

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**HELEN MAGDA RODRIGUES CAMARGOS**

**DISFUNÇÕES SEXUAIS E A EFICÁCIA DAS  
TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS**

**PATOS DE MINAS  
2017**

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**HELEN MAGDA RODRIGUES CAMARGOS**

**DISFUNÇÕES SEXUAIS E A EFICÁCIA DAS  
TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia. Para finalidade de obtenção do título de Bacharel em Psicologia, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Profa. Ma. Résia Silva de Moraes

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
Curso Bacharelado em Psicologia

**HELEN MAGDA RODRIGUES CAMARGOS**

**DISFUNÇÕES SEXUAIS E A EFICÁCIA DAS TÉCNICAS  
COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta  
em 30 de novembro de 2017:

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ma. Résia Silva de Moraes  
Faculdade Patos de Minas


Examinador 1: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene  
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Dr. Hugo Christiano Soares Melo  
Faculdade Patos de Minas

**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO POR HELEN MAGDA RODRIGUES CAMARGOS, COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.**

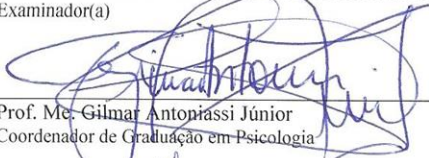
Aos trinta dias do mês de novembro de dois mil e dezessete, reuniu-se, no Laboratório de Psicologia do Trabalho – LAPOT, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores abaixo assinados, na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado: TRANSTORNOS SEXUAIS E A EFICÁCIA DAS TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTO. Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o graduando(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho, como REQUISITO PARCIAL DE CONCLUSÃO DE CURSO. Após a arguição, a comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do(a) graduando(a), tendo chegado ao resultado, o(a) graduando(a) HELEN MAGDA RODRIGUES CAMARGOS foi considerado(a) ( Apurada ). Sendo verdade eu, Lúcia Helena dos Santos França, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirma e lavra a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

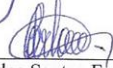
Patos de Minas, 30 de novembro de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
PROFA. MA. RÊZIA SILVA DE MORAIS  
Orientador(a)

  
\_\_\_\_\_  
PROF. ME. ARTHUR SIQUEIRA DE SENE  
Examinador(a)

  
\_\_\_\_\_  
PROF. DR. HUGO CHRISTIANO SOARES MELO  
Examinador(a)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Me. Gilmar Antoniassi Júnior  
Coordenador de Graduação em Psicologia

  
\_\_\_\_\_  
Lúcia Helena dos Santos França  
Secretaria do Departamento de Graduação em Psicologia

**DEDICO** este estudo a todos os profissionais que lidam com técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais, na perspectiva de que este estudo possa trazer algum subsídio às suas práticas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me amparar em todas as circunstâncias e sempre me confortar e encorajar, diante dos diversos obstáculos que passei, até chegar a cumprir com esse grande objetivo.

A Profa. Ma. Résia Silva de Moraes, pelo seu profissionalismo, humanidade e comiseração para com a minha postura de aprendiz, diante de tarefas que, a princípio, pareciam impossíveis de serem realizadas.

A toda minha família, por todas as expressões, que serviram para me fortalecer e aprender que a força que o outro nos dá é importante, principalmente, para compreender que, cada um deve estabelecer o ritmo dos seus próprios passos.

Aos colegas de faculdade que ao longo do curso permitiram observar, que assim como em qualquer grupo, existem aquelas pessoas que temos mais afinidades e que continuarão por perto, e outras que irão se distanciar, cabendo o desejo de que todos sejam muito felizes em suas escolhas.

A todas as pessoas, que por meio de um gesto ou uma palavra, me fortaleceram para prosseguir com os meus objetivos, na perspectiva de provar para mim mesma, que quando desejamos algo do fundo do coração, mesmo entre 'trancos e barrancos' a gente consegue.

Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano.

*Skinner*

# **DISFUNÇÕES SEXUAIS E A EFICÁCIA DAS TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS SEXUAL DISORDERS AND THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE AND BEHAVIORAL TECHNIQUES**

Helen Magda Rodrigues Camargos<sup>1</sup>

Graduanda do Curso de Psicologia. Faculdade Patos de Minas

Résia Silva de Moraes<sup>2</sup>

Prof.<sup>a</sup>. Ma. Résia Silva de Moraes.

## **RESUMO**

Técnicas Cognitivas e Comportamentais referem-se a um conjunto de intervenções que podem ser adotadas para o tratamento das dificuldades sexuais. As técnicas adotadas nas terapias sexuais se estabelecem por meio da colaboração entre o terapeuta e o paciente, cujas estratégias são orientadas para a superação de problemas devendo ser projetadas conjuntamente. A base do tratamento proposto com a TCC é o cerne do sofrimento do paciente, ou seja, parte-se das distorções que estão ocorrendo no modo que a pessoa consegue avaliar a si mesmo e a realidade em que se encontra inserido, logo, o que se trabalha é a possibilidade de a pessoa alcançar uma posição mais confortável diante das próprias condições por ela criadas. O presente estudo teve como objetivo descrever possíveis intervenções a serem utilizadas para a aplicação de técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais, de forma a observar a sua eficácia para este fim. Foi realizada uma revisão da literatura, por meio da coleta de dados em artigos indexados em bases como Scielo, BVS e Pepsic. Na busca dos artigos consideraram-se descritores como 'terapia sexual', 'terapia cognitivo-comportamental' e 'disfunções sexuais'. Optou-se por textos nacionais publicados entre 2001 e 2016, visando concepções que dialogassem com a cultura brasileira. O estudo mostrou que o terapeuta deve ter pleno conhecimento das abordagens farmacológicas e das técnicas psicoterápicas possíveis de serem utilizadas, pois a terapia sexual contribui e utiliza de várias técnicas cognitivas e comportamentais para que o paciente seja capaz de conhecer e monitorar pensamentos que os levam a disfunção sexual

**Palavras-chave:** Terapia Sexual; Disfunções sexuais; Terapia Cognitivo - Comportamental.

---

<sup>1</sup> Orientanda. Graduanda do DPGPSI/FPM.

<sup>2</sup> Orientadora. Docente do DPGPSI/FPM



## ABSTRACT

Behavioral Cognitive Techniques refer to a set of interventions that can be adopted for the treatment of sexual difficulties. The techniques adopted in sexual therapies are established through the collaboration between the therapist and the patient, whose strategies are oriented to overcome problems and must be designed together. The basis of the proposed treatment with CBT is the heart of the patient's suffering, that is, one starts from the distortions that are occurring in the way that the person can evaluate himself and the reality in which he is inserted, if work is the possibility of the person to reach a more comfortable position before the very conditions created by it. The present study aimed to describe possible interventions to be used for the application of cognitive and behavioral techniques in sexual disorders, in order to observe its effectiveness for this purpose. A bibliographic review of the literature was carried out, through the collection of data in articles indexed in databases such as Scielo, BVS and Pepsic. In the search for articles, descriptors such as "sexual therapy", "cognitive-behavioral therapy" and "sexual dysfunctions" were considered. National texts published between 2001 and 2016 were chosen, aiming at conceptions that dialogue with Brazilian culture. Therefore, the therapist should be fully aware of the pharmacological approaches and possible psychotherapeutic techniques, since sexual therapy contributes to and utilizes various cognitive and behavioral techniques so that the patient is able to know and monitor thoughts that lead them to sexual dysfunction.

**Keywords:** Sexual Therapy; Sexual dysfunction; Cognitive behavioral therapy.

## INTRODUÇÃO

Existem diversas características específicas do sexo feminino e do masculino, referente às respostas aos estímulos sexuais. Estas particularidades podem ser atribuídas a fatores biológicos, psicológicos, sociais e aos hormônios estrógenos e andrógenos, à educação sexual e ao ambiente controlador ou estimulante. Tanto para o homem, quanto para a mulher as disfunções sexuais, procedem de fatores orgânicos, emocionais, socioculturais e econômicos. Caso não recebam tratamento adequado tendem a se tornarem mais graves e a afetar outros ambientes da vida da pessoa, como as relações sociais e familiares, a autoimagem e a produtividade no trabalho. Segundo Santos e Bertan (2016), as disfunções sexuais também alteram as reações de ansiedade, de autoestima, desenvolve depressão desde leve a grave e outros transtornos que ocasionam grande sofrimento.

Uma das possibilidades de tratamento das disfunções sexuais são as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), isso devido a esta terapia considerar o modo pelo qual os indivíduos percebem e processam a realidade, e em como sentem e se comportam em razão dela. O objetivo terapêutico da TCC é reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos, a fim de propor soluções pragmáticas e saudável. Existem pensamentos inconscientes que espontaneamente interpretam as situações, estes pensamentos são tidos como automáticos, geralmente são aceitos sem as pessoas se darem conta, a não ser que estejam treinadas para monitorá-los (Knapp & Beck, 2008).

O contexto apresentado exige que os psicólogos dessa área estejam muito bem preparados para o aproveitamento das técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais. Toda essa preparação requer estudos baseados, em várias experiências de diferentes autores, para que a atuação deste profissional possa ser competente, logo, a escolha desse tema para esse trabalho, é muito oportuna para que se possa subsidiar futuros profissionais em psicologia interessados no tema em questão.

O objetivo deste estudo é descrever possíveis intervenções que podem ser utilizadas para fazer a aplicação das técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais, de forma a observar a sua eficácia para este fim.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

A Terapia Cognitiva (TC) surgiu no final de 1960, graças à insatisfação com os modelos comportamentais que desconsideravam os processos cognitivos. Albert Bandura, Michael Mahoney e Hans J. Eysenck foram críticos importantes deste modelo. Na fase de descontentamento com a abordagem estritamente comportamental, evidenciaram-se os aspectos cognitivos do comportamento humano e diversos teóricos assumiram a identificação cognitivo-comportamental, pois acreditam haver um processo interno cognitivo que orienta o comportamento a

desenvolver estratégias que trabalhe as crenças negativas do paciente (Rangé, Falconi & Sardinha, 2007).

Após 1970 a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ganhou aceitação dos terapeutas que se dividiram em dois grupos, um grupo mais tradicional que empregava princípios de modificação do comportamento em ambientes específicos, como escolas e penitenciárias e os terapeutas cognitivo-comportamentais que incorporaram conceitos para valorizar os aspectos cognitivos do comportamento. O segundo grupo desenvolveu estratégias de alteração de pensamentos, ao invés de intervir diretamente no comportamento focalizado, o que é hoje uma característica marcante que diferencia a TCC de outras abordagens. O termo Terapia Cognitivo-Comportamental foi usado pela primeira vez em 1976 em uma convenção em Nova York e posteriormente com a criação de uma categoria de TCC que enfatizavam os processos cognitivos na mediação do comportamento (Barbosa & Borba, 2010).

O Brasil acompanhou as tendências mundiais quanto ao ensino e a aplicação de intervenções clínicas com a abordagem comportamental. Pesquisadores participavam de congressos internacionais e intensificaram a aplicação das Terapias cognitivas comportamentais no final de 1980. Um grupo de terapeutas cognitivo-construtivistas fundaram em 1996 a Associação Brasileira de Terapias Cognitivas Construtivistas (ABTCC), que em abril de 1998 se uniu à Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas e em 2009, passou a ser denominada Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC), associação que desde a sua criação foi de fundamental para o desenvolvimento das terapias cognitivas no Brasil, colaborando com a pesquisas científicas e incentivando a inserção das TCs nas grades de pós-graduação e em cursos de graduação (Neufeld, Paz, Guedes, & Pavan-Cândico, 2015).

As técnicas cognitivas buscam identificar, testar e retificar crenças e pensamentos automáticos. O paciente aprende a identificar a sua disforia e a detectar os seus pensamentos automáticos. Aprende ainda a analisar os pensamentos automáticos e a enxergar as suas distorções, passando-se, assim, a questioná-los para alcançar interpretações mais realistas dos fatos que o rodeia (Tavares, 2005).

Existem diferentes técnicas das TCC's dentre estas citam-se: as técnicas de relaxamento, que auxiliam o paciente a controlar sintomas fisiológicos antes ou durante os fatos temidos; o treinamento de habilidades sociais em que se usa a modelagem pelo terapeuta; o ensaio comportamental e as tarefas de casa, para reduzir a ansiedade no confronto interpessoal; a exposição, onde o paciente imagina

ou confronta (ao vivo) os estímulos temidos; e a reestruturação cognitiva, consiste em intervenções que auxiliem o paciente a identificar pensamentos e corrigir crenças disfuncionais. Já o diálogo socrático, define como uma diversidade de questões elaboradas cuidadosamente pode levar a conclusões lógicas sobre algum problema e oferecer diretrizes para ações futuras (Miyazaki, 2004). A flecha descendente através de perguntas busca identificar a cadeia de pensamentos automáticos até atingir à crença central (Silva, 2004). Os Rótulos, pode auxiliar na redução do desconforto experimentado inicialmente, de forma a trocar rótulos negativos por neutros. Já a atribuição de causalidade visa definir os diferentes fatores que colaboram para às experiências adversas.

A descatastrofização é um tipo de técnica busca equilibrar a concentração do paciente na pior perspectiva de circunstância de seus respectivos riscos, mediante reavaliação da ocorrência (Savoia, 2004).

Constantemente, as crenças centrais são tidas como verdades, mas, ao serem percebidas em totalidade podem ser agrupadas em camadas segundo Shinohara (2004).

## TERAPIA SEXUAL E AS TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL

A terapia sexual procura conhecer o conteúdo e compreender o sentido dos pensamentos que distraem os pacientes com disfunção sexual, visando colaborar para a sua reabilitação, mediante a monitoração de pensamentos. Interessa minimizar/suprimir o sofrimento, e despertar o prazer e a satisfação sexual do paciente. Essa terapia solicita do terapeuta atitude empática e ativa, noções de fisiologia da resposta sexual, e familiaridade com as abordagens farmacológicas e psicoterápicas disponíveis (Lucena & Abdo, 2012).

A adoção de TCC para disfunções sexuais deve considerar que a resposta sexual saudável envolve um conjunto de quatro fases contínuas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo está associado às fantasias relacionadas a atividade sexual. A excitação por sua vez, é um sentimento subjetivo de prazer sexual, juntamente com as alterações fisiológicas relacionadas. Já o orgasmo, refere-se ao

clímax do prazer sexual, onde há a liberação da tensão sexual, enquanto a resolução trata-se de uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral. Enquanto que as disfunções sexuais se distinguem por ausência, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessa sucessão, fato que compromete uma ou mais das fases da mesma. A disfunção sexual, por conseguinte, sugere alguma alteração, em uma ou mais das fases da sucessão de resposta sexual, ou dor relacionada ao ato, o que se revela de maneira constante ou recursiva (Abdo & Fleury, 2006).

Judith S. Beck, em seu livro 'Terapia cognitivo-comportamental' traz dez princípios básicos da TCC, e para o tratamento das disfunções sexuais é preciso utilizar tais princípios, a saber: 1º. A terapia deve estar baseada numa formulação em desenvolvimento contínuo das questões do paciente em termos cognitivos. 2º. solicitar uma sólida aliança terapêutica. 3º. enfatiza a participação e colaboração ativa. 4º. é orientada conforme os objetivos e focada no problema. 5º. inicialmente, enfatiza o presente. 6º. tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta. 7º. Visa ser limitada no tempo. 8º. as sessões de terapia são estruturadas. 9º. ensina o paciente a identificar, avaliar e a responder a seus pensamentos disfuncionais (Beck, 2013).

Considerando que na TCC paciente e terapeuta trabalham juntos para superar distorções cognitivas, na terapia sexual é importante para que num primeiro momento sejam identificados os pensamentos disfuncionais que produzem sentimentos negativos ou comportamentos indesejados, para que assim, seja possível a auto monitoração destes pensamentos. Torna-se importante compreender a relação com os sentimentos subjacentes para que o paciente seja capaz de entender os padrões de pensamentos adaptativos como alternativa àqueles disfuncionais (Guimarães, 2001).

Essa modificação de cognições negativas pode ser feita através do treinamento do paciente por meio de métodos específicos, sendo que os principais são, 1) Distanciamento: onde são reavaliados as crenças e julgamentos, explicitando-os e testando sua validade; 2) Descentralização: onde o paciente é levado a buscar evidências para perceber que não é o foco de todas as atenções; 3) Reatribuição: treinando o paciente para mudar seu modo de pensar e interpretar para uma maneira mais objetiva (Guimarães, 2001).

Técnicas da TCC como psicoeducação sexual e cognitiva, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e treinamento de habilidades sociais podem

compor o tratamento para a terapia sexual, sendo para o casal, individual ou em grupo. Na perspectiva cognitiva, as intervenções contribuem para aprimorar a comunicação entre os parceiros e melhorar a desenvoltura sexual, devido a reduzir a ansiedade em torno do desempenho sexual (Lucena & Abdo, 2012). A seguir, apresentam-se algumas técnicas de TCC.

Técnicas de relaxamento trabalham o corpo tensionado pela ansiedade elevada e é a técnica mais usada na TCC, pois possui um efeito positivo quanto aos resultados do enfrentamento. Tensão e relaxamento são estados do corpo e o treinamento em relaxamento parte da suposição de que é possível estar tenso e relaxado ao mesmo tempo, e a depender do tipo de estresse, procura-se fazer que somente determinados músculos se tensionem (Willhelm, Andretta, & Ungaretti, 2015).

Existem ao menos três vias de ação do relaxamento: (I) métodos com orientação cognitiva (ex. imaginação guiada) apresentam efeitos cognitivos específicos (ex. distração e/ou reestruturação cognitiva) são mais recomendados para problemas comportamentais; (II) métodos com orientação autonômica (ex. respiração diafragmática) apresentam efeitos autonômicos específicos (ex. reduz atividade simpática e aumenta atividade parassimpática) são mais recomendados para reduzir atividade autonômica e problemas relacionados (ex. estresse) e, (III) métodos com orientação muscular (ex. relaxamento muscular) apresentam efeitos musculares específicos (ex. redução do tônus muscular) são mais recomendados para problemas musculares (ex. cefaleia tensional) (Neves Neto, 2011).

Ao identificar déficits no treino de habilidades sociais planejam-se os métodos de intervenção adequados ao caso. O treino de habilidades sociais promove mudanças expressivas no comportamento social e também contribui na redução de ansiedade e para a melhoria geral da qualidade de vida. Os principais temas abordados no treino são: iniciar e manter uma conversa; mudar de tema; estabelecer e manter amizades; habilidades assertivas; elementos não verbais; e discussões e conversas informais (Leal, Quadros, & Reis, 2011).

No contexto do treinamento de habilidades sociais, procura-se trabalhar com os pacientes habilidades como assertividade, empatia e manejo de raiva. Para tanto, vale-se ainda de exercícios para velocidade da fala, melodia, entonação e suavidade, treino respiratório e relaxamento (Murta, 2005).

A técnica da Exposição objetiva que o paciente imagine ou confronte realmente os estímulos temidos. Primeiramente com o paciente, busca-se definir quais as situações temidas que causam ansiedade e desconforto. A princípio, durante o tratamento com exposição, as situações são enfrentadas junto ao terapeuta, até que após a exposição repetida à determinada situação não mais elevar os níveis de ansiedade e desconforto. Esse processo perdura até o paciente consiga enfrentar todas as situações identificadas como sendo geradoras de ansiedade e do desconforto (D'el Rey & Pacini, 2006).

Os fundamentos da terapia de exposição estão na teoria do processamento emocional. Pelo uso das técnicas de exposição, promove-se a habituação a situações específicas e se reduz a ansiedade. Confrontar memórias traumáticas ajuda a reduzir pensamentos e sentimentos negativos e reviver um trauma em um ambiente terapêutico através da exposição auxilia o paciente reconhecer um trauma como não mais perigoso. Ao focalizar o trauma por um período, o paciente consegue diferenciar o evento traumático dos demais. (Knapp & Beck, 2008).

Reestruturação cognitiva pode contribuir para identificar crenças disfuncionais e corrigir pensamentos distorcidos. As estratégias de reestruturação cognitiva ensinam ao paciente: observar e controlar seus pensamentos irracionais e negativos, examinar as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos disfuncionais e a corrigir também as interpretações tendenciosas por outras que sejam fundamentadas na realidade. (Knapp & Beck, 2008).

As principais distorções cognitivas são, a catastrofização, em que o indivíduo acredita que o pior de uma situação irá sempre acontecer; Raciocínio emocional (emocionalização), presume-se que algo é verdadeiro porque tem uma emoção forte a respeito, quando os sentimentos interpretam a realidade; Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico), o indivíduo enxerga a situação vislumbrando apenas dois extremos; Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo), a pessoa direciona todo o foco da atenção para um só aspecto, ignorando todos os demais; Leitura mental, quando sem evidências, o indivíduo presume pensamentos alheios; Rotulação, rotulam a si mesmo, pessoas, comportamentos ou situações; Minimização e maximização, experiências e fatos positivos são minimizados, ao passo que o lado negativo é maximizado; Imperativos ('deveria' e 'tenho que'), o indivíduo se concentra em como as coisas deveriam ser, ignorando como realmente são. (Knapp & Beck, 2008).

Os procedimentos utilizados no tratamento das disfunções sexuais podem ser classificados em gerais e específicos. As técnicas gerais são utilizadas no auxílio psicoterápico de pacientes com vários distúrbios comportamentais. As técnicas específicas são utilizadas particularmente na terapia das disfunções sexuais, conforme Quadro 1:

**Quadro 1 - Procedimentos terapêuticos**

<b>Técnicas Gerais</b>	<b>Técnicas Específicas</b>
Entrevista terapêutica: essa entrevista compreende uma coleta de dados e uma forma de transmitir informações e esclarecer dúvidas e estabelecer vínculos terapeuta/paciente.	Exercícios de Kegel: servem para combater a perda involuntária de urina, tonificar e fortalecer a musculatura pélvica, aumentar a circulação sanguínea na região, melhorar o prazer no contato íntimo. Para a mulher combatem o vaginismo (contração involuntária de músculos da vagina que impedem a penetração), para o homem combatem a ejaculação precoce e trata a disfunção erétil.
Relaxamento: para reduzir as tensões intrapsíquicas e os espasmos musculares, sugerem-se procedimentos psicoterápicos e terapia medicamentosa (clonazepan, fluoxetina) quando as psicoterapias não correspondem. Pode-se promover o relaxamento atuando sobre o componente psíquico ou muscular o relaxamento funciona como o ponto de partida para a terapia sexual e podendo ainda ser o próprio centro da ação terapêutica.	Autofocagem: concentra-se na percepção corporal tátil de forma a concentrar na sensualidade do toque pode ser utilizada durante e após o banho.
Dessensibilização sistemática: essa técnica contrapõe a ansiedade do relaxamento muscular profundo, de forma a apresentar a situação ansiogênica em doses crescentes intercaladas com o relaxamento.	Dessensibilização masturbatória: utilizada para caracterizar um comportamento reforçado negativamente e uma resposta contrária. O procedimento começa por comportamentos menos ansiosos de forma a progredir para comportamentos com maior nível de ansiedade. Pode começar com a masturbação, porém o coito é coibido.
Técnica do espelho: busca-se reestruturar as ideias preconcebidas de padrões culturais estereotipados, de forma a permitir ao indivíduo maior aceitação corporal. Ao reformular ideias a pessoa passa a se ver de modo menos rigoroso e menos pessimista.	Dilatação vaginal: utiliza-se dilatadores para a abertura da vagina a progressão para tamanhos maiores ocorre conforme o tempo de cada mulher.
Treinamento assertivo: envolve qualquer procedimento terapêutico cujo objetivo seja fazer com que o indivíduo se conduza afirmativamente	Pornografia: atividade tem o objetivo explícito de excitar a pessoa sexualmente, contribui para



<p>nos diferentes momentos de sua existência. As etapas básicas deste treinamento envolvem auto-observação e autoanálise do comportamento e tarefas progressivas com ênfase no comportamento sexual.</p>	<p>desenvolver fantasias sexuais, pode ser útil para casos relacionados à inapetência sexual.</p>
<p>Reestruturação cognitiva: essa técnica se baseia na relevância mediacional do pensamento, por vezes, a pessoa faz seus próprios julgamentos pessimistas quanto ao seu comportamento sexual. Logo, o objetivo dessa a técnica é modificar a forma de pensar dos indivíduos para que eles tenham condições de ter um comportamento instrumental e/ou emocional mais adequado.</p>	<p>Focagem das Sensações: fazer com que o encontro erótico seja um momento de descoberta, sem o compromisso de estabelecer desempenhos sexuais, objetiva cultivar a sensualidade e explorar sentidos no ato sexual.</p>
<p>Parada do pensamento: volta-se para pacientes que remoem pensamentos antiogênicos. Em terapia sexual pode ser aplicada em casos de temos de desempenho, quando pensamentos muito negativos colocam em risco o êxito da atividade sexual.</p>	<p>Treino de Fantasia: programar fantasias escolher personagens, cenários, inventar roteiros e circunstâncias variadas.</p>
<p>Distração cognitiva: aplica-se a indivíduos que tendem a desviar o pensamento daquilo que estão envolvidos. Essa técnica busca neutralizar pensamentos estranhos e fazer com que a pessoa se concentre no ato sexual que está acontecendo. Uma das formas é fazer com que o paciente sinta o prazer do toque, de forma a canalizar a capacidade erótica da pessoa.</p>	<p>Treino de Fantasia: programar fantasias escolher personagens, cenários, inventar roteiros e circunstâncias variadas.</p>
<p>Auto verbalização emotiva: a proposta dessa técnica é falar alto e com emoção, as coisas que o indivíduo sente e deseja. Deve-se falar coisas positivas de si mesmo ou de seus projetos. Por vezes, a auto verbalização pode ser feita diante do espelho. Falar sobre o próprio corpo, seu potencial erótico e sua capacidade de entrega desinibe a pessoa e favorece o desempenho sexual.</p>	<p>Partilha da Fantasia: contar para o parceiro as fantasias sexuais pensadas individualmente. Sugerida para casos em que o terapeuta perceba a assertividade entre os compartes. Forma eficaz para reativar relações adormecidas pela rotina criar circunstâncias inusitadas de se excitar sexualmente.</p>
<p>Técnicas de controle encoberto: os procedimentos dessas técnicas envolvem reforçamento, modelação, sensibilização e extinção encoberta, para tal, usa-se imagens mentais, cujos estímulos antecedentes, consequentes (não) reforçadores e/ou aversivos são apresentados de forma imaginária.</p>	<p>Manobra da Ponte: aplica-se amulheres com anorgasmia no coito vaginal, mas que alcançam o orgasmo com masturbação.</p>

Fonte: Cavalcanti (2012a) & Cavalcanti (2012b)

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura, por meio de coleta de dados de cerca de 26 artigos procedentes das bases Scielo, BVS e Pepsic.

Através de uma metodologia clara, outros pesquisadores podem reproduzir colocando em prática conceitos e estudos antes não discutidos ou interligados. Ao buscar os estudos para confeccionar as tabelas apresentadas no Apêndice A, consideraram-se os títulos e os resumos para fazer a seleção dos artigos de interesse, por meio de descritores como 'terapia sexual', 'terapia cognitivo-comportamental' e 'disfunções sexuais'. Os critérios de inclusão foram conteúdos que abordavam a temática proposta e optou-se por textos nacionais mais recentes (2001 a 2016), visando concepções que dialogassem com a cultura brasileira.

## RESULTADOS

Os resultados foram tabelados com o intuito de descrever possíveis intervenções que aplicam as técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento dos transtornos sexuais, e discutir a eficácia das mesmas.

Foram encontrados 20 artigos referentes às Terapias cognitivas e comportamentais e a temas adjacentes, sendo excluídos artigos repetidos nas bases e àqueles que não abordavam especificamente aos conteúdos em estudo. Sete (07) trabalhos foram selecionados e em seguida fichamentos foram construídos com intuito de reunir dados para a análise. Selecionou-se o conteúdo relacionado com o tema em estudo para estruturar um texto com as considerações de diversos autores, de maneira a formar um debate teórico para esclarecer o problema proposto e, portanto, confeccionar o artigo.

O Quadro 2 apresenta o processo de seleção dos artigos da revisão, e o total cujas referências foram avaliadas qualitativamente seguindo quatro dimensões de análise.

**Quadro 2** - Percurso de seleção dos artigos da revisão das intervenções que podem ser utilizadas para fazer a aplicação das técnicas cognitivas e comportamentais nos transtornos sexuais

Base de Dados	Descritores	Limites	Nº referências encontradas	Após Critérios de seleção	Nº de referências selecionadas	Dimensões de análise (4) (auto/ano, objetivo, técnicas, resultados e discussão)
Scielo	"cognitivo comportamental" "disfunção sexual" "terapia sexual"	Língua Portuguesa Referências publicadas entre 2009 e 2011	15	4	4	Tabelas 1 a 4
BVS	"cognitivo comportamental" "disfunção sexual" "terapia sexual"	Língua Portuguesa Referências publicadas entre 2011 e 2016	07	2	2	Tabelas 5 e 7
Google Acadêmico	"cognitivo comportamental" "disfunção sexual" "terapia sexual"	Língua Portuguesa Referências publicadas em 2008	4	1	1	Tabela 6
Total			26		7	

Fonte: Autoria própria.

## DISCUSSÃO

As sete referências selecionadas abordam assuntos sobre treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), ejaculação precoce, relação do câncer de mama com o processo de (re) elaboração da imagem corporal das mulheres e sugestão de algumas técnicas.

Santos e Vieira (2011), buscaram compreender a relação que o câncer de mama e seus tratamentos têm no processo de (re) elaboração da imagem corporal das mulheres. Os autores desenvolveram um estudo de avaliação de um programa de intervenção que visou à melhoria da imagem corporal e autoestima de mulheres

com câncer de mama, pois, a imagem corporal envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afetam emoções, pensamentos e o modo das pessoas se relacionarem com as outras. Além disso, pode comprometer a execução de tarefas cotidianas que exijam força física e movimentos repetitivos, o que pode gerar sofrimento para mulher que o vivencia.

Noutra perspectiva, Pianessole, Piassarolli, Andrade, Ferreira e Osis (2010) buscaram avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) sobre as disfunções sexuais femininas. Como sugestão de técnicas, estes autores sugerem o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. As mulheres submetidas ao TMAP apresentaram melhora significativa na função sexual. Todas tiveram aumento da força dos MAP e houve melhora das queixas sexuais da maior parte delas.

Franceschi, et. al. (2011) revisaram publicações relacionadas ao manejo e ao tratamento da ejaculação precoce. Os autores sugerem a Terapia cognitiva ou sexual, pois contribui na comunicação entre os parceiros, aumenta as habilidades sexuais e a autoconfiança e ainda pode reduzir a ansiedade associada à atividade sexual. Os autores lembram que uma abordagem de equipe envolvendo um psicoterapeuta e um médico pode ajudar casais que sofrem ou que não respondem à terapia inicial.

Também, sobre a ejaculação precoce, Silva e Dornelas (2008) relata a intervenção clínica e a oportunidade de apresentar alternativas práticas, sem lançar mãos dos dados psicopatológicos e fisiológicos do paciente. Os autores sugerem como técnicas a reeducação sexual, as práticas de relaxamento e a valorização das fantasias. Comentam-se ainda que a ejaculação precoce dentro da disfunção sexual masculina, requer que o paciente assuma as suas dificuldades, avaliando seus conceitos, crenças e a prática terapêutica da terapia cognitiva e comportamental. A terapia cognitiva e comportamental possibilita compreender os mecanismos de forma a contribuir positivamente no alívio dos pacientes que sofrem com esta disfunção.

Lucena e Abdo (2013) buscaram identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais para reestabelecer o funcionamento sexual satisfatório. Para estes autores, esse tipo de terapia geralmente inclui uma parte educativa e exercícios que abordam as preocupações do paciente acerca de seu desempenho sexual. Citam-se ainda que as estratégias de intervenção psicológica devem centrar no controle dos níveis de ansiedade e no desenvolvimento de habilidades sexuais. O enfoque é

aperfeiçoar a confiança sexual e a qualidade do relacionamento. A resposta à ansiedade exige investigação acerca de grau, natureza e histórico de cada pessoa. O Grau leve ou moderado de ansiedade pode auxiliar na excitação sexual, enquanto graus mais graves e ansiedade patológica (transtornos de ansiedade) prejudicam o funcionamento sexual. Portanto, a ansiedade interfere de forma negativa na experiência subjetiva e favorece a manutenção da disfunção sexual.

Em outro estudo de Lucena e Abdo (2016) sugerem técnicas como psicoeducação, aconselhamento, permissão sexual, treino de comunicação e assertividade, exercícios de exploração e conscientização corporal, e por último o mindfulness que é um tipo de prática meditativa que visa a aceitação e consciência do momento presente. Estes autores aconselha a intervenção de profissionais de diferentes áreas para avaliar o tratamento efetivo de pessoas que sofrem por disfunção sexual. O modelo biopsicossocial é sugerido para a compreensão e o tratamento dessas queixas. O sucesso da terapia sexual deve ser mensurado a partir da minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente

Em contrapartida, Lucas, Oliveira e Monteiro (2009) afirmam que não existe um tratamento padrão para a disfunção sexual, cada caso requer um tratamento personalizado, em razão da disparidade que distingue a sexualidade humana, mas existem vários tratamentos para esta disfunção, sendo que estes podem ser farmacológicos ou por meio da terapia sexual. Referem-se como tratamentos o Modelo PLISSIT (as letras do nome referem-se aos quatro diferentes níveis de intervenção que um sexólogo pode aplicar: permissão (P), informação limitada (LI), sugestões específicas (SS) e terapia intensiva (TI)); a terapia com base na leitura erótica; a terapia multimodal e cognitivo-comportamental de Trudel, o Modelo de LoPiccolo & Friedman, o modelo de Kaplan, de McCarthy e o Modelo do Instituto Andaluz de Sexologia e Psicologia.

Diante do exposto, observa-se que as técnicas da TCC para transtornos sexuais contribuem no alcance de resultados mais efetivos, pois tem-se a oportunidade de se trabalharem a totalidade das distorções, uma vez que a estrutura física e mental é restabelecida, a harmonia proporciona um trabalho integral e, portanto, terapias sexuais bem-sucedidas.

Pensamentos inconscientes automáticos de forma espontânea decodificam circunstâncias, e normalmente as pessoas acolhem estes pensamentos automáticos sem que estejam hábeis a realizar uma monitorização adequada dos mesmos.

Portanto, o terapeuta deve ter pleno conhecimento das abordagens farmacológicas e das técnicas psicoterápicas possíveis de serem utilizadas, pois a terapia sexual contribui e utiliza de várias técnicas cognitivas e comportamentais para que o paciente seja capaz de conhecer e monitorar pensamentos que os levam a disfunção sexual.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A TCC é indicada para o tratamento dos transtornos sexuais, pois contribui na modificação de condutas inadequadas, na apreensão de novas formas de viver mediante promoção de mudanças necessárias e desbloqueio de traumas ao centrar-se nas questões evidenciadas pelo paciente quando este busca a terapia, pois a sua finalidade é contribuir para que a pessoa tenha a oportunidade de atingir.

As técnicas adotadas nas terapias sexuais se estabelecem por meio de uma colaboração entre o terapeuta e o paciente, cujas estratégias orientadas para a superação de problemas devem ser projetadas conjuntamente. E a base do tratamento proposto com a TCC é o cerne do sofrimento do paciente, em outros termos, parte-se das distorções que estão ocorrendo no modo que a pessoa consegue avaliar a si mesmo e a realidade em que se encontra inserido, logo, o que se trabalha é a possibilidade da pessoa alcançar uma posição mais confortável diante das próprias condições por ela criadas.

Conclui-se que as técnicas da TCC são eficientes para os transtornos sexuais, pois contribui na reestruturação e correção de pensamentos distorcidos, tendo em vistas soluções pragmáticas para melhorar transtornos emocionais.

Observa-se a necessidade de mais pesquisas através de estudos de caso onde os pacientes e suas parceiras participam de terapias sexuais desde o começo do desconforto para melhor análise das técnicas e sua eficácia.

## REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. Clín.* 33(3), 162-166.
- Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev. Brasil. Ter. Comp. E Cg.* 12(1), 1-2.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo – comportamental: teoria e prática.* (2a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcanti, R. (2012a). *Tratamento clínico das inadequações sexuais.* (4a ed.) São Paulo: Roca.
- Cavalcanti, R. (2012b). *Manual prático de tratamento clínico das disfunções sexuais.* São Paulo: Roca.
- D'el Rey, G. J. F., & Pacini, C. A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicol. estud.* 11(2), 269-275.
- D'el Rey G. J. F., & Pacini C. A. (2005). Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. *Rev. Psiq. Clín.* 32(4), 231-235.
- Francischi, F. B., Ayres, D. C., Itao, R. E., Spessoto, L. C. F., Arruda, J. G. F., & Junior, F. N. F. (2011). Ejaculação precoce: existe terapia eficiente? *Einstein*, 9(4): 1-5.
- Guilhardi, H. L., & Abreu, C. N. (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas.* São Paulo: Roca.
- Guimarães, S. S. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais.* (pp.113-130.) Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapiacognitiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30(1), 54-64.
- Leal, K. B. B., Quadros, A. S., Reis, M. E. A. (2011). A terapia cognitivo-comportamental e o treino de habilidades sociais no tratamento da fobia social. *Psicologia PT.* p.1-17.
- Lucena, B. B., & Abdo C. H. N. (2012). Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. *Diagn Tratamento*, 17(2): 82-85.

- Lucena, B. B., & Abdo, C. H. N. (2013). O papel da ansiedade na (dis)função sexual. *Diagn Tratamento*. 18(2), 94-98.
- Lucena, B. B., & Abdo, C. H. N. (2016). Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais. *Diagn Tratamento*. 21(4): 186-189.
- Lucas, C. O., Oliveira, C. M., & Monteiro, M. I. A. (2009). Perturbação do desejo sexual hipoaivo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Diagn Tratamento*. 17(2), 101-112.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. práticas clínicas*. São Paulo: Roca.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(2), 283-291.
- Neufeld, C. B., Paz, S., Guedes, R., & Pavan-Cândico, C. C. (2015). Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas: uma história em 10 edições. *Rev. Bras. Ter. Cog*. 11(1), 57-63.
- Neves Neto, A. R. N. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo*. 56(3), 158-68.
- Pianessole, V., Piassarolli, E. H., Andrade, N. F., Ferreira, N. O., & Osis, M. J. D. (2010). Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 32(5), 234-240.
- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011) Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(5), 2511-2522.
- Santos, M. O., & Bertan, F. C. (2016). Disfunções sexuais: estudo de caso de um adulto jovem com transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. (p. 23). *Anais do I Seminário Regional sobre Saúde, Trabalho e Educação*, 1 (p.23) Chapecó.
- Silva, A. L. S., & Maia, A. C. O. (2008). A evolução da sexualidade masculina através da ejaculação precoce sob a luz da terapia cognitivo-comportamental. *Revistas Unifoa*. 3(1), 87-96.
- Rangé, B. P., Falcone, E. M. O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Rev. Bras. Ter. Cog*. 3(2), 1-22.
- Tavares, L. (2005). *Abordagem cognitivo-comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais*. Relatório de Registro. Psicologia Clínica. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas Departamento de Psicologia. Santa Catarina, BR.
- Willihenlm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*. 8(1), 1-8.



## APÊNDICE A - REVISÃO - TABELA 1 a TABELA 7

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Pianessole et al. (2010)	Avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) sobre as disfunções sexuais femininas.	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico	As mulheres submetidas ao TMAP apresentaram melhora significativa nos escores da função sexual. Todas tiveram aumento da força dos MAP e houve melhora das queixas sexuais da maioria delas.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Francischi et al. (2011);	Revisar publicações relacionadas ao manejo e ao tratamento da ejaculação precoce	Terapia cognitiva ou sexual	A terapia cognitiva ou sexual, melhora a comunicação entre os parceiros, aumenta as habilidades sexuais e a autoconfiança, e reduz a ansiedade associada à atividade sexual. Uma abordagem de equipe envolvendo um psicoterapeuta e um médico pode oferecer melhor ajuda aos casais que sofrem mais angústia ou que não respondem à terapia inicial.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Santos (2011)	Objetiva a compreensão da relação que o câncer de mama e seus tratamentos têm no processo de (re)elaboração da imagem corporal das mulheres	Sobre as intervenções psicossociais, foi desenvolvido um estudo de avaliação de um programa de intervenção que visou à melhoria da imagem corporal e autoestima de mulheres com câncer de mama,	A imagem corporal envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afeta emoções, pensamentos e o modo de as pessoas se relacionarem com as outras, devemos lembrar que o linfedema, além de ter um efeito estético, pode comprometer a execução de tarefas cotidianas que exijam força física e movimentos repetitivos, o que pode gerar grande sofrimento para mulher que o vivencia, ao se perceber impossibilitada de desempenhar algumas atividades que lhe traziam status social ou sustento financeiro.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Lucas et al. (2009)	Falar sobre o papel da ansiedade na (dis)função sexual	Terapia sexual	Não existe um tratamento padrão, cada caso carece de um tratamento personalizado, devido à disparidade que caracteriza a sexualidade humana, porém existem vários tratamentos para esta disfunção, sendo que estes podem ser farmacológicos ou através da terapia sexual. Podem referir-se como tratamentos o Modelo PLISSIT, a terapia com base na leitura erótica, a terapia multimodal e cognitivo-comportamental de Trudel, o Modelo de LoPiccolo & Friedman o modelo de Kaplan, de McCarthy e o Modelo do Instituto Andaluz de Sexologia e Psicologia.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Lucena, Abdo (2013).	Identificar e modificar pensamentos e crenças disfuncionais a fim de reestabelecer o funcionamento sexual satisfatório.	Esse tipo de terapia geralmente inclui uma parte educativa e exercícios que abordam as preocupações do paciente acerca de seu desempenho sexual	As estratégias de intervenção psicológica devem centrar no controle dos níveis de ansiedade e no desenvolvimento de habilidades sexuais. O foco é melhorar a assertividade e a confiança sexual e a qualidade do relacionamento. A resposta à ansiedade exige investigação acerca de grau, natureza e histórico de cada pessoa. Grau leve ou moderado de ansiedade pode auxiliar na excitação sexual, enquanto graus mais graves e ansiedade patológica (transtornos de ansiedade) prejudicam o funcionamento sexual. A ansiedade interfere de forma negativa na experiência subjetiva e favorece a manutenção da disfunção sexual.

Tabela 6 - Base Google Acadêmico			
Autor/ano	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Silva e Dornelas (2008).	Agregar a literatura e mais um trabalho de intervenção clínica a respeito da ejaculação precoce, com a oportunidade de apresentar alternativas práticas, sem lançar mãos dos dados psicopatológicos e fisiológicos do paciente.	Reeducação sexual, práticas de relaxamento; valorização das fantasias.	A ejaculação precoce dentro da disfunção sexual masculina, requer que o paciente assuma as suas dificuldades, a partir da revisão de conceitos, crenças e dedicação proposta da terapia cognitiva comportamental que possibilita melhor compreender os mecanismos de forma a contribuir positivamente no alívio dos pacientes que sofrem com esta disfunção.

Tabela 7 - Base BVS			
AUTOR/ANO	OBJETIVO	TÉCNICAS	RESULTADOS/DISCUSSÃO
Lucena; Abdo (2016).	Abordar sobre a terapia sexual baseado em um breve histórico e perspectivas atuais	Psicoeducação, aconselhamento, permissão sexual, treino de comunicação e assertividade, exercícios de exploração e conscientização corporal; e, técnica de mindfulness — tipo de prática meditativa que visa a aceitação e consciência do momento presente	Torna-se necessária a intervenção de profissionais de diferentes áreas para avaliar o tratamento efetivo de pessoas que sofrem por disfunção sexual. O modelo biopsicossocial é sugerido para a compreensão e o tratamento dessas queixas. O sucesso da terapia sexual deve ser mensurado a partir da minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente.

## **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**

### **Autora Orientanda:**

Helen Magda Rodrigues Camargos

Campus V, na Av. JK, nº 1278

(034) 3814-2803 (034) 3814-9714

[helenmagda@hotmail.com](mailto:helenmagda@hotmail.com)

### **Autora Orientadora:**

Résia Silva de Moraes

Campus V, na Av. JK, nº 1278

(034) 3814-2803 (034) 3814-9714

[resiamorais@gmail.com](mailto:resiamorais@gmail.com) / [secretariadpgpsi.fpm@hotmail.com](mailto:secretariadpgpsi.fpm@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 30 de novembro de 2017.

---

Helen Magda Rodrigues Camargos

---

Résia Silva de Moraes



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

**Curso de Graduação em Psicologia**

Bacharelado (Formação de Psicólogo)

Portaria de Reconhecimento MEC – DOU N°. 371 de 30 de Agosto de 2011.

*“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”*

*(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)*

Rua Major Gote, 1901 – Centro – Campus Shopping/ 2° andar – Patos de Minas – MG – CEP 38700-001. Contatos: Tel. (34)3818-2350. [www.faculdadepatosdeminas.com](http://www.faculdadepatosdeminas.com) / [curso psicologia.fpm@hotmail.com](mailto:curso psicologia.fpm@hotmail.com) / [secretariadpgpsi.fpm@hotmail.com](mailto:secretariadpgpsi.fpm@hotmail.com).