 2002; 28(s): 155-164.
17. Graziottin A. Dyspareunia and Vaginismus: Review of the literature and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 2008; 5: 43-50
18. Butcher J. ABC of sexual health: Female sexual problems II: sexual pain e sexual fears. *BMJ*, 1999; 318: 110-112.
19. Lara LAS, Silva ACJRS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das Disfunções Sexuais Femininas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2008; 30 (6): 312-321.
20. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of Orgasm in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 2004; 1(1): 66-68.

21. Penteadó SRL, Fonseca AM, Bagnoli VR, Assis JS, Pinotti JA. Avaliação da Capacidade Orgástica em Mulheres na Pós-Menopausa. Rev. Assoc. Med Bras, 2004; 50(4): 444 – 450.
22. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ, 2005; 172 (10): 1327-1333.
23. Moreno AL. Biofeedback. In: Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. Barueri: Editora Manole; 2004.133-137.
24. Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Gurgel MSC, Morais SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2007; 29(3): 130 – 140.
25. Rett MT, Simões JA, Herrmann V. Incontinência urinária de esforço em mulheres no menacme: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(4): 228.
26. Capellini MVMA, Riccetto CLZ, Palma PCR. Tratamento da incontinência urinária de esforço com *biofeedback*: análise objetiva e impacto sobre a qualidade de vida. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27 (4): 230.
27. Rossella EN, Ferdeghini F, Abbiati I, Vercesi C, Farina C, Polatti F. Electrical Stimulation (ES) in the Management of Sexual Pain Disorders. Journal of Sex & Marital Therapy. 2003; 29 (1): 103 – 110.

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido manifesto ser de minha vontade participar da pesquisa que fundamentará o Trabalho de Conclusão de Curso: Estudo de caso sobre a associação entre o uso de um protocolo de tratamento fisioterapêutico e o acompanhamento psicológico para avaliar a melhora na qualidade de vida sexual de uma mulher com diagnóstico de vaginismo.

O referido estudo tem como objetivo principal verificar a atuação de um protocolo fisioterapêutico associado ao acompanhamento psicológico na qualidade de vida sexual de uma mulher com diagnóstico de vaginismo.

A pesquisa envolve duas alunas do 10º semestre de Fisioterapia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, orientadas pela professora Aline Teixeira Alves, utilizando apenas uma participante.

Tenho conhecimento de que participarei de dois encontros semanais até totalizar 15 sessões. No primeiro encontro será realizado o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, uma avaliação física detalhada e a aplicação do questionário de Golombok e Rust. Nos encontros seguintes serão feitos os tratamentos. Ambos serão agendados com antecedência, de acordo com a disponibilidade da paciente e das pesquisadoras.

De acordo com o protocolo, no primeiro dia de atendimento ocorre a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido e do questionário, além de ser feita a avaliação detalhada da paciente, sendo composta pela anamnese e exame físico, que incluem a inspeção das estruturas da região pélvica, palpação e avaliação da musculatura pélvica e dos reflexos e coleta da história da paciente. É importante salientar que o toque bidigital para avaliação da força só é realizado quando não há ocorrência de dor, em caso contrário, a força é avaliada no decorrer do tratamento. As sessões têm início no segundo dia de atendimento, até obter um total de 15 sessões. Não haverá atendimento durante o período menstrual da paciente, de forma a evitar desconforto da mesma e da terapeuta. Esse protocolo é composto de alongamento da musculatura adutora do quadril para impedir que uma contração associada interfira no relaxamento da musculatura perineal, além de ter também o objetivo de tornar a paciente mais receptiva à terapia. A técnica de observação do próprio corpo através do espelho e dessensibilização tátil de superfície da região inguinal e grandes lábios, através da massagem perineal para uma maior consciência corporal. O biofeedback eletromiográfico de superfície (serão realizadas contrações rápidas, lentas e sustentadas), com o objetivo de avaliar e tratar a musculatura do assoalho pélvico dando à paciente consciência corporal, buscando a cada sessão um maior relaxamento dessa musculatura; e estimulação elétrica de superfície com os eletrodos na região inguinal, adutores, na região suprapúbica e posteriormente, na região intra-vaginal, com uso do aparelho *Dualpex 961® (Quark)*, com os parâmetros de Frequência 100 Hz, Largura de Pulso 50µs, com VIF, Intensidade máxima tolerada pela paciente, durante um tempo de 15 minutos, de forma a promover o relaxamento e a consciência da musculatura pélvica e sua força de contração.

Todos os encontros serão coordenados pela pesquisadora Aline Teixeira Alves, mestranda em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília e serão realizados na clínica UroBrasília - Centro clínico Pacini.

Os dados a serem contidos nas atividades de pesquisa serão coletados por meio de entrevistas individuais e aplicação de um questionário, que irá avaliar a minha qualidade de vida sexual.

Ressalta-se que o tratamento não implica em qualquer tipo de risco à saúde ou que possa causar dor ou desconforto na paciente e que estas informações subsidiarão o trabalho de conclusão de curso das pesquisadoras Maíra Rollemberg Santin e Marcela Siqueira Gadêlha.

Estou ciente de que os dados obtidos poderão ser publicados em eventos e periódicos científicos, preservando-se minha integridade física e psicossociológica, mantendo-se em rigoroso sigilo a minha identidade. Ao aceitar participar desta pesquisa, permitirei que as pesquisadoras desenvolvam um estudo que proporcionará um quadro comparativo inicial e final de seu caso específico.

Durante a realização dos encontros terei a plena liberdade de recusar a participar ou retirar o meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo a minha pessoa. É do meu conhecimento que não terei nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por minha participação. Estou ciente de que tenho o direito de solicitar indenização, como previsto em lei, porém, esse direito me é assegurado somente se os danos sofridos forem comprovadamente decorrentes da pesquisa.

Observação: nos encontros haverá respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como aos hábitos e costumes de cada participante da pesquisa.

Caso haja qualquer dúvida em relação à pesquisa, ao seu andamento e resultados, por favor telefone para: Dra. Aline Teixeira Alves, no telefone: (61) 8116-0161, no horário: 8:00 às 18:00.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3340-1363.

Este documento é constituído de quatro páginas numeradas e será assinado pela paciente desta pesquisa em duas vias, sendo uma via da pessoa pesquisada e outra via dos pesquisadores.

Nome das pesquisadoras:

Aline Teixeira Alves, Mestranda em Gerontologia

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Maíra Rollemberg Santin, graduanda em Fisioterapia

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Marcela Siqueira Gadêlha, graduanda em Fisioterapia

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Nome da paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura da paciente: \_\_\_\_\_

Endereço da paciente: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

**GRISS: Inventário de Satisfação Sexual de Golombok e Rust**

Nome:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( )GRISS inicial ( ) GRISS final

		Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Geralmente	Sempre
1	Você sente desinteresse por sexo?					
2	Você pergunta ao seu parceiro o que ele gosta ou não na vida sexual de vocês?					
3	Existem semanas em que você não tem nenhuma relação sexual?					
4	Você se excita facilmente?					
5	Você está satisfeita com a duração das carícias iniciais antes da penetração?					
6	Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode entrar?					
7	Você tenta evitar sexo com seu parceiro?					
8	Você consegue ter orgasmo com seu parceiro?					
9	Você gosta de abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?					
10	Você acha satisfatória a vida sexual com seu parceiro?					
11	É possível colocar seu dedo na sua vagina sem desconforto?					
12	É desagradável tocar e acariciar o pênis de seu parceiro?					
13	Você fica tensa e ansiosa quando seu parceiro quer fazer sexo?					
14	Você acha impossível ter um orgasmo?					
15	Você tem relação sexual mais que duas vezes por semana?					
16	Você acha difícil dizer ao seu parceiro o que você gosta ou não na vida sexual de vocês?					
17	Seu parceiro consegue pôr o pênis dentro da sua vagina sem que você sinta desconforto?					
18	Você sente que falta amor e afeto na vida sexual com seu parceiro?					
18	Você gosta de ter seu sexo tocado e acariciado por seu parceiro?					
20	Você recusa-se a fazer sexo com seu parceiro?					
21	Você consegue ter orgasmo quando seu parceiro estimula seu clitóris durante as carícias iniciais?					
22	Você se sente insatisfeita com a duração da penetração?					
23	Você sente aversão/repugnância pelo que você e seu parceiro fazem durante a relação sexual?					
24	Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode penetrar muito fundo?					
25	É desagradável ser abraçada e acariciada por seu parceiro?					
26	Sua vagina fica molhada durante a relação sexual?					
27	Você gosta de ter relação sexual com seu parceiro?					
28	Acontece de você não ter orgasmo durante a penetração?					

RUST;GOLOMBOK

(1986)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado uma vida maravilhosa e uma família linda, que é minha base e possibilitou que eu me tornasse o que sou hoje.

Agradeço aos meus pais e avós por serem meus exemplos e por terem sempre tanta paciência e compreensão, ajudando, aconselhando e incentivando em todos os momentos de minha vida.

Agradeço aos meus irmãos por estarem ao meu lado sempre e independente de qualquer coisa e às minhas amigas e primas (principalmente às pequenas e minha dinda), por serem como irmãs e estarem comigo nos momentos de choro e alegria. Agradeço à Lívia e à Marcela pela força e incentivo, mas principalmente pela calma nos meus momentos de tensão e pela amizade sincera. Agradeço também ao meu namorado, que esteve comigo em todas as horas, sempre muito calmo e paciente, procurando fazer com que tudo fosse mais fácil.

Agradeço ao meu grupo de estágio pelos momentos maravilhosos nessa fase tão cheia de tensões e à Marcela pela calma, paciência, pela ajuda e por ter sido uma companheira tão presente e por ter feito um trabalho tão bom. Além disso, agradeço a todos os professores pelos ensinamentos, mas principalmente à Aline pelos conselhos e pela ajuda, o que possibilitou que nosso trabalho ficasse da forma que imaginamos.

Por fim agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram da realização desse trabalho.