

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA RAFAELA CABRAL BONATO

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO ONLINE NO TRATAMENTO DE QUEIXAS E
DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

CURITIBA

2025

FERNANDA RAFAELA CABRAL BONATO

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO ONLINE NO TRATAMENTO DE QUEIXAS E
DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Tese para Exame de Defesa apresentado ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Linha de pesquisa 'Educação, trabalho e subjetividade', Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Norma da Luz Ferrarini

CURITIBA

2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Bonato, Fernanda Rafaela Cabral

Grupo psicoterapêutico online no tratamento de queixas e disfunções sexuais femininas. / Fernanda Rafaela Cabral Bonato. – Curitiba, 2025.
1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Norma da Luz Ferrarini.

1. Mulheres – Comportamento sexual. 2. Disfunções sexuais
3. Psicoterapia de grupo. 4. Terapia Cognitivo-Comportamental.
5. Sexo (Psicologia). I. Ferrarini, Norma da Luz, 1957-. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

Bibliotecária : Fernanda Emanoéla Nogueira Dias CRB-9/1607

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **FERNANDA RAFAELA CABRAL BONATO**, intitulada: **Grupo psicoterapêutico online no tratamento de queixas e disfunções sexuais femininas**, sob orientação da Profa. Dra. NORMA DA LUZ FERRARINI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 31 de Março de 2025.

Assinatura Eletrônica
01/04/2025 15:51:56.0
NORMA DA LUZ FERRARINI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
13/04/2025 21:16:37.0
SANDRA CRISTINA POERNER SCALCO
Avaliador Externo (HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS)

Assinatura Eletrônica
08/04/2025 12:25:06.0
CARMITA HELENA NAJJAR ABDO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica
01/04/2025 11:02:29.0
JAROSLAVA VARELLA VALENTOVA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

Sozinha eu não iria a lugar nenhum. Foi o suporte de muitas/os que me fizeram chegar aqui. Por isso, dedico esse trabalho a minha rede de apoio nesses quatro anos percorridos.
Sem vocês, eu não teria chegado aqui.

AGRADECIMENTOS

Todo o meu trabalho não teria sido possível sem minha rede de apoio. Estar na academia não é tarefa fácil e só foi possível percorrer todo este trajeto com o suporte de muitas pessoas.

Meu marido foi fundamental a esse processo. Desde o nosso começo amei a liberdade e a cumplicidade de nossa relação e eu não tenho palavras suficientes para expressar meu agradecimento a você, Ro. Muito obrigada por ter me dado todo o apoio nesse período de estudos de mestrado e doutorado. Por ter acreditado no meu sonho de viver no exterior e estar ao meu lado, mesmo com toda a distância, no período em que estive em Vancouver. Amo você e agradeço imensamente por estar compartilhando a vida ao seu lado.

Agradeço a minha família por sempre estar ao meu lado e vibrando por minhas conquistas e ao meu pai, que mesmo não estando presente fisicamente, sei que estaria orgulhoso demais com essa conquista.

Nesse caminho também tive a sorte de encontrar mulheres incríveis que são extremamente responsáveis por essa minha conquista.

Gostaria de agradecer a todas as brasileiras que tiveram interesse em participar da minha pesquisa, principalmente as mulheres que participaram do grupo psicoterapêutico online.

Também gostaria de agradecer as pesquisadoras que participaram da iniciação científica e me auxiliaram nesse processo de pesquisa. A iniciação científica deveria ser mais reconhecida e estimulada em nosso país. Com ela, pesquisadoras/es têm suporte em seu caminho. Na responsabilidade de orientar a iniciação científica, encontramos possibilidade de criar laços acadêmicos e profissionais que fazem a jornada ser mais leve e menos solitária. Em meio a esse caminho tive a sorte de encontrar a Adriane Mussi, uma mulher incrível e amorosa que se tornou minha amiga, além de uma pesquisadora admirável e profissional comprometida. Te agradeço imensamente Adri por todos esses anos de parceria. Muito obrigada a Camila Pellizzer e Luiza Genez por terem aceitado o convite da iniciação científica e não terem desistido em meio a tantas dificuldades para se realizar uma revisão sistemática de literatura. Obrigada Bruna, por ter conversado comigo, ter me lembrado da Fer acadêmica de Psicologia e integrar nosso grupo de pesquisas, que se tornou fundamental em minha vida.

Nicolas de Oliveira Cardoso: faltam palavras para te agradecer. Sem você nada disso teria sido possível e com você esse caminho foi muito mais fácil de ser seguido.

Muito obrigada a todos os meus amigos e amigas da turma de amigos que fiz a Pós-graduação da Faculdade de Medicina da USP, carinhosamente apelidado de “Sexo, amigos e vinho”. Vocês são amor em minha vida! Em especial, gostaria de agradecer a Roberta Gobbi por todo o apoio que me deu desde o início dessa jornada do doutorado. Sem você o trajeto teria sido muito mais difícil. Com você meu sonho de morar em Vancouver foi possível. Não tenho palavras para agradecer por você ter sido estímulo, suporte, amiga, confidente e parceira em tantos projetos que realizados no doutorado.

Gostaria de agradecer a Jéssica Ferreira, pois você foi referência para minha ida ao doutorado sanduíche. Você abriu portas e me mostrou como percorrer esse caminho.

Aos meus amigos da época da faculdade de Psicologia; do CinePsi; do Crossfit; do Vinho; Bora Produzir, dos amigos do marido que se transformaram em meus amigos; das amizades construídas na época do Direito; das amigas da época de infância, principalmente à Camila M. Oba; dos/as amigos/as que fiz pelas andanças pela vida, como Daniela C. de Macedo, que além de amiga foi minha sócia; das/os amigas/os dos congressos e associações de sexualidade humana, enfim... Todos/as que me acompanharam e me acompanham ao longo de muitos e muitos anos de vida. Vocês fazem minha vida valer muito mais a pena!

Gostaria de agradecer, *in memoriam*, ao Professor Doutor Ariel Scafuri. Nosso encontro e sua passagem na terra foram breves demais, mas levarei sua inspiração e seu conhecimento por toda a minha existência.

Também gostaria de agradecer a Capes, por ter me possibilitado conviver por 8 meses no laboratório de saúde sexual da *Universidade de British Columbia*. Nos meus sonhos mais impossíveis, foi com o financiamento da Capes que esse sonho de tornou realidade.

Sou imensamente grata a Professora Doutora Norma da Luz Ferrarini por ter estado ao meu lado no meu caminho do mestrado e do doutorado e a Professora Doutora Lori Brotto por ter me supervisionado no meu período de Doutorado Sanduíche.

Não poderia deixar de agradecer a Geneviève Rose, Kaku Lema, Roberta Galiza, Lauren Selden e Nathalie Brown, pesquisadoras incríveis do laboratório de

saúde sexual da *Universidade de British Columbia* que me acolheram e fizeram desse meu período em Vancouver um momento de aprendizado único. Aos meus amados amigos Júlia Carmona, Gabriela Aikawa, Philipe Alvarenga, Giovana Furlin e Marlon Moura. Vocês foram família quando eu mais precisei e amizade construída irá transpor não só as barreiras geográficas, mas temporais. Gostaria de agradecer também a Victor Amaral, Maessa Gatto, Vinicius Fadul, Cassiane Carvalho, David Paul, Juliana Tardini, Caroline Abrusio, Richardson Rosedo e Marcella Rodrigues por terem sido suporte, diversão, amizade e acolhimento nesse período no Canadá.

Não menos importante, gostaria de agradecer aos profissionais que me acompanharam ao longo desses anos. Obrigada Leonardo Wainer e Carla Patinõ por terem sido suporte, orientação e acolhimento e as profissionais que eu tanto admiro Professora Doutora Carmita Abdo, Professora Doutora Jaroslava Valentova e Professora Doutora Sandra Scalco, por estarem presentes em minha banca de qualificação e defesa. Vocês são norte em minha jornada e sou extremamente grata por ter vocês nesse momento tão importante de minha vida.

Por fim, como aprendi a dizer nos últimos meses: “nem todo o sonho vivido é fácil de ser vivido”, por isso, agradeço a todas/os aquelas/es que estiveram do meu lado ao longo da concretização dessa jornada.

RESUMO

Introdução: As disfunções sexuais femininas (DSF) têm uma alta prevalência e o tratamento é realizado principalmente por meio de psicoterapia. No Brasil, a psicoterapia é realizada sumariamente na modalidade individual, apesar da terapia em grupo ser indicada como uma intervenção para o tratamento de transtornos mentais. **Objetivo:** A presente tese visa desenvolver e avaliar a eficácia de uma nova intervenção psicoterapêutica em grupo e online para o tratamento de queixas sexuais (QS) e DSF de brasileiras. **Método:** Inicialmente, foi realizada uma revisão sistemática com o intuito de identificar a eficácia das intervenções psicológicas em grupo para o tratamento das DSF (estudo 1). Concomitante, foi realizada a construção de um cenário social de pesquisa para instigar a participação de mulheres brasileiras cisgêneras no estudo piloto (estudo 2). Posteriormente, foi realizado o estudo piloto que avaliou a eficácia da GCBT no tratamento de mulheres brasileiras com QS ou DSF avaliados por meio do *Female Sexual Function Index* (FSFI) e Quociente Sexual Feminino (QSF) (estudo 3). Por fim, foi realizada uma revisão de escopo sobre a adesão das atividades de casa nas intervenções baseadas em *mindfulness* associado à Terapia Cognitivo Comportamental (MCBT) para o tratamento das DSF (estudo 4). **Resultados:** A revisão sistemática demonstrou que a GCBT aprimorou a função sexual ($d = 0,46 - 1,92$) para os transtornos da dor vulvar ($d = 0.47 - 1.39$) e dor durante o intercurso ($d = 0.69 - 1.18$), enquanto a MCBT demonstra eficácia para o aprimoramento da função sexual ($d = 0.4 - 1.04$) e dos transtornos do desejo e excitação sexual ($d = 0.97 - 1.29$). Também foi evidenciada a escassez de estudos brasileiros utilizando essas abordagens teóricas para o tratamento de DSF. Em torno de 30.5% ($n = 92$) das mulheres acessadas por meio do cenário de pesquisa e que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa apresentaram alguma QS ou indício de DSF (escores $\leq$ a 26,55 no FSFI e/ou $\leq$ a 60 no QSF). Mulheres brasileiras cisgêneras com menores escores de funcionamento e satisfação sexual apresentaram maior interesse em participar do grupo psicoterapêutico. A partir desses resultados foi elaborada uma nova intervenção baseada na GCBT online, somada a processos de psicoeducação. Foi observada a eficácia do tratamento na melhora do funcionamento sexual geral ($d = 1.29$), no domínio do desejo ($d = 1.53$), excitação ($d = 1.21$), lubrificação ($d = 1.16$), orgasmo ($d = .66$), mensurados pelo FSFI e da satisfação sexual mensurada por ambos o QSF ($d = 1.55$) e FSFI ($d = 1.41$). Os resultados da revisão de escopo evidenciaram que não existe um instrumento padrão ouro para avaliar a adesão das tarefas de casa indicadas no tratamento das DSF. **Conclusão:** A presente tese demonstra que mulheres brasileiras têm interesse em participar de grupos psicoterapêuticos online para o tratamento de QS e DSF. Também apresenta evidências preliminares de eficácia de uma nova intervenção baseada na GCBT para o tratamento das DSF. Por fim, conclui que não existe um instrumento psicométrico para mensuração da adesão das tarefas de casa sugeridas durante o tratamento das DSF.

Palavras-Chave: sexualidade, disfunções sexuais femininas, educação em sexualidade, psicoterapia em grupo, psicoterapia online, terapia cognitivo comportamental.

ABSTRACT

Introduction: Female sexual dysfunctions (FSD) have a high prevalence, and treatment is primarily conducted through psychotherapy. In Brazil, psychotherapy is predominantly conducted in an individual format, despite group psychotherapy being recommended as an intervention for treating mental disorders. **Objective:** This thesis aims to develop and evaluate the efficacy of a new online group psychotherapeutic intervention for treating sexual issues (SI) and FSD in Brazilian women. **Method:** Initially, a systematic review was conducted to assess the effectiveness of group psychological interventions for treating female sexual dysfunctions (FSD) (study 1). Simultaneously, a social research framework was developed to encourage the participation of Brazilian cisgender women in a pilot study (study 2). Following this, the pilot study was carried out to evaluate the efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy (GCBT) in treating Brazilian women with SI or FSD, assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI) and Female Sexual Quotient (FSQ) (Study 3). Finally, a scoping review was conducted on the adherence to homework activities in mindfulness-based interventions combined with Cognitive Behavioral Therapy (MCBT) for treating FSD (Study 4). **Results:** The systematic review demonstrated that GCBT improved sexual function (effect size, $d = 0.46\text{--}1.92$) for vulvar pain disorders ($d = 0.47\text{--}1.39$) and pain during intercourse ($d = 0.69\text{--}1.18$). MCBT showed efficacy in improving sexual function ($d = 0.4\text{--}1.04$) and disorders of sexual desire and arousal ($d = 0.97\text{--}1.29$). There was also evidence of a lack of Brazilian studies using these theoretical approaches to treat FSD. Approximately 30.5% ($n = 92$) of women accessed through the research setting who met the study's inclusion criteria exhibited either sexual dysfunction or signs of FSD (scores ≤ 26.55 on the FSFI and/or ≤ 60 on the FSQ). Brazilian cisgender women with lower sexual function and satisfaction scores demonstrated greater interest in participating in the psychotherapeutic group. Based on these findings, a new online GCBT-based intervention, combined with psychoeducation processes, was developed. The treatment showed efficacy in improving overall sexual functioning ($d = 1.29$), in the domains of desire ($d = 1.53$), arousal ($d = 1.21$), lubrication ($d = 1.16$), and orgasm ($d = 0.66$), as measured by the FSFI. Sexual satisfaction, as measured by both the FSQ ($d = 1.55$) and FSFI ($d = 1.41$), also improved. The scoping review results indicated that there is no gold-standard instrument to assess adherence to homework tasks recommended for treating FSD. **Conclusion:** This thesis demonstrates that Brazilian women are interested in participating in online psychotherapeutic groups for treating SI and FSD. It also presents preliminary evidence of the efficacy of a new intervention based on GCBT for treating FSD. Finally, it concludes that there is no psychometric instrument for measuring adherence to homework assignments during the treatment of FSD.

Keywords: sexuality, female sexual dysfunction, sexual education, group psychotherapy, online psychotherapy, cognitive behavioral therapy.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	11
2 INTRODUÇÃO	13
2.1 Justificativa	13
2.2 Queixas e disfunções sexuais	15
2.3 Tratamentos psicológicos para as disfunções sexuais femininas	21
2.4 Objetivos	25
2.4.1 Objetivo geral.....	25
2.4.2 Objetivos específicos.....	25
3 ESTUDOS QUE COMPÕEM ESSA TESE	26
3.1 Artigo 1- Efficacy of group psychotherapies for the treatment of female sexual dysfunction: a systematic review	27
3.2 Artigo 2 – “O relato da construção social da pesquisa segundo a Teoria da Subjetividade”	53
3.3 Artigo 3 - Effectiveness of online group cognitive-behavior psychotherapy and sex education for Brazilian women with sexual dysfunction or issues: a pilot study	69
3.4 Artigo 4 – “Homework adherence in Mindfulness-based cognitive interventions for female sexual dysfunction: A scoping review”	110
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES.....	140
5 OUTRAS PRODUÇÕES DERIVADAS DA TESE E DO PERÍODO DE DOUTORAMENTO	150
REFERÊNCIAS	154
ANEXO 1	165

1 APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), vinculada à linha de pesquisa “Educação, Trabalho e Subjetividade”, sob orientação da Professora Doutora Norma da Luz Ferrarini.

A pesquisa teve como objetivo desenvolver uma nova modalidade psicoterapêutica para o tratamento de queixas sexuais (QS) e disfunções sexuais femininas (DSF) de mulheres brasileiras cisgêneras que estão em um relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, a partir da intervenção psicológica online e em grupo. Para responder a este objetivo foram elaborados quatro artigos:

Artigo 1 – O primeiro artigo apresenta dados da revisão sistemática de literatura realizada, intitulada “*Efficacy of group psyhoterapies for the treatment of female sexual dysfunction: a sistematic review*”, a qual como objetivo investigar a eficácia das psicoterapias em grupo para o tratamento das DSF. O artigo foi publicado no período internacional denominado *Trends in Psychology* – Qualis A2

Artigo 2 – O segundo artigo é intitulado “O relato da construção social da pesquisa segundo a Teoria da Subjetividade”, teve como objetivo relatar como as mulheres que atendiam aos critérios da pesquisa e que tinham interesse em participar da intervenção psicológica online e em grupo para o tratamento de QS e DSF foram acessadas para posterior desenvolvimento da pesquisa. O artigo foi publicado no periódico *Cuadernos de Educación y Desarrollo* – Qualis A4.

Artigo 3 – O terceiro artigo compartilha os resultados da eficácia do grupo de intervenção piloto. O artigo intitulado “*Effectiveness of online group cognitive-behavior psychotherapy and sex education for Brazilian women with sexual dysfunction or issues: a pilot study*”, foi submetido para a revista *The Journal of Sex & Marital Therapy* - Qualis A1 (comprovante de submissão no anexo 1).

Artigo 4 – O último artigo é fruto do doutorado sanduíche realizado na *University of British Columbia*, Vancouver/Canadá, sob supervisão da Professora Doutora Lori A. Brotto. Intitulado como “*Homework adherence in Mindfulness-based cognitive interventions for female sexual dysfunction: A scoping review*”, o trabalho compartilha dados referentes às atividades de casa solicitadas no decurso de intervenções

psicológicas em *setting* de pesquisa e foi publicado no *The Journal of Sexual Medicine* - Qualis A1.

A presente tese é resultado de quatro anos de doutorado que contou com apoio financeiro da CAPES para a realização do doutorado sanduíche, realizado na *University of British Columbia* entre os meses de outubro de 2023 a maio de 2024, sob supervisão da Professora Doutora Lori A. Brotto.

Originalmente, o projeto de pesquisa desta tese de doutorado previa que o a pesquisa seria pautada na Teoria da Subjetividade, porém, após a realização da revisão sistemática de literatura e comprovação de que a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) era a intervenção psicológica que demonstrava maior eficácia para o tratamento de distintas disfunções sexuais (DS), decidiu-se por realizar a intervenção e a pesquisa por meio desta fundamentação teórica.

O estudo em questão empregou dois instrumentos de mensuração: o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o Quociente Sexual Feminino (QSF). Embora ambos os instrumentos avaliem a função sexual, a escolha pela utilização conjunta decorreu não apenas das diferenças nas escalas, mas também do fato de que o QSF é um instrumento desenvolvido por uma pesquisadora brasileira, levando em consideração as especificidades da sexualidade na população local (Abdo, 2009). A aplicação desses instrumentos proporcionou dados inéditos sobre a população brasileira, contribuindo para suprir uma das lacunas identificadas na revisão sistemática, que indicava a necessidade de mais estudos sobre os efeitos das intervenções psicológicas em grupo em diferentes contextos culturais. Isso se deve ao fato de que a maioria dos ensaios clínicos analisados na revisão sistemática foram conduzidos no Canadá (Bonato et al., 2024).

O período de doutorado sanduíche gerou outros artigos e trabalhos, incluídos na seção 7 desta tese, dedicada a outras produções desenvolvidas no período de doutoramento.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Justificativa

Em muitas sociedades e em diferentes períodos da história, a sexualidade tem sido alvo de regulamentações, por meio de mecanismos como a repressão, o silenciamento, o pudor ou conceitos como o pecado (Foucault, 2020; Butler, 2019; Louro, 2018a, 2018b; Lins, 2012, 2013).

Segundo Foucault (2020) e Butler (2019) o advento da ciência positivista e estruturalista trouxe a sexualidade para o centro das discussões filosóficas e científicas do século XX por meio do que Foucault (2020) nomeou como ‘biopoder’, que consiste em técnicas de interdições sociais que regulamentam a sexualidade dizendo o que é normal/patológico e sadio/doentio em determinados momentos históricos e sociedades.

De acordo com o autor supracitado (2020, p. 81) essas interdições e controles acontecem por meio de “uma rede sutil de discursos, saberes, prazeres e poderes” que normalizam algumas condutas sexuais, bem como papéis de gênero e orientações sexuais.

Butler (2019) informa que determinados papéis sociais foram embutidos, em diferentes culturas, sociedades e momentos históricos, às pessoas conforme a diferenciação sexual anatômica: para aquelas pessoas que possuem uma vulva foram determinados papéis sexuais femininos; para aqueles que possuem pênis papéis sociais masculinos. Todavia, a partir do momento em que questionamentos sobre gênero passaram a ser realizados em distintas sociedades, principalmente na metade do século passado, uma série de reflexões começaram a demonstrar que essa relação direta entre diferenciação anatômica e papéis sociais não era algo tão simples e direto como instaurado na sociedade, isso porque a relação perpassa fatores históricos, sociais, ideológicos, religiosos, políticos e culturais. Ademais, estes questionamentos trouxeram à tona uma reflexão sobre a binariedade da estrutura social, pois a mesma mantém uma estrutura hierárquica que usualmente prioriza o masculino, legitimando mais direitos aos homens que às mulheres (Spargo, 2017; Butler, 2019; Louro, 2018a, 2018b).

Simone de Beauvoir (2020, p.11), em seu livro ‘O segundo Sexo’, levantou questionamentos extremamente importantes para a análise desta base hierárquica

social. A partir de sua colocação de que “*Ninguém nasce mulher, torna-se mulher*” a autora fortaleceu o questionamento sobre a construção das feminilidades e das masculinidades, constatando a forte influência dos aspectos sócio-histórico-culturais sobre os corpos (Butler, 2019).

Segundo Braga (2019), quando se analisa o papel das mulheres nas sociedades ocidentais, constata-se que muitas mulheres não passaram imune a uma discriminação de gênero, uma vez que grande parcela de mulheres foram consideradas e tratadas como objeto dos homens, sendo relegadas às atividades domésticas, já que a sociedade acreditava - e ainda relaciona - que as atribuições do feminino se restringiam à maternidade. Conforme nos apontam Lins (2024) e Rocha (2017) foi a partir da metade do século passado, após o período da revolução industrial e das duas guerras mundiais, que uma transformação social começou a ocorrer, inclusive no que tange as relações de trabalho, estruturas familiares e papéis sociais femininos e masculinos. Se antes, para as mulheres era estipulado socialmente que seu lugar era apenas dentro de casa, sendo responsável pelos cuidados do lar, família e filhas/os, após o período de guerras, com as transformações citadas acima, as mulheres passaram a ter uma atuação profissional para além dos muros das casas, somando aos cuidados familiares e do lar a produção de mercado.

Braga (2019), Rocha (2017) e Loyola (2010) explicam que concomitante às transformações sociais, as mulheres lutaram e garantiram seu direito ao voto, intervindo na sociedade e tendo mais autonomia sobre suas escolhas. Além disso, as autoras explicam que as mulheres ocidentais que viveram no século passado passaram a ter uma possibilidade de autonomia financeira com a inclusão no mercado de trabalho e, no que tange à sexualidade, tiveram a possibilidade de desvincular prazer da reprodução a partir da descoberta da pílula anticoncepcional, ocorrida com a revolução sexual.

Contudo, apesar dos avanços sociais conquistados principalmente por meio dos movimentos feministas, observa-se, ainda hoje, que mulheres, inclusive brasileiras, não vivem uma igualdade de gênero. A análise dos dados do estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) intitulado “Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil - 3ª edição”, denota esta ausência de igualdade, uma vez que o estudo aponta que mulheres e homens brasileiros não vivem uma igualdade de direitos e deveres. Além da não equivalência nas áreas de educação, estruturas econômicas, vida pública e tomada

de decisões, observa-se que a saúde sexual e reprodutiva¹ das mulheres também não é vivida da mesma maneira que a dos homens brasileiros. Segundo o IBGE mulheres brasileiras têm pouco acesso a informações e serviços de saúde, inclusive no que tange a métodos contraceptivos, além de pouco poder de decisão sobre si mesmas, seus corpos e sobre o casamento, já que o país goza de números elevados de casamento e gravidez precoce (IBGE, 2024).

Sabe-se que as interdições sociais sobre a sexualidade aconteceram e acontecem em inúmeras sociedades (Foucault, 2020), porém no que tange à sexualidade feminina estas interdições sociais são ainda mais marcantes, vide a obrigação da virgindade em muitas comunidades, as mutilações dos clitóris de mulheres de comunidades africanas, violência contra mulheres e a ilegalidade do aborto em inúmeros países (Lins, 2012, 2013).

Lins (2012, 2013) e Muniz (2002) informam que para as mulheres, em distintas instituições sociais, há marcas que mostram o que é esperado, permitido e proibido diante de suas sexualidades. No que tange ao cenário brasileiro, a pesquisadora brasileira Guacira Lopes Louro (2018a, 2018b) tem vários estudos que mostram esses processos de educação simbólicos, tanto que cunhou o termo ‘pedagogia dos corpos’, que elucida como os corpos são educados para performar feminilidades ou masculinidades.

2.2 Queixas e disfunções sexuais

Conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em uma relação sexual e

1 Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 1995, p. 178) “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhosãos. nem violências, em conformidade com o que estabelecem os documentos relativos aos direitos humanos. (...) Como parte desse compromisso, deve-se prestar plena atenção à promoção de relações de respeito mútuo e igualdade entre os homens e mulheres e, particularmente, às necessidades dos adolescentes em matéria de informação e de serviços, a fim de que possam assumir sua sexualidade de modo positivo e responsável.”.

não meramente ausência de doença, disfunção e/ou enfermidade, ressaltando a necessidade de uma abordagem positiva e respeitosa com a sexualidade e nas relações sexuais estabelecidas, permitindo experiências sexuais prazerosas, seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Todavia, nem todas as pessoas vivenciam essa condição e na ausência desse estado, estamos a falar de queixas sexuais (QS) e/ou disfunções sexuais (DS).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) da Organização Mundial de Saúde – OMS - (WHO, 2019, s/p) as DS “são síndromes que abrangem as várias maneiras pelas quais adultos podem ter dificuldade em experimentar satisfação sexual, em atividades sexuais não coercitivas.” O referido manual diagnóstico, afirma, ainda, que a resposta sexual é desencadeada por uma “interação complexa de processos psicológicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos” e que um ou mais destes fatores podem afetar a resposta sexual. Ademais, a OMS cita que para o diagnóstico de uma DS é necessário que os sintomas sejam observados com uma certa frequência, por pelo menos vários meses, apesar de poderem estar ausentes em algumas ocasiões, e deve estar associada a um sofrimento clinicamente significativo.

Conforme a CID-11 (WHO, 2019), as DS foram divididas em quatro grupos, sendo elas as disfunções do desejo sexual hipoativo, disfunções da excitação sexual, disfunções do orgasmo e disfunções ejaculatórias. Para além deste item denominado “Condições relacionadas a saúde sexual” (item 17 da referida classificação), observa-se que no grupo intitulado “Doenças do sistema genitourinário” (item 16) há um subitem denominado “Dor relacionado a vulva, vagina e assoalho pélvico, que traz critérios diagnósticos para a dor vulvar, dor perineal, vulvodínia, outra dor relacionada a vulva, vagina e assoalho pélvico e dor relacionado a vulva, vagina e assoalho pélvico não especificado (WHO, 2019).

Outro manual classificatório, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5-TR), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria – APA -, afirma que as DS “são um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade da pessoa em responder sexualmente e experimentar prazer.” (APA, 2023, p. 477).

Segundo o DSM - 5 (APA, 2023, p. 477) as DS podem ser classificadas como “ejaculação retardada, transtorno erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno

do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada”.

Ainda conforme o referido manual, para a caracterização das DS é primordial que o julgamento clínico analise se as dificuldades são resultantes de estimulação sexual inadequada, porque se assim o for, por mais que nesses casos um tratamento possa ser indicado, o diagnóstico não deve ser feito. Ademais, o julgamento clínico deve levar em consideração fatores culturais, porque estes influenciam nas expectativas e/ou criam proibições, levando a uma não vivência prazerosa da sexualidade, bem como fatores biológicos, intrapessoais e interpessoais (APA, 2023). Feita esta brevíssima elucidação é válido apontar que diante da sexualidade feminina da mulher cisgênera, poderemos falar das seguintes disfunções sexuais femininas (DSF):

Segundo CID – 11 (WHO, 2019):

As três condições especificadas no item 17 denominado “Condições relacionadas a saúde sexual” seriam:

- * Transtorno do desejo sexual hipoativo;
- * Disfunções da excitação sexual;
- * Disfunções do orgasmo.

Já no item chamado “Doenças do sistema genitourinário”, há outras possibilidades de doenças que podem comprometer a saúde sexual de mulheres cisgêneras, incluindo:

- * Doenças da dor relacionado a vulva, vagina e assoalho pélvico, que englobam a dor vulvar;
- * Dor perineal;
- * Vulvodínia;
- * Outra dor relacionada a vulva, vagina e assoalho pélvico;
- * Dor relacionada à vulva, vagina e ao assoalho pélvico.

Já segundo o DSM-5 (APA, 2023), as possibilidades seriam:

- * Transtorno do orgasmo feminino;
- * Transtorno do interesse/excitação sexual feminino;
- * Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração;
- * Disfunção sexual induzida por substância/medicamento;

* Outra disfunção sexual especificada;

* Disfunção sexual não especificada.

Todavia, Shaeer et al. (2020) informam que é importante considerar que além das DS, mulheres podem apresentar queixas sexuais (QS), consideradas como situações em que pessoas sentem uma angústia diante da sexualidade, mas as queixas não se enquadram nos critérios diagnósticos das DS, ou ainda, quando há o preenchimento de parte destes critérios diagnósticos, mas não há angústia por parte destas mulheres.

As QS englobam todas as formas de vivência insatisfatórias na relação sexual, perpassando desde a dificuldade em sentir prazer até às incapacidades de satisfazer a parceria. As QS podem ser a causa ou o resultado de relações insatisfatórias e que existem períodos na vida em que o ajustamento sexual entre duas pessoas é mais difícil por fatores circunstanciais ou individuais, como por exemplo, períodos envolvendo uma gestação ou problemas de saúde (Carvalheira, 2024).

Um exemplo de QS envolve a ausência ou dificuldade da pessoa em sentir um orgasmo com penetração, mas o orgasmo é sentido quando presente estímulo direto, seja ele manual ou oral. Outro exemplo é quando a pessoa relata que se sente bem e/ou tem prazer no sexo, mas não tem vontade de tê-lo, assim como quando a pessoa relata sentir dor na relação, mas somente em determinadas posições ou com determinados movimentos. Nesses exemplos, fica elucidado que há problemas sexuais, porém, eles não cumprem critérios diagnósticos suficientes para o diagnóstico de uma DS (Carvalheira, 2024; Carvalho & Sardinha, 2017).

Problemas na relação, a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, a estabilidade da relação e a existência de possíveis conflitos ou de um contexto de hostilidade podem estar relacionados a presença de QS, todavia, frisa-se que só se deve falar DS quando se verifica um conjunto de critérios para estabelecer um diagnóstico (Carvalho & Sardinha, 2017).

Entretanto, apesar de todas estas possibilidades diagnósticas, Parish et al. (2019, p. 842) nos indicam que “as disfunções sexuais femininas são substancialmente não detectadas e não abordadas em ambientes de cuidados primários e, muitas vezes, são mal tratadas, mesmo quando são diagnosticadas”.

Segundo Shaeer et al. (2020)² e McCabe et al. (2016) a literatura sobre a incidência de DS é muito limitada, principalmente sobre as DSF. Ademais, há um corpo substancial de literatura sobre a prevalência de disfunções sexuais masculinas (DSM), como a disfunção erétil e a ejaculação precoce, mas ainda muito limitada no que tange a análise da prevalência das DSF, apesar das mesmas serem altamente frequentes e trazerem angústia para aquelas que vivenciam ou o transtorno de interesse sexual/excitação sexual femininas ou o transtorno do desejo sexual hipoativo ou o transtorno da dor/penetração genitopélvica ou, ainda, o transtorno do orgasmo feminino.

Os estudos existentes sobre a prevalência de DSF apontam que mulheres inglesas com idades entre 18-85 anos têm uma prevalência de 15,5% ao longo da vida, sendo que o transtorno de desejo hipoativo é o mais frequente, em torno de 21%, seguido pelo transtorno do interesse/excitação sexual feminino, que tem percentil de 11% (Burri & Spector, 2011). Já mulheres estadunidenses têm em torno de 40% de queixas sexuais (Clayton & Juarez, 2017), sendo que o transtorno do desejo hipoativo afeta aproximadamente 10% das mulheres dessa nacionalidade (Goldstein et al., 2017). Entre mulheres chinesas, com idades entre 20-70 anos, constatou-se uma prevalência de 29,7% de DSF (Zhang et al., 2017). Mulheres colombianas, com idade entre 18-40 anos, apresentam uma prevalência de 30% de DSF, sendo que baixa escolaridade, depressão e uso de depressivo foram considerados como preditivos para estes transtornos (Echeverry, Arango, Castro & Raigosa, 2010).

No que tange a prevalência das DSF entre brasileiras, Wolpe et al. (2015, p. 87) afirmam que as DSF “são detectadas em 67,9% das mulheres no mundo e estão presentes em 50% das asiáticas, em 30 a 50% das americanas e em 30% das brasileiras”. Weinberger et al. (2019), por meio de uma revisão sistemática de literatura, apontam estudos que concluem que as DSF seriam prevalentes entre 30-50% das mulheres. Outro estudo conduzido por Wolpe et al. (2018) resultou em dados que mostram uma variação significativa na prevalência destes transtornos entre mulheres brasileiras, uma vez que foram encontrados índices que variam de 13,3% a 79,3% para as DFS, sendo que a alteração de desejo sexual variou entre índices de

2 Shaeer et al. (2020) entrevistaram 230 mulheres entre 18 e 75 anos de idade, que tinham um parceiro fixo ao longo dos últimos 6 meses, e demonstraram que 41% delas tinham risco de apresentar uma disfunção sexual, enquanto 21% estava insatisfeita com sua vida sexual.

11%-75%; enquanto problemas relacionados a excitação variou entre de 8%-62,8%. Problemas relacionados ao orgasmo tiveram índices que variavam entre de 29%-41% e, em relação a satisfação sexual, índices entre e 18%-55%. Por fim, um dos primeiros estudos sobre a prevalência das DSF no cenário brasileiro apontou percentis similares, uma vez que em torno de que 28,5% das mulheres entrevistadas já haviam apresentado alguma dificuldade sexual ao longo da vida em relação à sexualidade e que 26,2% apresentavam dificuldade para atingir o orgasmo, enquanto o percentual para homens foi apenas de 4,9% (Abdo, 2004).

Entretanto, um ponto importante a se fazer em relação à casuística apontada refere-se ao fato de que a função sexual e DS não são estáticas e que isso pode interferir nestes dados apresentados, por isso, os estudos que visam identificar a prevalência de DSF devem considerar as especificidades do tempo de vida, do estado do relacionamento e do momento vivido, uma vez que estes serão fundamentais para apontar os preditores e as prevalências das disfunções sexuais femininas. Um exemplo claro se refere as mudanças fisiológicas que as mulheres podem sofrer ao longo da vida como, por exemplo, a gravidez e a menopausa, pois nestas fases haverá alterações fisiológicas e hormonais e estas podem interferir direta ou indiretamente na predição e consequente prevalência das DSF. Por isso, é difícil concluir a real prevalência das DSF, uma vez que peculiaridades como estas devem ser analisadas por pesquisadores/as que pretendem chegar a estes números (West, Vinikoor & Zolnoun, 2004).

Por fim, embora a literatura registre uma alta prevalência de DS em mulheres de diversas culturas, é necessário analisar esses dados sob a lente crítica das desigualdades de gênero e da teoria da heteronormatividade frente a sexualidade. Estudos recentes, como o conduzido por Van Anders et al (2022), Park & Macdonald (2022) e Harris Gormezano & Anders (2022) sugerem que a construção o baixo desejo sexual pode estar intimamente ligado à estrutura patriarcal das sociedades, que perpetua papéis de gênero desiguais e sobrecarrega as mulheres com demandas desproporcionais, como a divisão injusta do trabalho doméstico. Esses fatores, longe de serem inerentes às mulheres, refletem um contexto social que molda a experiência sexual de maneira restritiva e opressiva. Harris, Gormezano & Anders (2002) observaram que mulheres heterossexuais com parcerias fixas realizam a maior parte das tarefas domésticas e apresentam um desejo sexual significativamente menor por seus parceiros, destacando a necessidade de repensar a forma como a sexualidade

feminina é compreendida e diagnosticada, afastando-se de narrativas individualizantes e considerando o impacto estrutural das desigualdades de gênero.

2.3 Tratamentos psicológicos para as disfunções sexuais femininas

Revisões de literatura conduzidas nas décadas de 80 e 90 pontuavam que a resposta sexual humana era complexa e, por isso, intervenções frente à sexualidade deveriam considerar as interfaces biológicas, sociais, individuais, comportamentais e relacionais durante a intervenção. Na época, a terapia comportamental sexual demonstrava eficácia para intervenções individuais e em grupo, assim como terapia de casal pautadas na terapia comportamental e biblioterapia (De Silva, 1994; Libman, 1985).

Com o decurso do tempo, a ciência comprovou que a psicoterapia demonstrava ser uma intervenção eficaz para o tratamento das DS, seja ela realizada na modalidade individual, seja na modalidade em grupo (Silveira Meireles, 2019; Brotto et al., 2016a). Entretanto, com o surgimento do viagra, medicamento utilizado para o tratamento da disfunção erétil, observa-se que muitas pesquisas científicas se voltaram para tentativa de descobrir medicamentos para o tratamento para demais DS (Russo, 2013).

No início dos anos 2000, a paroxetina começou a demonstrar eficácia no tratamento da ejaculação precoce (EP), disfunção que também tem o suporte do medicamento dapoxetina para melhora dos sintomas. Todavia, somente em 2015, achados foram realizados frente a medicação flibanserina, que demonstrou eficácia limitada para o tratamento do transtorno do desejo e excitação sexual feminino (TDES). Após a aprovação da flibanserina para o tratamento do TDES pelo *Health Canada* e *Food and Drug Administration* inúmeras pesquisas começaram a questionar sua verdadeira eficácia, sendo que atualmente, poucos são os clínicos que a prescrevem, uma vez que os efeitos colaterais e riscos frente ao uso da medicação são muito altos em detrimento de seu uso contínuo (Zang, et al., 2019; Jaspers et al., 2016; Jern et al., 2007).

Em 2019 também foi lançado um novo medicamento para o TDES, a bremelanotide, porém, os resultados práticos são considerados modestos e, assim como a flibanserina, os efeitos colaterais são observados de maneira usual entre aquelas que fazem uso da medicação (Cipriani, Alfaroli, Maserol & Vignozzi, 2023).

Diante de tal cenário, em que há uma escassez de medicações para o tratamento das DSF, observa-se que a psicoterapia continua sendo indicada como padrão ouro para os transtornos da dor sexual, transtornos do desejo, excitação e do orgasmo (Brotto et al., 2016b; Goldfinger et al., 2016; Frühauf et al., 2013).

Uma das primeiras intervenções comportamentais voltadas ao tratamento das DS surgiu das pesquisas desenvolvidas por Masters e Johnson, cujas intervenções eram realizadas em conjunto por um/a terapeuta e coterapeuta e mesclavam intervenções de psicoeducação em sexualidade, utilização de vibradores, exercícios de masturbação, *role-play* e exercícios comportamentais, que visavam diminuir a ansiedade e aumentar o prazer sexual (Masters e Johnson, 1976).

Com o decurso do tempo, diferentes intervenções começaram a ser usadas, com distintos nomes e distintas propostas de intervenção, como: treino de habilidades sexuais, terapia sexual, TCC, terapia de casal, dessensibilização sistemática, intervenções educacionais e outras terapias sexuais, como terapia psicodinâmica, hipnoterapia e terapia emotiva racional, podendo elas serem realizadas na modalidade individual, em grupo, em casal, autoterapia ou, ainda, de maneira combinada, como por exemplo, ora individual ora em casal. Fato é que, independente da modalidade, as intervenções psicológicas demonstram efeito médio ($d = 0.58$, 95 % CI: 0.40 - 0.77; $n = 33$) para melhora nos sintomas dos transtornos sexuais quando comparados a lista controle, assim como para a satisfação sexual ($d = 0.47$, 95 % CI: 0.27 - 0.68; $n = 32$). Intervenções psicológicas tem um grande efeito de melhora nos sintomas em mulheres com transtorno do desejo sexual hipoativo ($d = 0.91$; 95 % CI: 0.38 - 1.45; $p = .012$; $n = 4$; $I^2 = 0.0$ %) e um efeito médio em mulheres com diagnóstico de transtorno do orgasmo ($d = 0.46$; 95 % CI: 0.07 - 0.86; $p = .024$; $n = 15$; $I^2 = 0.0$ %). Também se observa significativa melhora para satisfação sexual quando pacientes se submetem a intervenções psicológicas para tratamento do desejo e excitação sexual. Contudo, não foram encontrados achados de eficácia no que tange às intervenções psicológicas para melhora dos sintomas em mulheres com diagnóstico de vaginismo (Frühauf et al., 2013).

No que tange a forma com que essas intervenções psicológicas são realizadas, observa-se que as intervenções de terapia de casal, ($d = 0.62$), em grupo ($d = 0.81$), autoterapia ($d = 0.37$) e terapia individual ($d = 0.32$) demonstram eficácia, todavia, a terapia em grupo é a que mais denota melhora, tanto no que tange a gravidade dos

sintomas quanto na satisfação sexual. A terapia de casal ou de autoterapia conduzem a uma melhora na gravidade dos sintomas, mas não na satisfação sexual (Frühauf et al., 2013).

As intervenções psicológicas realizadas em um ambiente de grupo podem ser o principal tratamento de escolha, pois o ambiente em grupo demonstra ser eficaz, além de que a relação custo-benefício pode ser mais adequada em comparação com as outras modalidades. Ademais, observa-se que as intervenções em grupo pautadas na TCC e do Mindfulness³ associado à TCC demonstram melhora para a função sexual, para os transtornos da dor vulvar e dor durante o intercurso, assim como para os transtornos do desejo e excitação sexual (Bonato et al., 2024; Frühauf et al., 2013).

Ainda no que tange ao *mindfulness*, nos últimos anos a constatação de que muitas pessoas que sofrem de DS apresentam uma desconexão entre as percepções subjetivas e objetivas de desejo e excitação justificaram a utilização do *mindfulness* para o tratamento das disfunções sexuais, isso porque a atenção plena possibilita o estado de estar presente no momento presente, a partir de um estado de atenção sem julgamentos e atento às percepções do corpo e do pensamento (Brotto, 2017; Stephenson, 2017 e Goldfinger et al., 2016). Entre os transtornos sexuais que demonstram eficácia utilizando do *mindfulness*, observa-se melhora para os transtornos da dor, transtorno do orgasmo, transtorno do interesse e excitação sexual, assim como em situações de QS envolvendo mulheres que sofreram situação de violência sexual na infância (Brotto et al., 2023; Gorman et al., 2021; Brotto et al., 2020; Adam et al., 2020; Mosalanejad et al., 2018, Brotto, et al., 2012).

Por fim, com o avanço da internet, a psicoterapia online surgiu como uma importante alternativa, permitindo profissionais da Psicologia oferecerem atendimento acessível a uma ampla gama de questões, incluindo aquelas relacionadas à sexualidade, em formatos individuais ou grupais (Althof, 2010). A criação da *American Telemedicine Association*, em 1993, já destacava os benefícios da telemedicina, como o aumento do acesso a informações médicas em áreas remotas e a redução de custos, o que também favoreceu a expansão da psicoterapia online (American Telemedicine Association, *n.d*).

³ De acordo do Shapiro (2006), *mindfulness*, também chamado de atenção plena, tem suas raízes nas tradições orientais e envolve três dimensões: atenção, intenção e atitude. Entretanto, é importante observar que a atenção plena se difere da meditação, uma vez que se caracteriza por uma adaptação um pouco simplificada da meditação com raízes epistemológicas diferenciadas.

No Brasil, a regulamentação dessa modalidade ocorreu no início dos anos 2000, com a Resolução 03/2000 do Conselho Federal de Psicologia (2000), que estabeleceu diretrizes para o atendimento psicoterapêutico mediado por computador. Já nos primeiros anos do século XXI, a psicoterapia online demonstrou ser uma opção eficaz e acessível para o tratamento de diversas psicopatologias. A meta-análise de Barak et al. (2008) mostrou que esse formato oferecia benefícios como maior acessibilidade, flexibilidade de horários e maior conforto emocional, especialmente para indivíduos com dificuldades geográficas, físicas ou estigmas relacionados ao tratamento psicológico, além de ser vantajosa para pessoas com mobilidade reduzida ou condições crônicas, devido à eliminação de custos com deslocamento.

Com o tempo, a psicoterapia online consolidou-se como uma ferramenta eficaz para o tratamento de transtornos como ansiedade (Gadelha et al., 2021), depressão (Fadipe et al., 2021) e transtornos obsessivos-compulsivos (Zhang et al., 2022). Essa modalidade tem se mostrado promissora por ampliar o acesso ao atendimento psicológico, oferecendo conveniência e economia, além de superar barreiras geográficas, mantendo a privacidade e o vínculo terapêutico (Feijó et al., 2021).

Embora já fosse regulamentada antes de 2019, a pandemia de COVID-19 acelerou essa transformação, com um aumento significativo na demanda por serviços de saúde mental (Conselho Federal de Psicologia, 2020; Dias & Carlesso, 2020). As medidas de distanciamento social e o isolamento impactaram a saúde emocional da população, exacerbando questões como ansiedade e depressão. Nesse cenário, a psicologia precisou adaptar-se rapidamente, integrando novas formas de atendimento, como as consultas virtuais, o que possibilitou a continuidade do suporte terapêutico (Araújo & Costa, 2021). Paralelamente, houve um aumento expressivo no uso da internet, com 316 milhões de novos usuários em 2020, o que representa um crescimento de 7,3% (We Are Social, 2021). Esse cenário favoreceu a ampliação da procura por serviços de saúde online e, com isso, a psicoterapia online, realizada de forma síncrona, consolidou-se como alternativa ao modelo presencial (Almathami et al., 2020).

Um recente estudo que teve como objetivo analisar a adesão à psicoterapia online durante a COVID-19, confirmou que a psicoterapia online oferece diversos benefícios, especialmente no contexto da pandemia. Entre os fatores que contribuíram para sua adesão, destacam-se a flexibilidade de horários, a redução de despesas e a eliminação do deslocamento. Além disso, pacientes e psicoterapeutas

experimentaram maior conforto ao abordar temas sensíveis devido à praticidade da modalidade. Todavia, embora dificuldades sejam existentes, como problemas de conexão e a criação de um ambiente adequado para o *setting* terapêutico, muitos desses desafios puderam ser superados por meio do treinamento adequado e do diálogo constante entre psicoterapeuta e paciente, garantindo a efetividade do atendimento online (Cardoso et al., 2023).

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo geral

Desenvolver e avaliar a eficácia de uma nova intervenção psicoterapêutica em grupo e online para o tratamento de QS e DSF de brasileiras. Cisgêneras que estão em um relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, a partir da intervenção psicológica online e em grupo.

2.4.2 Objetivos específicos

- * Identificar, na literatura acadêmica, o estado de conhecimento sobre a eficácia da psicoterapia em grupo no tratamento das DSF (Estudo 1).
- * Verificar o interesse de mulheres brasileiras heterossexuais e cisgêneras para realizar tratamento psicológico online e em grupo diante de demandas relacionadas à sexualidade humana (Estudo 2).
- * Avaliar as evidências preliminares de eficácia uma nova intervenção piloto psicoterapêutica em grupo e online para o tratamento de QS e DSF de brasileiras a partir do desenvolvimento de um grupo piloto (Estudo 3).
- * Identificar, na literatura acadêmica, o estado de conhecimento sobre a aderência das tarefas de casa nas intervenções da terapia cognitivo comportamental que utiliza do *mindfulness* nas intervenções das disfunções sexuais femininas (Estudo 4).

3 ESTUDOS QUE COMPÕEM ESSA TESE

Esta seção é composta por quatro estudos, os quais foram submetidos como artigos para diferentes periódicos científicos e, por tanto, seguem a estrutura e norma específica de cada revista.

O primeiro artigo refere-se a um estudo teórico que compartilha informações referentes à revisão sistemática de literatura sobre a eficácia da psicoterapia em grupo para o tratamento das DSF. A revisão constata que a TCC é a intervenção psicológica mais eficaz para o tratamento psicoterapêutico em grupo em distintas DSF. O artigo foi publicado no período internacional denominado *Trends in Psychology* – Qualis A2

O segundo artigo é um estudo empírico, realizado para verificar o interesse de mulheres brasileiras em realizar psicoterapia online e em grupo para o tratamento de QS e DSF. Este artigo traz apenas o recorte de como essas mulheres brasileiras interessadas em participar do grupo psicoterapêutico online foram acessadas, sendo que os dados coletados por meio do formulário aplicado e compartilhado em redes sociais constituiu-se na dissertação de mestrado da psicóloga e pesquisadora Adriane Mussi, intitulada “Perfil de mulheres brasileiras interessadas em participar de grupo psicoterapêutico online para o tratamento de queixas e disfunções sexuais” (Mussi, 2024). Esse segundo artigo foi publicado no periódico *Cuadernos de Educación y Desarrollo* – Qualis A4.

Importante afirmar que, em um primeiro momento, a pesquisa foi idealizada a partir da Teoria da Subjetividade, desenvolvida pelo psicólogo cubano Fernando González Rey e, por isso, esse segundo artigo tem como base os pressupostos teóricos e epistemológicos da referida teoria. Todavia, com o desenvolvimento concomitante entre a revisão sistemática de literatura e o cenário de pesquisa, constatou-se que o padrão ouro de intervenção psicológica para o tratamento das DS baseia-se na TCC. Por isso, toda a pesquisa foi revista e o estudo empírico subsequente desenvolveu-se a partir dos pressupostos teóricos da TCC.

O terceiro artigo é um estudo empírico que compartilha as informações relativas ao grupo psicoterapêutico online desenvolvido no ano de 2023 com mulheres cisgêneras brasileiras que estavam em relacionamento heterossexual de longa duração com homem cisgênero. Esse terceiro artigo foi submetido para a revista *The Journal of Sexual Medicine* (Qualis A1).

Por fim, o último artigo é fruto do trabalho desenvolvido no período de doutorado sanduíche realizado na *University of British Columbia*, sob supervisão da Professora Doutora Lori A. Brotto. O artigo é uma revisão de escopo sobre a aderência das atividades de casa nas intervenções que utilizam da TCC associada ao *mindfulness* para o tratamento das DSF. Esse terceiro artigo foi publicado em 2024 na revista *The Journal of Sexual Medicine* (Qualis A1)

3.1 Artigo 1- Efficacy of group psychotherapies for the treatment of female sexual dysfunction: a systematic review⁴

Fernanda Rafaela Cabral Bonato^{*1} · Adriane Mussi¹ · Luiza Ferrario Genez¹ · Camila Marina Nery Pellizzer¹ · Nicolas de Oliveira Cardoso²

Accepted: 11 January 2024
© Associação Brasileira de Psicologia 2024

Abstract

Female sexual health care has been highlighted due to the high prevalence of female sexual dysfunctions (FSDs). Previous research indicates that psychotherapy is an effective intervention in the treatment of FSDs, but few studies have tested the effectiveness of group psychotherapy interventions. This systematic review aims to investigate the effectiveness of group psychotherapies in the treatment of FSDs. Six databases (PubMed, Web of Science, Virtual Health Library, PsycINFO, Embase, and Scopus) were searched. Fourteen clinical trials remained for analysis after applying the inclusion and exclusion criteria. The main findings suggest that Group Cognitive-Behavioral Therapy (GCBT; $d = 0.46-1.92$) and Mindfulness-Based Group Therapy (MBGT; $d = 0.4-1.04$) were the most effective for improving female sexual function. GCBT was also the most effective in treating vulvar pain ($d = 0.47-1.39$) and pain during intercourse ($d = 0.69-1.18$). MBGT showed the largest effect sizes in the treatment of sexual desire and interest ($d = 0.97-1.29$). Therefore, group psychotherapies present promising evidence of efficacy in the treatment of FSDs. However, there are few clinical trials, and new research is needed to verify the effects of these interventions on different contexts and FSDs. Studies are also needed in other countries and cultures, as most clinical trials have been performed in Canada.

Keywords Group psychotherapy · Sexual dysfunction · Female sexual dysfunction · Sexual function · Women

Sexual problems are common among women of all age groups, and despite the high frequency and important impact of these conditions on women's lives, female sexual dysfunctions (FSD) are less known and often not addressed in therapeutic settings (Goldstein et al., 2017; McCabe et al., 2016; Parish et al., 2019). Sexual

⁴ Bonato, F.R.C., Mussi, A., Genez, L.F. et al. Efficacy of Group Psychotherapies for the Treatment of Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review. *Trends in Psychol.* (2024). <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00358-3>

* Fernanda Rafaela Cabral Bonato fernandacbonato@gmail.com
Avenida República Argentina, 1336 - sl 804, 80.620-110, Curitiba, PR, Brazil

1 Graduate Program in Psychology, Human Science, Federal University of Paraná (UFPR)

2 University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil

dysfunctions (SD) can be defined as syndromes that encompass the ways in which adults may have difficulty experiencing sexual satisfaction in non-coercive sexual activities (World Health Organization [WHO], 2019). They can also be understood as "a heterogeneous group of disorders that are generally characterized by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually and experience pleasure" (American Psychiatric Association [APA], 2022, p. 477).

For many years, sexual health was considered a physical, emotional, mental, and social state of well-being in a sexual relationship and not merely the absence of disease or dysfunction (WHO, 2006). Recently, this concept has been expanded to include sexual pleasure and sexual well-being. These two new constructs consider that sexual health is linked to sexual safety, sexual respect, sexual self-esteem, forgiveness related to past sexual experiences, comfort with sexuality, sexual self-determination throughout life, self-love, sexuality education, sexual communication, flexibility, inclusion, universality, sexual rights, and positivity towards sexuality (Mitchell et al., 2021; Zaneva et al., 2022). Such concepts are extremely important due to their interaction with socio-historical-cultural factors.

The evolution of the definition of sexual health adopted in the scientific literature contributes to an increased interest in research in the field of sexual function (SF) (Mitchell et al., 2021; Zaneva et al., 2022). SF is a core issue in the assessment of sexuality, as the diagnosis of any SD indicates the presence of impairments in SF, such as suffering, pain, and distress. There are several types of DS described in classificatory manuals usually divided into male and female (APA, 2022). Regarding FSD, the two main classificatory manuals use different nomenclatures to describe them. While the International Classification of Diseases (ICD-11) states that cisgender women may suffer from hypoactive sexual desire disorder, sexual arousal disorder and orgasm dysfunction (WHO, 2019), the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) states that women may suffer from female orgasm disorder, female sexual interest/arousal disorder, genito-pelvic pain penetration disorder, substance/medication-induced sexual dysfunction, other specified sexual dysfunction and unspecified sexual dysfunction (APA, 2022). In this study, we chose to use the nomenclatures adopted by the DSM-5-TR.

Some studies suggests that FSD can be effectively treated with individual or group psychotherapy (Bornstein et al., 2016; Goldstein et al., 2017; Parish et al., 2021). Previous research concludes that psychotherapeutic groups provide an

effective theoretical and practical framework for health services, as they enable a rich exchange of experiences that provide subjective changes that would not be achieved through individualized care. In addition, group psychotherapy allows more people in vulnerable situations to be accessed and treated with less public expenditure in the face of pathologies that are still socially invisible (Goldstein et al., 2017; Parish et al., 2019). There is also evidence that psychotherapeutic groups improve key indicators linked to health service users and providers, including reduced waiting lists in both outpatient and emergency services, increased patient autonomy, relief of suffering and better adherence to multidisciplinary treatments (Esteban, 2022).

However, considering the need for reliable and effective treatments, the expansion of research in the area is essential to provide clear treatment guidelines and assertive guidance on the best therapy to be adopted for each outcome (e.g., SF, pain during intercourse, sexual desire), enabling a possible reduction of complaints and optimization of health services. Furthermore, although group psychotherapies are indicated in multiple fields of health for the treatment of different pathologies (Bortoncello et al., 2022; Cardoso et al., 2022; Esteban, 2022), no literature reviews were found that have investigated the effects of psychotherapeutic groups for the treatment of FSD, nor compared the effectiveness of group interventions with other types of interventions (e.g., medication or individual therapy).

Thus, considering the high prevalence of FSD, the minimal existence of pharmacological treatments (McCabe et al., 2016; Parish et al., 2019) and the benefits of using group psychotherapies, this study aims to investigate the effectiveness of group psychotherapies in the treatment of FSD. In addition, the main FSD treated through psychotherapeutic groups, the most used psychotherapeutic approaches, and the countries where group therapy is most used are also assessed.

METHOD

A systematic review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses (PRISMA) guidelines (Page et al., 2021). The searches were performed in September 2022, by two independent reviewers, in six electronic databases: PubMed, Web of Science, Virtual Health Library (VHL), PsycInfo, Embase and Scopus. The following string were used in all searched databases: ("Sexual dysfunction" OR "Hypoactive sexual desire disorder" OR "Sexual aversion disorder" OR "Sexual arousal disorders" OR "Female sexual arousal

disorder" OR "Orgasmic disorder" OR "Female orgasmic disorder" OR Vestibulodynia OR vulvodynia OR "Vaginismus" OR "Dyspareunia" OR "Hypoactive Sexual Desire Dysfunction" OR "Female orgasmic disorder" OR "Female sexual interest disorder" OR "Female Sexual Dysfunction" OR "Female sexual arousal dysfunction" OR "Sexual pain disorder*" OR "Sexual pain-penetration disorder*" OR "Sexual pain disorder*" OR "Sexual pain-penetration disorder*" OR "Orgasmic dysfunction*" OR "Female pelvic floor dysfunction" OR "Female pelvic pain") AND ("Group Therapy" or "Group psychotherapy").

The list of search terms and concepts to identify relevant literature was formulated by consulting two scientific vocabulary databases: Thesaurus (PsycINFO) and Medical Subject Headings (MeSH/PubMed). The only filter used in the databases was document type (i.e., Article or Journal Article). The papers located in databases were imported into the Rayyan website, where the selection and eligibility steps were conducted. Rayyan is a tool that helps researchers to conduct systematic reviews with or without meta-analysis more quickly and with less risk of selection bias, as it allows each reviewer to conduct their blind assessment. After the selection process, it is possible to verify the agreement and divergence of opinions among the evaluators regarding the decision to include or exclude each of the articles (Ouzzani et al., 2016).

Furthermore, as we aimed at providing a comprehensive review of publications on the use of group psychotherapy in the treatment of FSD, we did not set any restrictions regarding publication date or language of the studies. After excluding duplicate articles, the reviewers began reading the title and abstract of the remaining studies based on the following eligibility criteria.

Eligibility Criteria (PICOS)

Participants (P)

Studies that met all the following sample criteria were included:

- 1) Women aged ≥ 18 years;
- 2) established diagnosis of any FSD or any level of SD.

A study was ineligible if its sample met the following criteria:

- 1) heterogeneous sample in the same intervention group (i.e., men and women).

Interventions and comparators (I and C)

A Study was eligible if its intervention and comparators met all the following criteria:

- 1) At least one group received some form of group psychotherapy;
- 2) The intervention was delivered by health professionals (e.g., physicians, psychologists, nurses);
- 3) Comparison of group psychotherapy with itself (pre/posttest) or comparison of group psychotherapy with any other type of treatment (e.g., medication, individual therapy, control group or waiting list).

A study was ineligible if it used:

- 1) Interventions delivered exclusively by sex educators;
- 2) Interventions that used group psychotherapy and another type of treatment in the same group (e.g., physiotherapy).

Outcomes (O)

A study was eligible if its outcomes met the following criteria:

- 1) Changes in pain (i.e., vulvar or during intercourse), and/or SF, and/or sexual desire/interest scores measured with any psychometric instrument;
- 2) Measurement of symptoms/outcome in at least two time points (e.g., pre/post-intervention).

Study design (S)

A study was eligible if its design met the following criteria:

- 1) Randomized (RCT) or non-randomized (NRCT) clinical trials consisting of one group (pre/post-test) or multiple groups (e.g., intervention and control), regardless of the level of blinding;
- 2) Studies that had some type of statistical evidence of efficacy (e.g., Cohen d, Hedges' g, odds-ratio) or sufficient data to perform effect size calculation of the intervention (e.g., means and standard deviations of each group at pre- and post-test). All statistical evidence of effectiveness was standardized to Cohen's d (Cohen, 1988).

Data extraction

After papers eligibility screening, the extraction of all data was performed by four independent reviewers. In order to answer the objective of this systematic review, the following data were extracted from the included articles: 1) Identification of the study (last name of the author, country, and study publication year), 2) Design (RCT or NRCT), 3) Type of interventions and comparators (e.g. medication, group or individual psychotherapy); 4) outcomes (i.e. pain, SF, and sexual desire/interest); 5) name of assessment instruments; 6) Number and length of intervention sessions; 7) Effect size; 8) Number of participants; 9) Mean age of the participants; 10) Sample

characteristics (e.g. marital status and sexual orientation); 11) Medication use; 12) Previous experience with psychotherapy. Finally, it is noteworthy that follow-up measures were not evaluated due to the difference in follow-up times used by each of the studies (e.g., 1, 3, 6, 9, 12 months) and the possibility of the occurrence of the regression toward the mean effect (Davis, 1976).

Risk of Bias

The risk of bias of the included papers was assessed using two tools: 1) Risk of Bias in Non-randomized Studies - ROBINS-I (Sterne et al., 2016); e 2) Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials - RoB 2 (Higgins et al., 2011).

RESULTS

Initially, 615 articles were found, with 14 studies remaining after application of the pre-established eligibility criteria. Figure 1 shows the PRISMA flow diagram of data selection.

Main Characteristics of Studies and Interventions

Table 1 presents the main characteristics of the included studies and the psychotherapeutic treatments used. Each article has been assigned a number (1, 2, 3...). These numbers are used to mention the included studies throughout the results section. Table 2 lists the main characteristics of the participants.

Almost half ($n = 6$) of the papers included in our review were conducted in Canada, followed by Iran, United States of America, Netherlands, and Brazil with two studies in each country. Most of studies were RCTs ($n = 8$) while the other six were NRCTs ($n = 6$). The included articles were published between 1978 and 2022, most of them ($n = 10$) were published between 2014 and 2022, suggesting an increase in research in the field of FSD. Regarding outcomes, SF was the most analyzed ($n = 10$), followed by Pain during intercourse ($n = 4$). Vulvar pain and sexual desire/interest were assessed by three studies.

Figure 1

PRISMA flow diagram for systematic reviews which included searches of databases

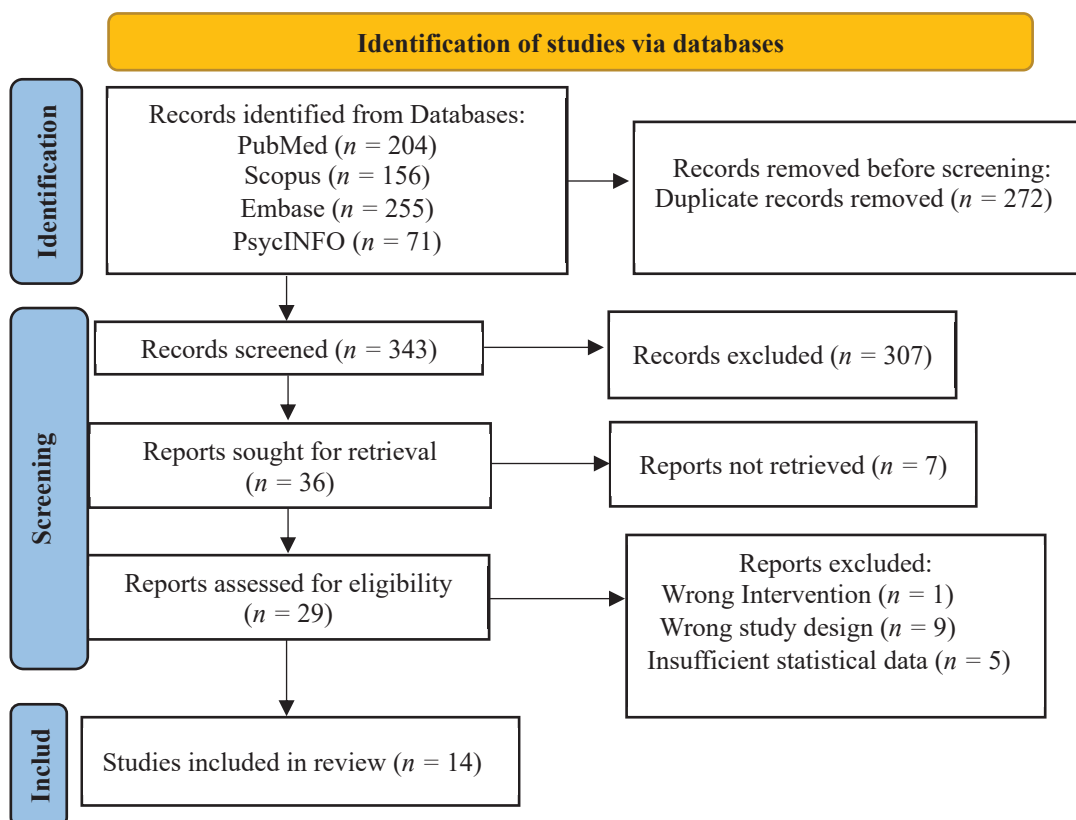


Table 1*Characteristics of included studies and psychotherapeutic treatments*

N°	Reference and country	Study design	Interventions	Treatment duration (weekly sessions n°)	Sessions duration (minutes)	Outcome measures	Evidence of effectiveness (Cohen d)
1.	Sotile and Kilmann (1978) - USA	RCT	Systematic group desensitization (G1 and G2)	8 weeks (2)	NR	SF SBAQ	$d = 1.5$
2.	Bergeron et al. (2001) - Canada	RCT	G1: Vestibulectomy G2: Electromyographic biofeedback G3: GCBT	12 weeks (NR)	NR	VP PDI SPIDI	G1: $d = -2.51$ G2: $d = -0.61$ G3: $d = -0.09$ G1: $d = -1.26$ G2: $d = -0.71$ G3: $d = -0.6$
3.	Ter Kuile and Weijnenborg (2006) - Netherlands	NRCT	GCBT	24 weeks (2)	120	VP SPIDI	$d = -0.47$
4.	Van Lankveld et al. (2006) - Netherlands	RCT	G1: GCBT G2: Cognitive-behavioral bibliotherapy G3: Waiting list	G1: 10 weeks (1) G2: 11 weeks (2)	G1: 120 G2: 15	PDI PEQ	G1: $d = -1.18$ G2: $d = -0.93$ G3: $d = -0.06$
5.	Brotto and Basson (2014) - Canada	NRCT	G1: MBGT G2: Control group	G1: 4 sessions (NR)	90	SDI SF FSFI	G1: $d = 0.97$ G2: $d = 0.12$ G1: $d = 1.04$ G2: $d = 0.02$
6.	Brotto et al. (2015) - Canada	NRCT	MBGT	G1: 4 sessions (NR) G2: 3 months waiting list + 4 treatment sessions (NR)	NR	SF PDI FSFI	G1: $d = 0.40$ G2: $d = 0.37$ G1: $d = -0.23$ G2: $d = -0.72$
7.	Farnam et al. (2014) - Iran	RCT	G1: SHM G2: PLISSIT	G1: NR (biweekly) G2: NR (biweekly)	G1: 180 G2: 360	SF BISF-W	G1 $d = 0.53$ G2: $d = 0.7$
8.	Bergeron et al. (2016) - Canada	RCT	G1: GCBT G2: Topical steroid	10 sessions (NR)	120	PDI SPIDI SF FSFI	G1: $d = -0.69$ G2: $d = -0.55$ G1: $d = 0.46$ G2: $d = 0.31$

9.	Bober et al. (2017) - USA	NRCT	Sexual Therapy	Single session	NR	SF	FSFI	$d = 0.06$
10.	Almeida et al. (2018) - Brazil	2 NRCT	G1: GCBT test* G2: GCBT revised	G1: 12 weeks (NR) G2: 10 weeks (NR)	NR	SF	FSFI	G1: $d = 1.92$ G2: $d = 1.18$
11.	Brotto et al. (2020) Canada	RCT	G1: MBGT G2: GCBT	8 weeks (1)	145	VP	Vulvagesiameter	G1: $d = -1.67$ G2: $d = -1.39$
						SF	FSDS	G1: $d = 0.62$ G2: $d = 1.08$
12.	Brotto et al. (2021) - Canada	RCT	G1: MBGT G2: STEP	8 weeks (1)	135	SDI	SIDI	G1: $d = 1.29$ G2: $d = 0.97$
						SF	FSDS	G1: $d = 0.83$ G2: $d = 0.71$
13.	Bokaie et. al (2022) - Iran	NRCT	Group problem-solving therapy	8 weeks (1)	90	SF	FSFI	$d = 0.31$
14.	Lerner et al. (2022) - Brazil	RCT	G1: GCBT G2: Control group	8 weeks (1)	NR	SDI	FSQQ	G1: $d = 0.94$ G2: $d = 0.04$

* = In G1, an initial structure of 12 sessions was tested, and in G2, a revised version with ten sessions; *B/SF-W* = Brief Index of Sexual Functioning for Women; *FSDS* = Female Sexual Distress Scale; *FSFI* = Female Sexual Function Index; *FSQQ* = Female Sexual Quotient Questionnaire; *GCBT* = Group Cognitive-Behavioral Therapy; *MBGT* = Mindfulness-Based Group Therapy; *SHMs* = sexual health models; *SF* = sexual function; *NRCT* = non-randomized clinical trial; *NR* = Not reported; *PDI* = Pain during intercourse; *PEQ* = Primary Endpoint Questionnaire; *PLISSIT* = Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy; *RCT* = randomized clinical trial; *SBAQ* = sexual behavior and attitudes questionnaire; *SDI* = sexual desire and interest; *SIDI* = Sexual Interest and Desire Inventory; *SPIDI* = scale of pain intensity during intercourse; *STEP* = group supportive sex education and therapy; *VP* = vulvar pain.

Regarding the instruments, the most used to measure sexual function was the Female Sexual Function Index (FSFI) ($n = 5$), for the assessment of sexual interest and desire was the Sexual Interest and Desire Inventory (SIDI) ($n = 2$), and for the assessment of pain during sexual intercourse was the Pain Intensity Scale During Intercourse ($n = 2$). Vulvar pain was assessed with a different instrument by each study.

When it comes to interventions, there was no consensus among the studies regarding the nomenclature of the therapies that used mindfulness. Therefore, we will refer to these as Mindfulness Based Group Therapy (MBGT). The most used interventions for the SF enhancement were Group Cognitive Behavioral Therapy (GCBT) and Mindfulness Based Group Therapy (MBGT), both present in four studies. Regarding MBGT effect sizes, two studies showed large ($d = 1.04$ and 0.83), one medium ($d = 0.62$) and one small effect size ($d = 0.4$). Three studies using GCBT found large ($d = 1.92$; 1.18 and 1.08) and one found small effect size ($d = 0.46$). Other seven interventions: systematic desensitization group ($d = 1.5$), sexual health models ($d = 0.53$), permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy ($d = 0.7$), topical steroid ($d = 0.31$), group supportive sex education and therapy ($d = 0.71$), problem-solving group ($d = 0.31$), and sex therapy ($d = 0.06$) were used only once across studies for the treatment of SF. Therefore, these interventions will not be further explored in this review.

Regarding the treatment of vulvar pain, GCBT was the most used intervention ($n = 3$). The effectiveness of GCBT was large ($d = -1.39$) in one of the studies, small in another ($d = -0.47$) and negligible in other ($d = -0.09$). Furthermore, three interventions were used only once: MBCT ($d = -1.67$), vestibulectomy surgery ($d = -2.51$) and electromyographic biofeedback ($d = -0.61$). GCBT was also most used and showed large effect size in one study ($d = -1.18$) and medium in two others ($d = -0.6$ and $d = -0.69$) that assessed pain during intercourse. MBGT was tested twice and showed medium ($d = 0.72$) and small ($d = 0.23$) effect sizes. Four other interventions were used only once, vestibulectomy ($d = -1.26$), electromyographic biofeedback ($d = 0.71$), cognitive behavioral bibliotherapy ($d = -0.93$), and topical steroid ($d = -0.55$). For desire and interest MBGT was also tested by two studies that found large effect sizes ($d = 0.97$ and 1.29). GCBT ($d = 0.94$) and STEP ($d = 0.97$) were used only once.

Treatment duration ranged from one day to three months, but there was inconsistency in reporting intervention duration across the studies. Nine studies

reported treatment duration by number of weeks, four by number of sessions and the study 7 did not provide data on treatment duration. In addition, the sessions length was reported only in 8 of the 14 included studies. Thus, it was found that the approximate mean number of sessions between all studies interventions was 6.5, with an average of 137.5 minutes duration per session. The intervention protocols have an average duration of 11 weeks.

Table 2

Characteristics of the participants

N°	Sample size	Mean Age (SD)	Marital status and sexual orientation	Diagnosis (DSM-5-TR)
1.	22	27.5 (6.3)	NR	Female orgasm disorder
2.	78	G1: 26.2 (4.8)		Genito-pelvic pain penetration disorder
		G2: 27 (6.3)		
		G3: 27.1 (5)		
3.	8	25.1 (3.7)	Women in heterosexual relationships	Genito-pelvic pain penetration disorder
4.	117	28.6 (6.9)		Genito-pelvic pain penetration disorder
5.	115	G1: 40.8 (11)	89.6% Women in relationships 10.4% Single Women	Persistent sexual interest/arousal disorder
	G1: 67	G2: 42.3		
	G2: 48	(12.7)		
6.	85	G1: 39 (13.8)	NR	Genito-pelvic pain penetration disorder
	G1: 62	G2: 40.4		
	G2: 23	(11.4)		
7.	84	G1: 32.6 (7.0)	Women in heterosexual relationships	Sexual dysfunction
	G1: 42	G2: 31.6 (7.4)		
	G2: 42			
8.	97	G1: 27.8 (6.5)		Genito-pelvic pain penetration disorder
	G1: 52	G2: 26 (5.5)		
	G2: 45			
9.	46	55.8 (10.3)	NR	Sexual dysfunction
10.	14	G1: 59 (NR)		Sexual dysfunction
	G1: 5	G2: 55.5 (NR)		
	G2: 9			
11.	130	G1: 33.7 (7.5)		Genito-pelvic pain penetration disorder
	G1: 67	G2: 31.2 (9)		
	G2: 63			

12.	178 G1: 70 G2: 78	G1: 39.3 (13.2) G2: 37.9 (12.2)		Persistent sexual interest/arousal disorder
13.	32	39.81 (7.5)	Women in heterosexual relationships	Sexual disfunction
14.	106 G1: 53 G2: 53	G1: 40.6 (6.4) G2: 38.5 (10.4)	NR	Persistent sexual interest/arousal disorder

NR = not reported; SD = standard deviation

The sample sizes of the included studies ranged from eight to 117 participants, with a total of 1114 women participating in the 14 studies. It was not possible to calculate the overall mean age of all studies as some did not report the mean and many did not report the standard deviation. Despite that, we found that the lowest mean age was 25.1 (3.7) and the highest 55.83 (10.3). This finding indicates that most research focuses on young and adult women.

About sample marital status and sexual orientation, only four articles reported that all women were in a heterosexual relationship. One other study reported only marital status, with most participants in a relationship. All studies provided details of participants diagnosis, the most studied disorder was genitourinary pain/penetration ($n = 6$), including one study on dyspareunia, one on vaginismus and four on vestibulodynia. The second most studied disorder was female sexual interest/excitement disorder ($n = 3$), only one of the included studies investigated female orgasm disorder. The other four studies address not specified FSD.

Risk of bias

A summary of the possible biases in the selected RCTs are presented in Table 3. Most of the RCTs ($n = 5$) showed high risk of bias in at least one of the topics analyzed.

Table 3

Risk of bias in RCTs

Study	Selection	Performance	Detection	Attrition	Reporting	Medication	Psychotherapy
1	+	+	+	-	?	?	?
2	?	?	-	-	?	?	-
4	-	-	+	-	?	?	?
7	-	-	?	-	-	?	?
8	-	-	-	-	?	-	-
11	+	?	-	-	?	?	-
12	-	+	-	-	?	?	-
14	-	-	?	-	-	+	?

Note: + high risk; - low risk; ? unclear risk

Due to lack of information one study was classified as inconclusive in selection bias, two in performance and two in detection bias, six in medication bias (use of medication during treatment) and four in psychotherapy bias (attending another type of psychotherapy during the intervention). In addition, six of the RCTs were classified as inconclusive in reporting bias because they did not indicate whether the RCT was registered and/or where to locate the registration protocol. The selection bias of study one was considered high because randomization was undone during the study (i.e., two groups were merged into one due to dropouts) and in study 11 because randomization was performed only in part of the participants. As for performance bias, study one was classified as high risk because the two groups (divided by diagnosis) were later merged due to dropouts, study 12 was also classified as high risk because the research team was not blinded to the treatment to which participants were assigned. In detection bias, two studies were also classified as high risk because in both the same therapist applied the symptom screening instruments and the intervention. Finally, study 14 was classified as high risk of medication bias because the participants were undergoing chemotherapy, hormone replacement therapy and using medication for depression, anxiety, pain, and hot flashes.

A summary of the possible biases in the selected NRCTs are presented in Table 4. Half of the NRCTs ($n = 3$) showed high risk of bias in at least one of the topics analyzed.

Table 4

Risk of Bias in NRCTs

N°	Confounding	Selection	Classification	Deviation	Missing data	Measurement	Report	Medication	Psychotherapy	Overall
3	-	-	-	+	-	?	-	?	?	-
5	-	-	-	-	-	?	-	?	?	-

6	-	+	-	-	+	?	-	+	?	+
9	-	?	-	-	-	?	-	+	?	-
1	-	?	-	+	-	-	-	?	?	-
0	-	-	-	-	-	-	-	?	?	-
1	-	-	-	-	-	-	-	?	?	-
3	-	-	-	-	-	-	-	?	?	-

Note: + high risk; - low risk; ? unclear risk

All studies were at low risk of confounding bias. One study was classified as high risk of selection bias because it included women taking medications that influence sexual function. Other two studies were classified as inconclusive risk of bias in selection bias due to insufficient description of the randomization method, control of other variables that could affect treatment, selection and/or reasons for exclusion of participants during treatment. Two studies were classified as high risk for deviation bias due to high dropout rates during treatment. One study was classified as high risk for missing data bias because many participants did not complete the post-test. Four studies were classified as inconclusive for measurement of outcome bias due to a lack of information about those responsible for administering the tests and treatment. Regarding medication bias, study 6 reported that the use of medications that may affect SF was not used as an exclusion criteria, which may indicate high risk of bias. Study 9 was also classified as high risk of medication bias, because it provided only the number of participants using some medication (i.e., psychotropics or hormones), without further detail on medication characteristics, as well as the possible impact on treatment. Regarding psychotherapy bias, none of the studies reported on the assessment of this factor. Therefore, due to the lack of information, all but two (studies 6 and 9) of NRCTs were classified as unclear risk in medication and psychotherapy biases. Overall, all but one (study 6) NRCTs were classified as low risk, since they had a high risk in one or two out of nine analyzed biases.

DISCUSSION

This systematic review aimed to investigate the effectiveness of group psychotherapies in the treatment of FSD, the main FSD treated through psychotherapeutic groups, the most used psychotherapeutic approaches, and the countries where group therapy is most used. The main findings suggest GCBT and MBGT are the most used group psychotherapies with robust evidence of effectiveness for the treatment of FSD. Furthermore, most of the interventions were used in Canada.

Our findings suggest that for SF enhancement, GCBT and MBGT are the most used group psychotherapies with robust evidence of effectiveness. These findings corroborate results from previous studies that indicate that the use of CBT for the treatment of FSD enables a reduction in anxiety levels, improving the positive attitude towards sexual health and consequently FS. The same studies also suggest that mindfulness applied to the treatment of FSD is effective in increasing FS and decreasing anxiety (Jaderek & Lew-Starowicz, 2019; Weinberger et al., 2019). Other authors have shown that being focused on the present moment helps to reduce distractions related to the body, performance and to improve genital self-image, which contributes to greater sexual satisfaction (Leavitt et al., 2019). It is noteworthy that SF was the most investigated outcome between the 14 included studies. This may be related to the evolution in the concept of sexual health adopted in the scientific environment, which began to encompass the concepts of sexual pleasure and sexual well-being (Mitchell et al., 2021).

Regarding vulvar pain (categorized under Genito-pelvic pain penetration disorder in DSM-5-TR), GCBT and MBGT also presented the largest effect sizes in pain reduction. However, there was no uniformity regarding the effect sizes of the studies that used GCBT and in the case of MBGT only one study (Brotto et al., 2020) tested the intervention. Therefore, more studies are needed to support the decision-making of health professionals when they need to choose a psychological intervention for women with vulvar pain. In addition, it is noteworthy that there is still no scientific consensus on which treatment is most appropriate in cases of vulvar pain (e.g., medication, psychotherapy, surgery). Therefore, although the levels of effectiveness of group psychotherapy were lower than those of other interventions, such as electromyographic biofeedback and vestibulectomy (surgery), it is essential that women who suffer from vulvar pain are embraced in the face of the physical and psychological suffering caused by this disease. Especially considering previous evidence indicating that these women have higher rates of anxiety, depression, pain hypervigilance, avoidance behavior and fear. The same authors suggest that a combination of psychological and pharmacological treatments should be considered before surgical intervention (Bornstein et al., 2016; Loflin et al., 2019).

GCBT was also the most used intervention to reduce pain during intercourse (also categorized under Genito-pelvic pain penetration disorder in DSM-5-TR), showing evidence of medium to large effect size. Other psychological approaches

based on CBT, such as MBGT and bibliotherapy have also shown medium effect size in reducing psychological distress due to pain during intercourse, however, these interventions have been tested by a single study. These findings corroborate results from previous studies that indicate that both CBT and mindfulness are effective in reducing pain arising from sexual disorders (Bittelbrunn, et al., 2022; Brotto et al., 2015; Stephenson & Kerth, 2017). Furthermore, a recent meta-analysis also concluded that there are few studies investigating the effects of mindfulness specifically for the treatment of pain during intercourse (Bittelbrunn, et al., 2022). Other non-psychological interventions have also been shown to significantly reduce pain during intercourse (i.e., vestibulectomy, electromyographic biofeedback, topical steroid). These findings corroborate results from previous authors that suggest the use of antidepressants, steroids, biofeedback, physiotherapy, and surgical procedures as forms of treatment of this pathology, demonstrating a wide possibility of multidisciplinary interventions for this FSD (Bornstein et al., 2016; Loflin et al., 2019).

MBGT was the most used and effective intervention for the treatment of persistent sexual interest/arousal disorder. This finding corroborates previous authors understanding, that women diagnosed with this condition have negative automatic thoughts and dysfunctional sexual beliefs related to the body during sexual activity (Rosen et al., 2020), and that the use of mindfulness can reduce these symptoms through the development of cognitive, behavioral, and emotional awareness, in a posture of acceptance that allows the focus of attention to turn to the here and now of sexual sensations. (Brotto, 2018; Rosen et al., 2020). However, just as with pain during intercourse, most of previous studies indicates that the practice of individual mindfulness improves female sexual interest, but there are still few studies using this intervention in group format (Brotto, 2018).

Furthermore, our results indicate that most studies were conducted in Canada and only for the treatment of two of the several known female sexual disorders (i.e., Genito-pelvic pain penetration disorder, persistent sexual interest/arousal disorder) and for the improvement of sexual function. Regarding Genito-pelvic pain penetration disorder, some of the conditions that form this large pathology group have received increased attention from the research reviewed, including vulvar pain and pain during sexual intercourse. This can be explained by the increased interest of the scientific community in this topic in last seven years (Bornstein et al., 2016; Loflin et al., 2019), especially because some authors have shown that genito-pelvic pain encompasses a

large list of pathologies which are similar in symptoms but do not overlap, as is the case with vulvodynia and vestibulodynia (Bornstein et al., 2016).

Regarding interventions structure, few articles reported the total treatment duration, number of sessions, their periodicity and length, which compromises the understanding and replication of the interventions used. Despite that, it was possible to conclude that there was no direct relationship between intervention time and level of efficacy, in all but one paper. In study 9 the sexual therapy was not effective, possibly because it was applied in a single session. Our results on the duration of interventions are similar to those of a previous meta-analysis (Bittelbrunn, et al., 2022).

About measurement instruments, our findings reveal that measures to assess SD are still scarce in the scientific literature. Although there are instruments developed and validated, it is still difficult to assess the effectiveness of psychological interventions due to the diversity of FSD (Goldhammer & McCabe, 2011; Pereira et al., 2023). Currently, there is greater instrumental clarity when measuring sexual pain outcomes. In our review, the main instruments used to measure sexual pain during intercourse were the Pain Intensity Scale During Intercourse and the Female Sexual Function Index (FSFI). Other instruments were also used more frequently for the analysis of the other FSD, such as the Female Sexual Distress Scale [FSDS] (Derogatis et al., 2002) and the Sexual Interest and Desire Inventory [SIDI] (Sills et al., 2005). However, the female sexual interest/excitement outcome was not assessed by specific psychological instruments because there is still no specific instrument in the literature to assess this disorder. On the other hand, SF is measured mainly through the application of the FSFI and FSDS.

Overall, it was observed that the main instrument used by the 14 included studies was the FSFI, which consists of six subscales that aim to measure six domains of human sexuality (i.e., desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain in sexual intercourse - Meston et al., 2020; Rosen et al., 2000; Sand et al., 2009). However, it is important to note that the instrument was created in the 2000s and still focuses on penetrative intercourse, being directed exclusively to heterosexual women (Meston et al., 2020; Rosen et al., 2000). Thus, although this review was dedicated to studying the psychotherapeutic groups aimed at the treatment of FSD, the FSFI prevents other forms of sexual relations (e.g., such as non-penetrative ones) from being properly assessed, since the instrument does not contemplate these forms of sexual relations. In addition, it is noteworthy that most of the included studies ($n = 11$)

did not report whether women were in heterosexual relationships. Which can be considered a research bias in the studies that have used the FSFI.

Limitations and further directions

The current review is valuable because it is the first to investigate the effectiveness of group psychotherapies in the treatment of different types of FSD. Nevertheless, this study presents some limitations, the first being that we did not perform meta-analyses due to the heterogeneity (i.e., different measurement instruments, outcomes, and experimental designs) of the included studies. This decision is in line with the recommendations of the *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins et al., 2019), which states that meta-analysis results have limited relevance when the studies are diverse (e.g., many outcomes, measurement instruments and/or different study designs).

The second is related to the risk of bias of the included studies since all studies presented high or unclear risk in at least one type of biases analyzed. In addition, only one of the included studies reported control of medication use by participants during the interventions. The third limitation is that except for GCBT and MBGT, most interventions were tested in a single study. Especially in the SF outcome, where ten other types of interventions were tested, many of which also proved to be effective. Therefore, more research is needed to evaluate the effectiveness of other psychotherapeutic and non-psychotherapeutic interventions in the treatment of FSD and to compare their effects with those of GCBT and MBGT.

Moreover, this systematic review allowed us to identify some gaps in the field of FSD that should be addressed in further research. The first is that some studies did not provide a detailed intervention protocol and uses multiple techniques from different psychotherapeutic approaches in the same intervention group. An example of this can be seen in study 9, which named the intervention used as Sexual Therapy, but used multiple intervention techniques from other psychotherapeutic approaches focused on sexuality (e.g., psychoeducation and body relaxation). Due to this mix of techniques, it is not possible to precisely indicate why the effectiveness of the study was negligible and which of the applied techniques was ineffective. This observation is extremely relevant, as it indicates the importance of accurate description of the practices used in further studies to enable the development of gold standard intervention protocols for the treatment of FSD. Especially considering that no guidelines for treatment of human

sexuality are recommended by the society of clinical psychology (division 12) of the APA (2023).

The second gap is related to the lack of studies using group psychotherapy for the treatment of female orgasm disorder. Only one article dated from 1978 addressed this FSD (Study 1). This point is worrying because the literature shows that this is one of the most prevalent FSDs worldwide, for which there are still no specific and effective medication for treatment (Mitchell et al., 2013; Mohamed et al., 2022; Shaeer et al., 2012). The same is true for other FSD, although the commercialization of a medication (Flibanserin) specifically developed for the treatment of female sexual interest/arousal disorder was approved for commercialization in 2015, its effectiveness is still under discussion. Furthermore, some studies suggests that medications such as bupropion, buspirone, estrogen therapy (in post-menopausal cases), testosterone (in post-menopausal cases) can be used, but their efficacy evidence does not cover the gap of specific medication interventions for FSD (Lico et al., 2023). Therefore, studies based on psychological interventions should be the focus of researchers, whether they are focused on mindfulness and GCBT, or on the use of other psychological epistemologies. Furthermore, other interventions (e.g., aerobic exercise and resistance training – Hossini et al., 2022) not addressed in this review should also be tested and compared with psychological and pharmacological interventions.

The third gap concerns the finding that the available psychometric instruments used to assess sexual function (e.g., FSFI and FSDS), do not encompass the new concepts of sexual well-being and sexual pleasure, which hinders an in-depth analysis of the biopsychosocial, historical, and cultural interrelationships that may be related to the genesis or maintenance of FSD (Mitchell et al., 2021; Zaneva et al., 2022). Therefore, new studies should seek ways to measure sexual well-being and sexual pleasure during their interventions.

The fourth gap it is that few Brazilian researchers are investigating the effectiveness of group psychotherapies for the treatment of FSD. Only two of the studies included in our review were conducted in Brazil. This finding is surprising given that Brazilian federal government recommend the use of psychotherapeutic groups as the main strategy in health services (Brazil, 2002, 2013). This recommendation is based on the premise that psychotherapeutic groups allow more people to be accessed and treated through lower public spending, while contributing to symptom relief and promoting well-being, health, and sexual pleasure (Cardoso et al., 2021).

CONCLUSION

Overall, this review concludes that GCBT and MBGT are the most used group psychotherapies with the strongest evidence of effectiveness in treating FSD. Despite this, there are still few studies investigating the effectiveness of these and other psychological or non-psychological interventions. Furthermore, there is a concentration of studies on the FSD research field in Canada. Therefore, more studies are needed to replicate the findings of the interventions analyzed in this review in different countries and cultures. This is especially true in Brazil, given the existence of government recommendations for the use of group psychotherapy (Brazil, 2002, 2013) and the demands of women affected by FSD on public health service waiting lists.

Data Availability

All links to the articles analyzed in this systematic review are available in the list of references below.

REFERENCES

* The 14 articles included and analyzed in this review are identified with an asterisk in the references.

*Almeida, M. D. J. S. D., Peixoto, C., Ribeiro, T. T. D. S. B., Silva, L. M. D., & Veras, A. B. (2018). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a disfunção sexual na pós-menopausa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67, 231-238. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000210>

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-5-TR*. American psychiatric association.

American Psychological Association (2023). *Psychological Treatments*. Retrieved August 11, 2023, from <https://div12.org/treatments/>

*Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91(3), 297-306. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00449-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00449-8)

*Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & McDuff, P. (2016). A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(3), 259-268. <https://doi.org/10.1037/ccp0000072>

- Bittelbrunn, C. C., de Fraga, R., Martins, C., Romano, R., Massaneiro, T., Mello, G. V. P., & Canciglieri, M. (2023). Pelvic floor physical therapy and mindfulness: approaches for chronic pelvic pain in women—a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(3), 663-672. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06514-3>
- *Bober, S. L., Recklitis, C. J., Michaud, A. L., & Wright, A. A. (2018). Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer*, 124(1), 176-182. <https://doi.org/10.1002/cncr.30976>
- *Bokaie, M., Firouzabadi, O., & Joulaee, A. (2022). The effectiveness of group problem-solving therapy on women's sexual function and satisfaction after mastectomy surgery. *BMC Women's Health*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01628-x>
- Bornstein, J., Goldstein, A. T., Stockdale, C. K., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., ... & International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 607-612. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.167>
- Bortoncello, C. F., Cardoso, N. D. O., Salvador, E. Z., de Avila, R. C., Machado, W. D. L., & Ferrão, Y. A. (2022). Efficacy of group cognitive-behavioral therapy in adolescents with obsessive compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(4), 449-460. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2264>
- Brazil (2013). *Cadernos de Atenção Básica, nº 34*. Retrieved August 11, 2023, from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Brazil (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Retrieved August 11, 2023, from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- *Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour research and therapy*, 57, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.001>

- *Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M., & Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness*, 6, 417-432. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0273-z>
- *Brotto, L. A., Bergeron, S., Zdaniuk, B., & Basson, R. (2020). Mindfulness and cognitive behavior therapy for provoked vestibulodynia: Mediators of treatment outcome and long-term effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), 48–64. <https://doi.org/10.1037/ccp0000473>
- *Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A., & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), 626–639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>
- Brotto, L. A., & Nagoski, E. (2018). *Better sex through mindfulness: How women can cultivate desire*. Greystone Books.
- Cardoso, G. D. M., Kawabe, I. H., & Sandi, N. (2021). Grupos psicoterapêuticos como potencializadores do desenvolvimento de novas interações. *Psicologia da Saúde e Processos Clínicos*, 2(1), 1-11. <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/65>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum Associates.
- Davis, C. E. (1976). The effect of regression to the mean in epidemiologic and clinical studies. *American journal of epidemiology*, 104(5), 493-498. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112321>
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330. <https://doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Esteban, R. G. (2022). La formación en psicoterapia de grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 101-122. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1125>
- *Farnam, F., Janghorbani, M., Raisi, F., & Merghati-Khoei, E. (2014). Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on Women's sexual

- problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *The journal of sexual medicine*, 11(11), 2679-2689. <https://doi.org/10.1111/jsm.12659>
- Goldhammer, D. L., & McCabe, M. P. (2011). Development and psychometric properties of the Female Sexual Desire Questionnaire (FSDQ). *The Journal of Sexual Medicine*, 8(9), 2512-2521. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02334.x>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. John Wiley and Sons.
- Higgins, J. P., López-López, J. A., Becker, B. J., Davies, S. R., Dawson, S., Grimshaw, J. M., ... & Caldwell, D. M. (2019). Synthesising quantitative evidence in systematic reviews of complex health interventions. *BMJ global health*, 4(Suppl 1), e000858. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000858>
- Hossini, R. N. S., Norouzi, E., Yousefi, M., Masrour, F. F., & Ahmadi, A. (2022). Aerobic Exercise and Resistance Training to Improve Sexual Health and Emotional Problems of Obese Women. *Trends in Psychology*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s43076-022-00151-0>
- Jaderek, I., & Lew-Starowicz, M. (2019). A systematic review on mindfulness meditation-based interventions for sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 16(10), 1581-1596. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>
- Leavitt, C. E., Lefkowitz, E. S., & Waterman, E. A. (2019). The role of sexual mindfulness in sexual wellbeing, Relational wellbeing, and self-esteem. *Journal of sex & marital therapy*, 45(6), 497-509. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1572680>
- *Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G. D., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77, 100054. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100054>
- Lico, M. I. C., Braga, C., Vicente, V. Z. C., Belo, J. N., & de Siqueira Peres, M. C. T. (2023). O manejo das disfunções sexuais femininas induzidas pelo uso de antidepressivos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 9299-9318. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-073>
- Loflin, B. J., Westmoreland, K., & Williams, N. T. (2019). Vulvodynia: a review of the literature. *Journal of Pharmacy Technology*, 35(1), 11-24. <https://doi.org/10.1177/87551225187932>

- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2020). Scoring and interpretation of the FSFI: what can be learned from 20 years of use?. *The journal of sexual medicine*, 17(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health?. *The Lancet Public Health*, 6(8), e608-e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., ... & Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62366-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62366-1)
- Mohamed, E., Mansour, M., & El-Rady, A. (2022). Prevalence of Female Sexual Dysfunction among Five Hundred Women at the Childbearing Period in Upper Egypt: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Medical Arts*, 4(6), 2456-2462. <https://doi.org/10.21608/IJMA.2022.149622.1481>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
- Parish, S. J., Cottler-Casanova, S., Clayton, A. H., McCabe, M. P., Coleman, E., & Reed, G. M. (2021). The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual medicine reviews*, 9(1), 36-56. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.05.001>
- Parish, S. J., Hahn, S. R., Goldstein, S. W., Giralaldi, A., Kingsberg, S. A., Larkin, L., ... & Faubion, S. S. (2019). The International Society for the Study of Women's

- sexual health process of Care for the Identification of sexual concerns and problems in women. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(5), 842-856. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.009>
- Pereira, E. V., Silva Gaspar, V., Mendes de Paula Pessoa, V. L., Macêdo Monteiro, A. R., Alves Firmino, P. R., & de Melo Fialho, A. V. (2023). Instrumentos para avaliação da sexualidade de mulheres grávidas: revisão integrativa. *Enfermagem Atual in Derme*, 97(1), e023001. <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1541>
- Rosen, N. O., Corsini-Munt, S., Dubé, J. P., Boudreau, C., & Muise, A. (2020). Partner responses to low desire: associations with sexual, relational, and psychological well-being among couples coping with female sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2168-2180. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.015>
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Sand, M., Rosen, R., Meston, C., & Brotto, L. A. (2009). The female sexual function index (FSFI): a potential “gold standard” measure for assessing therapeutically-induced change in female sexual function. *Fertility and Sterility*, 92(3), S129. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.1173>
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Female sexual dysfunction among Internet users in the reproductive age group in the Middle East. *The journal of sexual medicine*, 9(2), 411-424. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02552.x>
- Sills, T., Wunderlich, G., Pyke, R., Segraves, R. T., Leiblum, S., Clayton, A., ... & Evans, K. (2005). The sexual interest and desire inventory—Female (SIDI-F): Item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 801-818. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00146.x>
- *Sotile, W. M., & Kilmann, P. R. (1978). Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual behavior*, 7, 477-491. <https://doi.org/10.1007/BF01542492>

- Stephenson, K. R. & Kerth, J. (2017) Effects of Mindfulness-Based Therapies for Female Sexual Dysfunction: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Sex Research*, 54(7), <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., ... & Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- *Ter Kuile, M. M., & Weijenborg, P. T. M. (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *Journal of sex & marital therapy*, 32(3), 199-213. <https://doi.org/10.1080/00926230600575306>
- *Van Lankveld, J. J., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 168-178. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.168>
- Weinberger, J. M., Houtman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*, 7(2), 223-250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
- World Health Organization (2019). *ICD-11 Reference Guide*. Retrieved August 11, 2023, from <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Retrieved August 11, 2023, from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 17(2), e0261034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261034>

3.2 Artigo 2 – “O relato da construção social da pesquisa segundo a Teoria da Subjetividade”⁵

O relato da construção social da pesquisa segundo a teoria da subjetividade

The construction of the social research scenario: report of a trajectory and preparation of the investigative field

Fernanda Rafaela Cabral Bonato

Doutoranda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

fernandacbonato@gmail.com

Adriane Mussi

Mestranda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

adriane.mussi@gmail.com

Roberta Cristina Gobbi Baccarim

Doutoranda em Comunicação e Linguagens Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

Endereço: Rua Padre Ladislau Kula, 395, Santo Inácio, Curitiba – PR, CEP: 82010-210

E-mail: roberta.gobbi@gmail.com

Norma da Luz Ferrarini

Pós-Doutora em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

normadaluzf@gmail.com

Camila Marina Nery Pellizzer

Graduada em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

capellizzer@gmail.com

Luiza Ferrario Genez

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

luizaferrariogenez@gmail.com

Bruna Gund

Graduanda em Psicologia

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Endereço: Rua XV de Novembro, 1299, Centro, Curitiba – PR, CEP: 80060-000 E-mail:

gundbruna@gmail.com

⁵ Bonato, F. R. C., Mussi, A., Baccarim, R. C. G., Ferrarini, N. da L., Pellizzer, C. M. N., Genez, L. F., & Gund, B. (2023). O relato da construção social da pesquisa segundo a teoria da subjetividade. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 15(6), 5019–5036. <https://doi.org/10.55905/cuadv15n6-010>

RESUMO

No processo de uma pesquisa científica em desenvolvimento, foi elaborado um cenário social da pesquisa que, entre os meses de março a abril de 2023, compartilhou informações sobre sexualidade feminina, saúde sexual e disfunções sexuais femininas em três plataformas digitais: Instagram, WhatsApp e E-mail, cujo objetivo foi o de alcançar e envolver possíveis participantes voluntárias para o estudo. Mulheres que se interessaram pelo tema e desejavam participar desta pesquisa preencheram um formulário disponibilizado nessas mesmas plataformas. Durante o período citado, foram obtidas 301 respostas ao formulário, das quais 148 demonstram interesse em participar do grupo psicoterapêutico online e 92 se enquadravam nos critérios da amostra. Destas 92 mulheres, 12 foram sorteadas por meio de técnica randomizada para participar da intervenção psicoterapêutica online. As informações disponibilizadas nas redes sociais quando da divulgação do formulário tinham o propósito de formar o cenário social de pesquisa, etapa essencial, uma vez que não bastava o mero preenchimento de informações no questionário, era preciso que a voluntária reconhecesse a presença de necessidades pessoais que a levassem a se interessar pelo grupo psicoterapêutico; necessidades essas que são elaboradas no próprio espaço da pesquisa, ou seja, no grupo psicoterapêutico.

Palavras-chave: teoria da subjetividade, cenário social da pesquisa, sexualidade humana, disfunção sexual feminina, grupo psicoterapêutico.

ABSTRACT

In the process of a scientific research in development, a social scenario of the research was designed, which, between the months of March to April 2023, shared information about female sexuality, sexual health and female sexual dysfunctions on three digital platforms: Instagram, WhatsApp and email, whose goal was to reach and engage potential volunteer participants to the research. Women who were interested in the topic and wished to participate in this research filled out a form made available on these same platforms, and, in the mentioned period, 301 responses to the form were obtained, of which 148 demonstrated interest in participating in the online psychotherapy group and 92 fit the sample criteria. Of these 92 women, 12 were randomly selected to participate in the online psychotherapeutic intervention. The information made available in the social media when the form was disclosed had the purpose of forming the social scenario of research, an essential step for the research, since the mere filling out of information in the questionnaire was not enough, but it was necessary that the in the psychotherapeutic group; needs that will be elaborated in the very space of the research, that is, in the psychotherapeutic group.

Keywords: subjectivity theory, social research setting, human sexuality, female sexual dysfunction, psychotherapeutic group.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa intitulada “Grupo psicoterapêutico online: uma nova estratégia terapêutica na produção de sentidos subjetivos sobre sexualidade para mulheres heterossexuais cisgêneras, em relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, com queixas de disfunções sexuais” está sendo desenvolvida em três etapas e tem como finalidade compreender as queixas sexuais apresentadas por mulheres cisgêneras heterossexuais que estão em um relacionamento de longa duração (igual ou superior a cinco anos) com homens heterossexuais cisgêneros, empregando uma nova estratégia psicoterapêutica online e em grupo no atendimento psicoterapêutico de demandas sexuais sob o aporte da Teoria da Subjetividade.

O primeiro momento desta pesquisa tratou-se de uma revisão sistemática de literatura, realizada de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA) (PAGE et al., 2021). Por meio de uma consulta feita em seis bases de dados (*PubMed*, *Web of Science*, *SciELO*, *PsycInfo*, *Embase* e *Scopus*), a revisão sistemática de literatura objetivou investigar as evidências de eficácia das psicoterapias em grupo para o tratamento de disfunções sexuais femininas. Este primeiro momento também teve por intuito possibilitar as pesquisadoras se apropriarem do conhecimento científico sobre a temática a partir da leitura de artigos científicos a respeito de grupos psicoterapêuticos no tratamento das disfunções sexuais femininas. O segundo momento da pesquisa foi a aplicação de um formulário online voltado a mulheres que tinham interesse em participar de maneira voluntária da pesquisa na forma do grupo psicoterapêutico online, o qual, em suma, constituirá a terceira etapa da pesquisa.

Feita esta breve introdução, informa-se que este artigo compartilha como foi construído e realizado o cenário social da pesquisa, considerado como um momento extremamente importante no desenvolvimento de pesquisas que têm como base a Teoria da Subjetividade, a Epistemologia Qualitativa e a Metodologia Construtiva-interpretativa desenvolvidas por Fernando González Rey, isso porque é o cenário social da pesquisa que possibilita encontrar voluntários/as/es interessados/as/es e engajados/as/es para participar ativamente e de forma compromissada com a pesquisa.

A Teoria da Subjetividade fundamenta-se na Psicologia Histórico-Cultural e

considera a pesquisa como um processo de construção teórica que percorre caminhos que vão da criação do cenário de pesquisa, passando pela definição do problema, da vinculação de participantes voluntários/as/es até a análise e construção de informação, não sendo um trabalho de coleta e análise de dados, ou, ainda, de confirmação e/ou negação de hipóteses e conceitos pré- estabelecidos anteriormente, mas sim de novas vias de inteligibilidade para contribuir na construção de um modelo teórico sobre a temática pesquisada (REY; MARTÍNEZ, 2017).

Segundo Rey e Martínez (2017), o cenário social da pesquisa é uma etapa do trabalho científico em que o/a/e pesquisador/a começa a ter contato com o local em que a pesquisa será realizada, despertando interesse e o vínculo com a instituição e com possíveis voluntários/as/es do estudo. Ainda segundo os referidos autores, o cenário social da pesquisa é responsável por criar um tecido relacional ao trabalho científico que será desenvolvido, possibilitando a construção do caráter dialógico, que é fundamental no processo construtivo interpretativo da pesquisa. Desta maneira, a formação desse cenário social não se constitui somente como um momento explicativo e/ou informativo frente ao objeto de estudo da pesquisa, mas uma etapa fundamental a esta.

Martins e Santos (2018) explicam que González Rey vê esse momento de construção do cenário da pesquisa como sendo de suma importância para os trabalhos que se pautam na epistemologia qualitativa, apontando que este momento se constitui como um espaço social que promove a integração, participação e envolvimento dos sujeitos que participarão da pesquisa. Assim, o cuidado na elaboração desse espaço é o “[...] que garantirá o sucesso do desenvolvimento da pesquisa, em que os sujeitos sentir-se-ão à vontade para se expressarem, além de possibilitar que o pesquisador adquira confiança e se familiarize com esses sujeitos e com o contexto da pesquisa” (p. 24).

Da mesma forma que Rey e Martínez (2017), Rey e Torres (2017), Rey, Goulart e Bezerra (2016) informam que o cenário social da pesquisa tem como objetivo desenvolver o engajamento de participantes antes mesmo de sua execução. Neste caso, seria formado pelo desenvolvimento do grupo psicoterapêutico online para o tratamento das queixas e disfunções sexuais femininas (DSF). Segundo Rey e Torres (2017):

O investigador deve ter um recurso para conquistar os participantes, para entrar no seu próprio jogo, para os provocar, para gerar interesse neles, para conquistar os participantes de uma forma genuína. Esta nova criação do investigador é fundamental para fazer ciência; o investigador, de facto, gera um novo espaço social ao relacionar-se com o grupo ou as pessoas que está a investigar. (p. 126. Tradução nossa¹)

2 METODOLOGIA

Os dois primeiros momentos da pesquisa foram realizados utilizando-se sumariamente de instrumentos da tecnologia da informação. A partir destes recursos, o cenário social da pesquisa foi constituído. Ainda no primeiro bimestre de 2023 as pesquisadoras iniciaram a divulgação virtual da pesquisa, uma vez que optaram por manter o recurso de intervenção junto ao processo de divulgação.

O principal objetivo do cenário social da pesquisa foi encontrar mulheres que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, são eles: ser mulher cisgênera heterossexual; ser brasileira; falar português; estar em um relacionamento monogâmico com homem cisgênero heterossexual em tempo igual ou superior há 5 (cinco) anos; participar voluntariamente da pesquisa; ser maior de 18 anos de idade; ter alguma queixa ou disfunção sexual; ter acesso à internet; ter acesso à plataforma ‘Zoom’; ter um espaço calmo, isolado e seguro para participar dos encontros psicoterapêuticos (necessário lembrar que esta pesquisa se faz por meio de uma estratégia psicoterapêutica e o sigilo, segurança e vinculação terapêutica são essenciais ao processo terapêutico); apresentar alguma queixa sexual, conforme de descritos pelo DSM-5-TR (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA, 2023) e pela CID-11(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2019), e ser avaliada por meio do *Female Sexual Function Index* (FSFI) (HENTSCHEL et al., 2007) e do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) (ABDO, 2009), algo realizado no ato que a pessoa demonstra interesse em participar da pesquisa; e, por fim, ter disponibilidade para participar dos 12 encontros do grupo psicoterapêutico online, os quais serão realizados semanalmente, nas terças-feiras, das 19h às 21h, por meio do aplicativo ‘Zoom’. Entretanto, isso só poderia ser feito a partir do compartilhamento de informações

¹ No original: “El investigador tiene que tener un recurso para ganarse a los participantes, entrar en su propia burla, provocarlos, generar en ellos el interés, ganarse a los participantes de forma genuina. Esa creación fresca del investigador es fundamental para hacer ciencia; el investigador, de hecho, genera un nuevo espacio social al relacionarse con el grupo o las personas que investiga.”

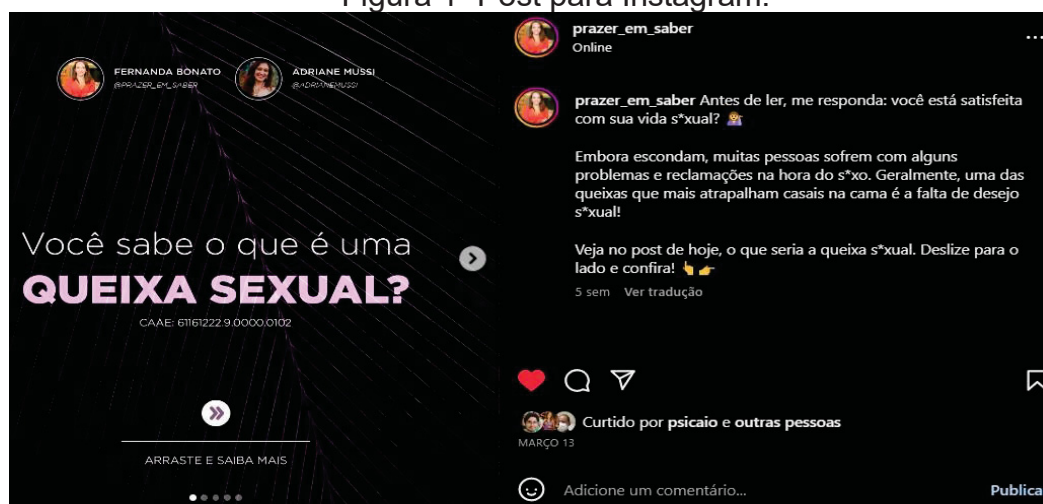
sobre conceitos relacionados à sexualidade humana, como saúde sexual, sexualidade feminina, queixa sexual, disfunções sexuais femininas, psicoterapia, grupo psicoterapêuticos e grupos psicoterapêuticos online e em grupo.

Neste momento de planejamento da divulgação, as pesquisadoras pensaram em temas que pudessem gerar reflexão em mulheres frente à sexualidade humana. Assim, optaram por compartilhar informações sobre prevalência de DSF e informações sobre sintomatologia das principais disfunções sexuais (DS), uma vez que hipotetizaram que essa divulgação poderia despertar a curiosidade e o interesse de mulheres frente à pesquisa.

As pesquisadoras desenvolveram pequenos textos sobre conceitos envolvendo queixa sexual, como também textos que descreviam as principais DSF, os principais sintomas, a prevalência no Brasil e no mundo das DSF, algumas doenças físicas que poderiam estar ligadas ao aparecimento de DSF, e, por fim, informações específicas que poderiam contribuir para o aparecimento ou manutenção de queixas sexuais, como vergonha, dificuldade de comunicação e possíveis cenários que costumam alterar o desejo sexual feminino.

A partir de então, as pesquisadoras desenvolveram imagens a serem somadas a estes textos, criando posts como nas figuras 1 e 2.

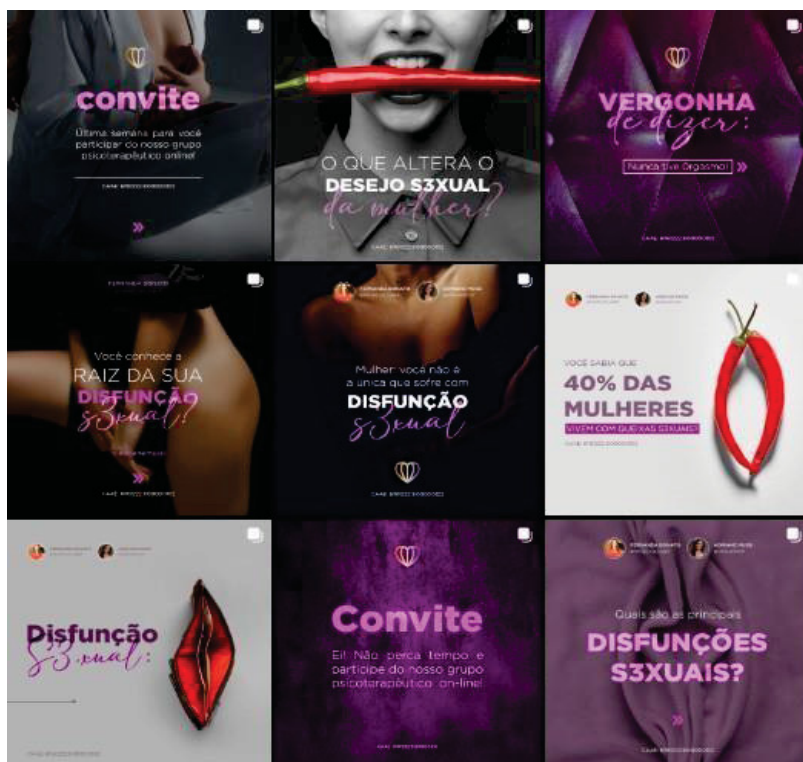
Figura 1- Post para Instagram.



Fonte: Perfil de

@prazer_em_saber/Instagram. Figura 2-

Seleção de Posts para Instagram.



Fonte: Elaborado pelas autoras em Abril/2023.

Em todos os posts criados, foi compartilhada a identidade das pesquisadoras principais, assim como o certificado de apresentação de apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAEE: 61161222.9.0000.0102.

Importante elucidar que nas diretrizes da comunidade do *Instagram*², é informado que palavras como “sexo” e “sexualidade” são banidas da plataforma na tentativa de impedir o oferecimento de serviços sexuais. Por isso, as pesquisadoras optaram por escrever as palavras da maneira como aparecem nas figuras acima, para que o conteúdo fosse entregue às/aos seguidoras/es, diminuindo o risco de a divulgação ser banida da plataforma.

No total foram criadas 13 mídias, conforme as figuras apresentadas acima, divulgadas entre os dias 13 de março a 13 de abril de 2023, em três plataformas digitais: *Instagram*, *WhatsApp* e *e-mail*.

O *Instagram* é uma mídia social, criada em outubro de 2010 pelo estadunidense Kevin Systrom e pelo brasileiro Mike Krieger, que em menos de um

² Para mais, ver em: <https://help.instagram.com/581066165581870>

ano de sua criação já tinha mais de 10 milhões de usuários/as/es (OLIVEIRA, 2014). O aplicativo possibilita às pessoas compartilharem imagens, fotos e pequenos filmes com o objetivo de “fortalecer seus relacionamentos com as pessoas e com as coisas que você adora”. Atualmente, é a terceira mídia social mais utilizada no mundo, tendo, aproximadamente, 2 milhões de usuários/as/es. Em 2022, foi considerada a segunda plataforma mais importante de *marketing* digital (DIXON, 2023). Já o *WhatsApp* é um serviço de mensagens instantâneas utilizado para dispositivos móveis e em computador (CECI, 2022). O aplicativo possibilita o compartilhamento de textos, imagens, vídeos, mensagens de voz, bem como suporta chamadas de voz e vídeo de forma nacional e internacional.

Expostas as informações sobre as plataformas digitais, informa-se que as pesquisadoras utilizaram, sumariamente, o *Instagram*, pois acreditam que desta forma poderiam acessar e encontrar um maior número de mulheres que pudessem se interessar pela pesquisa, assim como participar dela. Um outro motivo foi porque uma das pesquisadoras tem um perfil voltado para processos de educação em sexualidade com 17.000 (dezessete mil seguidores/as), sendo que 90% destes/as seguidores/as são mulheres que moram em distintas regiões do Brasil (há algumas que moram no exterior), com uma faixa etária que varia entre de 18 a 65 anos, mas cuja prevalência (80% delas) têm entre 25-44 anos de idade.

A pesquisa também foi divulgada no *Instagram* de outros/as/es profissionais brasileiros/as/es que trabalham com a temática da sexualidade humana, além de ter sido compartilhada no *Instagram* da Sociedade Brasileira dos Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH).

Outra maneira de acessar mulheres que se encaixavam no perfil da pesquisa foi enviar informações por *WhatsApp*, uma vez que a plataforma conta com mais de 2 bilhões de usuários/as/es a nível mundial, dos quais, 147 milhões são brasileiros/as/es (BIANCHI, 2022).

Por meio deste compartilhamento no *WhatsApp* as pesquisadoras puderam divulgar a pesquisa com diversos/as/es profissionais que também trabalham com Sexualidade Humana, incluindo profissionais da área da Psicologia, Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, seja a partir de mensagens de maneira direta a cada pesquisador(a), ou por meio de mensagens enviadas a grupos de *WhatsApp* formado por profissionais da sexologia, como o grupo gerenciado pela Associação Brasileira de Medicina e Saúde Sexual (ABEMSS).

Esta estratégia possibilitou que profissionais da sexualidade humana encaminhassem a pesquisa diretamente a pacientes que seriam beneficiadas com a estratégia psicoterapêutica *online* e em grupo para o tratamento das DSF, acessando mulheres que estavam nos critérios de inclusão da pesquisa.

A pesquisa também foi divulgada por meio de *e-mail* a estudantes do curso de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e aos participantes da I, II e III Jornada Paranaense de Sexualidade. Por fim, a pesquisa também foi divulgada no site do Conselho Regional de Psicologia do Paraná, que disponibiliza em seu *site*³ um espaço para que profissionais acessem pesquisas científicas relacionadas à Psicologia.

Em todas estas formas de divulgação, havia um *link* disponível para que as interessadas acessassem o formulário de inscrição no grupo psicoterapêutico online. Nesse formulário, a possível interessada encontraria um questionário contendo 76 perguntas, cujos principais temas foram o contexto sociodemográfico e a saúde sexual destas mulheres. Nele, também havia dois instrumentos para avaliar a função sexual: o FSFI (*Female sexual Function Index*) e o Questionário de Função Sexual (QS-F).

Segundo Hentschel et al. (2007), pesquisadores(as) responsáveis pela tradução e validação deste instrumento para o Brasil, o *Female sexual Function Index* (FSFI) consiste em um:

(...) um teste escrito que tem seis sub-escalas e uma soma de escores que mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (dispareunia). Os escores das sub-escalas são corrigidos e somados, originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual. (p. 10)

Já o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) é um instrumento de mensuração desenvolvido no Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, composto por 10 (dez) questões que abrangem todas as fases do ciclo de resposta sexual e que possibilitam indicar quais aspectos desta resposta podem estar afetadas com alguma dificuldade sexual (ABDO, 2009).

³ Ver em: <https://crppr.org.br/pesquisas/>

3 RESULTADOS

Para a análise de dados sociodemográficos do questionário foi utilizado o método de estatística descritiva, a fim de descrever e resumir as informações obtidas, permitindo uma visão global do que foi coletado. Os dados foram organizados em uma planilha, possibilitando às pesquisadoras uma forma rápida e objetiva de visualização dos dados. Foram recebidas um total de 301 respostas ao questionário online. O cenário da pesquisa alcançou, de maneira distinta, as cinco regiões brasileiras, sendo 6 respostas da região Norte; 14 do Centro-oeste; 26 do Nordeste; 77 do Sudeste e 178 da região Sul. Acredita-se que a grande diferença da região Sul para as demais seja pelo fato de as pesquisadoras principais atuarem profissionalmente nesta região, onde também realizam a pesquisa, na Universidade Federal do Paraná.

Das 301 respostas recebidas, 206 (68,4%) se encaixavam na amostra pretendida, de mulheres cisgêneras heterossexuais em relação de longa duração com homem cisgênero heterossexual. Um total de 148 mulheres (49%) destas 206, afirmaram ter interesse em participar do grupo psicoterapêutico online. Entretanto, outro critério de inclusão na pesquisa era que as mulheres apresentassem uma queixa e/ou disfunção sexual. Por isso, após análise das respostas fornecidas nos questionários para disfunção sexual QS-F e FSFI, atestou-se que 92 participantes voluntárias (30,5%) se encaixavam na amostra de acordo com os critérios de inclusão e de escores compatíveis com queixas e/ou disfunção sexual feminina.

Ainda no momento de divulgação, foi informado às possíveis participantes que caso houvesse mais interessadas do que vagas, seria feito um sorteio dentre aquelas que preenchessem os critérios de inclusão. Portanto, depois de observar que existiam mais inscritas do que vagas, foram sorteadas, de maneira randomizada, 12 mulheres para participar do grupo psicoterapêutico online para o tratamento de queixas e disfunções sexuais femininas. Estas foram avisadas por meio de mensagens no *WhatsApp* sobre a efetivação da escolha via sorteio e confirmado o desejo de participação do grupo psicoterapêutico. As demais foram informadas sobre o resultado do sorteio e a impossibilidade de participação na pesquisa por meio de um e-mail, que agradecia a intenção de participar do grupo.

No que tange aos dados destas mulheres que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa (92 mulheres), observa-se que a média de idade destas é de

35,64 anos ($DP = 7,79$). Dentre as 92 mulheres, 69 se autodeclararam brancas (75%), enquanto 16 se autodeclararam pardas (17,4%), 6 se autodeclararam pretas (6,5%) e 1 se autodeclarou amarela. A pesquisa seguiu os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). Dentre as participantes, 45% possuíam ensino superior completo, enquanto 33% naquele momento tinham o ensino superior incompleto; 12% estavam entre ensino médio (completo e incompleto) e ensino fundamental completo e, por fim, 8% possuem mestrado. Quanto às religiões, 21 mulheres optaram por não responder. A maioria se autodeclarou católica, com 40% das respostas. Religiões protestantes tiveram 15% das respostas e 4% autodeclararam seguir religiões de matriz africana. A autodeclaração espírita totalizou 9% e 15% declararam ter outras religiões não especificadas.

O trabalho remunerado foi apontado como ocupação/exercício de 87% mulheres, sendo que 43% delas recebiam de um a três salários mínimos por mês e 29% possuíam uma renda familiar mensal de quatro a seis salários mínimos. A média de idade em que estas mulheres tiveram sua primeira relação sexual foi aos 17,88 anos ($DP = 3,20$). E, 38% delas tiveram de 2 a 5 parcerias sexuais no decorrer da vida, enquanto 23% tiveram de 5 a 10 parcerias e 22% somente uma parceria no decurso de suas vidas.

Ainda, das 92 mulheres, 10 já passaram pelo climatério, e a média de idade em que este evento ocorreu foi aos 47,33 anos ($DP = 4,12$).

4 DISCUSSÃO

Segundo Rey (2011; 2015) e Rey e Martínez (2017), a construção do conhecimento se faz a partir de uma análise construtiva-interpretativa que acontece ao longo de todo o percurso de uma pesquisa qualitativa. A respeito destas, Rey e Martínez (2016) informam que:

A diferença entre pesquisa qualitativa e quantitativa não é instrumental nem é definida pelo tipo de resultados obtidos. A diferença essencial entre os dois tipos de pesquisa é epistemológica: tanto nos processos de obtenção da informação quanto nos processos de construção dessa informação. A proposta de pesquisa construtiva-interpretativa supera a epistemologia estímulo-resposta que historicamente tem dominado a Psicologia e, em vez disso, opta por uma epistemologia dialógica orientada para a transformação do participante em sujeito de pesquisa. Isso significa garantir sua expressão autêntica e a definição de um lugar próprio a partir do qual possa se expressar no curso da investigação. Em outras palavras, a lógica centrada no instrumento é substituída pelo diálogo, que conduz à

expressão própria e espontânea dos participantes sem as restrições impostas pelos dispositivos metodológicos utilizados. (p. 9. Tradução nossa⁴)

Para Rey (2015), o conhecimento é uma produção “(...) e não como apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta” (p. 5). Com isso, o referido autor afirma que o conhecimento não é algo pronto e acabado, mas ele se constrói a partir da produção humana. O autor entende que a construção de um cenário de pesquisa é essencial para que os/as/es participantes se envolvam de maneira voluntária durante o momento de investigação, possibilitando uma efetiva exploração e discussão dos temas que envolvem a pesquisa como um todo (REY, 2006).

De acordo com Rey e Martínez (2017), o cenário social da pesquisa estrutura um tecido relacional entre pesquisador/a e voluntários/as/es, sendo uma das primeiras etapas da pesquisa. Em suma, esse cenário social não se constitui como um momento explicativo e/ou informativo em relação ao objeto de estudo, mas é uma etapa da pesquisa, conforme González Rey elucida na entrevista dada a Torres (2020) quando Rey afirma que o cenário social da pesquisa “(...) é um verdadeiro cenário de novas relações, de desdobramentos e de um tecido social extraordinariamente complexo” (p. 22).

É no cenário social que possíveis participantes passam a ter os primeiros contatos com a pesquisa, construindo interesse, engajamento e os vínculos necessários para a construção de um ambiente essencial à pesquisa qualitativa (REY, 2010; REY; MARTÍNEZ, 2017). Desta forma, o cenário social possibilita que o(a/e) voluntário(a/e) não se expresse por conta de uma “(...) exigência instrumental externa a ela, mas por causa de uma necessidade pessoal que se desenvolverá, crescentemente, no próprio espaço de pesquisa, por meio de diferentes sistemas de relação constituídos neste processo” (REY, 2015, p. 15).

⁴ Do original, “La diferencia entre investigación cualitativa y cuantitativa no es instrumental ni tampoco está definida por el tipo de resultados obtenidos. La diferencia esencial entre ambos tipos de investigación es epistemológica: tanto en los procesos de obtención de la información como en los procesos de construcción de esa información. La investigación constructiva-interpretativa propuesta supera la epistemología estímulo-respuesta que históricamente ha dominado la Psicología y, en cambio, opta por una epistemología dialógica orientada a la transformación del participante en sujeto de la investigación. Esto significa garantizar su expresión auténtica y la definición de un lugar propio desde el cual se pueda expresar en el curso de la investigación. En otras palabras, la lógica centrada en el instrumento es reemplazada por el diálogo, lo que lleva a la expresión propia y espontánea de los participantes sin las restricciones impuestas por los dispositivos metodológicos usados”.

Gallert, Silva e Souza (2011) corroboram com esta forma de vinculação entre os sujeitos que formam a pesquisa, pois afirmam que ao se realizar uma pesquisa qualitativa é necessário olhar com atenção as tramas que perpassam os sujeitos envolvidos na investigação, bem como as formas como estes/as se expressam e se articulam com o mundo a sua volta, pois somente assim pode-se analisar a complexa rede de situação ou assunto que se pretende estudar.

Nesse contexto, observa-se que o cenário social da pesquisa aqui realizada conseguiu atingir um número expressivo de mulheres que se encaixavam no perfil de inclusão da pesquisa, uma vez que 301 (trezentas e uma) preencheram o formulário de inscrição para participarem da pesquisa. Observa-se que o recorte majoritário de mulheres que responderam a esta pesquisa reside na região Sul do país, tem idade na faixa dos 35 anos, é branca, católica, com ensino superior (completo ou incompleto), exerce trabalho remunerado e cuja renda individual é de um a três salários mínimos por mês. Esta mulher, que apresenta queixa e/ou disfunção sexual, teve sua primeira relação sexual aos 17 anos, teve de duas a cinco parcerias sexuais no decorrer da vida e está num relacionamento monogâmico com um homem cisgênero há pelo menos cinco anos.

Há de se considerar que as pesquisadoras, quando fizeram as publicações nas redes sociais convidando as mulheres a participarem da pesquisa, também trouxeram informações acerca do que são disfunções sexuais, o que pode ser uma queixa sexual, o que é ou não é saudável quando se fala em sexualidade, bem como a possibilidade de investigar demandas nesta área. Estas informações podem ter trazido à tona questionamentos pessoais acerca das próprias experiências sexuais e o interesse em responder ao questionário sem necessariamente ter o interesse de participar do grupo psicoterapêutico online.

Levantamos essa hipótese porque, na ordem das perguntas do questionário, primeiramente fizemos as perguntas dos instrumentos QS-F e FSFI e, após, questionamos se havia o interesse em participar da psicoterapia em grupo. Das 301 mulheres que responderam ao questionário, 80 afirmaram que não tinham interesse em participar do grupo psicoterapêutico, mesmo sabendo que o questionário seria para o propósito de realizar um cadastro para a possível participação de encontros psicoterapêuticos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo visou compartilhar como foi elaborado o cenário de pesquisa do projeto de pesquisa intitulado “Grupo psicoterapêutico online: uma nova estratégia terapêutica na produção de sentidos subjetivos sobre sexualidade para mulheres heterossexuais cisgêneras, em relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, com queixas de disfunções sexuais”, cuja finalidade é compreender as queixas sexuais apresentadas por mulheres cisgêneras heterossexuais brasileiras.

Sob o aporte da Teoria da Subjetividade a pesquisa é considerada uma produção que se faz por meio da vinculação efetiva entre pesquisador/a e voluntários/as/es. A pesquisa não é meramente uma apropriação linear da realidade que se apresenta. Por esta razão, os sujeitos envolvidos devem ter um interesse efetivo em participar da investigação científica que está sendo realizada.

Com a finalidade de criar esse tecido relacional entre as pesquisadoras e voluntárias, foi realizado o cenário social da pesquisa de maneira digital, o que possibilitou criar o primeiro contato com as voluntárias da pesquisa. Por meio da criação deste cenário social, realizado na modalidade digital, as pesquisadoras compartilharam informações sobre sexualidade feminina (incluindo temas envolvendo a saúde sexual e disfunções sexuais) em plataformas digitais como *Instagram*, *WhatsApp* e e-mail.

Com a formação do cenário social da pesquisa foi possível engajar mulheres interessadas sobre a temática da sexualidade feminina, de maneira a obter 301 respostas de um questionário com questionamentos sobre o contexto sociodemográfico e a saúde sexual de brasileiras, além de contar com os instrumentos de investigação da função sexual Questionário de Função Sexual (QS-F) e FSFI (*Female sexual Function Index*). As respostas obtidas neste questionário serviram para a escolha das mulheres que realizarão o grupo psicoterapêutico online para o tratamento das queixas e disfunções sexuais femininas, além de gerarem dados para o estudo quantitativo sobre a sexualidade feminina de mulheres brasileiras.

Em suma, das 301 respostas obtidas, 92 mulheres voluntárias preencheram os critérios de inclusão para a participação do grupo psicoterapêutico online. Todavia, por ser um número muito superior de vagas oferecidas, 12 mulheres foram sorteadas de maneira randomizada e iniciarão o processo psicoterapêutico para o tratamento de queixas e disfunções sexuais femininas, de maneira a propiciar o

desenvolvimento da pesquisa concomitante ao desenvolvimento pessoal das participantes.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: Um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 2, p. 89-91, 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5-TR: Texto Revisado** (5^a ed.). Porto Alegre: Artmed, 2023.

BIANCHI, T. WhatsApp in Brazil - statistics & facts. **Statista** (Online), 2022. Disponível em: <https://brasil/#topicOverview>. Acesso em 25/06/2023.

CECI, L. WhatsApp - statistics & facts. **Statista** (Online), 2022. Disponível em: <https://www.statista.com/topics/2018/whatsapp/#topicOverview>. Acesso em 22/06/2023.

DIXON, S. Most popular social networks worldwide as of January 2023, ranked by number of monthly active users. **Statista** (Online), 2023. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/#:~:text=What%20is%20the%20most%20popular,2.89%20billion%20monthly%20active%20users>. Acesso em: 22/06/2023.

GALLERT, A. Z. *et al.* **Subjetividade na pesquisa qualitativa: Uma aproximação da produção teórica de González Rey**. Rio de Janeiro: PUCRJ, 2011.

HENTSCHEL, H. *et al.* (2007). Validação do female sexual function index (fsfi) para uso em língua portuguesa. **Rev. Hcpa**, v. 27, n. 1, pp.1-14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2021**. 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf. Acesso em 22/06/2023.

MARTINS, E. D. C.; SANTOS, G. L. dos. Epistemologia qualitativa, fenomenologia e pesquisa-ação: Diálogos possíveis. **Filosofia e Educação**, v. 9, n. 3, 2018.

OLIVEIRA, Y. R. de. O instagram como uma nova ferramenta para estratégias publicitárias. *In XVI congresso de ciências da comunicação na região nordeste*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **ICD-11 reference guide**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em:

<https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>. Acesso em 12/06/2023.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 134, pp.178–189, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.03.001>

REY, F. G.; GOULART, D. M.; BEZERRA, M. D. S. Ação profissional e subjetividade: Para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. **Educação**, v. 39, n. 4, 2016. <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2016.s.24379>

REY, F. G., & MARTÍNEZ, A. M. Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. **Psicoperspectivas. Individuo Y Sociedad**, v. 15, n. 1, 2016. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol15-issue1-fulltext-667>

REY, F. G., & Torres, J. F. P. La epistemología cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. conversación con fernando gonzález rey. **Revista de Estudios Sociales**, n. 60, pp. 120–127, 2017. <https://doi.org/10.7440/res60.2017.10>

REY, F. L. G. As representações sociais como produção subjetiva: Seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, pp. 69–85, 2006. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v8n2/v8n2a05.pdf>

REY, F. L. G. As configurações subjetivas do câncer: Um estudo de casos em uma perspectiva construtivo-interpretativa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, pp. 328–345, 2010. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932010000200009>

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

REY, F. L. G.; MARTÍNEZ, A. M. **Subjetividade: Teoria, epistemologia e método**. Campinas: Alínea, 2017.

REY, L. F. G. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção de informação**. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

TORRES, J. F. P. (Org.). **Estudos da subjetividade: uma aproximação interdisciplinar**. EDUFT, 2020.

3.3 Artigo 3 - Effectiveness of online group cognitive-behavior psychotherapy and sex education for Brazilian women with sexual dysfunction or issues: a pilot study

Effectiveness of online group cognitive-behavior psychotherapy and sex education for Brazilian women with sexual dysfunction or issues: a pilot study

Running Title

Online GCBT + Sex Education for the treatment of FSD

Fernanda Rafaela Cabral Bonato¹, Adriane Mussi¹, Bruna Gund¹ e Nicolas de Oliveira Cardoso²

¹ Department of Psychology, Human Science, Federal University of Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brazil.

² Department of Psychology, School of Health and Life Sciences, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil.

***Corresponding author:**

Fernanda Rafaela Cabral Bonato. Address: Avenida República Argentina, 1336 – sala 804. Curitiba/PR, Zip Code: 80.240-210. Email address: fernandacbonato@gmail.com – Telephone number: +55 41 98875-7777

Abstract

Introduction: Female sexual dysfunction (FSD) affects many women and is influenced by psychological, relational, and physiological factors. Cognitive-behavioral therapy (CBT) and sex education improve sexual function, but access to specialized care is limited. **Methods:** This quasi-experimental study evaluated a 12-week online group CBT (GCBT) and sex education intervention with seven Brazilian women. Sexual function and satisfaction were assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI) and Female Sexual Quotient (FSQ). **Results:** Sexual function improved ($d = 1.29$), with the largest effects for desire ($d = 1.53$) and satisfaction (FSQ: $d = 1.55$; FSFI: $d = 1.41$). **Discussion:** Online GCBT appears feasible and effective, though larger studies are needed.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy; Sex Education; Sexual Health; Sexual Dysfunction; Group Psychotherapy; Online therapy.

Introduction

Group psychotherapy (GP) is a modality of health intervention whose benefits and effectiveness have been demonstrated in a variety of studies, from parenting practices to health disorders (Neufeld & Rangé, 2017), and in specific scenarios, it is more effective than individual treatment approaches (Pappas, 2023). Documents from Brazilian Federal Agencies, such as the Ministry of Health, recommend the use of GP as the primary strategy in health services (Brasil, Ministério da Saúde, 2013), based on the premise that group psychotherapies have the potential to reduce waiting lists for public health services, promote the population's accessibility to health treatments, and present a cost-effective strategy that is considerably advantageous to the state

(Cardoso, Kawabe, & Sandi, 2021; Conselho Federal de Psicologia, 2000, 2018, 2020).

GP has been commonly described in the literature since the beginning of the 20th century; however, it was almost exclusively in the face-to-face modality until the start of the 21st century, probably due to the advent of the internet. In Brazil, psychotherapeutic services in the online modality (individual) were only regulated in the early 2000s, and group therapy since 2018 (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Furthermore, with the COVID-19 pandemic, the Brazilian Federal Council of Psychology (CFP) promulgated Resolution No. 4/2020, which expanded the provision of psychological services carried out through information and communication technologies, enabling psychologists to conduct consultations and psychological consultations synchronously or asynchronously, as well as personnel selection processes and technical supervision of psychological services (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

In this context, attempts to transition GPs to the virtual environment began to be legalized in Brazil, so that nowadays it is as widely used as face-to-face groups (Ierardi, Bottini, & Crugnola, 2022). The current perception of online GP has become preferable to the face-to-face modality (Pappas, 2023). Thus, before the pandemic, scientific material was already being produced regarding the application of GP interventions (Almeida et al., 2018; Bonato et al., 2024), and when the COVID-19 pandemic began, these interventions became much more frequent and studied by academics (Bonato et al., 2024; Ierardi et al., 2022).

However, there is still a scientific gap when it comes to online GP interventions for the treatment of female sexual dysfunctions (FSD), since most of these started after the advent of the COVID-19 pandemic. This gap is especially true in Brazil, since

a recent systematic review (Bonato et al., 2024) investigating GP's effectiveness for treating FSD found only two face-to-face interventions in Brazil. These interventions were developed to address only two specific FSDs (i.e., postmenopause-related FSD and hypoactive sexual desire). It is noteworthy that sexual dysfunctions (SD) are a set of disorders that lead to marked impairments in sexual response and the subjective experience of pleasure, causing both personal and relational suffering (Associação Americana de Psiquiatria, 2023). The prevalence of FSD among Brazilian women is not elucidated. The available data point to a prevalence between 13% and 80%, depending on the FSD (Schlossmacher, Bonato, & Schlossmacher, 2021; Wolpe et al., 2017).

In addition to FSD, Sheer et al. (2020) report that it is essential to consider that women can also present sexual issues/complaints that do not meet sufficient diagnostic criteria for an FSD but still cause distress about their sexuality. Therefore, if some authors report that FSDs are substantially undetected and often poorly treated (even when they are diagnosed) in primary care settings (Parish et al., 2019), it is possible to infer that this lack of adequate care is even higher for women who have sexual issues/complaints but not an FSD. One of the reasons for this lack of primary health care is that healthcare professionals usually do not learn about different aspects that shape human sexuality during their undergraduate courses. As a result, healthcare providers typically do not ask patients about their sexuality (Ribeiro et al., 2014).

However, despite this gap in professional training, research has shown that FSD treatment is effective, mainly when cognitive behavior therapy (CBT) techniques are used (Brotto, 2017). The efficacy of psychological interventions and education interventions for SD has been demonstrated by a systematic review and meta-analysis

conducted by Frühauf et al. (2013). The research showed that psychological interventions have a high effect on symptom severity in women with sexual interest/arousal disorder ($d = 0.91$; $p = .012$) and medium effects in women with orgasmic disorder ($d = 0.46$; $p = .024$) compared to wait-list groups. The psychological interventions are superior to a wait list in improving symptom severity if conducted in an individual ($d = 0.32$; $p > .05$), self-help ($d = 0.37$; $p = .040$), couple ($d = 0.62$; $p = .025$) or a group setting ($d = 0.81$; $p < .001$). Furthermore, only the group treatment led to an improvement in both symptom severity and sexual satisfaction. Therefore, from a clinical perspective, interventions in a group setting might be the treatment of choice since this setting was the most effective in treating SD.

In addition, the meta-analyses also revealed that for female sexual interest/arousal disorder, a combination of CBT and sexual skills training was superior to a standard CBT ($d = 0.69$). For female hypoactive sexual desire disorder, a standard CBT was superior to a combination of CBT and sexual skills training ($d = 0.79$). On the other hand, a recent randomized trial demonstrated that both the combination of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) plus sex education and the combination of CBT plus sex education demonstrated significant and similar effects in improving sexual desire and arousal in women ($d = -1.29$ to -1.60) (Brotto et al., 2021). These findings indicated that overall, GCBT, in combination with sexual skill training/sex education, is one of the most effective treatments for FSD.

Furthermore, barriers to treatment, including geographic location, cost, embarrassment, and lack of available expertise, make it difficult to seek treatment for sexuality (Brotto et al., 2022). However, online psychotherapy interventions and sex education could change this reality since they can reduce shame, connect people with

sexual complaints with specialized professionals, and break down the geographical barriers that currently limit access to treatment.

Therefore, considering that as far as we know, there is just one face-to-face protocol for the treatment of FSD in postmenopausal women in Brazil (Almeida et al., 2018), this study aims to evaluate the effectiveness of a new online GCBT and sex education intervention in the treatment of Brazilian women with female sexual issues or FSD.

Materials and method

Design

This is a quasi-experimental study with a single group pre-posttest online group psychotherapy intervention and sex education for the treatment of female sexual issues and FSD. All subjects were initially evaluated to confirm sexual issues or FSD diagnosis. A randomized draw was conducted among participants who finished the online survey and met the inclusion criteria. The draw was necessary because there were more registrations than available slots for participation in the GCBT and sex education intervention. Thus, subjects received online GCBT and sex education treatment for 12 weeks. Secrecy and confidentiality regarding the participants' identity were ensured and explicitly indicated on the informed consent form, which followed the Brazilian National Health Council guidelines 466/2012 and 510/2016. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Research Ethics Committee on Human Subjects of the Health Sciences Sector at the Federal University of Paraná with the CAEE number 61161222.9.0000.0102. All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the Helsinki Declaration.

Participants

Participants were recruited between March and April 2023 via three digital platforms: Instagram, WhatsApp, and email. On these platforms, information was shared (in the lead author profile) about sexuality, female sexuality, the main symptoms of FSD, and the prevalence of FSDs in Brazil, along with an invitation to take part in the GCBT intervention to treat female sexual issues and FSD (detailed information in appendix 1).

The data collection was performed in a Google Forms link using a structured questionnaire developed by the research team (i.e., sociodemographic and sexual health), the Female Sexual Function Index (FSFI; Hentschel et al., 2017, and the Female Sexual Quotient (FSQ; Abdo, 2009).

The inclusion criteria of this study were: 1) to be a heterosexual, cisgender woman; 2) to be Brazilian and speak Portuguese; 3) have been in a monogamous relationship with a heterosexual cisgender man for five years or more; 4) to be aged 18 or over; 5) have internet access and access to the 'Zoom' platform; 6) have a quiet and safe space to participate in the group; 7) be available to participate in the twelve online group psychotherapy meetings; 8) present scores compatible with sexual issues from the FSQ (cut-off lower than or equal to 60) and sexual dysfunction, from the FSFI (cut-off lower than 26.55) and 9) and have a sexual issue (i.e. do not meet sufficient criteria for a diagnosis of FSD, but present distress related to sexual function) or sexual dysfunction, as described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2023). The exclusion criteria included: 1) impossibility of establishing contact with the participant to invite them to the group; 2) currently undergoing or intending to undergo group treatment for sexual issues or FSD; and 3) three absences during the intervention.

The sample selection of cisgender women in a heterosexual relationship with a cisgender man for five years or more was carried out because previous research has shown that marital dissatisfaction/disharmony is more common in long-term relationships (≥ 4 years), and marital dissatisfaction is related with sexual issues and FSD (Alidost et al., 2021; Schröder & Schmiedeberg, 2015; Yilmaz et al., 2020). Furthermore, cisgender women in a heterosexual relationship with a man usually have less orgasm frequency in comparison with different sexual orientation women (Frederick et al., 2018; Garcia et al., 2014).

Of the 301 people who answered the form shared on the digital platforms, 300 were women; of these, 205 met the inclusion criteria. However, only 147 showed interest in participating in the online GCBT and sex education treatment through a positive answer to the following question: "Would you be interested in taking part in a psychotherapy group?". A draw of these 147 women was performed in Excel (using the formula =RANDBETWEEN) by a psychologist who did not participate in the intervention application or outcome assessments. Twelve women were selected to participate in the GCBT intervention. This sample size aligns with a previous pilot study that evaluated the effectiveness of GCBT interventions in women with female sexual dysfunction (Masheb et al., 2009). Additionally, a general rule of thumb for pilot studies in health sciences suggests group sizes of approximately 12 participants (Julious, 2005).

Two psychology students, collaborators in the research, contacted the 12 women drawn to ask about their genuine interest and availability to participate in the online GCBT and sex education treatment, as well as schedule an online meeting to provide more details about how the group will work and to screen for symptoms and possible FSD diagnosis. The symptomatology and possible FSD diagnosis were

assessed through clinical interviews using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; APA, 2023) e interviewers did not participate in the intervention application or data analysis.

Of the 12 women drawn, one did not reply to the messages, one expressed discomfort with online GCBT and sex education treatment, and five could not make the time set by the psychotherapists. The remaining five women who were drawn underwent the telephone screening, where their participation interest and alignment with our inclusion criteria were checked. Because of the withdrawals, a new randomized draw was carried out using the same tool. Of the seven new women drawn, one did not answer phone calls, and six confirmed their interest and fulfilled our inclusion criteria after the interview. Therefore, the group began with 11 participants, as shown in Figure 1.

At the end of the first session, one participant was removed from the group after ending her relationship, and two others reported that the topics covered in the GCBT, and sex education intervention did not meet their expectations. Consequently, four additional women were selected to join the group; however, three did not respond, and one confirmed her participation and joined. One participant was removed from the GCBT and sex education intervention during the fourth session after missing three consecutive sessions. Another participant withdrew during the tenth session, citing discomfort in discussing masturbation due to religious beliefs. The post-test was conducted seven days after the twelfth session to assess the intervention's effectiveness. Women who did not complete the treatment were classified as dropouts, and their data are presented in Table 1. These data were analyzed to compare potential differences in the profiles of women who adhered to the intervention versus those who did not.

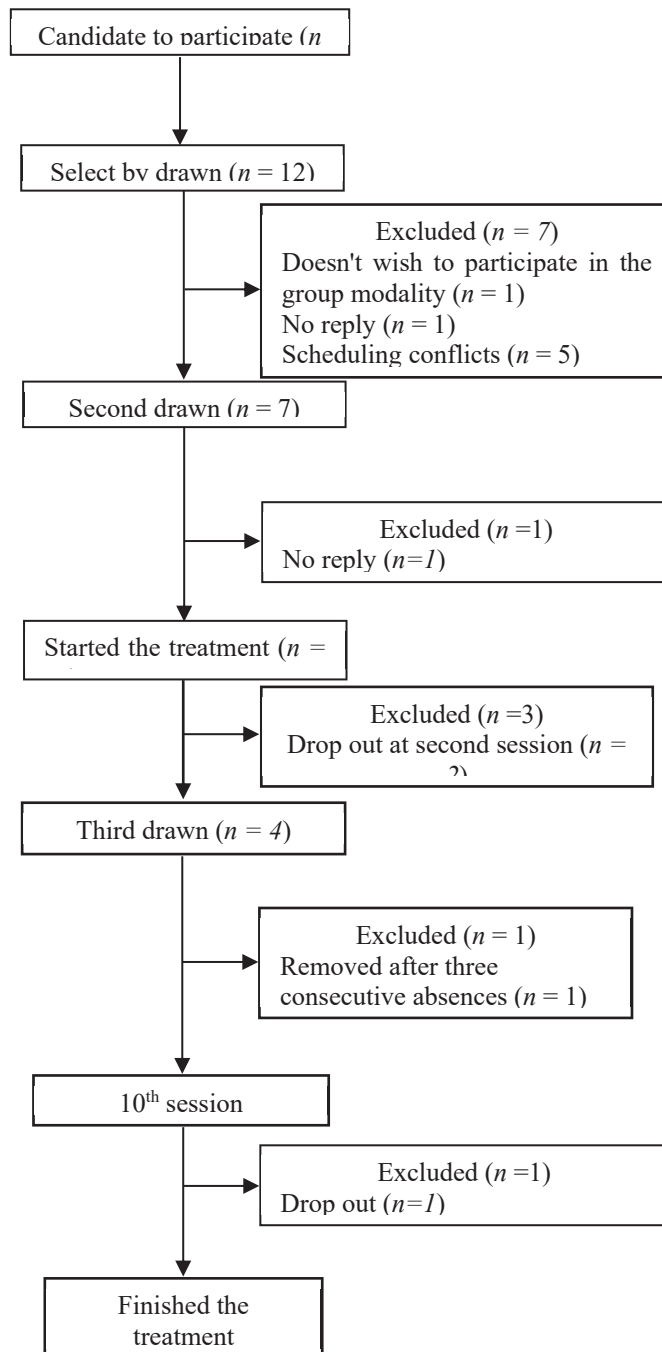
Fig. 1. Study participants flowchart

Table 1 describes the sociodemographic and clinical data of the seven women who finished the treatment. This sample size is similar to that of a previous pilot study that tested the effectiveness of GCBT in treating FSD in a sample of 9 Brazilian women

(Almeida et al., 2018). Furthermore, we found a post hoc statistical power of 0.98, considering a sample size of 7 women, with an f effect size of 0.99 ($n^2 = .494$) for FSFI arousal. We also found a 0.99 statistical power for FSFI orgasm, considering an f effect size of 1.56 ($n^2 = .710$). These are the outcomes with respectively the lowest n^2 and *Cohen's d* effect size (0.66) in this paper.

Table 1

Demographic and baseline clinical data of participants: those who completed the treatment vs. dropouts.

Variables	Completed the treatment ($n = 7$)	Dropout ($n = 5$)
Age - Mean (SD)	36.29 (12.02)	36 (5.52)
Self-declared skin color (white) - n (%)	6 (85.71)	3 (60)
Education - n (%)		
High School	1 (14.29)	-
Undergraduate	5 (71.43)	-
Postgrad diploma	1 (14.29)	5 (100)
Family income - n (%)		
1 to 3 minimum wages	3 (42.86)	1 (20)
4 a 6 minimum wages	2 (28.57)	2 (40)
7+ minimum wages	2 (28.57)	2 (40)
Currently working (yes) - n (%)	3 (42.86)	5 (100)
Use of contraceptives (no) - n (%)	4 (57.14)	1 (20)
Parenthood (no) - n (%)	5 (71.43)	2 (40)
Partner diagnosis (no) - n (%)	5 (71.43)	5 (100)
Pharmacological treatment (no) - n (%)	5 (71.43)	5 (100)

Psychotherapeutic treatment (no) - <i>n</i> (%)	4 (57.14)	1 (20)
Had FSD diagnosis (yes) - <i>n</i> (%)	5 (71.43)	4 (80)
FSQ - Mean (SD)	42 (12.86)	35.6 (12.2)
FSFI Total - Mean (SD)	11.69 (7.41)	10.94 (4.77)
FSFI Desire - Mean (SD)	2.06 (.91)	1.56 (0.54)
FSFI Lubrification - Mean (SD)	1.5 (1.5)	2.52 (1.66)
FSFI Orgasm - Mean (SD)	2.57 (2.26)	1.44 (1.00)
FSFI Satisfaction - Mean (SD)	1.6 (1.11)	1.84 (0.83)
FSFI Arousal - Mean (SD)	1.33 (1.08)	1.5 (0.52)
FSFI Pain - Mean (SD)	2.63 (2.77)	2.08 (1.58)

Note. % = Relative values; *n* = Absolute values; SD = Standard deviation; FSD = Female sexual dysfunction; FSQ = Female Sexual Quotient; FSFI = Female Sexual Function Index

Although this is not a randomized controlled trial (RCT), certain variables were controlled to minimize potential research biases. Accordingly, participants were inquired about their use of medication during the psychotherapeutic group sessions. Only two participants reported the use of antidepressant medication and were advised to maintain their current treatment throughout the intervention. Additionally, participants were instructed not to initiate any other treatments targeting sexuality during the period of the online GCBT and sex education intervention. None of the participants were engaged in psychotherapy during the study.

Therapists

The psychotherapists (FRCB and RCBG) responsible for conducting the online GCBT and sex education treatment were not involved in the initial selection and assessment stage of the participants, so they were not aware of the issues or FSDs

of the participants before treatment began. The intervention was carried out by two clinical psychologists with more than 15 years of experience in clinical psychology, specializing in human sexuality, and a master's degree in psychology. Two other psychologists with clinical expertise in female sexual issues watched all online sessions to evaluate the therapists' performance.

Intervention

The online GCBT and sex education treatment was delivered to women in a group of 12, 90-minute weekly sessions. All participants were assessed pre- and post-treatment by one psychologist who did not participate in the intervention, and all sessions occurred online via the Zoom platform. The online group therapist and co-therapist were blinded to participants' instrument scores until the end of the intervention.

To reduce possible discomfort related to speaking about their sex lives reported by the participants, the psychotherapeutic interventions were based on and adapted from previous effective interventions identified in the results of an earlier systematic review of psychotherapy group interventions for FSD (Bonato et al., 2024). Furthermore, we also performed final adjustments considering the sexual issues reported by the participants during the first and second GCBT and sex education sessions. This structure is shared in Appendix 2.

The systematic review (Bonato et al., 2024) also demonstrated the existence of only one protocol for treating FSD in Brazil. However, the protocol targets a specific population of women with postmenopausal sexual complaints (Almeida et al., 2018). Because of this, a new intervention was developed for the treatment of FSD and sexual issues in Brazilian women. The main themes of the treatment included: 1)

psychoeducation concerning sexual communication, behavior, and function (e.g., sexual response cycle) and 2) CBT interventions for FSD (sensate focus, dysfunctional thoughts records [DTR]). Also, participants received homework in all but one of the sessions, which was discussed at the beginning of each session. In all sessions, the women were encouraged to share their thoughts and experiences relative to their sexual activity. Homework exercises were proposed to improve self-awareness and enable the identification of dysfunctional thoughts.

Measures

The instruments used in this study were a sociodemographic and clinical data questionnaire, the Female Sexual Functioning Index (FSFI), and the Female Sexual Quotient [FSQ], the latter two being collected pre/post-intervention. The sociodemographic and clinical data questionnaire consists of closed-ended questions to collect data on age, self-declared skin color, educational level, occupational status, family monthly income, and pharmacological and psychotherapeutic treatment.

The FSFI was formulated by Rosen et al. (2000) with six subscales that aim to measure the following domains of human sexuality: desire (questions 1-2), arousal (questions 3-6), lubrication (questions 7-10), orgasm (questions 11-13), satisfaction (questions 14-16) and pain in sexual relations (questions 17-19). A total of 19 items make up the test, which must be answered on a 5 or 6-point Likert-type scale ranging from 1 (almost never or never) to 5 (always or almost always) or from 0 (no sexual activity) to 5 (always or almost always). The total sum of the answers must be multiplied by different multiplication factors in each subscale, resulting in a sub-index varying from 0 (worse sexual function) to 6 (better sexual function). The overall sexual functioning index is obtained from the six dimensions assessed in the instrument. The

reliability for each dimension ranges from $\alpha = .89$ to $.96$. The cut-off score used for FSD in Brazil is ≤ 26.55 ³⁰. The Brazilian cross-cultural adaptation and validation study found reliability values between $\alpha = .78$ to $.91$ (Pacagnella, Martinezz & Vieira, 2009).

The FSQ was formulated in Brazil by Abdo (2006) to assess female sexual satisfaction. The instrument consists of 10 questions, which must be answered on a scale ranging from 0 to 5 (0 = never; 5 = always), and the total sum of the answers must be multiplied by 2, resulting in an index that can vary from 0 to 100. The final indices indicate: 0 to 20 - non-existent to poor sexual performance/satisfaction; 22 to 40 - poor to unfavorable; 42 to 60 - unfavorable to regular; 62 to 80 - regular to good; 82 to 100 - good to excellent. The instrument presents excellent reliability evidence ($\alpha = .98$). The cut-off score used for FSQ ≤ 60 .

Although the FSFI has a dimension that assesses sexual satisfaction, we also chose to use the FSQ in this study. This decision was made because the FSQ instrument was constructed considering the specificities of the Brazilian female population, while the FSFI was developed for American women and further adapted for other countries, including Brazil (Pacagnella, Martinezz & Vieira, 2009; Abdo, 2006). The decision to use both the FSFI and the QSF in this study stems from the unique cultural and social characteristics of the Brazilian population. While the FSFI is widely used and internationally validated, it was originally developed in English for American women and later adapted to other contexts, including Brazil. Despite its translation and validation, the FSFI may not fully capture the cultural and subjective nuances of female sexuality in the Brazilian context. The QSF, on the other hand, was specifically developed for the Brazilian population, reflecting its linguistic, cultural, and social particularities. Brazil's rich cultural, ethnic, and socioeconomic diversity significantly influences how women experience and express their sexuality, making it

crucial to use instruments that complement each other to provide a more comprehensive and sensitive assessment. Additionally, the FSFI tends to emphasize biomedical and functional aspects of sexuality, whereas the QSF incorporates dimensions that align more closely with the social and cultural realities of Brazilian women. Using both instruments ensures that the study addresses the multifactorial nature of sexuality while minimizing potential biases and enhancing the validity and applicability of the findings.

ACT/CBT Therapist Adherence and Competence Scale (DUACRS)

The competence subscale of the DUACRS was used to assess therapist and co-therapist competence (McGrath, 2012). Five competencies were evaluated: 1) knowledge of treatment; 2) skill in delivering treatment; 3) appropriate application of treatment components within the context of the session; 4) relationship with the client; and 5) overall performance. Two clinical psychologists rated each attribute on a five-point Likert scale (1 = poor; 5 = excellent). The two raters received a copy of the session's structure/procedures, being aware of each session's theme and goals during the competence assessment.

Data analysis

Data were analyzed in SPSS 23 and JASP 0.17.2 by a statistician (NOC) who did not participate in any other stage of this research/intervention. The therapists' competence scores were calculated using the simple mean of the raters' scores. The normality of the data distribution, a prerequisite for parametric tests, was assessed using the Shapiro-Wilk test. Independent samples t-tests were used for continuous sociodemographic variables. Chi-squared or Fisher's exact test (when expected count

< 5 in one of the response categories) were employed for categorical independent variables (Tabachnick, Fidell & Ullman, 2013). All outcomes related to the GCBT intervention were examined using repeated measures ANOVAs (pre-versus post-test), Eta-squares (η^2), or Kendall's *W* statistics were used to indicate the ANOVAs effect sizes. For post hoc analysis, Cohen's *d* was used as the standard effect size measure, with Holm-corrected *p*-values (Cohen, 2016). Finally, ANCOVAs were used to assess the possible effect of medication use, occupational status, or a diagnosis of FSD in our online GCBT and sexual education intervention. The significance level adopted for all analyses was $p \leq 0.05$.

Results

Sample characteristics

Eleven women with FSD or sexual issues started the online GCBT and sexual education treatment, but only seven (36%) finished the treatment (dropout rate = 36.3%). The seven participants had a mean age of 36.29 years ($SD = 12.02$). Family income distribution was as follows: 42.86% ($n = 3$) reported earning 1–3 minimum wages, 28.57% ($n = 2$) earned 4–6 minimum wages, and 28.57% ($n = 2$) reported earning 7 or more minimum wages. Regarding self-declared skin color, six (85.71%) were white, and one (14.29%) was mixed race. Most participants were not working ($n = 4$; 57.14%). Regarding education level, most had an undergraduate degree ($n = 5$; 71.43%), one high school (14.29%), and another postgrad diploma degree (14.29%). Only 3 out of the 7 participants had previously undergone psychotherapy before the implementation of the psychotherapeutic group. Partner diagnosis was reported by two women, who stated that their partners experienced premature ejaculation and/or erectile dysfunction.

Furthermore, according to DSM 5-TR (APA, 2023), five out of the seven women had a diagnosis of Female Sexual Interest/Arousal Disorder, and two participants did not meet the criteria for any FSD, but they reported sexual issues. Based on the FSFI dimension (scores < 3.0), the primary sexual issues reported by the seven women were desire, lubrication, and arousal ($n = 6$), followed by orgasm and satisfaction ($n = 4$). Only three women reported scores below three for pain. Lastly, most participants ($n = 5$; 71.43%) did not take pharmacological treatment during the intervention.

Regarding the women who dropped out of the treatment, the five participants had a mean age of 36 years ($SD = 5.52$). The family income distribution was as follows: 20% ($n = 1$) reported earning 1–3 minimum wages, 40% ($n = 2$) earned 4–6 minimum wages, and 40% ($n = 2$) reported earning 7 or more minimum wages. In terms of self-declared skin color, three participants (60%) identified as white, and two (40%) as mixed race. All participants were employed and held a postgraduate degree. Furthermore, four participants had previously undergone therapy at some point in their lives.

According to the DSM-5-TR, three of the women who dropped out of the treatment were diagnosed with two sexual dysfunctions: Female Sexual Interest/Arousal Disorder and Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Another woman was also diagnosed with two disorders: Female Orgasmic Disorder and Female Sexual Interest/Arousal Disorder. Lastly, the final woman did not have a formal diagnosis of FSD but reported a sexual complaint.

Chi-square tests and Fisher's exact tests were conducted to identify potential differences in the profiles of women who completed the treatment compared to those who dropped out. An association was found between education level and completion of the psychotherapeutic group ($p = .015$). Women with a postgraduate diploma

demonstrated a strong tendency to drop out ($V = 0.84$). No significant differences were found in other categorical variables.

Independent samples t-tests were also conducted to examine potential differences in age, FSQ scores, and all FSFI domain scores at pre-treatment between women who completed and dropped the treatment. No significant differences were observed for any of these variables ($p > 0.05$).

Therapists' competence

Competence scores mean the assessments performed by two psychotherapists who watched the 12 online GCBT sessions. The agreement level between the two raters for all competencies assessed was 5 (SD = 0), both for the therapist and the co-therapist. This indicates total agreement between the raters and high competence for both therapists.

Treatment outcomes

First, independent samples t-tests were conducted to examine potential differences in FSQ scores and all FSFI domain scores at pre-treatment based on medication use, FSD diagnosis, parenthood, contraceptive use, and occupational status. No significant differences were observed for any of these variables ($p > 0.05$).

Then, the pre-post-treatment values were submitted to repeated measures ANOVAs to assess the main effects of within-subject outcomes. Table 2 presents all the scores that change from pre- to post-treatment with means, standard deviations, post hoc tests, and effect sizes. At pre-treatment, participants reported clinically significant levels of FSD and low sexual satisfaction.

Table 2

Means, standard deviations, and post hoc tests of outcome measures at pre-post-treatment

Outcome	Pre-Treatment <i>t</i> (<i>n</i> = 7)	Post-Treatment (<i>n</i> = 7)	Post Hoc			
			Mean Difference	SE	<i>t</i>	Cohen's <i>d</i>
FSQ	42 (12.86)	56.29 (20.83)	14.29	5.73	2.49*	1.55
FSFI Total	11.69 (7.41)	22.54 (9.37)	10.86	3.27	3.31*	1.29
FSFI Desire	2.06 (.91)	3.34 (.76)	1.29	.51	2.5*	1.53
FSFI Lubrication	1.5 (1.5)	3.81 (2.36)	2.31	.91	2.55*	1.16
FSFI Orgasm	2.57 (2.26)	4.06 (2.27)	1.49	.39	3.83**	.66
FSFI Satisfaction	1.6 (1.11)	3.6 (1.66)	2.0	.68	2.96*	1.41
FSFI Arousal	1.33 (1.08)	3.21 (1.91)	1.89	.78	2.42*	1.21
FSFI Pain	2.63 (2.77)	4.51 (2.32)	1.87	.93	2.03	.74

Note. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *n* = number of participants; SE = Standard error; *t* = Post Hoc statistic.

ANOVAs revealed significant changes in sexual satisfaction measured with the FSQ $F(1,6) = 6.21$, $p = .047$, $n^2 = .51$ and overall sexual function $F(1,6) = 10.99$, $p = .016$, $n^2 = 0.65$. Significant changes were also observed in the scores of all [but pain $F(1,6) = 4.1$, $p = .089$, $n^2 = 0.41$] FSFI dimensions; desire $F(1,6) = 6.25$, $p = .047$, $n^2 = .51$, lubrication $F(1,6) = 6.48$, $p = .044$, $n^2 = .52$, orgasm $F(1,6) = 14.7$, $p = .009$, $n^2 = .71$, satisfaction $F(1,6) = 8.75$, $p = .025$, $n^2 = .59$, and arousal $F(1,6) = 5.85$, $p = .05$, $n^2 = .49$.

The *post hoc* analysis showed a large statistically significant increase of sexual satisfaction measured with the FSQ, overall sexual function, lubrication, satisfaction, and arousal at post-treatment in comparison with the pre-treatment. A medium statically significant increase of orgasm was also found at post-treatment in

comparison with the pre-treatment (Fig. 2-3). ANOVAs and *post hoc* analysis also revealed no significant changes in the FSFI pain subscale scores between pre- and post-treatment ($p > .05$).

Lastly, we discard some possible research biases using ANCOVAs with post-test scores as dependent variables, sociodemographic or clinical data as fixed factors, and pre-test scores as covariates. The results reveal that there were no significant differences in sexual satisfaction, as measured by the FSQ, based on medication use ($p = 0.79$, $n^2 = 0.012$), FSD diagnosis ($p = 0.39$, $n^2 = 0.10$), contraceptive use ($p = 0.68$, $n^2 = 0.027$), parenthood ($p = 0.57$, $n^2 = 0.079$), and occupational status ($p = 0.15$, $n^2 = 0.43$). Similarly, no significant differences were found in overall sexual function (FSFI) based on medication use ($p = 0.66$, $n^2 = 0.041$), FSD diagnosis ($p = 0.43$, $n^2 = 0.11$), contraceptive use ($p = 0.93$, $n^2 = 0.002$), parenthood ($p = 0.62$, $n^2 = 0.063$), and occupational status ($p = 0.40$, $n^2 = 0.18$). The ANCOVA revealed a significant difference between groups with and without a partner's diagnosis in post-intervention sexual satisfaction (FSFI_satisfaction) ($p = 0.014$; $\eta_p^2 = 0.81$). The mean sexual satisfaction score in the group with a partner's diagnosis was 5.4 (SD = 0.28), while the mean score in the group without a partner's diagnosis was 2.88 (SD = 1.37). Post hoc analysis confirmed a significant difference in sexual satisfaction between the two groups ($p = 0.014$). However, the Cohen's d was 3.78, indicating an extremely large effect size. Due to the very small sample size (5 participants in the group without a diagnosis and 2 in the group with a diagnosis), this effect size should be interpreted with caution, and further studies with larger samples are required to validate these findings. Furthermore, no significant differences were found for medication use, FSD diagnosis, contraceptive use, parenthood, psychotherapy, and occupational status in any FSFI subscales ($p > 0.05$).

Fig. 2. Results of repeated measures ANOVAs. Estimated means with 95% confidence interval bars are displayed for overall sexual satisfaction (measured with the FSQ) and sexual function at pre-and post-treatment.

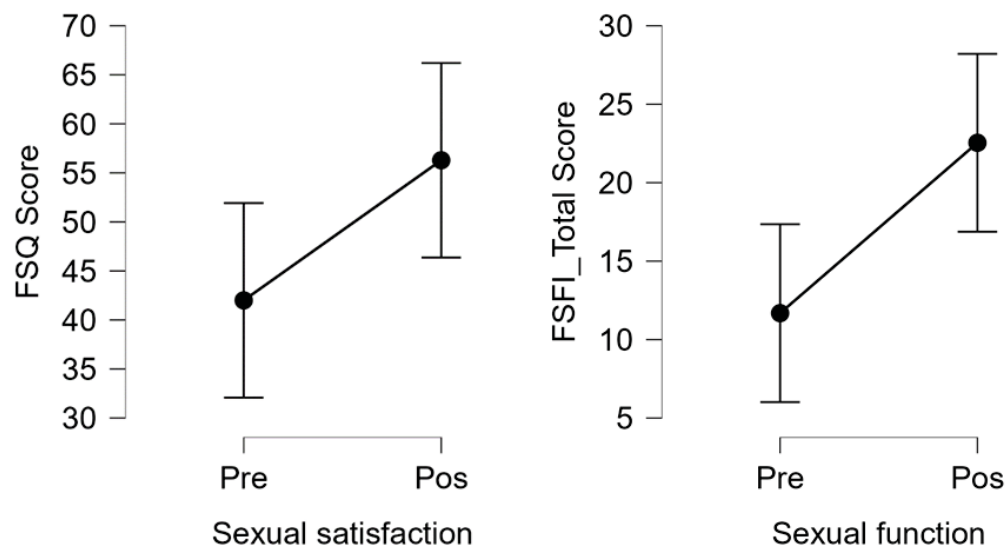
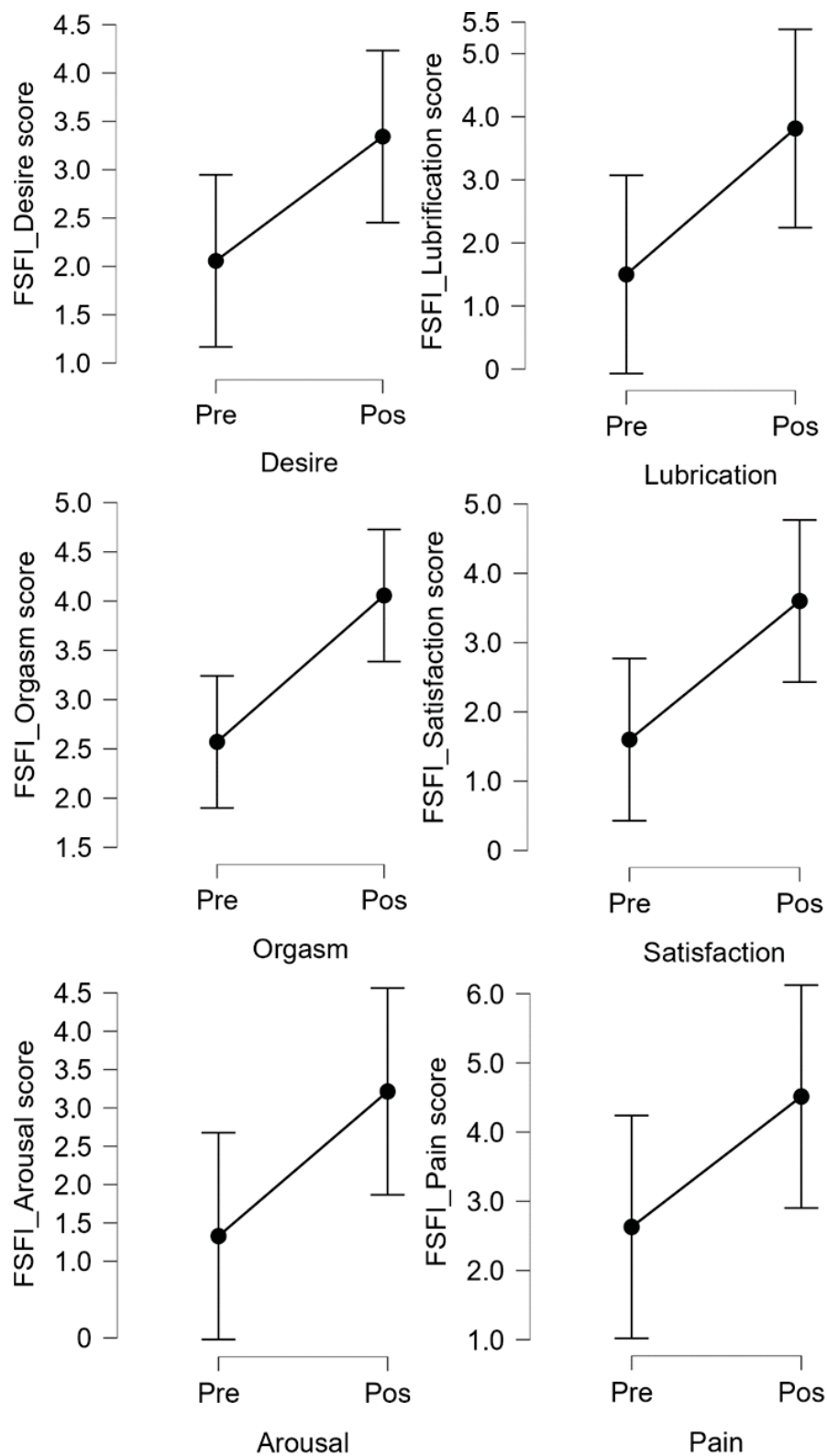


Fig. 3. Results of repeated measures ANOVAs. Estimated means with 95% confidence interval bars are displayed for all FSFI dimensions pre-and post-treatment.



Discussion

The goal of this study was to evaluate the effectiveness of a new online GCBT and sex education intervention in the treatment of Brazilian women with female sexual issues or FSD. The main findings suggest that the online GCBT and sex education intervention was effective in improving sexual function and satisfaction among Brazilian women. The most significant effects were observed in sexual desire ($d = 1.53$) and sexual satisfaction ($d = 1.42$), both measured through FSFI domains.

However, the mean sexual function score remained below the recommended FSFI cut-off point at post-test, suggesting that some women continued to experience clinical levels of FSD or sexual difficulties. Despite this, our findings are promising, considering that the initial mean sexual function score in our sample was very low ($M = 11.69$, $SD = 7.41$). Notably, our overall FSFI pre-test score was comparable to that of both GCBT groups in a previous face-to-face intervention with Brazilian postmenopausal women (Almeida et al., 2018), which reported similar values ($M = 11.34$, $SD = 4.48$; $M = 9.44$, $SD = 7.69$ for G1 and G2, respectively). Furthermore, the mean FSFI scores of both groups treated with GCBT in Almeida et al. (2018) also remained below the FSFI cut-off point after the intervention ($M = 21.62$, $SD = 6.06$; $M = 18.55$, $SD = 7.68$ for G1 and G2, respectively). Thus, our mean scores are aligned with previous samples of Brazilian women, which may suggest the need for boosted sessions for improvement above the FSFI cut-off point (e.g., booster session one month after the treatment ends). Although this practice is not common in the field of FSD, other GCBT interventions for the treatment of different psychological conditions (e.g., obsessive-compulsive disorder) often use booster sessions, presenting evidence of symptom improvement above the cut-off point of clinical screening instruments (Mashed et al., 2009).

In addition to these findings, our study aligns with previous research that employed GCBT or GCBT plus sex education for FSD treatment (Almeida et al., 2018; Cohen, 2016; Barrett et al., 2004; Lerner et al., 2022). The effectiveness of our intervention in improving overall sexual function ($d = 1.29$) was either higher or comparable to the effect sizes of prior studies using GCBT ($d = 0.46$, $d = 1.18$) (Frühauf et al., 2013; Barrett, Healy-Farrell, & March, 2004), individual CBT ($d = 0.77$) (Masheb et al., 2009), and GCBT plus sex education ($d = 1.05$) (Mirzaee et al., 2020). Moreover, our intervention demonstrated an effect size ($d = 1.55$) for sexual satisfaction (measured using the FSQ) that exceeded that of a previous face-to-face Brazilian GCBT intervention ($d = 0.94$) for hypoactive sexual desire (Lerner et al., 2022).

Regarding FSFI dimensions, our online GCBT and sex education intervention yielded effect sizes for desire ($d = 1.53$), lubrication ($d = 1.16$), satisfaction ($d = 1.41$), orgasm ($d = 0.66$), and arousal ($d = 1.21$) that were comparable to those reported in previous studies employing similar methodologies. Prior research found the following effect sizes for FSFI dimensions: desire ($d = 1.16$), lubrication ($d = 0.98$), satisfaction ($d = 1.55$), orgasm ($d = 0.67$), and arousal ($d = 1.36$) (Frühauf et al., 2013; Lerner et al., 2022; Mirzaee et al., 2020). Furthermore, our intervention demonstrated effectiveness similar to or greater than previous GCBT and individual CBT interventions, which presented the following effect sizes across FSFI domains: desire ($d = 1.43$; $d = 0.94$), lubrication ($d = 1.18$; $d = 1.21$), satisfaction ($d = 0.98$; $d = 0.87$), and arousal ($d = 1.60$; $d = 1.19$), respectively, for GCBT (Almeida et al., 2018) and individual CBT (Brotto, Stephenson, & Zippan, 2022).

In the orgasm dimension, our intervention showed similar effectiveness to individual CBT ($d = 0.66$) (Brotto et al., 2022). However, GCBT without sex education

was better for orgasm enhancement ($d = 1.50$) (Almeida et al., 2018). Specifically for the sexual pain outcome, similar to what happened in our sample, one GCBT intervention (Almeida et al., 2018) and another GCBT plus sex education intervention (Hucker & Marita, 2015) were also not effective in treating women's sexual pain. In both studies, pain was the least reported complaint among women, which may suggest that the lack of intervention effect may be related to a ceiling effect and/or high standard deviations in mean scores. The latter is especially true in our intervention since only three women had a low pre-test score in pain, which resulted in a large standard deviation. Therefore, it is likely that our intervention, or other similar GCBT and sex education protocols, will be effective in reducing women's sexual pain in larger samples, especially considering that both previous similar GCBT interventions ($d = 0.93$) and an individual CBT were effective in reducing pain ($d = 0.69$) (Masheb et al., 2009).

The results of this study indicated that women with higher educational levels exhibited a higher dropout rate in the psychotherapeutic group, a phenomenon that aligns with findings in the literature. Lack of time has been identified as a major barrier to treatment adherence, particularly among individuals with demanding professional commitments, a characteristic often associated with higher education levels (Velten, 2024). Additionally, the perception of limited usefulness of the intervention may contribute to discontinuation, as highly educated individuals tend to have higher expectations regarding the theoretical foundation and practical applicability of therapeutic approaches. Individuals in higher education may prefer therapeutic formats that offer greater autonomy and anonymity, while practical barriers such as time constraints and technological difficulties can inhibit engagement (Hanley & Wyatt, 2020). Other contributing factors include the requirement for group interaction, which

may serve as a significant barrier (Zippan, Stephenson, & Brotto, 2020) and the impact of self-imposed expectations and anxiety on treatment adherence (Kane et al., 2019). Thus, lower adherence in psychotherapeutic groups among women with higher educational levels may result from a combination of time constraints, elevated expectations, preference for more autonomous therapeutic formats, discomfort with group dynamics, and practical challenges that interfere with sustained engagement.

Additionally, the findings of this study indicate that women who **reported that their partners had sexual dysfunction** exhibited higher sexual satisfaction. This effect may be associated with reduced performance pressure and a restructuring of intimacy within the couple. Research suggests that in the presence of male sexual dysfunction, there may be greater investment in communication and alternative forms of pleasure, enhancing women's sexual experiences (Chew et al., 2021; Nelson, 2006). Additionally, the perception of the dysfunction by the female partner may positively influence her satisfaction, particularly when there is less pressure and greater emotional connection (Basson et al., 2005). These findings underscore the need for a **dyadic approach** to understanding sexuality, considering the relational impacts of male sexual dysfunction on female sexual experiences, especially when the dysfunction is perceived and reported by the female partner rather than clinically assessed in the male partner.

Furthermore, it is noteworthy that therapists' competence is not always assessed in clinical trials (Bradford & Meston, 2011). Therefore, our study is one of few that assess therapist and co-therapist competence for each session, which may help reduce a possible bias related to the therapist's abilities. Using two questionnaires to assess the same outcome is also unusual in clinical trials. We opted to use two instruments for measuring sexual satisfaction, including one developed explicitly for

cisgender Brazilian women (FSQ) and the FSFI, which is the gold standard in the FSD field. We found no disparities in our intervention effectiveness since FSQ and FSFI suggested similar effect sizes ($d = 1.55$; $d = 1.41$, respectively). Therefore, although some Brazilian evidence indicates that there may be differences in the assessment of sexual satisfaction when using the FSFI and the FSQ, our results suggest that the instruments similarly measure female sexual satisfaction, indicating that both instruments are appropriate for Brazilian women.

In sum, one of the main contributions of our intervention is the online group modality. As far as we know, there were no other online GCBT interventions combined with sex education for the treatment of Brazilian women with FSD or sexual issues. Our online GCBT and sex education intervention is in line with the recommendations of several previous authors who highlight the benefits associated with this intervention modality, such as the possibility of receiving psychotherapeutic treatment for sexual issues in a more accessible way (i.e., regardless of geographic location), reducing stigma related to seeking health care, and being available at low cost (Brotto et al., 2022).

Limitations and further directions

The present study is valuable because it contributes to advancing the field of female sexuality. Furthermore, as far as we are aware, this is the first study to demonstrate evidence of the effectiveness of an online GCBT intervention and sex education for the treatment of female sexual issues and FSD in Brazilian women. Despite that, the present study has some limitations.

First, our study was limited by a small sample size, highlighting the need for further clinical trials with larger and more representative populations to validate our

findings. Second, our study did not include alternative intervention conditions (e.g., other types of psychotherapy or pharmacological treatments) or a control group, nor. Additionally, it did not account for other potentially relevant variables, such as sleep quality and clinical assessment of partners, as partner diagnoses in this study were based on participants' self-reports. Future research should incorporate control groups to strengthen the reliability of outcomes, particularly given previous evidence suggesting that mere awareness of treatment availability may reduce patients' symptoms (Kane et al., 2019).

A limitation of this study concerns the absence of a direct assessment of partners, which hinders a deeper understanding of the couple's dynamics and the impact of the partner's sexual dysfunction on women's sexual experiences. Additionally, the finding that women whose partners reportedly had sexual dysfunction exhibited higher sexual satisfaction should be interpreted with caution, as the sample size for this variable was small, limiting the generalizability of the results. Future studies should incorporate direct evaluations of partners, utilizing clinical assessments and validated self-reports, to more robustly explore the relational mechanisms involved and provide a comprehensive understanding of the influence of male sexual dysfunction on female sexual satisfaction.

A third limitation of the study relates to the inclusion criteria of the participants. Although the results are supportive of the use of online GCBT and sexual education treatment for FSD and sexual issues, the results may not be generalizable to all women experiencing sexual issues, mainly because we opted to include women who have been in a monogamous relationship with a heterosexual, cisgender man for five years or more. Future research could develop a modified version of our online GCBT and sexual education treatment for women with different sexual orientations different

relationship types, and durations. Our fourth limitation is that five out of the seven women had female sexual interest/arousal disorder. Therefore, further research should test our online GCBT and sexual education treatment for other sexual dysfunctions.

Furthermore, the participants in this study did not undergo a physical examination to determine whether their sexual complaints had an organic etiology. Future studies should consider incorporating such physical evaluations alongside the administration of the FSFI and QSF. Another limitation is the potential influence of the therapists themselves on the observed effects, rather than the intervention alone. To address this, future studies should include groups with different therapists applying the same intervention.

Lastly, there was a significant dropout rate between participants who attended the first session and those who finished treatment (i.e., 36.3%). However, a previous meta-analysis by Zarski et al. (2022) found high dropout rates in most online interventions for treating FSD, ranging from 8% to 58% ($M = 26$; $SD = 19.5$). Some reasons that may contribute to dropouts in online interventions are related to the availability of a private and quiet space for attending online sessions, internet connection issues, and a higher possibility of distraction (e.g., use of social media streaming services) than in a face-to-face intervention. Regrettably, none of these potential variables were controlled during our intervention. Therefore, although the dropout rate in our study might be aligned with previous FSD online interventions, it is imperative to interpret our data cautiously. Further research is essential to replicate our findings in different samples controlling the afforded mentioned variables.

Conclusion

Despite the limitations of this pilot study, it demonstrates the feasibility and promise of a short-term online GCBT and sexual education intervention as an effective treatment of sexual issues and FSD for Brazilian heterosexual women who live in a long-term relationship.

An online GCBT intervention can help reduce queues in mental health services. Federal Brazilian agencies recommend using group therapy as the primary strategy in health services. However, until that date, a standardized intervention to treat FSD for the Brazilian population still needed to be implemented. There are few publicly accessible places for treating FSD and little professional training. Therefore, our online GCBT and sex education treatment could fill this gap and also provide an opportunity for the development of a protocol for the treatment of sexual issues and FSD that can be used by health professionals, whether in the public or private sector.

Acknowledgments

We want to thank the women who participated in online GCBT and sex education treatment for sharing their life stories with us, seeking psychological care for their sexual health, and allowing us to develop not only this research but also collaborate with the advancement of research of sexology. I would like to express my gratitude to Luiza Genez and Camila Pellizer, psychologists who contributed to this research by developing scientific initiation projects during the doctoral process. I am also deeply thankful to Roberta Baccarim Gobbi, who was my co-therapist in the psychotherapeutic group, providing essential support throughout this work. Their contributions were invaluable to the development of this study. We also want to acknowledge Dr. Lori Brotto that kindly review our article.

Data availability statement

Data will be shared under reasonable request and was submitted to peer review.

Funding Sources

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001 and by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Author contributions: FRCB: designed and executed the study, wrote the paper, and participated in final editing. AM: collaborated with the design, analysis, writing, and editing of the manuscript. BG: collaborated with the writing of the manuscript. NCO: Led the study methods, collaborated on the writing of the manuscript, and proofread at all stages.

References

- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual - versão feminina: Uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 63(9). <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>
- Abdo, C. N. (2009). Quociente sexual feminino: Um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagnóstico & Tratamento*, 14(2). <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>
- Alidost, F., Pakzad, R., Dolatian, M., & Abdi, F. (2021). Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 19(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34278195/>
- Almeida, M. J. S., et al. (2018). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a disfunção sexual na pós-menopausa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(4),

231–

238. <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/T3TBLpW8hSxQZzcV9nfNSbj/?format=pdf&lang=pt>

Associação Americana de Psiquiatria. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 46–62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14691360/>

Bonato, F. R. C., et al. (2024). Efficacy of group psychotherapies for the treatment of female sexual dysfunction: A systematic review. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00358-3>

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, 11–17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28237271/>

Brotto, L. A., et al. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34383535/>

Brotto, L. A., Stephenson, K. R., & Zippan, N. (2022). Feasibility of an online mindfulness-based intervention for women with sexual interest/arousal disorder. *Mindfulness*, 13, 647–659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35035598/>

Cardoso, G. M., Kawabe, I. H., & Sandi, N. (2021). Grupos psicoterapêuticos como potencializadores do desenvolvimento de novas interações. *Psicologia Da Saúde e Processos Clínicos*, 2(1). <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/65>

Cohen, J. (2016). A power primer. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 279–284). American Psychological Association.

Conselho Federal de Psicologia. (2000). Resolução nº 03 de 25 de setembro de 2000: Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediado por computador. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-3-2000>

Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução nº 11 de 11 de maio de 2018: Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologia da informação e revoga a Resolução CFP nº 11/2012. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-11-2018>

Conselho Federal de Psicologia. (2020). Resolução nº 4 de 26 de março de 2020: Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-4-2020>

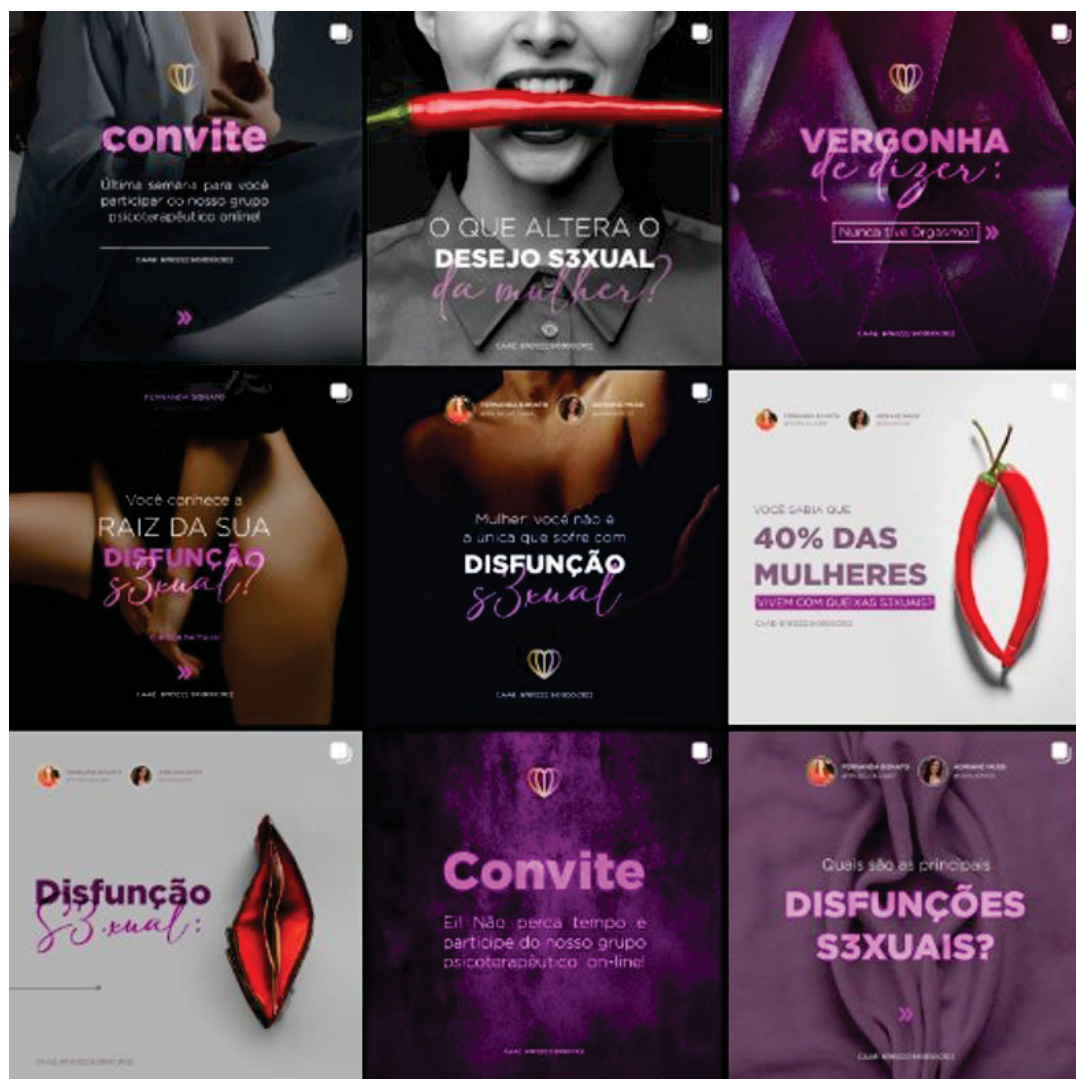
Frederick, D. A., John, H. K., Garcia, J. R., & Lloyd, E. A. (2018). Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1). <https://www.researchgate.net/publication/313835591>

- Fruhauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 915–933. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23559141/>
- Garcia, J. R., et al. (2014). Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles. *Journal of Sexual Medicine*, 11(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25131299/>
- Hanley, T., & Wyatt, C. (2020). A systematic review of higher education students' experiences of engaging with online therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 522–534. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/capr.12371>
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Clinical and Biomedical Research*, 27(1). <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/471/828>
- Hucker, A., & Marita, P. M. (2015). Incorporating mindfulness and chat groups into an online cognitive behavioral therapy for mixed female sexual problems. *The Journal of Sex Research*, 52, 627–639. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24742343/>
- Ierardi, E., Bottini, M., & Crugnola, C. R. (2022). Effectiveness of an online versus face-to-face psychodynamic counseling intervention for university students before and during the COVID-19 period. *BMC Psychology*, 10, 35. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00742-7>
- Julious, S. A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceutical Statistics: The Journal of Applied Statistics in the Pharmaceutical Industry*, 4(4), 287–291. <http://dx.doi.org/10.1002/pst.185>
- Latorre, G. F. S., Carmona, N. K., Bilck, P. A., Berghmans, B., & Sperandio, F. F. (2015). Escores de corte para o FSFI. <https://perineo.net/pub/latorre2015b.pdf>
- Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. D. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77, 100054. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35905577/>
- Masheb, R. M., et al. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain*, 141(1–2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19022580/>
- McGrath, K. B. (2012). *Validation of the Drexel University ACT/CBT adherence and competence rating scale: Revised for use in a clinical population* (Doctoral dissertation). Drexel University, Philadelphia, PA. <https://researchdiscovery.drexel.edu/esploro/outputs/doctoral/Validation-of-the-Drexel-University-ACTtCBT/991014632577504721>
- Mirzaee, F., Ahmadi, A., Zangiabadi, Z., & Mirzaee, M. (2020). The effectiveness of psycho-educational and cognitive-behavioral counseling on female sexual dysfunction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 333–339. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YMFRLYtKbtKrrkwQs9RGCKG/>
- Neufeld, C. B., & Rangé, B. P. (2017). Aspectos técnicos e o processo em TCCG: Breve histórico das terapias em grupo e da TCCG. In C. B. Neufeld & B. P. Rangé (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática* (pp. 33–54). Artmed.
- Pacagnella, R. D. C., Martinez, E. Z., & Vieira, E. M. (2009). Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de*

- Saúde Pública, 25, 2333–2344. <https://www.scielo.br/j/csp/a/k76sF6xTL87xTMNV74RKQwh/>
- Pappas, S. (2023). Group therapy is as effective as individual therapy, and more efficient. Here's how to do it successfully. *Monitor on Psychology*, 54(2). <https://www.apa.org/monitor/2023/03/continuing-education-group-therapy>
- Parish, S. J., et al. (2019). The International Society for the study of women's health process of care for the identification of sexual concerns and problems in women. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(5). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619619300643>
- Ribeiro, S., Alarcão, V., Simões, R., et al. (2014). General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 386–393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261826/>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782451/>
- Schlossmacher, C., Bonato, F. R. C., & Schlossmacher, L. (2021). Prevalência de disfunções sexuais entre mulheres atendidas em unidades de saúde de Curitiba. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 32(1). https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/961/865
- Schröder, J., & Schmiedeberg, C. (2015). Effects of relationship duration, cohabitation, and marriage on the frequency of intercourse in couples: Findings from German panel data. *Social Science Research*, 51, 72–82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26004449/>
- Sheer, O., Skakke, D., Giraldi, A., Shaeer, E., & Shaeer, K. (2020). Female orgasm and overall sexual function and habits: A descriptive study of a cohort of U.S. women. *Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1133–1143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32201145/>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Velten, J. (2024). Results of a randomized waitlist-controlled trial of online cognitive behavioral sex therapy and online mindfulness-based sex therapy for hypoactive sexual desire dysfunction in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(11), 742–755. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39446648/>
- Wolpe, R. E., et al. (2017). Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 211, 26–32. <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2817%2930018-0>
- Yilmaz, B. A., Sonmez, Y., & Sezik, M. (2020). Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31854497/>
- Zarski, A. C., Velten, J., Knauer, J., Berking, M., & Ebert, D. D. (2022). Internet and mobile-based psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Digital Medicine*, 5, 139. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36085306/>

Appendix 1

These are examples of posts shared on social media.



Appendix 2

Session	Topic	Procedure	Technique
1st	Let's meet each other	Objectives: Develop the participants' bond and comprehend the nature of their sexual complaints and dysfunctions. Procedures: The group agreements were established, such as days and hours of the meetings, emotional support necessities, sorority, professional secrecy, and the reading of the Informed Consent Form (ICF). Homework: Reflecting on how they could commit to improving their sexual health and satisfaction.	Adaptation of two ice-breaking dynamics from "The Pleasure Project": "What we want to know about each other" and "Expectations and agenda setting" (The Pleasure Project, 2023)
2nd	How do we communicate your sexual/affective desires and expectations?	Objectives: Enhance the participant's assertive communication and empathic confrontation skills with their partners. Procedures: Audiovisual devices were used to foment reflection about the importance of communicating sexual desires during the sexual act. Homework: Consider and punctuate the likes and dislikes of a sexual/affective relationship. Resorting to the WhatsApp group chat to engage in exchanges throughout the weeks, which would function as a support network.	Group dynamic "Like it X Don't like it" and audiovisual material presentation of an excerpt from the "Sexty" first episode.
3rd	What mobilizes and what inhibits sexual desire?	Objectives: Promote considerations about ways of obtaining pleasure and how they may enlarge their sexual repertoire, including the currently not practiced activities they enjoy. Procedures: The homework discussion enabled a collective formulation of a sexual menu and a reflection on intense and mild stimuli that could be excitatory or inhibitory. Homework: Drawing comparisons between their desires and peppers, pondering what would be less (sexually) spicy and what would be more arousing for them nowadays.	Adaptation of two dynamics from "The Pleasure Project": "Talking about sex and pleasure" and "Things that give me Pleasure."
4th	Am I nourishing my desire in my individual and partnered sexual activities?	Objectives: Opportunize a contemplation about the desire in their daily routine, whether sexual or not. Procedures: Homework discussion, facilitating reflections about sexual and affective relationships - especially on what concerns the stimuli shared with partners - which made possible analysis about the (in)satisfaction with their sexual lives. Homework: Talk with their partners about the current sexual repertoire and sexual desire, particularly on what relates to the factors that promote or hinder healthy and satisfactory sexual involvement.	Psychoeducation.

Appendix 2 (continuation)

Session	Topic	Procedure	Technique
5th	Is sexuality in my priorities list? Which sexual myths and beliefs permeate my sexuality?	Objectives: Reflect on how some learnings acquired about sexuality not only impede sexual well-being but also maintain sexually prejudicial practices and misconduct. Procedures: The homework discussion generated considerations on how much sexuality was (or was not) a priority in the couple's relationship, enabling ponderings about sexual myths and beliefs held by the participants. Homework: Reflecting on the education on sexuality they received and its connection with their sexual myths and beliefs. A timeline construction of their current affective-sexual relationship. Throughout the week, as a complement to the reflection proposed, it was also shared on the WhatsApp group chat: • news about sex dating from the UOL website • a "Just Like Our Parents" excerpt discussing the excess of daily responsibilities and the sexual desire inhibition • a Marcela Gowan's video on gender roles	The work with sexual myths and beliefs based on the use of <i>Baralho sexual</i> (Sardinha, 2018) and the chapter "Eu sei o que você pensa": trabalhando os mitos e as distorções cognitivas", from the book "Aplicações práticas do baralho da sexualidade", Sardinha (2022). Timeline construction: adaptation from an exercise proposed by The Pleasure Project (2023): "The Pleasure Lifeline." Audiovisual materials sharing to complement reflections between the meetings.
6th	Let us learn more about sex and sexuality? Psychoeducation from the history of the sexual study field.	Objectives: Execute psychoeducation concerning human sexuality aspects, including topics regarding spontaneous and responsive desire. Procedures: Recapitulation and discussion about the last homework assignment. Considerations regarding the influences that sexual myths exert on each one's erotic and affective relationships. The second task permitted a graphic visualization through a "sexual timeline" of their current relationships and how they evaluate the sexual trajectory experienced with their partners. Subsequently, psychoeducation based on Kinsey et al. (1948, 1954), Masters & Johnson (1976), Kaplan (1987), and Basson (2000) deliberations were presented. Homework: Due to the sexuality psychoeducation work developed at the meeting, we opted to solicit no homework between the meetings. However, it was shared on the WhatsApp group chat throughout the week, as well as Ester Perel's (2013) TedTalk regarding spontaneous and responsive desire emphasizing long-term relationships.	Expositive psychoeducation with the aid of slides prepared by the psychotherapists. Informative materials were shared to foment reflections between the meetings.

Appendix 2 (continuation)

Session	Topic	Procedure	Technique
7th	You are learning about what could go good or bad in your sexuality: Exploring different erogenous zones in your body and comprehending the pain and the sexual failure cycles.	Objectives: Proceed the work with psychoeducation concerning human sexuality aspects, encompassing the cycles of pain and sexual failure to expand not only the sexual repertoire but also the exploration of other erogenous zones. Procedures: Clarifying doubts about the topics covered in the previous meeting's psychoeducation. Self-massage exercise on the hands with mindfulness, followed by an analogy between the hand touches practiced and masturbation. The exercise conducted a discussion about sexual repertoires. Subsequently, psychoeducation was presented regarding the sexual failure cycle (Sardinha, 2020) and the sexual pain cycle (Carvalho & Sardinha, 2017). Homework: Self-observing on a mirror with kindness, being attentive to the sensations related to each body part. Concomitant or employing the same mindfulness techniques used on the hand's self-massage exercise on other body parts. This activity was proposed with a suggestive character, emphasizing its non-obligatory feature and the importance of respecting their boundaries.	The self-massage activity was adapted from Sardinha's (2023) live about interventions on Female Orgasm Disorder. Expositive psychoeducation with the aid of slides prepared by one of the group psychotherapists. Adaptation of the Compassive Body-Scanning technique contained in Neff & Gerner's (2019) chapter "Autocompaixão E Nossos Corpos."
8th	Female masturbation.	Objectives: Generate an opportunity to discuss femininities, sexual myths, and beliefs related to women, social beauty standards, and female bodies. Procedures: Recapitulation and discussion about the last homework assignment. Ponderings were elaborated about coercion due to beauty standards and its effects on female health and sexuality. There was also a subsequent presentation of audiovisual material to address female masturbation. Homework: Non-imposing suggestion to attempt masturbation without the partner's presence and with emphasis on the kindness and affection worked during the prior homework. Between the meetings, as a complement to foment the reflection, it was shared on the WhatsApp group chat: the material "Manual da Siririca" produced by Mariana Azambuja, The Vulva Gallery's Instagram and website, and the animated short film Le Clitoris.	Audiovisual material presentation: excerpt of the "Sex, Love and Goop" series. Informative materials were shared to complement the reflections between the meetings.
9th	Female orgasm.	Objectives: Develop a psychoeducational concerning female masturbation and sexual pleasure. Procedures: Audiovisual material presentation as a psychoeducative activity regarding the cisgender woman's sexual anatomy and as an opportunity to deconstruct female sexuality myths. Homework: Due to the nonadhesion verified on the prior homework, its suggestion was reiterated at the current meeting.	Audiovisual material presentation: excerpt of the episode "The Female Orgasm" from "Explained" (Netflix).

Appendix 2 (continuation)

Session	Topic	Procedure	Technique
9th	Female orgasm.	Objectives: Develop a psychoeducational concerning female masturbation and sexual pleasure. Procedures: Audiovisual material presentation as a psychoeducative activity regarding the cisgender woman's sexual anatomy and as an opportunity to deconstruct female sexuality myths. Homework: Due to the nonadhesion verified on the prior homework, its suggestion was reiterated at the current meeting.	Audiovisual material presentation: excerpt of the episode "The Female Orgasm" from "Explained" (Netflix).
10th	Sexual desire discrepancy	Objectives: Address the various phases of connection and intimacy in monogamous relationships, conceding an opportunity to reflect on the relationship's alterations regarding communication, desire, complicity, partnership, and sexuality. Procedures: Recapitulation and discussion about the last homework assignment. In this meeting, sexual desire discrepancy emerged as themes divergent from what was planned by the psychotherapists. Homework: An enlargement of their masturbatory repertoire was suggested through methods different from the ones utilized in the previous homework. The video "Ways to Make Love to Her" was sent on the WhatsApp group chat as a complement between meetings.	Psychoeducation. It also involved sharing informative materials to foster reflections between meetings.
11th	Moreover, if sexual boredom becomes part of the relationship?	Objectives: Reflect on the possibility of reduction not only on sexual frequency but also on the quality of intimate, affective, and sexual relationships, facilitating either the creation or the enlargement of sexual repertoires to cope with sexual boredom. Procedures: Recapitulation and discussion about the last homework assignment. Subsequently, ponderings were proposed about sexual boredom as a possible consequence of automatizations on partnered sexual repertoires. After a brief exposition of their individual experiences, a group dynamic was effectuated, aiming at expanding sexual repertoire based on the cards from Baralho da Sexualidade (Sardinha, 2018). Homework: Engaging in non-genitalized touches with sensorial focus assisted by the Instituto Paulista de Sexualidade (2001) instructions—non-obligatory suggestive task.	Instituto Paulista de Sexualidade (2001). <i>Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual</i>. Summus. The "Baralho da Sexualidade: Conversando sobre sexo com adolescentes e adultos" de Sardinha (2018) was utilized for the meeting's dynamic.
12th	Online and sex education treatment closure.	Objectives: Address some considerations about what was experienced throughout the group, possible following difficulties in their sexual lives that may arise and the identification of auxiliary tools learned in the group. Procedures: Recapitulation and discussion about the last homework assignment and development of a closure activity: retrospection concerning the themes approached during the group.	12th

Reference of appendix 2

1. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):51–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693116/>
2. Carvalho A, Sardinha A. *Terapia cognitiva sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade.* Rio de Janeiro: Editora Cognitiva; 2017.
3. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. *Sexual behavior in the human male.* Philadelphia, London: W.B. Saunders; 1948.
4. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *A conduta sexual da mulher.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1954.
5. Masters WH, Johnson VE. *Conduta sexual humana.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
6. Neff K, Germer C. *Autocompaixão e nossos corpos.* In: *Manual de Mindfulness e Autocompaixão: Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo.* Porto Alegre: Artmed; 2019.
7. Perel E. The secret for desire in a long-term relationship. In: *Ted Talks* [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 20]. Available from: https://www.ted.com/talks/esther_perel_the_secret_to_desire_in_a_long_term_relationship
8. Sardinha A. *Baralho da sexualidade: conversando sobre sexo com adolescentes e adultos.* Sinopsys Editora; 2018.
9. Sardinha A. *Terapia cognitiva sexual - teoria e prática.* 2nd ed. Episteme; 2020.
10. Sardinha A. *Aplicações práticas do baralho da sexualidade.* Novo Hamburgo: Sinopsys Editora; 2022.
11. Sardinha A. *Como eu trato: Transtorno do orgasmo feminino* [Vídeo]. Hotmart [Internet]. 2023 Jun 13 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://dra-aline-sardinha.memberkit.com.br/79328-formacao-em-terapia-cognitiva-sexual/2649714-transtorno-do-orgasmo-feminino>

3.4 Artigo 4 – “Homework adherence in Mindfulness-based cognitive interventions for female sexual dysfunction: A scoping review”

Homework adherence in Mindfulness-based cognitive interventions for female sexual dysfunction: A scoping review

Fernanda Rafaela Cabral Bonato¹, Nicolas de Oliveira Cardoso² e Lori Anne Brotto^{3*}

Abstract

Background: Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) includes regular home practice of mindfulness exercises as a key means of cultivating mindfulness. Although there are instruments available for measuring homework adherence following cognitive behavioral therapy (CBT), little is known about measuring homework practice in MBCT studies for sexual dysfunction.

Aim: In this review we sought to investigate which items and instruments are the most used for the assessment of homework adherence in studies evaluating MBCT for the treatment of female sexual dysfunction (FSD). We also investigated the types of homework used in these interventions.

Methods: Five databases (PubMed, Scopus, PsycINFO, Embase, and Web of Science) were searched and a total of 30 articles were included in this review.

Outcomes: Our main findings revealed that there was no gold standard instrument used to assess homework adherence in patients using MBCT interventions for FSD, and that most of the reported studies did not provide information on how they assess homework adherence.

Results: Six of the 9 studies for which the articles reported how homework was assessed used only ad hoc measures. Only 3 studies used psychometrically validated instruments. We also found that mindfulness, psychoeducation, and CBT exercises were the most prescribed homework.

Strengths and Limitations: This review uniquely integrates homework adherence measures with studies on FSD that evaluate mindfulness, finding no gold standard for assessing adherence. However, limitations including both MBCT and CBT interventions, limiting generalization to MBCT alone, the predominance of Western-based studies, and the lack of reporting on instruments used to assess adherence, indicating a gap in the field.

Conclusion: Further studies should consider adapting existing instruments that assess homework adherence in studies of CBT for Other psychopathologies or seek to develop new psychometrically validated instruments for MBCT interventions that assess homework adherence.

Keywords: homework; mindfulness; mindfulness-based cognitive therapy; female sexual dysfunction.

Introduction

1 Department of Psychology, Human Science, Federal University of Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brazil.

2 Department of Psychology, School of Health and Life Sciences, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil.

3 Departments of Obstetrics & Gynaecology and Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.

*Corresponding author: Department of Gynaecology, 2775 Laurel Street, Vancouver V5Z 1M9, BC, Canada. Email: lori.brotto@ubc.ca

Received: May 7, 2024. Revised: July 16, 2024. Accepted: August 21, 2024

© The Author(s) 2024. Published by Oxford University Press on behalf of The International Society of Sexual Medicine.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Sexual health is considered a physical, emotional, mental, and social aspect of well-being and not merely the absence of disease or dysfunction.¹ On the other hand, “sexual dysfunctions” are a heterogeneous group of disorders that are typically characterized by clinically significant disturbance in a person’s ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. Sexual dysfunctions involve interactions between biological, sociocultural, and psychological factors and are ordinarily divided into male and female disorders.² In general, sexual dysfunctions in women fall into the categories of low or absent desire, difficulties with or inability to orgasm, and genito-pelvic pain.³

The psychological mechanisms of female sexual dysfunction (FSD) are complex and multifaceted, involving emotional (eg, anxiety, depression, stress), cognitive (eg, negative beliefs and attitudes about sex, unrealistic expectations, body image issues), and behavioral factors (eg, relational factors, lack of communication with partner, avoidance of intimacy).⁴ Given the established role of these factors in maintaining sexual difficulty, there is a strong need for evidence-based psychological treatments that address these issues as a means of improving FSD.⁴ Psychological treatments remain the gold standard for treating FSD.⁵⁻⁷ In recent years, mindfulness-based interventions have shown significant efficacy in treating FSD, including substantial improvements in various aspects of the sexual response cycle that are maintained in the long term. Furthermore, these interventions also reduce symptoms of depression and anxiety and contribute to positive changes in many areas, such as couple harmony and communication.^{8,9}

Mindfulness has its roots in Eastern contemplative traditions like meditation¹⁰ and involves three dimensions: attention, intention, and attitude. Of note, however, mindfulness is the secular and somewhat simplified adaptation of meditation and has been readily taken up in Western society.¹⁰ Paying attention consists of observing the operations of internal and external experiences from moment to moment. At the same time, intention concerns observing yourself and developing self-regulation, self-exploration, and self-liberation, bringing attention to yourself, your thoughts, and your body. Mindfulness can also be defined as an attentive, nonjudgmental focus on experiences in the here and now.^{10,11}

Previously, research has shown that sexual beliefs and cognitive distraction during sexual activity are prevalent among women with sexual dysfunction and have negative impacts on their sexual satisfaction and desire.^{12,13} On the other hand,

mindfulness practices help to improve mood and focus, encouraging acceptance of the present moment, decreasing the tendency to self-criticize, and helping with distracting thoughts.^{14,15}

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) has been tested extensively as a treatment for various FSDs, such as sexual interest/arousal disorder, provoked vestibulodynia, orgasm disorders, and sexual problems in cancer survivors, patients who have a history of childhood sexual abuse, and patients with sexual problems after multiple sclerosis.¹⁶⁻²⁰

Delivery of MBCT treatment typically includes homework related to regular daily practice of mindfulness exercises aimed at increasing self-awareness of bodily changes, as well as the thoughts that arise in the present moment, in nonsexual and sexual scenarios.^{15,21,22} Homework has been emphasized as an essential component of treatment that is required to develop and hone the skills involved in mindfulness and to see symptom improvement in conditions like depression, anxiety, and FSD.^{23,24} This is especially true for FSD, because practicing mindfulness at home increases awareness of feelings during sexual intercourse, improves communication, reduces anxiety, and develops new sexual skills.^{23,24} The therapist plays an active role in recommending homework that will provide opportunities to practice and incorporate newly acquired skills.²⁵ In this manner, homework extends the learning experience from the office to the home, augmenting the overall therapeutic benefits.²⁵ Typically, homework assignments from sex therapists contain four basic components: psychoeducation, bibliotherapy, communication skills, and physical assignments.²⁵ The last two are commonly prescribed to be performed with a sexual partner, aiming to reduce misinformation about sexual function and negative attitudes that have been internalized, including past negative experiences that contribute to FSD.²⁵

Despite the critical role that homework plays in cultivating mindfulness skills, few studies have systematically documented what homework was given, how it was measured, and whether the partner was involved in the homework. Furthermore, many homework assignments are recommended by MBCT studies, but it is not clear which homework is most used. In addition, homework is often evaluated with ad hoc instruments that are not psychometrically validated.¹³⁻³² The use of nonvalidated instruments should be avoided due to the difficulty in comparing results across studies and the potential for conclusions to be made about the efficacy of a program even when the amount of patient engagement is unknown.³³⁻³⁵ Additionally, the

development of new measurement instruments, even those with strong psychometric evidence, requires a solid theoretical foundation that justifies their necessity.³³⁻³⁵ Therefore, a literature review and confirmation of the absence of similar existing instruments are the initial steps recommended by some best practice guidelines for instrument development.^{33,36}

Considering the importance of homework for cultivating the skills of mindfulness, as well as the use of ad hoc instruments by various researchers in this field of study, in this review we aimed to investigate which are the most used items and instruments for the assessment of homework adherence in studies evaluating MBCT for the treatment of FSD. We also investigated the types of homework used in these interventions.

Due to the interchangeable use of the terms homework adherence, compliance, and completion in various studies, in the present study we elected to use only the term adherence, which is an active process whereby patients seek behavioral changes, taking responsibility for their own overall well-being.³⁷

The goal of this scoping review was to investigate which are the most used items and instruments for the assessment of homework adherence in studies evaluating MBCT for the treatment of FSD.

Methods

To perform this scoping review we followed the checklist proposed in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for Scoping Reviews³⁸ (PRISMA-ScR).

Search strategy

The search for papers was conducted by two independent researchers (N.D.O.C. and F.R.C.B.) in January 2024. The search string was developed by N.D.O.C. and F.R.C.B. according to the search terms and concepts recommended by two vocabulary databases: Thesaurus (PsycINFO) and Medical Subject Headings (MeSH/PubMed). We also consulted the keywords used by some previous highly cited studies in the area of female sexuality.^{39,40} The final string was also approved by the senior author (L.A.B.).

The following keyword string was used in all searches: (“female sexual dysfunction” or “female sexual disorder” or “sexual function” or “sexual function

disturbance*” or “dyspareunia” or “hypoactive sexual desire” or “orgasmic disorder” or “orgasmic dysfunction” or “psychological sexual dysfunction” or “vulvodynia” or “vestibulodynia” or “vulva* pain” or “vaginismus” or “genital pelvic pain” or “sexual interest/arousal disorder” or “vulvar disease” or “anorgasmia” or “sexual aversion disorder” or “sexual arousal disorder” or “sexual pain disorder” or “sexual pain/penetration disorder” or “sexual pain” or “female pelvic floor dysfunction” or “female pelvic pain”) and (“mindfulness”). The searches were performed in five databases: PsycINFO, Scopus, Web of Science, Embase, and PubMed. The only filter used in all databases was document type (ie, article or journal article).

Data selection and eligibility

The articles located in the databases were imported to the Rayyan website, where the selection and screening steps were conducted. Rayyan is a free tool that helps researchers perform systematic or scoping reviews. This tool has a “blind mode” (ie, similar to the peer-review process) that reduces the risk of selection bias.⁴¹ Then, after completion of the title and abstract–screening process, the website allows for the removal of blind mode, showing the decisions made by each researcher. Then, a new tab named “conflicts” appears, which shows all articles with different decisions regarding inclusion and exclusion of articles in this review.

In the present study, after duplicate papers were excluded, the remaining studies were screened by two independent judges (N.D.O.C and F.R.C.B.). The senior author (L.A.B.) resolved any disagreements between raters.

The inclusion criteria used in the screening of published study reports were the following: (1) The reported study included women aged ≥ 18 years with an established diagnosis of any FSD or report of any “sexual issue,” which was defined as anything women reported feeling distressed about regarding their sexuality that did not meet the full diagnostic criteria for FSD.⁴² (2) The study included at least one group of women who received MBCT and homework was mentioned in the publication. (3) A measure was reported that was used in the study to assess homework adherence and the homework prescribed was also reported. (4) The study was a randomized clinical trial (RCT) or a nonrandomized clinical trial (NRCT) consisting of one group (pre-/post-test) or multiple groups (eg, intervention and control), regardless of the level of blinding. Exclusion criteria were the following: (1) duplicate papers; (2) studies with heterogeneous samples in the same intervention group (eg, men and women/couples); (3) studies that

primarily delivered another intervention with a smaller degree of mindfulness (eg, CBT intervention studies); (4) publications with secondary analysis of previous clinical trials. There were no restrictions on the year or language of the publications.

Data extraction

The following data were extracted from the included papers by two independent reviewers (N.D.O.C and F.R.C.B.): (1) identification of the study (last name of the author, country, and publication year); (2) study design (RCT or NRCT); (3) number and length of intervention sessions; (4) homework assessment instruments; (5) partner involvement during homework; (6) homework prescribed; (7) homework duration (number and length of home practices); (8) sample characteristics (eg, sample size, mean age, sexual dysfunction). All data extracted were reviewed by the senior author.

Data synthesis

The results section was divided into three categories: (1) publication and sample related information, (2) homework prescribed, and (3) instruments used to assess homework adherence. Those categories were developed inductively according to data extraction and refined through critical analysis. Furthermore, some studies used different nomenclatures to refer to the same technique; these nomenclatures were unified to avoid overlap during the presentation and discussion of the results. For example, the home practices of “mindfulness” and “meditation” were grouped into the category “mindfulness”.

Results

Initially we identified 423 papers in the 5 assessed databases. After duplicates were removed, the total number of records screened was 180. Next, 99 papers were excluded after title and abstract screening. The main reasons for exclusion at that point were the following: being off topic (not addressing FSD or not assessing homework) and (2) incompatible method (eg, literature reviews, clinical trial registration protocols). After the screening stage, 81 studies that met our inclusion criteria were selected for full-text review. The papers most commonly excluded at the full-text review stage were Papers that did not provide any information regarding the use of homework, did not evaluate MBCT, were not NRCTs or RCTs, reported delivery of couples therapy that integrated MBCT, or evaluated a standard CBT intervention. During the full-text review,

there was disagreement among the raters regarding the relevance of 11 of the 80 studies (IRR = 0.86); those inconsistencies were resolved through discussion. All of the research team members were in agreement regarding the final inclusion of 30 papers. Figure 1 shows the steps of data selection according to the PRISMA-ScR.³⁸

Table 1 presents the main characteristics of the included studies. Each article has been assigned a number (eg, 1, 2, 3...). These numbers are used to refer to the included studies throughout the results section. Table 2 lists the main characteristics of the participants.

Characteristics of the included studies and their participants

Almost half ($n = 12$) of the papers included in our review were conducted in Canada, followed by the United States ($n = 7$) and Iran ($n = 6$). Researchers from Poland, Belgium, Finland, Taiwan, and the Netherlands conducted 1 study each. There were equal numbers of RCT ($n = 15$) and NRCT ($n = 15$) studies. The included articles were published between 2008 and 2023; most ($n = 16$) were published in the last 5 years.

Regarding the types of sexual dysfunction investigated, studies of sexual interest/arousal disorder were the most frequent ($n = 10$), followed by studies related to female survivors of cancer ($n = 6$); women with provoked vestibulodynia ($n = 3$), orgasm disorder ($n = 1$), or chronic pelvic pain ($n = 1$); specific populations such as women who were post-menopausal ($n = 1$), had sexual distress and a history of childhood abuse ($n = 1$), had undergone risk-reducing salpingo-oophorectomy ($n = 2$), had interstitial cystitis/bladder pain syndrome ($n = 1$), had multiple sclerosis ($n = 1$), or suffered from infertility ($n = 1$), premenstrual syndrome ($n = 1$), or nonspecified sexual dysfunction.

Treatment duration ranged from 1 to 16 sessions, but almost 50% of the studies ($n = 14$) were conducted using 8 sessions of MBCT. The same variety can be seen in the minutes used in each intervention session, since the shortest session was 60 minutes and the longest was 240 minutes. In some studies ($n = 7$) the session duration for each intervention was not reported.

The sample sizes of the included studies ranged from 5 to 148 participants, with a total of 1747 women participating in the 30 studies. It was not possible to calculate the overall mean age of all studies as some did not report the mean, and many did not report the SD. Despite this lack of reporting, we found that between the studies that

reported mean (SD) age, the lowest reported values were 25.1 (3.7) and the highest were 55.83 (10.3).

Homework prescribed

Mindfulness exercises, such as body scan, sitting mindfulness, eating mindfulness, breathing mindfulness, stretch and breath, self-observation, and sensate focus (a couples-based mindfulness exercise) were most frequent homework prescribed ($n = 28$). The second most common homework prescribed was psychoeducation ($n = 17$), such as reading, performing body image exercises, learning about the sexual response cycle, and touching with pleasure. Less frequently prescribed homework was individual or couple CBT ($n = 15$), including worksheets, communication, behavior exercises, monitoring sexual beliefs, progressive muscle relaxation, and taking stock of sexual concerns. Physiotherapy exercises ($n = 2$), such as Kegel exercises and pelvic movement, were also prescribed in some studies.

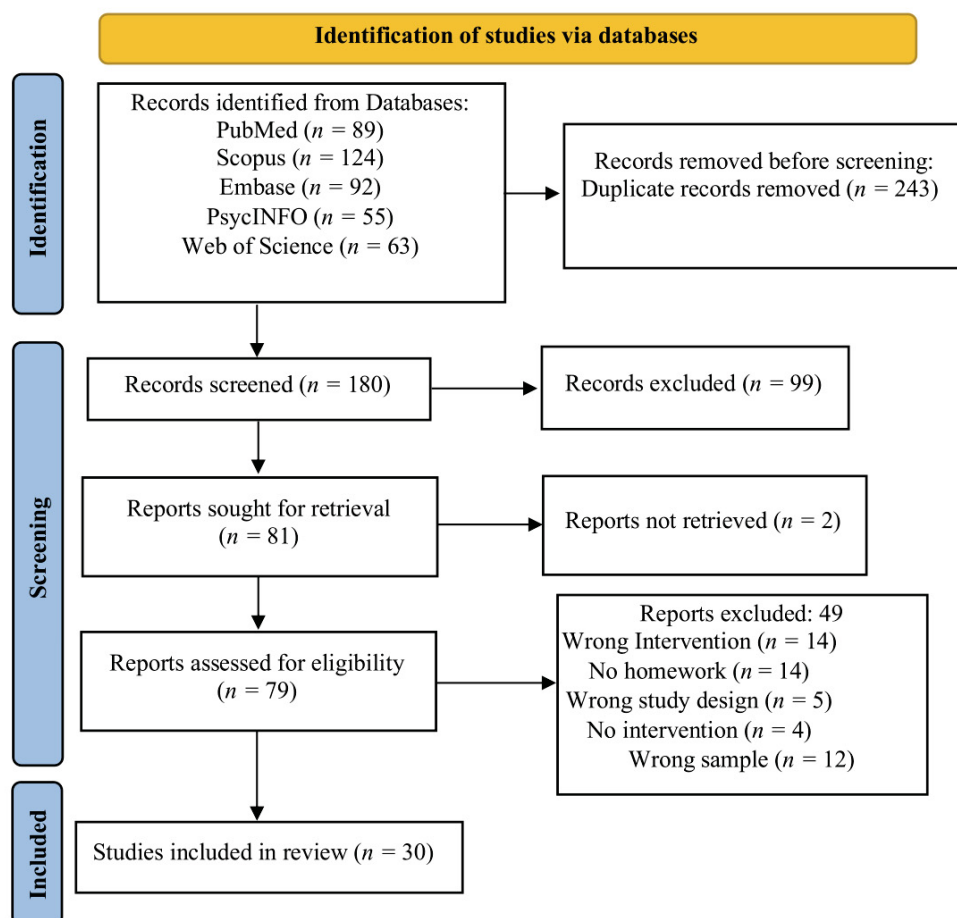


Figure 1. Paper selection flowchart prepared using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).³⁸

Instruments used to assess homework adherence

Most studies ($n = 21$) did not report how homework adherence was assessed, even though the publication noted that homework was assessed. Some studies used only ad hoc instruments ($n = 6$) to measure homework adherence. In this evaluation, Likert scales ranging from 0 to 2 were used to ask whether or not the participants had completed the homework and whether they had noticed a difference in improving their symptoms after completing these homework activities ($n = 3$). In 1 study ($n = 1$), a Likert Scale from 1 to 5 was used to assess homework adherence. In another study ($n = 1$) participants were also asked to complete a checklist of worksheets, exercises, and questions relating to the amount of mindfulness practice. In another study ($n = 1$) participants were asked to provide information on the quantity and quality of each meditation presented during the sessions and to document how often the participants practiced each assigned exercise each week. This Likert scale was based on number of days per week: once a week, twice a week, 3 or 4 times a week, more often, or never.

Two studies used both instruments with good psychometric validity and ad hoc items. One of them used a Likert Scale from 0 (not at all) to 4 (high degree) to verify to what extent the participants were able to complete the homework tasks and to what extent they were able to practice the skills and exercises they had learned in the group. In addition to the ad hoc items, the authors also used the MBCT Adherence Scale (MBCT-AS), which is based on a 17-item scale that was aimed to measure therapist adherence to the treatment protocol for MBCT to address recurrence of major depressive disorder. This scale was modified by Brotto et al.,^{43,44} and just 7 items were used. These studies also used two ad hoc questions to assess homework: (1) “Overall, to what degree were you able to complete your homework assignments?” and (2) “Overall, since the last group session, to what degree have you been able to practice the skills and exercises you learned in group?”

A different study¹⁷ used 2 ad hoc questions in a Likert Scale from 0 to 10: (1) “How easy or difficult was it to do the home practice(s)?” and (2) “How many of the assignments were you able to complete?” In addition, the authors used the Homework Rating Scale, which is a 12-item self-report measure created to measure the therapist, client, and task characteristics between client compliance with homework assignments using a 5-point scale. This study¹⁷ was the only study in which a psychometric

instrument (the MBCT Adherence Scale) was used exclusively to assess homework adherence.

Table 1

Table 2

Despite the lack of standardization in how homework adherence is assessed in trials evaluating MBCT treatment for FSD, there are instruments available in the field of CBT to measure homework in a variety of conditions, such as the Homework Rating Scale—II Client and Therapist versions for depression,^{45,46} and the Patient Exposure and Response Prevention Adherence Scale—PEAS⁴⁷ for obsessive-compulsive disorder. However, previous meta-analyses in the field of CBT have shown that there are few psychometric instruments available to measure homework on the basis of the client point of view and that it is common to use instruments that assess the therapist's skills and competence in engaging the participant in homework.⁴⁸ Furthermore, many of the available instruments, such as the PEAS,⁴⁷ specifically assess certain techniques and/or contexts associated with specific psychopathology (eg, anxiety, obsessive compulsive disorder, attention deficit hyperactivity disorder). Therefore, even in the field of CBT there is a lack of instruments available to measure homework in cases of FSD.⁴⁸

Among the questions included in the ad hoc instruments, most of them asked the participants about whether homework was completed, as well as if the participants noticed an improvement in symptoms as a result of doing the homework; to what degree they were able to complete the homework; to what degree they were able to practice the skills and exercises learned in the group; how easy or difficult it was to do the practice at home; and how clear the instructions were for doing the homework. The findings are similar to those pointed out by previous authors that showed that few studies used psychometric instruments in psychotherapy to assess homework compliance, making it possible only to verify the quantity (or extent) of homework compliance rather than the quality of learning associated with home practices or the therapist's ability in engaging participants for homework practice.⁴⁸⁻⁵⁰

The most frequently prescribed homework exercises were mindfulness exercises, followed by psychoeducation, and then CBT skills (that were included as part of an MBCT program). Thus, our findings are aligned with those reported in the literature, which point to these techniques as the most effective for treating FSD.^{7,43,51}

In the field of human sexuality, interventions based on mindfulness have proven to be effective in treatment of both female and male sexual dysfunction, mainly because these techniques help participants to cultivate nonjudgment and increased observation of bodily sensations and emotions, as well as self-compassion.^{15,23,43,52} Psychoeducation has also been proven to be effective for improving sexual function and response. The work performed by Masters and Johnson⁵³ on sensate focus showed how knowledge of sexuality could minimize sexual suffering. Understanding the sexual response cycle, performing body image exercises, and addressing questions about the evaluation of factors that contribute to sexual experience, as well as sensate focus (which is now considered to be a mindfulness exercise) help to reduce anxiety and increase understanding of the physiology of the sexual act, favoring a healthier experience of sexual relations and bodily functioning.^{31,54,55} Last, CBT techniques, such as self-monitoring, evaluating thoughts, working with automatic thoughts and beliefs, and cognitive restructuring, have also proved to be effective during FSD treatment.^{7,51} Homework exercises that involve a partner are also often part of couples therapy programs aimed at resolving marital conflicts and for managing FSD.⁵⁶⁻⁵⁸

The current review is novel because it integrates reports of homework adherence measures with studies on FSD that have evaluated mindfulness, and overall, we found that there was no gold standard measure to assess homework adherence. Despite its strengths, this review has some limitations. First, the aim of our study was the investigation of MBCT interventions that prescribed homework. Despite this focus, some of the included studies used both MBCT and CBT as interventions and homework. Consequently, our results should not be generalized to other interventions. Second, most of the studies took place in Western countries, and the findings cannot be generalized to all cultures. Finally, most of the included studies did not report which instruments were used to analyze homework adherence, revealing a significant gap in this field of study. This gap is even more curious, given that several previous studies have demonstrated the importance of homework activities in acquiring new behavioral habits and consequently reducing the sexual symptoms.^{23,52,59} Despite that, our scoping review concludes that among the studies that reported how homework adherence was assessed, most used ad hoc measures.

Overall, although there are some psychometric instruments available to evaluate homework in the CBT field, when it comes to evaluating homework adherence

with MBCT for FSD, most investigators are relying on ad hoc instruments. It is important that in future research, investigators seek to adapt the instruments available in the field of CBT and/ to measure homework adherence in the field of FSD. Another possibility is the development of psychometrically validated instruments to specifically assess homework adherence in the FSD research field. In line with the recommendations of Kazantzis and Miller,⁵⁰ we also recommend that new homework adherence instruments should consider both quantitative (ie, amount of adherence) and qualitative (ie, quality of the homework and therapist skills in engaging clients in homework practice) aspects during homework assessment.

Finally, clinicians involved in treatment outcome research should not only prescribe homework to trial participants, but also monitor the progress of these activities. Discussing and evaluating the assigned activities with trial participants allows for the emotional, cognitive, and behavioral skills developed in therapy to be practiced between sessions. This practice helps integrate these skills into the client's emotional and behavioral repertoire, thereby facilitating the necessary changes for well-being and sexual health. Therefore, although our review concludes that there is a lack of validated measures of homework adherence, we identified the existence of three instruments with psychometric evidence that can be used by clinicians to monitor homework adherence.²⁵

Acknowledgments

We thank Dr. Bozena Zdaniuk for statistical assistance.

Author contributions

F.R.C.B.: Conceptualization-Equal, Investigation-Equal, Methodology- Equal, Validation-Equal, Writing – original draft-Equal, Writing – review & editing-Equal.

N.D.O.C.: Formal analysis-Equal, Methodology-Equal, Supervision-Equal, Writing – original draft-Equal, Writing – review & editing-Equal.

L.A.B.: Conceptualization-Equal, Methodology-Equal, Project administration-Equal, Supervision-Lead, Validation-Equal, Visualization-Equal, Writing – original draft-Equal, Writing – review & editing-Equal.

Supplementary material

Supplementary material is available at The Journal of Sexual Medicine online.

Funding

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001. The studies reviewed were funded by the Canadian Institutes of Health Research.

Conflicts of interest

None declared.

References

1. World Health Organization. **Defining Sexual Health Report of a Technical Consultation on Sexual Health**, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006: <https://www.ceslas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>
2. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed. Text Revision. American Psychiatric Association; 2022.
3. Kershaw V, Jha S. Female sexual dysfunction. **Obstetr Gynecologist**. 2022;24(1):12-23. <https://doi.org/10.1111/tog.12778>
4. Brotto L, Luria M. **Sexual interest/arousal disorder in women**. In: Binik YM, Hall KSK eds. **Principles and Practice of Sex Therapy**. 5th ed. Vol 41. Gilford Press; 2014: 560-562. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1043831>
5. Brotto LA. Evidence-based treatments for low desire in women. **Front Neuroendocrinol**. 2017;45:11-17. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
6. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study. **J Sex Med**. 13(1):88-94. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003>
7. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. **Arch Sex Behav**. 2013;42(6):915-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
8. Selice L, Morris KL. Mindfulness and sexual dysfunction: a systematic research synthesis. **J Sex Marital Ther**. 2022;48(4):323-342. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1991536>
9. Durna G, Ülbe S, Dirik G. Mindfulness-based interventions in the treatment of female sexual dysfunction: a systematic review. **Psikiyatride Güncek Yaklaşımlar**. 2020;12(1):72-90. <https://doi.org/10.18863/pgy.470683>

10. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. **J Clin Psychol.** 2006;62(3):373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
11. Kabat-Zinn J. **Wherever You Go, there You Are:** Mindfulness Meditation in Everyday Life. Hyperion; 1994.
12. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. **Arch Sex Behav.** 2006;35(4):491-499. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9047-1>
13. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. **J Sex Res.** 2006;43(1):68-75. <https://doi.org/10.1080/00224490609552300>
14. Rashedi S, Maasoumi R, Vosoughi N, Haghani S. The effect of mindfulness-based cognitive-behavioral sex therapy on improving sexual desire disorder, sexual distress, sexual self-disclosure and sexual function in women: a randomized controlled clinical trial. **J Sex Marital Ther.** 2022;48(5):475-488. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2008075>
15. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. **Behav Res Ther.** 2014 Jun;57:43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.001>
16. Brotto LA, Stephenson KR, Zippian N. Feasibility of an online mindfulness-based intervention for women with sexual interest/arousal disorder. **Mindfulness.** 2022;13(3):647-659. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01820-4>
17. Gorman JR, Drizin JH, al-Ghadban FA, Rendle KA. Adaptation and feasibility of a multimodal mindfulness-based intervention to promote sexual health in cancer survivorship. **Transl Behav Med.** 2021;11(10):1885-1895. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab083>
18. Brotto LA, Seal BN, Rellini A. Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. **J Sex Marital Ther.** 2012;38(1):1-27. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569636>
19. Adam F, Sutter P, Day J, et al. A randomized study comparing video-based mindfulness-based cognitive therapy with video-based traditional cognitive behavioral treatment in a sample of women struggling to achieve orgasm. **J Sex Med.** 2020;17(2):312-324. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.022>
20. Mosalanejad F, Afrasiabifar A, Zoladl M. Investigating the combined effect of pelvic floor muscle exercise and mindfulness on sexual function in women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. **Clin Rehabil.** 2018;32(10):1340-1347. <https://doi.org/10.1177/0269215518777877>
21. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, Basson R. Mindfulness and cognitive behavior therapy for provoked vestibulodynia: mediators of treatment outcome and long-term

effects. **J Consult Clin Psychol.** 2020;88(1):48-64.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000473>

22. Stephenson KR, Kerth J. Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. **J Sex Res.** 2017;54(7):832-849.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>

23. Jaderek I, Lew-Starowicz M. A systematic review on mindfulness meditation-based interventions for sexual dysfunctions. **J Sex Med.** 2019;16(10):1581-1596.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>

24. Sears C, Millman R, Brotto LA, Walker LM, Brotto LA, Walker LM. Feasibility and acceptability of a group-based mindfulness intervention for sexual interest/ arousal disorder following breast cancer treatment. **J Sex Marital Ther.** 2023;49(5):533-549.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2154296>

25. Gambescia N, Weeks G. **Sexual dysfunction.** In: Kazantzis N, L'Abate L, eds. *Handbook of Homework Assignments in Psychology: Research, Practice and Prevention.* Springer; 2007:351-336. https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4_21

26. Thomas HN, Brotto LA, de Abril Cameron F, Yabes J, Thurston. RC. A virtual, group-based mindfulness intervention for midlife and older women with low libido lowers sexual distress in a randomized controlled pilot study. **J Sex Med.** 2023;20(8):1060- 1068. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad081>

27. Najafabadi SH, Vakilian K, Ghaemmaghani M, Zamanian M, Beigi M. Investigating the effect of mindfulness counseling on sexual functioning of women with premenstrual syndrome. **Sex Reprod Healthc.** 2023 Sep;37:100886.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100886>

28. Brotto LA, Zdaniuk B, Chivers ML, Jabs F, Grabovac AD, Lalumière ML. Mindfulness and sex education for sexual interest/ arousal disorder: mediators and moderators of treatment outcome. **J Sex Res.** 2023;60(4):508-521.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2126815>

29. Saniei S, Fahami F, Samouei R, Tehrani HG. Investigation of the effect of mindfulness on sexual desire and sexual satisfaction in primigravida pregnant women. **J Edu Health Promot.** 2022;11(1):61-67. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_176_21

30. Gorman JR, Drizin JH, Smith E, Corey S, Temple M, Rendle KA. Feasibility of mindful after cancer: pilot study of a virtual mindfulness-based intervention for sexual health in cancer survivorship. **J Sex Med.** 2022;19(7):1131-1146.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.618>

31. Gunst A, Ventus D, Arver S, et al. A randomized, waiting-list controlled study shows that brief, mindfulness-based psychological interventions are effective for treatment of women's low sexual desire. **J Sex Res.** 2018;56(7):913-929.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1539463>

32. Paterson LQP, Handy AB, Brotto LA. A pilot of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. **J Sex Res.** 2018;54(7):850-861. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1208800>
33. Cardoso NO, Markus J, Machado WL, Guilherme AA. Measuring financial well-being: a systematic review of psychometric instruments. **J Happiness Stud.** 2023;24(8):2913-2939. <https://doi.org/10.1007/s10902-023-00697-5>
34. Zumbo BD. **Validity**: foundational issues and statistical methodology. In: Rao CR, Sinharay S, eds. *Handbook of Statistics*. Elsevier & Science; 2006:45-79. [https://doi.org/10.106/S0169-7161\(06\)26003-6](https://doi.org/10.106/S0169-7161(06)26003-6).
35. Nunnally JC. **Psychometric Theory** 3E. Tata McGraw-Hill Education; 1994.
36. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. **Front Public Health.** 2018;6(149):1-18. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
37. Mir T. Adherence versus compliance. **HCA Healthc J Med.** 2023;4(2):219-220. <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1513>
38. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med.** 2018;169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
39. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness- based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. **Arch Sex Behav.** 2016;45(8):1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>
40. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. **Sex Med Rev.** 2019;7(2):223-250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
41. Ouzzani M, Fedorowicz Z, Elmagarmid AK, Hammady H. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Syst Rev.** 2016;5(1):210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
42. Shaeer O, Shakke D, Giralddi A, Shaeer E, Shaeer K. Female orgasm and overall sexual function and habits: a descriptive study of a cohort of U.S. women. **J Sex Med.** 2020;17(6):1133-1143. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.029>
43. Brotto LA, Zdaniuk B, Chivers ML, et al. A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. **J Consult Clin Psychol.** 2021;89(7):626-639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>
44. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, et al. A comparison of mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behavioral therapy for the treatment of provoked

vestibulodynia in a hospital clinic setting. **J Sex Med.** 2019;16(6):909-923. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.002>

45. Kazantzis N, Deane FP, Ronan KR, L'Abate L. Using Homework Assignments in **Cognitive Behavior Therapy.** Routledge; 2005. <https://doi.org/10.4324/9780203499825>

46. McDonald BR, Morgan RD. Enhancing homework compliance in correctional psychotherapy. **Crim Justice Behav.** 2013;40(7):814-828. <https://doi.org/10.1177/0093854813480781>

47. Simpson HB, Maher M, Page JR, Gibbons CJ, Franklin ME, Foa EB. Development of a patient adherence scale for exposure and response prevention therapy. **Behav Ther.** 2010;41(1):30-37. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.002>

48. Kazantzis N, Whittington C, Zelencich L, et al. Quantity and quality of homework compliance: a meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. **Behav Ther.** 2016;47(5):755-772. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.002>

49. Kazantzis N, Deane FP, Ronan KR, Deane FP, Ronan KR. Assessing compliance with homework assignments: review and recommendation for clinical practice. **J Clin Psychol.** 2004;60(6):627-641. <https://doi.org/10.1002/jclp.10239>

50. Kazantzis N, Miller AR. A comprehensive model of homework in cognitive behavior therapy. **Cogn Ther Res.** 2022;46(1):247-257. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10247-z>

51. Bonato FRC, Mussi A, Genez LF, Pellizzer CMN, de Oliveira Cardoso N. Efficacy of group psychotherapies for the treatment of female sexual dysfunction: a systematic review. **Trends in Psychol.**2024. <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00358-3>

52. Stephenson KR, Latimer SRE, Zippan NL, Brotto LA. History of sexual assault as a predictor of response to a self-guided online program for sexual desire and arousal difficulties in women. **Arch Sex Behav.** 2023;52(8):3379-3391. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02685-5>

53. Masters W, Johnson VE. **Human Sexual Response.** Little, Brown and Company; 1966.

54. Weiner L, Avery-Clark C. Sensate focus: clarifying the Masters and Johnson's model. **Sex Relatsh Ther.** 2014;29(3):307-319. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.892920>

55. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. **J Sex Med.** 2008;5(7):1646-1659. <https://doi.org/10.1111/1743-6109.2008.00850.x>

56. Gemeusco M. Mindfulness-based couples and family therapy: a literature review. **J Experiential Psychother.** 2019;22(3):46-59.

57. Ismaeilzadeh N, Akbari B. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in sexual self-efficacy and marital satisfaction among couples with marital conflicts. *Avicenna J Neuro Physiology*. 2020;7(1):29-36. <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.1.104>
58. Leavitt CE, Allsop DB, Gurr J, et al. A couple's relationship education intervention examining sexual mindfulness and trait mindfulness. *Sex Relatsh Ther*. 2020;39(3):984-996. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2024802>
59. Hawton K. **Sex Therapy: A Practical Guide**. Oxford University Press; 1985. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192614131>

Table 1

Reference and country	Study design	Homework prescribed	Homework with partner? (yes/no)	Homework assessment	Homework duration (sessions n°)*	Homework duration (min)**	session
1. Brotto et al. (2008a): Canada	NRCT: 3 sessions spaced 2 weeks apart, 90 min each	1) Psychoeducation: reading 2) Mindfulness: everyday life, self-observation, body awareness, and 3) CBT: monitoring sexual beliefs, communication, behavior exercises and cognitive challenging	Yes	NR	NR	NR	
2. Brotto et al. (2008b): Canada	NRCT: 3 sessions, 60 min each	1) Psychoeducation: body image and intimate relationship	Yes	NR	NR	NR	
3. Brotto et al (2012): Canada	RCT: 2 individual assessments (pre- and post-treatment), 60 min each, and 2 treatment sessions delivered in a group format, 120 min at the first session and 60 min at the second session	1) evaluation of factors contributing to sexual experiences, sexual response cycle, 2) Mindfulness: observation and body awareness 3) CBT: skills in nonsexual and sexual situations	NR	NR	NR	NR	
4. Brotto & Basson	NRCT: 4 sessions, 90 min each	1) Psychoeducation; body image worksheets, completing a worksheet that considered	Yes	Ad hoc - Likert scale from 0 (did not	NR	NR	

(2014): Canada	the possible contributors to their sexual desire/arousal complaints, 2) Mindfulness: daily practice, mindfulness of breath, body scan with and without genitals, sensate focus, and 3) CBT: monitoring sexual beliefs				complete homework/did not attend or participate in session) to 2 (notable efforts at completing homework/attending session)	
5. Bober et al. (2015): USA	NRCT: 1 session, 210 min	1) information about vaginal dilators, about sexual health, websites, and books 2) Mindfulness: body scan; and 3) CBT: muscle relaxation	Psychoeducation: NR	NR	NR	NR
6. Brotto et al. (2015): Canada	NRCT: 4 sessions, NR session duration	1) Psychoeducation: think about the timeline and sequelae of their PVD, sexual response cycle, 2) Mindfulness: daily practice, body scan and 3) CBT: completing one though record	NR	NR	NR	NR
7. Brotto et al. (2016): Canada	NRCT: 4 sessions, NR session duration	1) Mindfulness: daily practice, body scan, seeing meditation, mindfulness of genitals, sensate focus, 2) CBT: documenting thoughts, emotions, or beliefs	NR	Ad hoc - Likert scale from 0 (did not complete homework/did not attend sessions) to 2 (notable efforts at completing homework/attending sessions)	NR	NR
8. Kanter et al. (2016): USA	RCT: 7 session, 120 min each	1) Mindfulness: daily practice	NR	NR	NR	NR

9. Paterson et al. (2017): Canada	NRCT: 8 sessions, 135 min each	1) Psychoeducation; homework included reading and thinking about the causes of their sexual dysfunction, sections on communication practices with a partner, 2) Mindfulness: mindful eating, body scan, stretch and breath, sitting meditation; working with difficulty and meditation of their choosing	NR	Ad hoc - Likert scale from 0 (did not complete homework) to 2 (notable efforts at completing homework)	± 49	± 27.5 daily
10. Gunst et al (2018): Finland	RCT: 4 sessions, 75 or 90 min each	1) Psychoeducation; body image worksheets, completing a worksheet that considered the possible contributors to their sexual desire/arousal complaints, 2) Mindfulness: daily practice, mindfulness of breath, body scan with and without genitals, sensate focus, and 3) CBT: monitoring sexual beliefs	NR	Ad hoc - Likert scale from 1 (Did not follow homework instructions at all) to 5 (Followed homework instructions exactly as instructed)	NR	NR
11. Mosalanejad et al. (2018): Iran	RCT: Three groups: - PLMEG: 16 sessions, approximately 10 min per day, - M: 8 sessions, 90 min per day, and - PLMEG + M: 8 sessions, NR session duration.	1) Mindfulness: body scan, mindful in different context such eating, routine activities, breathing, sitting meditation, be awareness of consumption.	NR	NR	NR	NR
12. Brotto et al.	RCT: 8 sessions, 135 min each	1) Mindfulness: daily practice exercises with audio-recorded	NR	A modified version of the MBCT Adherence Scale +	NR	20-45 daily

(2019): Canada	mindfulness practices to follow at home	Ad hoc - Likert scale from 0 (not at all) to 4 (high degree) in two questions: (i) overall, to what degree were you able to complete your homework assignments? and (ii) overall, since the last group session, to what degree have you been able to practice the skills and exercises you learned in group.	NR	NR	NR
13. Guillet, et al (2019): USA	Two M- groups: - 8 gCBT: 150 sessions, 150 min each, and - ES: 3 sessions, 90 min each, throughout the 8-weeks	1) Mindfulness: body scan, mindfulness of breath and radical acceptance meditations	NR	NR	ES: 60 weekly
14. Van Driel et al. (2019): Netherlands	RCT: MBSR: 8 sessions, 150 min each	1) Mindfulness: exercises provided on a MP3 Player	NR	± 42	30–45 daily
15. Adam et al. (2020): Belgium	RCT: Self-administered treatment, composed by 7 videos, NR duration	1) Psychoeducation: watching videos about orgasm, thinking about erotic context and erotic foreplay and 2) Mindfulness: practiced 3- to 12-minute-long mindfulness meditation exercises, sensate	NR	NR	NR

		focus, and 3) CBT: documenting thoughts, emotions and beliefs			
16. Bober et (2020): USA	NRCT: 1 al. session, 240 min	1) Psychoeducation: take-home materials, including instructions for exercises, and information about personal products and relevant resources	NR	NR	NR
17. Brotto et (2021): Canada	RCT: 8 al. sessions, 135 min each	1) Mindfulness: body scan; stretch and breath, sitting meditation, working with difficulty, walking meditation and meditation of their choosing	NR	MBCT Adherence Scale	138 weekly
18. Gorman et (2021): USA	NRCT: 8 al. sessions, NR session duration	1) Psychoeducation: sexual response cycle, body image, touching with pleasure, 2) Mindfulness: body scan, mindful eating, mindfulness during a regular activity, stretch and breath, sitting meditation, 3 minutes breathing space, mindfulness of sound, focusing exercise, working with difficulty meditation, stay present during sexual activity handout, mindful standing and walking, mindfulness, self-observation and body sensation, sensate focus, sexual sensation awareness with aids exercise and without different aid, and 3) CBT: snowball worksheet, my four P's worksheet, list of sexual beliefs, take note of any thoughts and beliefs, taking	Yes	NR	NR

		stock encounters (current, sexual)		stock encounters CBT diagram)			
19. Brotto et al (2022): Canada	NRCT: 8 sessions, NR session duration	8	1) Psychoeducation: body image, the role of thoughts and belief in sex, introduction to self-touch, pleasurable touch, fantasy erotica and vibrators as sexual stimuli, sexual communication, additional treatment options, 2) Mindfulness: mindful eating, body scan; mindful stretching, walking meditation; mindfulness of thoughts meditation sexual sensation meditation, working with difficulty meditation, sensate focus, and 3) CBT: the role thought and beliefs in sex, positive communication skills, focus on contextual maintaining factors and skill, relapse prevention	Yes	Homework Rating Scale + Ad hoc - Likert scale from 0-10 in two questions: (i) how easy or difficult was it to do the home practice(s)?; (ii) how much of the assignments were you able to complete?	NR	NR
20. Chang et al (2022): Taiwan	NRCT: MBSR: 6 sessions, 120 min each	6	1) Mindfulness: Sitting meditation, body scan; walking meditation practice exercises with audio-recorded mindfulness practice and 2) Physiotherapy: bladder and pelvic floor muscle training	NR	NR	± 36	±10-15 daily
21. Donat et al (2022): USA	NRCT: 8 sessions, NR session duration	8	1) Psychoeducation: journal exercises, inspirational quotes and 2) Mindfulness: pre-taped meditation exercises were given with exercises included seated meditation, body scan and comparison meditation, 1	NR	NR	NR	NR

		minute	mindfulness	practice					
22. Gorman et al. (2022): USA	NRCT: 8 sessions, between 90-120 min each	1)	Psychoeducation: body image, letter to self about the importance of sexuality body image, self-exploration with touch, sexual response cycle, tips for communicating with partners and health-care provider, 2) Mindfulness: mindfulness of breath mindfulness eating, everyday life, focusing exercise, meditation about past, present and future thoughts, mindfulness of sounds, mindful standing and walking, self-observation, staying present during sexual activity, sensory awareness, body awareness, self-observation, sexual sensations awareness meditation, sensate focus, and 3) CBT: snowball exercise about sexual concerns, explore sexual aids, my four P's worksheet, CBT model worksheet, monitoring sexual beliefs, my thought biases worksheet	Yes	NR	± 56	± 149 weekly		
23. Mojtehed et al. (2022): Iran	RCT: 8 sessions, NR session duration	1)	Mindfulness: body scan, mindfulness of breath, meditation of body parts, sounds, thoughts, and conscious choices, accept and allow	NR	NR	±35	NR		

24. Nejad et al. (2022): Iran	RCT: 8 sessions, 75 min each	1) Psychoeducation: thinking about the sexual concepts study of the booklet given by the researcher and do one exercise, 2) Mindfulness: everyday life, body scan, mindfulness of breath and walking meditation and sitting meditation, and 3) CBT: monitoring sexual beliefs, record pleasant events of thoughts and feeling, make a list of unpleasant events, write down thoughts and feelings, and bodily sensations related to them	NR	±56	NR
25. Rashedi et al. (2022): Iran	RCT: 4 sessions, 90-120 min each	1) Mindfulness: body scan, seated meditation, sensate focus, 2) CBT: Identify positive and negative thoughts during sexual activity, writing down undesirable situations, spontaneous thoughts, schemas and behaviors exhibited in each situation	Yes	21	± 37.5 daily
26. Saniei et al. (2022): Iran	RCT: 6 sessions, 90 min each	1) Mindfulness: focusing on the present moment, physical mindfulness, emotional mindfulness, thinking emotion mindfulness, body thought, and emotion mindfulness and mindfulness regimen	NR	±84 ¹	NR
27. Jaderek et al. (2023): Poland	NRCT: 4 sessions, 150 min each	1) Mindfulness: body scan, sitting meditation, mindful yoga, interception meditation, sexuality meditation and mindful of breath	NR	Ad hoc - ± 14 Participants were asked to provide information of the quantity and quality	±210 weekly

of each meditation presented during meetings, and they documented how often they practiced each assigned exercise every week. Each item was rated on a Likert scale involving a frequency in terms of days: once a week, twice a week, 3 or 4 times a week, more often or never					
28. Najafabadi et al. (2023): Iran	RCT: 8 sessions, 60 min each	8	1) Psychoeducation: observing and touch genitals, writing literary prose, stories, and poetry even in the simplest form, 2) Mindfulness: meditation, body scan with and without genitals, mindful walking, sitting and breathing meditation, eating mindfully and guided meditation and 3) Physiotherapy: Kegel exercise	NR	NR
29. Sears et al. (2023): Canada	NRCT: 8 sessions, 120 min each	8	1) Psychoeducation: sexual to self about the importance of sexuality, circular response cycle, body image, self-exploration with genitals, touch with pleasure, snowball, my four P's, 2) Mindfulness: focusing exercise, self-observation, focusing on the present moment, sexual sensation awareness	Yes	Ad hoc - Questions included a checklist of completed worksheets and exercises and questions relating to amount of mindfulness practice
				NR	NR

meditation taking stock, sense focus, and 3) CBT: monitoring sexual beliefs, CTB diamond					
30. Thomas et al. (2023): Canada	RCT 6 sessions, 120 min each	1) Mindfulness: recordings	with audio	NR	NR
36					
60 daily					
<i>Characteristics of included studies and homework prescribed</i>					

Abbreviations: CBT, cognitive behavioral therapy; ES, education support; M, mindfulness; MBCT, mindfulness based cognitive therapy; M-gCBT, is a technique that combines meditation with elements of gCBT; MBSR, mindfulness-based stress reduction; NR, not reported; NRCT, nonrandomized clinical trial; PLMEG, pelvic floor exercise group; PVD, provoked vestibulodynia; RCT, randomized clinical trial; WK, weeks. a Homework duration was estimated according to the data available in each study. For clarity, we standardize the homework duration in several daily sessions. b The session number and duration refer to what each study researcher recommended, but it is not possible to ensure that the research participants follow these recommendations.

Table 2*Characteristics of the participants*

N°	Sample size^a	Mean Age (SD)	Sexual dysfunction
1	36	37 (NR)	Sexual desire/arousal
2	22	49.4 (NR)	Sexual dysfunction in women with gynecologic cancer
3	20	35.8 (NR)	Sexual distress in women with a history of childhood sexual abuse
4	IT: 68 DT: 47	40.8 (11) 42.3 (12.70)	Sexual interest/arousal disorder
5	35	44.41 (3.94)	Sexual Dysfunction After Risk-Reducing Salpingo-Oophorectomy
6	IT: 62 DT: 23	39.0 (13.78) 40.4 (11.35)	Provoked vestibulodynia
7	79	49.8 (11.5)	Sexual desire/arousal
8	MBSR: 9 UC: 11	46.4 (15.2) 44.4 (13.9)	Sexual Dysfunction in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome
9	26	43.9 (12.1)	Sexual interest/arousal disorder
10	SS: 30 MB: 20 WL: 20	40.33 (10.36) 39.20 (9.7) 37.35 (9.12)	Low sexual desire
11	PLMEG: 32 M: 23 PLMEG + M: 25	36 (7.2) 35.7 (6.8) 35.5 (5.7)	Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis
12	CBT: 63 MBCT: 67	31.24 (8.99) 33.71 (7.48)	Provoked vestibulodynia
13	M-gCBT: 14 ES: 17	34.3 (6.2) 29.1 (6.1)	Provoked vestibulodynia
14	MBSR: 34 CAU: 31	47.7 (5.2) 48.5 (5.4)	Sexual dysfunction with menopausal women after risk-reducing salpingo-oophorectomy
15	MBCT: 35 CBT: 32	32.22 (8.48) 33.16 (10.65)	Orgasm disorder
16	20	38.60 (6.58)	Sexual dysfunction in women breast cancer survivors
17	STEP: 78 MBCT: 70	37.9 (12.2) 29.3 (13.2)	Sexual interest/arousal disorder
18	5	45 (NR)	Sexual dysfunction in women with cancer
19	30	35.33 (9.67)	Sexual interest/arousal disorder
20	MBSR: 36 UC: 25	50.19 (11.25) 45.25 (5.90)	Sexual dysfunction in women with breast cancer
21	20	33 (NR)	Chronic pelvic pain
22	22	53.2 (9.4)	Sexual dysfunction in women cancer survival
23	MBI-P: 27 Aroma-MBI: 29 RC-P: 29	56 (3.21) 55.34 (3.32) 56.59 (4.35)	Sexual dysfunction in postmenopausal women
24	I: 22 C: 22	30.65 (4.76) 29.45 (5.10)	Sexual dysfunction in women suffering from infertility
25	I: 35 C: 35	28.5 (6.9) 37.0 (7.0)	Sexual interest/arousal disorder
26	EG: 32 CG: 33	25.22 (3.50) 25.03 (4.07)	Sexual desire in primigravida pregnant women
27	WSD: 53 NSD: 40	30.66 (7.43) 31.15 (7.02)	Sexual dysfunction
28	I: 56 C: 56	28.9 (4.53) 29.7 (5.3)	Sexual dysfunction in women with premenstrual syndrome

29	30	54.10 (8.27)	Sexual interest/arousal disorder in women following breast cancer treatment
30	M: 31	55.9 (7.1)	Sexual interest/arousal disorder in midlife women
	E: 30	55.7 (7.5)	

Abbreviations: Aroma-MBI, aromatherapy–mindfulness-based intervention; Aroma-RC, aromatherapy–routine care; C, control; CAU, care as usual; CBT, cognitive behavioral therapy; CG, control group; DT, delayed treatment; E, educational; EG, experimental group; ES, education support; HC, homework compliance; I, intervention; IT, immediate treatment; M, mindfulness; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy; M-gCBT, meditation combined with elements of gCBT; MB, mindfulness-based group; MBI-P, mindfulness-based intervention–placebo; MBSR, mindfulness-based stress reduction; MBCT, mindfulness-based cognitive therapy; MBT, mindfulness-based therapy; NR, not reported; NSD, no sexual dysfunction; PLMEG, pelvic floor exercise group; RC-P, routine care-placebo; SS, scheduled sex and motivations group; STEP, supportive sex education and therapy group; UC, usual care; WL, waiting-list; WSD, with sexual dysfunction. a Sample size was reported according to the study description. For example, in cases where only the total mean age was reported, we recovered only the sample total n and mean age. In cases where the group reported the mean age, this information was retained.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES

A presente tese teve como objetivo desenvolver uma nova modalidade psicoterapêutica para o tratamento de QS e DSF de mulheres brasileiras cisgêneras que estão em um relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, a partir da intervenção psicológica online e em grupo. Os achados deste estudo fornecem evidências preliminares de que a abordagem adotada pode ser eficaz, contribuindo para a ampliação das opções terapêuticas disponíveis no Brasil, onde ainda há uma escassez de estudos e intervenções especializadas na área da sexualidade feminina.

Os resultados obtidos demonstram que a intervenção baseada na TCCG somados a processos de psicoeducação aplicada no formato online apresentou efeitos positivos no aprimoramento da função sexual, desejo, excitação, lubrificação e satisfação sexual das participantes. Esses achados corroboram pesquisas anteriores que apontam a eficácia das intervenções em grupo para o tratamento de DSF, sugerindo que essa modalidade pode ser uma alternativa viável e acessível para mulheres que enfrentam dificuldades sexuais, principalmente em contextos em que o acesso a profissionais especializados/as é limitado (Brotto et al., 2016a; Frühauf et al., 2013).

Atualmente, as opções farmacológicas disponíveis são limitadas e sua eficácia ainda é debatida (Pettigrew & Novick, 2021). Nesse contexto, estratégias baseadas na TCC e na psicoeducação assumem um papel essencial no manejo das QS e DSF, oferecendo uma abordagem eficaz e acessível. Além disso, estudos demonstram que as intervenções psicológicas online proporcionam benefícios significativos para a saúde mental, como maior acessibilidade, flexibilidade e eficácia (Lange et al., 2016; Baker et al., 2013). A possibilidade de realizar sessões de terapia a distância tem sido um ponto de destaque, especialmente para pessoas que vivem em regiões remotas, que enfrentam dificuldades de deslocamento ou que preferem o anonimato proporcionado pela plataforma online. Nesse sentido, Cuijpers et al. (2016) e Andersson et al. (2014) comprovam que as intervenções psicológicas via internet podem apresentar eficácia comparável aos atendimentos presenciais, principalmente quando se trata de tratamentos baseados em TCC.

Adicionalmente, Lorian et al. (2020) destacam que as intervenções online têm se mostrado particularmente vantajosas para pessoas com dificuldades de mobilidade

ou em situações de estigma, permitindo uma maior adesão e continuidade no tratamento. Cardoso et al. (2023) também relatam que a terapia online oferece vantagens significativas em termos de custos reduzidos e aumento na oferta de serviços psicológicos, o que se traduz em maior alcance e acessibilidade. Esses achados destacam a relevância das intervenções online no cenário atual, especialmente para o tratamento de DSF e QS, e reforçam a importância da adoção de estratégias tecnológica

Em conjunto com a eficácia terapêutica, esta pesquisa destaca a importância das redes sociais como ferramenta de engajamento e recrutamento de participantes para a realização de estudos clínicos na área da sexualidade. O estudo 2 alcançou mulheres em todas as cinco regiões do Brasil, evidenciando um interesse nacional, ainda que a maioria das respostas tenha vindo da região Sul. No entanto, esses dados devem ser analisados com cautela, pois a amostra foi composta predominantemente por mulheres com acesso à internet e pertencentes a um perfil socioeconômico mais elevado. Esse fator pode ter influenciado não apenas o interesse inicial pelo tratamento, mas também a adesão efetiva ao processo psicoterapêutico.

Estudos apontam que barreiras estruturais, como a falta de dispositivos eletrônicos e conexão de qualidade, também podem impactar significativamente a permanência em terapias online (Zippan, Stephenson & Brotto, 2020). Assim, pesquisas futuras devem investigar se o interesse e a adesão ao tratamento aumentariam caso a divulgação alcançasse diferentes perfis socioeconômicos e geográficos. Estratégias como o patrocínio de publicações em redes sociais e o oferecimento de suporte adicional podem ser medidas viáveis para ampliar o acesso a essas intervenções.

Além dessas barreiras estruturais, fatores individuais e emocionais também desempenham um papel significativo na adesão ao tratamento. Mesmo quando o acesso à terapia é viabilizado, a decisão de permanecer no processo psicoterapêutico pode ser influenciada por variáveis como tempo disponível, motivação e expectativas em relação aos resultados. A baixa adesão ou desistência de mulheres em tratamentos psicoterapêuticos para dificuldades sexuais pode estar relacionada a diversos fatores, incluindo questões pessoais, sociais e estruturais. Estudos indicam que a falta de tempo é uma das principais barreiras para a continuidade do tratamento, frequentemente citada em intervenções online e presenciais (Velten, 2024). Além disso, fatores como baixa motivação, expectativas irreais sobre o tratamento e a busca

por soluções rápidas, como o uso indiscriminado de hormônios e medicações, também podem levar à desistência (McCabe & Jones, 2013). Outro aspecto relevante é que a adesão ao tratamento pode ser afetada pela ansiedade e pelo desconforto emocional em relação à própria sexualidade, dificultando o engajamento no processo terapêutico (Kane et al., 2019).

Barreiras estruturais e contextuais também podem influenciar a adesão. A literatura aponta que a ausência de contato pessoal com um terapeuta, dificuldades técnicas e a falta de suporte contínuo são desafios comuns em intervenções online (Zippan, Stephenson & Brotto, 2020). Além disso, mulheres com níveis mais elevados de insatisfação no relacionamento tendem a apresentar maior taxa de desistência (McCabe & Jones, 2013), possivelmente porque a dinâmica relacional pode influenciar diretamente a percepção de necessidade e o engajamento no tratamento. A adesão também pode ser comprometida por dificuldades na implementação das atividades terapêuticas, especialmente quando as participantes não percebem benefícios imediatos ou enfrentam resistência em modificar seus comportamentos sexuais e emocionais (Biswal et al., 2024). Portanto, estratégias que reforcem a importância do engajamento contínuo, aliadas a intervenções que ofereçam maior suporte individualizado, podem ser fundamentais para aumentar a adesão e maximizar os benefícios da terapia sexual.

No que se refere à intervenção psicoterapêutica, foi utilizado um grupo piloto online baseado na TCC (estudo 3), uma abordagem amplamente reconhecida e eficaz para o tratamento de diversas DSF, como vulvodínia, transtorno do desejo e excitação sexual hipoativo, vaginismo e hipersexualidade, com ou sem transtornos parafilicos (Brotto, Stephenson & Zippan, 2022; Engström et al., 2022; Hallberg et al., 2020). A escolha da TCC foi fundamentada pelos resultados da revisão sistemática (Estudo 2) e pela comprovação de sua eficácia em estudos anteriores (Meyes, Margraf & Velten, 2020; Brotto et al., 2016a; Faubion & Rullo, 2015). A psicoeducação foi integrada à intervenção, reconhecida como uma ferramenta eficaz no tratamento das DSF (Brotto et al., 2023; Lakshmi & Kan, 2019; Bradford, 2014), permitindo que as participantes compreendessem como fatores individuais, neurofisiológicos, cognitivos, relacionais e sociais influenciam a resposta sexual humana.

Especificamente no que tange ao desenvolvimento do estudo piloto, cabe destacar que a intervenção foi elaborada com base em um protocolo criado pela própria autora desta tese. Este protocolo considerou a duração média das sessões

descritas na revisão sistemática de literatura, que indicava um tratamento médio com duração de 11 sessões (Bonato et al., 2024). Adicionalmente, foram integrados conteúdos abordados em intervenções descritas em estudos anteriores (Lerner et al., 2022; Brotto et al., 2021; Brotto et al., 2020; De Almeida et al., 2018; Bergersn et al., 2016), bem como conhecimentos adquiridos pela pesquisadora em sua prática clínica. Um diferencial importante desta tese é a descrição detalhada da estrutura e dos conteúdos abordados em cada sessão realizada durante a intervenção, uma vez que essa transparência é rara em outros estudos, o que dificulta o desenvolvimento de protocolos eficazes baseados em evidências (Rosen & Kaplan, 2014).

Os resultados da intervenção online e em grupo descritos nesta tese indicam evidências preliminares de eficácia no aumento da função sexual ($d = 1,29$), desejo ($d = 1,53$), excitação ($d = 1,21$), lubrificação ($d = 1,16$) e orgasmo ($d = 0,66$), mensurados pelo *Female Sexual Function Index* (FSFI). A satisfação sexual também foi aprimorada, com resultados positivos tanto pela mensuração do Quociente Sexual Feminino (QSF) ($d = 1,55$) quanto pelo FSFI ($d = 1,41$).

A avaliação da função sexual foi realizada por meio de dois questionários. A escolha desses instrumentos objetivou desenvolver uma avaliação mais abrangente, considerando diferentes aspectos da experiência sexual das participantes. No entanto, um aspecto a ser destacado é que ambos os questionários utilizam um viés heteronormativo e voltados para relações com penetração, o que pode limitar sua aplicabilidade para outras configurações sexuais e identidades de gênero. Dessa forma, recomenda-se que futuras pesquisas considerem a necessidade de novas traduções, adaptações culturais ou o desenvolvimento de instrumentos que sejam mais inclusivos e representativos das diversidades sexuais e de gênero, além de alinhados às novas nomenclaturas e critérios de sofrimento.

Os achados desta tese são consistentes com os resultados de autores anteriores, que apontam para a melhora da função sexual a partir da realização de GCBT na modalidade presencial ($d = 1,18$; Almeida et al., 2018). Assim, observa-se que não há diferenças substanciais entre as modalidades de psicoterapia em grupo online ou presencial no aprimoramento da função sexual feminina. Em relação ao desejo, quando comparado com outro grupo psicoterapêutico realizado na modalidade presencial com mulheres brasileiras ($d = 0,94$; Lerner et al., 2022), a intervenção desta tese apresentou maior eficácia. Os dados também são consistentes com os apresentados em outras pesquisas que utilizam abordagens psicoterapêuticas

diferentes, como a MBCT ($d = 1,29$; Brotto et al., 2021) ou a educação em sexualidade ($d = 0,97$; Brotto et al., 2021).

No domínio do orgasmo, ao compararmos os resultados desta tese com um estudo que avaliou a eficácia da GCBT presencial, observa-se que a TCC presencial foi mais eficaz ($d = 4,29$; Chizari et al., 2023). Uma possível explicação para a maior eficácia da modalidade presencial pode ser a formação do grupo, que era composto exclusivamente por mulheres com dificuldades para alcançar o orgasmo. Essa hipótese é corroborada por outro estudo que avaliou a eficácia da GCBT presencial, apresentando um tamanho de efeito inferior ($d = 0,34$; Mirzaee et al., 2020) em comparação à modalidade online analisada nesta tese. Importante destacar que, de forma semelhante ao grupo estudado nesta pesquisa, o estudo citado também envolveu mulheres com diferentes queixas e DSF.

Além disso, um estudo anterior avaliou a eficácia da GCBT presencial em mulheres com dificuldades relacionadas ao orgasmo e à excitação, encontrando uma eficácia semelhante no domínio da excitação ($d = 0,83$) e um pouco superior no domínio da lubrificação ($d = 1,84$; Omid et al., 2016) quando comparado à presente tese. Omid et al. (2016) também realizaram uma intervenção adicional com as mesmas participantes, utilizando sildenafil, um medicamento para aumento da ereção peniana. Os resultados dessa abordagem farmacológica demonstraram eficácia semelhante no domínio da excitação ($d = 0,99$) e da lubrificação ($d = 1,34$) àquela observada no grupo de mulheres do estudo piloto desta tese.

Recomenda-se que estudos futuros explorem comparações entre a eficácia da TCCG e de medicamentos disponíveis globalmente para o tratamento do transtorno do desejo e da excitação sexual persistente.

Importante pontuar que a intervenção cujos resultados são compartilhados nessa tese não demonstrou eficácia para a redução da dor ($p = 0,89$). Esse achado diverge de estudos anteriores, que sugerem que tanto a TCC individual na modalidade online ($d = 0,32$; Hummel et al., 2018) quanto a TCC em grupo são eficazes no tratamento da dor ($d = 0,69$; Bergerson et al., 2016). Uma hipótese é que a variabilidade das QS e DSF apresentadas pelas participantes, bem como as estratégias psicoterapêuticas escolhidas para serem trabalhadas durante a intervenção, não tenham favorecido a melhora dos sintomas, uma vez que nenhum dos encontros focou especificamente no tratamento da dor. Pesquisas futuras deveriam considerar a realização de grupos psicoterapêuticos online, pautados em

MBCT e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o tratamento da dor vulvar, uma vez que intervenções com essas abordagens têm demonstrado eficácia (Brotto et al., 2015; 2020). Ademais, a prática de *mindfulness* contribui para a redução da catastrofização da dor, da hipervigilância, angústia sexual e humor negativo, além de promover o aumento da autoeficácia na gestão da dor. Por outro lado, a ACT oferece recursos que possibilitam a aceitação da dor e a percepção de controle sobre os sintomas (Chizari et al., 2022; Brotto et al., 2020; 2015; Buhrman et al., 2018).

Outro aspecto relevante para este campo de estudo diz respeito à utilização e avaliação das tarefas de casa. A adesão a essas atividades em intervenções baseadas em *mindfulness* tem implicações metodológicas e clínicas significativas para estudos e tratamentos voltados à DSF. No entanto, não foram encontrados instrumentos psicométricos validados no Brasil para mensuração da adesão às tarefas de casa, razão pela qual essa variável não foi avaliada ao longo desta tese. Com o intuito de suprir essa lacuna científica, foi realizada uma revisão de escopo para investigar os instrumentos e itens mais utilizados na avaliação da adesão às tarefas de casa em estudos que examinam a MBCT para o tratamento da DSF. Essa revisão foi conduzida durante o período de intercâmbio no Canadá, no grupo de pesquisa da Universidade de British Columbia, coordenado pela Profa. Dra. Lori Brotto, uma das principais referências mundiais em pesquisa sobre sexualidade feminina. Os principais achados indicaram que não há um instrumento padronizado para mensuração da adesão às tarefas de casa em intervenções baseadas em MBCT para a DSF, sendo que a maioria dos estudos utiliza medidas *ad hoc* ou não descreve claramente a forma como essa adesão é avaliada. Além disso, verificou-se que os exercícios mais frequentemente prescritos incluem práticas de *mindfulness*, psicoeducação e atividades da TCC. Esses resultados evidenciam uma lacuna na literatura e ressaltam a necessidade de adaptação de instrumentos já validados para outras psicoterapias ou do desenvolvimento de novas escalas psicometricamente robustas para avaliar a adesão às tarefas de casa em intervenções baseadas em MBCT no contexto da DSF.

Outro ponto a destacar caracteriza-se pela importância dos achados obtidos por meio da realização do grupo psicoterapêutico online e em grupo para o tratamento das QS e DSF no contexto brasileiro, uma vez que são escassos os centros de referência para o tratamento da sexualidade humana no Brasil. Tal déficit resulta não apenas da carência de formação especializada em saúde sexual, o que contribui para

a inadequada preparação dos/as profissionais da saúde, mas de estratégias governamentais para a saúde sexual de brasileiras/os (Lopes & Alves, 2018; Russo et al., 2009).

Em suma, a intervenção proposta na presente tese demonstrou-se eficaz e inovadora, uma vez que buscou auxiliar na redução das dificuldades enfrentadas por mulheres com DSF, e está em linha com as recomendações de intervenções em grupo pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Ainda, a intervenção na modalidade online pode chegar a pessoas que de outra forma não receberiam assistência, ultrapassando muitas barreiras geográficas e tradicionais aos cuidados, sobretudo considerando a escassez de protocolos para tratamento de DSF e QS na modalidade online no Brasil.

Importante frisar que este estudo foi realizado em um período atípico, durante a pandemia da COVID-19, um momento de extrema incerteza, medo e sofrimento global, o que pode ter impactado significativamente os comportamentos sexuais das participantes. Estudos indicam que a pandemia esteve associada a níveis elevados de estresse, ansiedade e mudanças nas dinâmicas relacionais, fatores que influenciaram negativamente a sexualidade, especialmente entre as mulheres (Liu et al., 2023). A sobrecarga emocional e o aumento das responsabilidades domésticas e profissionais, intensificados pelo confinamento e pelo *home office*, foram apontados como elementos que contribuíram para a redução do desejo sexual, menor frequência de relações sexuais e aumento da insatisfação sexual (Morais, Nobre & Pontes, 2022). Além disso, a pandemia também intensificou desigualdades de gênero, elevando o número de casos de violência doméstica e psicológica, o que pode ter aprofundado dificuldades na vida sexual feminina (Qaderi et al., 2023). No contexto específico deste estudo, é plausível que o impacto emocional desse período tenha influenciado tanto na adesão ao tratamento quanto na percepção das participantes sobre sua própria sexualidade. Pesquisas sugerem que o ambiente de crise e as restrições sociais podem limitar os efeitos de intervenções terapêuticas, especialmente aquelas voltadas para a saúde sexual, que dependem de fatores emocionais e contextuais para promover mudanças efetivas (Chisari et al., 2022). Portanto, a pandemia não apenas impôs desafios para a realização e adesão ao tratamento psicoterapêutico, mas também reforçou a necessidade de desenvolver abordagens terapêuticas que considerem os impactos de crises globais na saúde sexual e relacional.

Portanto, considerando que o objetivo principal dessa tese desenvolver uma nova modalidade psicoterapêutica para o tratamento de QS e DSF de mulheres brasileiras cisgêneras que estão em um relacionamento de longa duração com homens heterossexuais cisgêneros, a partir da intervenção psicológica online e em grupo., pode-se concluir que nossos achados são encorajadores, pois oferecem uma base inicial relevante para estudos futuros. Todavia, é importante reconhecer algumas limitações.

A primeira limitação se relaciona à questão do número de participantes, sendo recomendado que pesquisas futuras sejam realizadas com amostras maiores, não apenas para confirmar os resultados encontrados, mas também ampliar e aperfeiçoar as análises, permitindo uma avaliação mais abrangente e generalizável dos efeitos da terapia online em grupo para mulheres com DSF ou QS.

Quanto à segunda limitação, embora o formato online e a utilização de diferentes medidas para análise da função sexual feminina sejam aspectos inovadores, a pesquisa enfrenta uma limitação metodológica. Esse problema surge da ausência de um grupo controle, que pode contribuir para o risco de os resultados serem influenciados pela expectativa da melhora mediante exposição ao tratamento. Portanto, estudos futuros devem replicar nossa intervenção em desenhos experimentais com grupo controle.

O terceiro ponto se relaciona a dessensibilização em relação à temática da sexualidade por meio de exposição a postagens (ex. conteúdos psicoeducativos sobre sexualidade e convite para participar da pesquisa) em redes sociais antes do tratamento. Essa exposição foi realizada porque o estudo 2 estava embasado na Teoria da Subjetividade, que compreende a pesquisa como um processo construtivo-interpretativo, no qual a criação do cenário da pesquisa é fundamental para estabelecer um vínculo relacional com os/as participantes. Segundo Rey e Martínez (2017), esse cenário social não se limita à captação de voluntários/as, mas busca promover engajamento e interação, permitindo que os sujeitos da pesquisa se sintam integrados ao processo científico. Dessa forma, a divulgação prévia do estudo e o convite às participantes foram estratégias essenciais para favorecer o envolvimento e garantir uma maior imersão no processo terapêutico proposto, todavia, essa exposição pode ter servido como uma intervenção. Apesar disso, destaca-se que esse efeito foi parcialmente controlado, uma vez que as participantes responderam as

medidas pré-teste após a exposição as postagens e antes do início do grupo psicoterapêutico.

A ausência de um *follow-up* também representa uma limitação, pois impede a análise da manutenção dos efeitos do tratamento ao longo do tempo. Estudos futuros devem incluir avaliações em diferentes momentos pós-intervenção para verificar se os benefícios da terapia se mantêm a longo prazo e identificar possíveis fatores que influenciem a durabilidade dos efeitos terapêuticos.

Futuras pesquisas que busquem investigar a modalidade online e em grupo para o tratamento de QS e DSF devem ser conduzidas no Brasil considerando as particularidades de mulheres brasileiras, isso porque, o grupo piloto demonstrou eficácia variável entre diferentes dimensões do FSFI, levantando a questão de se uma maior homogeneidade sintomatológica e de diagnóstico, o que poderia impactar a eficácia da intervenção. Por exemplo, um grupo voltado exclusivamente para mulheres com diagnóstico de dor vulvar, como a vulvodínia, poderia apresentar melhores resultados em comparação a um grupo com queixas sexuais diversas? Da mesma forma, um grupo composto apenas por mulheres com QS, mas sem diagnóstico de DSF, teria um desempenho superior? Ou ainda, um grupo formado por participantes com um único diagnóstico de DSF demonstraria maior eficácia? Novas pesquisas com amostras mais homogêneas podem ajudar a esclarecer essas questões e aprimorar as intervenções psicoterapêuticas frente a essas demandas, sobretudo considerando evidências internacionais que mostram que o MBCT é apresenta maior eficácia em amostras homogêneas, como por exemplo o estudo desenvolvido por Thomas et al. (2023) em mulheres com baixo desejo sexual.

Outra limitação refere-se à não análise da adesão às tarefas de casa. Essa avaliação é importante e deve ser realizada por pesquisas futuras, visto que existem evidências sugerindo que maior adesão ao *homework* está associada a melhores desfechos terapêuticos e aprimoramento da função sexual (Macri & Fenelli, 2008; Mausbach et al., 2010). Outro aspecto que não foi avaliado nesta pesquisa diz respeito à forma como as terapeutas solicitavam o *homework* e sua possível influência na adesão das participantes. Durante a condução do grupo psicoterapêutico, avaliamos as habilidades das terapeutas na condução das sessões, mas não investigamos se a maneira como as tarefas eram propostas interferia na sua execução, nem se as atividades solicitadas eram percebidas como viáveis e acessíveis pelas participantes. Estudos indicam que o contexto em que o *homework* é apresentado e a clareza das

instruções impactam significativamente o engajamento dos/as pacientes, sendo que fatores como complexidade da tarefa, expectativa de eficácia e vínculo terapêutico podem influenciar diretamente a adesão (Kazantzis & Miller, 2021; Kazantzis et al., 2016). Dessa forma, recomenda-se que estudos futuros explorem não apenas a adesão ao *homework*, mas também a influência do modo de aplicação e da formulação das tarefas no seu cumprimento, buscando compreender como a abordagem do terapeuta pode favorecer ou dificultar esse processo.

Apesar dessas limitações, elucida-se que a presente tese contribui significativamente para o avanço do conhecimento sobre intervenções psicoterapêuticas em grupo e no formato online para o tratamento de QS e DSF. Os achados demonstram que essa abordagem pode ser uma alternativa viável e eficaz, especialmente em um país como o Brasil, onde o acesso a serviços especializados ainda é limitado. O desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas é essencial para atender à demanda crescente por tratamentos acessíveis e baseados em evidências, e os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de ampliar os estudos sobre essa modalidade de intervenção.

5 OUTRAS PRODUÇÕES DERIVADAS DA TESE E DO PERÍODO DE DOUTORAMENTO

Esta seção objetiva apresentar brevemente outras produções realizadas durante o período de doutorado (2021-2025). Algumas dessas produções estão relacionadas a temática da tese e outras associadas a temas estudados no decurso do Doutorado.

Tabela 1: Síntese de outras produções realizadas durante o período de doutoramento

Tipo de produção	Título da produção (autor, ano) *	Situação
Artigos publicados	Prevalência das disfunções sexuais femininas entre mulheres atendidas em Unidades de Saúde de Curitiba (Silveira Schlossmacher, C., Bonato, F., & Schlossmacher, L., 2021)	Publicado no periódico: Revista Brasileira de Sexualidade (Qualis B1).
	Estarão os profissionais de Psicologia preparados (as/es) para o atendimento de pessoas trans? (Bonato, F.R.C; Mussi, A.; Valentini, T.; Nunes, T. N.; Assunção, T. F. A.; & Tagliamento, G., 2021)	Publicado no periódico: Revista Brasileira de Sexualidade (Qualis B1).
	A formação de profissionais para o cuidado em saúde de travestis e transexuais (Baccarim, R.G.; Tagliamento, G. & Bonato, F.R.C., 2023)	Publicado no periódico: Revista Brasileira de Educação Profissional e Tecnológica (Qualis A2).
	Sexualidades e gêneros em retrospecto: um olhar sobre o estudo e desenvolvimento dos critérios diagnósticos no DSM-5-TR e CID-11 (Bonato, F.R.C. & Baccarim, G., 2023)	Publicado no periódico Contribuciones a las ciencias Sociales (Qualis A4).
	A Dysphoria mundi de Paul B. Preciado a(r)tivismo e filosofia inadequades ao capitalismo petrosexorracial. (Baccarim, R.G & Bonato, F.R.C., 2023)	Publicado no periódico Revista Científica/FAP (Qualis A4).
	De que maneira os cursos de Psicologia abordam a temática de gêneros e sexualidade? Uma análise de questionários aplicados a estudantes de graduação em Psicologia da região de Curitiba/PR (Bonato, F.R.C; Baccarim, R.G.; Mussi, A. & Ferrarini, N. da L., 2023)	Publicado no período Revista PsicoFae (Qualis B2).
	Automutilação, ideação suicida e tentativa de suicídio de adolescentes brasileiros (as/es)	Publicado no periódico Psicologia Argumento (Qualis B2).

	trans e/ou com variabilidade de gênero (Bonato, F.R.C; Mussi, A.; Ferrera, J.M.; Nunes, T.N. & Assunção, T. F. & 2024)	
	O relato da construção do cenário social da pesquisa segundo a teoria da subjetividade (Bonato, F.R.C; Mussi, A.; Baccarim, R.G.; Mussi, A., Ferrarini, N. da L.; Pellizzer, C.M.N.; Genez, L.F. & Gund, B., 2023)	Publicado no periódico Cuadernos de Educación y Desarrollo (Qualis A4).
	Terapia Cognitivo Comportamental para o manejo das obsessões sexuais no transtorno obsessivo compulsivo: uma revisão narrativa (Bonato, F.R.C.; Gubnd, B., Baccarim, R.G. & Cardoso, N. de O., 2024)	Publicado no periódico Revista Brasileira de Sexualidade (Qualis B1).
Livros organizados	Bonato, F.R.C. & Ferrarini, N. da L. (orgs.) Sexualidade e gêneros em cena: volume 1. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2023	Publicado com o apoio da Universidade Federal do Paraná.
	Bonato, F.R.C., Mussi, A. & Ferrarini, N. da L. (orgs.) Sexualidade e gêneros em cena: volume 2. Rio de Janeiro: Letras e Versos, 2024	Publicado pela editora Letras e Versos.
	E agora, o que eu faço? Um guia de orientações para pais, mães e responsáveis de crianças e adolescentes LGBTQIAP+	Previsão de publicação para 2025.
	Bonato, F.R.C. Aspectos emocionais envolvendo crianças e adolescentes trans: uma análise a partir das entrevistas realizadas pela Coordenação de Proteção e Acolhimento de Crianças, Adolescentes e famílias LGBTI+. In Ensaio sobre vivências reais de crianças e adolescentes transgêneros dentro do sistema educacional brasileiro [livro eletrônico] / organização Thamirys Nunes. -- Curitiba, PR: IBDSEX, 2021	Publicado pela editora IBDSEX.
	Bonato, F.R.RC.; Mussi, A.; Ferreira, J.M. & Ferrarini, N. da L. O que a análise dos ementários e matrizes curriculares dos cursos de graduação nos diz sobre a formação de psicólogas(os) diante da sexualidade humana. In: William Roslindo Paranhos. (Org.). Gêneros, sexualidades e performatividades: perspectivas contemporâneas. 1ed.Curitiba: Bagai, 2022, v. 1, p. 91-104.	Publicado pela editora Bagai.
	Bonato, F.R.RC.; Mussi, A. & Ferrarini, N Oficinas em	Publicado pela editora Juruá.

Capítulos de livros publicados	Sexualidade: uma possibilidade para suprir a lacuna na formação em Psicologia. In: Gislei Mocelin Polli; Grazielle Tagliamento. (Org.). Pesquisa e prática na formação em Psicologia: Graduação e Pós-graduação. 1ed.Curitiba: Juruá, 2022, v. 1, p. 129-150.	
	Bonato, F.R.C.; Mussi, A.; Baccarim, R. C. G.; Ferrarini, N. L. As graduações em Psicologia oferecem o ensino de sexualidade aos (as/es) graduandos(as/es)? Um recorte dos dados obtidos a partir de um estudo realizado com graduações em Psicologia de Curitiba. In: Francisco Alvarenga. (Org.). Discussões interdisciplinares em ciências humanas e sociais. 1ed.São Paulo: Editora Dialética, 2023, v. 2, p. 173-195.	Publicado pela editora Dialética.
	Bonato, F.R.C. & Ferreira, J. M. Orgasm: Masturbation. In: hackelford, T.K. (eds). (Org.). Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior. 1ed. Switzerland: Springer Nature, 2023, v. 1, p. 1-5.	Publicado pela editora Springer Nature.
	Ferrarini, N. da L.; Castanho, R. M.; Sartor, A. & Bonato, F.R.C. Análise de produções audiovisuais sobre gênero e sexualidade: possibilidades para o estudo e o desenvolvimento da subjetividade na formação em Psicologia. In: Fernanda Rafaela Cabral Bonato; Norma da Luz Ferrarini. (Org.). Análise de produções audiovisuais sobre gênero e sexualidade: possibilidades para o estudo e o desenvolvimento da subjetividade na formação em Psicologia. 1ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2023, v. 1, p. 15-28.	Publicado com o apoio da imprensa Universidade Federal do Paraná.
	Silva L. V. & Bonato, F.R.C. O que a série Sex Education tem a nos ensinar sobre educação em sexualidade e a vivência da sexualidade por jovens escolares? In: Fernanda Rafaela Cabral Bonato; Norma da Luz Ferrarini. (Org.). Sexualidades e gêneros em cena: volume I. 1ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2023, v., p. 127-144.	Publicado com o apoio da imprensa Universidade Federal do Paraná.
	Bonato, F.R.C. Audrie & Daisy: por quantas violências uma mulher é capaz de passar após ser vítima de violência sexual? In: Fernanda Rafaela Cabral Bonato; Norma da	Publicado com o apoio da imprensa Universidade Federal do Paraná.

	Luz Ferrarini. (Org.). Sexualidades e gêneros em cena: volume I. 1ed.Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2023, v., p. 81-98.	
	Bonato, F.R.C.; Mussi, A. & Banas, F. Repressão, descoberta e prazer sexual feminino: Reflexões a partir do filme “Boa sorte, Leo Grande”. Sexualidades e gêneros em cena: volume 2. Rio de Janeiro: Letras e Versos, 2024, p. 203-219.	Publicado pela editora Letras e Versos.
	Pesca, L.; Bonato, F. R. C.; Urtiga, K. S. Aspectos psicossociais da sexualidade. In: Tratado brasileiro de medicina sexual. 1. ed. Rio de Janeiro: Diilivros Editora, 2025. p. 99-109.	Publicado pela editora Diilivros.

Nota: *nome do primeiro autor e ano em que a produção foi ou será concluída.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Brengantini, 2004.
- ADAM, F. et al. A Randomized Study Comparing Video-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Video-Based Traditional Cognitive Behavioral Treatment in a Sample of Women Struggling to Achieve Orgasm. *Journal of Sexual Medicine*, v. 17, p. 312-324, 2020. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.10.022.
- ALMATHAMI, H. K. Y. et al. Barriers and facilitators that influence telemedicine-based, real-time, online consultation at patients' homes: systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 2, p. 1-25, 2020. doi: 10.2196/16407.
- ALTHOF, S. E. What's new in sex therapy? *Journal of Sexual Medicine*, v. 7, p. 5-13, 2010. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01433.x.
- ANDERSSON, G. et al. Internet-based cognitive behavior therapy for depression and anxiety. *Psychological Bulletin*, v. 140, n. 4, p. 1091–1117, 2014. doi: 10.1037/a0035959.
- ARAÚJO, D. F.; COSTA, E. L. Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental on-line no cenário de pandemia da COVID-19: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 17, n. 2, p. 123-134, 2021. doi: 10.5935/1808-5687.20210023.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5 -TR*. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. *Digital transformation*. Recuperado em 8 de janeiro de 2025, de <https://www.americantelemed.org/community/digital-transformation/>.
- BARAK, A. et al. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, v. 26, n. 2-4, p. 109-160, 2008. doi: 10.1080/15228830802094429.
- BAKER, S. E. et al. The effectiveness of online psychological interventions for mental health: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 149, n. 1-3, p. 169-177, 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.011.
- BEAUVOIR, S. *O segundo sexo: a experiência vivida, volume 2*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2020.
- BERGERSON, S. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *Journal of Consulting*

and *Clinical Psychology*, v. 84, n. 3, p. 259-268, mar. 2016. doi: 10.1037/ccp0000072

BISWAL, B. et al. Interventions for improving adherence to psychological treatments for common mental disorders: a systematic review. *Global Mental Health (Camb)*, v. 11, p. e83, 2024. doi: 10.1017/gmh.2024.83.

BONATO, F.R.C; CARDOSO, N. de O.; BROTTTO, L A. Homework adherence in mindfulness-based cognitive interventions for female sexual dysfunction: a scoping review. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 21, n. 11, p. 1064–1075, nov. 2024. Doi: 10.1093/jsxmed/qdae108

BONATO, F. R. C. et al. Efficacy of Group Psychotherapies for the Treatment of Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review. *Trends in Psychology*, 2024. doi: 10.1007/s43076-024-00358-3.

BONATO, F. R. C. et al. O relato da construção social da pesquisa segundo a teoria da subjetividade. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, v. 15, n. 6, p. 5019–5036, 2023. doi: 10.55905/cuadv15n6-010.

BRADFORD, A. Inhibited sexual desire in women. In: GROSSMAN, L.; WALFISH, R. (Eds.). *Translating psychological research into practice*. New York: Springer, 2014. p. 515–518.

BRAGA, G. As mulheres no contexto das sociedades ocidentais: uma luta por igualdade. *Revista Humanidades e Inovação*, v. 6, n. 10, p. 308-320, 2019. Recuperado de <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1560>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_sau_de_mental.pdf.

BROTTTO, L. A. et al. Mindfulness and Sex Education for Sexual Interest/Arousal Disorder: Mediators and Moderators of Treatment Outcome. *The Journal of Sex Research*, v. 60, n. 4, p. 508-521, 2023. doi: 10.1080/00224499.2022.2126815.

BROTTTO, L. A.; STEPHENSON, K. R.; ZIPPAN, N. Feasibility of an online mindfulness-based intervention for women with sexual interest/arousal disorder. *Mindfulness*, v. 13, n. 4, p. 647–659, 2022. doi: 10.1007/s12671-021-01820-4.

BROTTTO, L. A. et al. A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 89, n. 7, 2021. doi: 10.1037/ccp0000661.

BROTTTO, L. A. et al. Mindfulness and Cognitive Behavior Therapy for Provoked Vestibulodynia: Mediators of Treatment Outcome and Long-Term Effects. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, v. 88, n. 1, p. 48-64, 2020. doi: 10.1037/ccp0000473.
- BROTTO, L. A. et al. Evidence-based treatments for low desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, v. 45, p. 11-17, 2017. doi: 10.1016/j.yfrne.2017.02.001.
- BROTTO, L. A. et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, v. 13, n. 4, p. 538-571, 2016a. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019.
- BROTTO, L. A. et al. Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, v. 45, p. 1907-1921, 2016b. doi: 10.1007/s10508-015-0689-8.
- BROTTO, L. A. et al. Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness*, 6, 417-432, 2015. doi: 10.1007/s12671-013-1372-z
- BROTTO, L. A. et al. Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 38, p. 1–27, 2012. doi: 10.1080/0092623X.2011.569636.
- BURRI, A.; SPECTOR, T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *Journal of Sexual Medicine*, v. 8, n. 9, p. 2420-2430, 2011. Recuperado de [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)33638-9/pdf](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)33638-9/pdf).
- BUHRMAN, M. et al. Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, v. 51, n. 6, p. 307-315, 2013. doi: 10.1016/j.brat.2013.02.010.
- BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminino e subversão da identidade*. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.
- CARDOSO, N. de O. et al. Adesão à psicoterapia on-line durante a COVID-19: uma revisão de escopo. *Psico-USF*, v. 28, n. 1, p. 1-16, 2023. doi: 10.1590/1413-82712023280110.
- CARVALHEIRA, A. A. Perturbação do interesse/excitação sexual feminino. In: PASCOAL, P. M. (Org.). *Intervenção Psicológica e Sexologia Clínica*. Lisboa: Pactor, 2024.
- CARVALHO, A.; SARDINHA, A. *Terapia cognitiva sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva, 2017.
- CHISARI, C. et al. Acceptance and commitment therapy for women living with vulvodynia: A single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science*, v. 23, p. 15-30, 2022. doi: 10.1016/j.jcbs.2021.11.003.

- CHIZARY, M. et al. The effect of assertiveness-focused cognitive-behavioral group therapy on women's orgasm: A randomized clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, v. 11, n. 2, p. 82–88, 2023. Recuperado de https://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_614.pdf.
- CIPIRANI, S.; ALFAROLI, C.; MASEROLI, E.; VIGNOZZI, L. An evaluation of bremelanotide injection for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, v. 24, n. 10, p. 15-21, 2023. doi: 10.1080/14656566.2022.2132144.
- CLAYTON, A. H.; JUAREZ, E. M. V. Female sexual dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 40, n. 2, p. 267-284, 2017. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477652/>.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução nº 03 de 25 de setembro de 2000*. Regulamenta o atendimento psicoterapêutico mediados por computador. Brasília: CFP, 2000. Recuperado de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-3-2000>.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução nº 4 de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília: CFP, 2020. Recuperado de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-4-2020>.
- CUIJPERS, P. et al. Psychological treatment of depression in adults: A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, v. 202, p. 511–523, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.047.
- DE ALMEIDA, M. de J. S. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a disfunção sexual na pós-menopausa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 4, p. 231–8, 2018. doi: 10.1590/0047-2085000000210.
- DE SILVA, P. Psychological treatment of sexual problems. *International Review of Psychiatry*, v. 6, n. 2-3, p. 163-173, 1994. doi: 10.3109/09540269409023256.
- DIAS, F. Z.; CARLESSO, J. P. Atendimento psicológico online em tempos de pandemia da COVID-19. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 12, n. 4, p. 1-2, 2020. Recuperado de <https://unipampa.edu.br>.
- ECHEVERRY, M. C.; ARANGO, A.; CASTRO, B.; RAIGOSA, G. Study of the prevalence of female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in Medellín, Colombia. *Journal of Sexual Medicine*, v. 7, n. 8, p. 2663-9, 2010. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01695.x.
- ENGSTRÖM, A. H. et al. Internet-based Treatment for Vulvodynia (EMBLA) – A Randomized Controlled Study. *Journal of Sexual Medicine*, v. 19, p. 319–330, 2022. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.019.

- FADIPE, A. M. F. et al. E. S. Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on quality of life in adults with depression: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 30, n. 5, p. 885-898, 2023. doi: 10.1111/jpm.12924.
- FAUBION, S. S.; RULLO, J. E. Sexual dysfunction in women: A practical approach. *American Family Physician*, v. 92, n. 4, p. 289-296, 2015.
- FEIJÓ, L. P. et al. Índícios de eficácia dos tratamentos psicoterápicos pela internet: Revisão sistemática. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 14, n. S, p. e16767, 2021. doi: 10.36298/gerais202114e16767.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.
- FRÜHAUF, S. et al. Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, v. 41, p. 915-933, 2013. doi: 10.1007/s10508-012-0062-0.
- GADELHA, M. J. N. et al. Terapia cognitivo-comportamental pela internet para o transtorno de ansiedade social: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 17, n. 2, p. 97-108, 2021. doi: 10.5935/1808-5687.20210022.
- GOLDSTEIN, I. et al. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 92, n. 1, p. 114-129, 2017. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27916394/>.
- GORMAN, J. R. et al. Adaptation and feasibility of a multimodal mindfulness-based intervention to promote sexual health in cancer survivorship. *Translational Behavioral Medicine*, v. 11, n. 1, p. 1885-1895, 2021. doi: 10.1093/tbm/ibab083.
- GOLDFINGER, C. et al. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for provoked Vestibulodynia: a randomized pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, v. 13, p. 88-94, 2016. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.003.
- HALLBERG, J. et al. Internet-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder, with or without paraphilia(s) or paraphilic disorder(s) in men: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, v. 17, n. 10, p. 2039-2054, 2020. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.07.012.
- HARRIS, E. A.; GORMEZANO, A. M.; VAN ANDERS, S. M. Gender inequities in household labor predict lower sexual desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, v. 51, n. 8, p. 3847-3870, 2022. doi: 10.1007/s10508-022-02397-2.
- HUMMEL, S. B. et al. Internet-based cognitive behavioral therapy realizes long-term improvement in the sexual functioning and body image of breast cancer survivors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 44, n. 5, p. 485-496, 2018. doi: 10.1080/0092623X.2017.1408047.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatística de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br>.
- JASPERS, L. et al. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, v. 176, n. 4, p. 453-462, 2016. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8565.
- JERN, P. et al. Antidepressant treatment of premature ejaculation: discontinuation rates and prevalence of side effects for dapoxetine and paroxetine in a naturalistic setting. *International Journal of Impotence Research*, v. 27, p. 75-80, 2015. Recuperado de <https://www.nature.com/articles/ijir201437>.
- KANE, L. et al. A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, v. 10, n. 2, 2019. doi: 10.1177/2043808719847371.
- KARPEL, M. A. *Group therapy for emotional and behavioral disorders*. Springer, 2013.
- KAZANTZIS, N. et al. Quantity and quality of homework compliance: a meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, v. 47, n. 5, p. 755-772, 2016. doi: 0.1016/j.beth.2016.05.002.
- KAZANTZIS, N.; MILLER, A. R. A comprehensive model of homework in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, v. 46, n. 1, p. 247-257, 2022. doi: 0.1007/s10608-021-10247-z.
- LAKSHMI, M.; KHAN, S. D. Female sexual dysfunction. In: GUNASEKARAN, K.; KHAN, S. D. (Eds.). *Sexual medicine: Principles and practice*. Springer Nature Singapore Pte Ltd, 2019. p. 57-66. doi: 10.1007/978-981-13-1226-7.
- LANCASTER, G. A.; DODD, S. A.; WILLIAMSON, P. R. Design and analysis of pilot studies: Recommendations for good practice. *Evaluation & the Health Professions*, v. 10, n. 2, p. 307-312, 2004. doi: 10.1111/j.2002.384.doc.x.
- LANGE, A. et al. Online psychological treatment of depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 200, p. 89–102, 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.004.
- LERNER, T. et al. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, v. 77, p. 100054, 2022. doi: 10.1016/j.clinsp.2022.100054.
- LIBMAN, E. The role of therapeutic format in the treatment of sexual dysfunction: a review. *Clinical Psychology Review*, v. 5, p. 103-117, 1985. doi: 10.1016/0272-7358(85)90017-0.

- LINS, R. N. *Novas formas de amar*. 2. ed. São Paulo: Planeta Brasil, 2024.
- LINS, R. N. *O livro do amor*, volume I. 4. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2013.
- LINS, R. N. *O livro do amor*, volume II. 7. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2012.
- LIU, W. Y. et al. Association between COVID-19 and sexual health: an umbrella review. *Annals of Medicine*, v. 55, n. 2, p. 2258902, 2023. Doi: 10.1080/07853890.2023.2258902.
- LORIAN, C. et al. Online therapy for sexual health issues: Review of the evidence. *Sexual Health*, v. 17, n. 2, p. 103-110, 2020. doi: 10.1071/SH19038.
- LOURO, G. L. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018a.
- LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018b.
- LOYOLA, M. A. Cinquenta anos de anticoncepção hormonal: a mulher e a pílula. *ComCiência*, n. 119, p. 1-2, 2010. Recuperado de <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n119/a10n119.pdf>.
- MACRI, S.; FENELLI, A. Doing sexual homeworks is healthful. Do you want to know why? *Sexologies*, v. 17, 2008. Doi: 10.1016/S1158-1360(08)72828-7
- MASTERS, E. H.; JOHNSON, V. E. *A conduta sexual humana*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1976.
- MAUSBACH, B. T. et al. The relationship between homework compliance and therapy outcomes: an updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, v. 34, n. 5, p. 429-438, out. 2010. Doi: 10.1007/s10608-010-9297-z.
- McCABE, M. P. et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152, 2016. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.034
- McCABE, M. P.; JONES, L. M. Attrition from an Internet-based treatment program for female sexual dysfunction: who is best treated with this approach? *Psychology, Health & Medicine*, v. 18, n. 5, p. 612-618, 2013. doi: 10.1080/13548506.2013.764460.
- MEYERS, M.; MARGRAF, J.; VELTEN, J. Psychological treatment of low sexual desire in women: Protocol for a randomized, waitlist-controlled trial of internet-based cognitive behavioral and mindfulness-based treatments. *JMIR Research Protocols*, v. 9, n. 9, p. e20326, 2020. doi: 10.2196/20326.

- MIRZAEI, F. et al. The Effectiveness of Psycho-Educational and Cognitive-Behavioral Counseling on Female Sexual Dysfunction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 6, 2020. doi: 10.1055/s-0040-1712483.
- MORAIS, J. D. de; NOBRE, M. de S.; PONTES, I. E. de A. Satisfaction and sexual health of the Brazilian population: impacts of the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e42311427549, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27549.
- MOSALANEJAD, F. et al. Investigating the combined effect of pelvic floor muscle exercise and mindfulness on sexual function in women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, v. 31, n. 10, p. 1340-1347, 2018. doi: 10.1177/0269215518770345.
- MUNIZ, D. de D. C. G. Gênero e educação: corpos e comportamentos modelados em formas civilizadas e forjas generalizadas. *Anais do Congresso História e memória da educação brasileira*, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2002. Recuperado de <https://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe2/pdfs/Tema5/0519.pdf>.
- MUSSI, A. Quem são as mulheres que têm interesse em participar de grupo psicoterapêutico online para o tratamento de queixas e disfunções sexuais. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná]. *Acervo Digital da UFPR*, 2023. Recuperado de <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/94423>.
- OMIDI, A. et al. Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitive-behavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: A randomized controlled clinical trial. *Electronic Physician*, v. 8, n. 5, p. 2315-2324, 2016. doi: 10.19082/2315.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos*, 1995. Recuperado de <https://www.un.org>, 1995.
- PARISH, S. J. et al. The International Society for the Study of Women's Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 94, n. 5, p. 842-856, 2019. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.01.009.
- PARK, Y.; MACDONALDS, G. Single and partnered individuals' sexual satisfaction as a function of sexual desire and activities: results using a sexual satisfaction scale demonstrating measurement invariance across partnership status. *Archives of Sexual Behavior*, v. 51, n. 1, p. 547-564, 2022. doi: 10.1007/s10508-021-02153-y.
- PETTIGREW, J. A.; NOVICK, A. M. An overview of hypoactive sexual desire disorder: Physiology, assessment, diagnosis, and treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 66, n. 6, p. 740-748, 2021. doi: 10.1111/jmwh.13283.

- QADERI, K. et al. Changes in sexual activities, function, and satisfaction during the COVID-19 pandemic era: a systematic review and meta-analysis. *Sexual Medicine*, v. 11, n. 2, p. qfad005, 24 Mar. 2023. Erratum in: *Sexual Medicine*, v. 11, n. 2, p. qfad027, 8 maio 2023. doi: 10.1093/sexmed/qfad005
- REY, F. L. G.; MARTÍNEZ, A. M. *Subjetividade: Teoria, epistemologia e método*. Campinas: Alínea, 2017.
- ROCHA, F. de B. A quarta onda do movimento feminista: o fenômeno do ativismo digital. [Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos]. *Repositório Digital UNISINOS*, 2017. Recuperado de http://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/6728/Fernanda%20de%20Brito%20Mota%20Rocha_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ROSEN, R. C.; KAPLAN, S. A. The need for evidence-based treatment protocols for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, v. 11, n. 10, p. 2479-2488, 2014. doi: 10.1111/jsm.12650.
- RUSSO, J. et al. O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, p. 617-635, 2009.
- RUSSO, J. A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 2, n. 14, p. 172-194, 2013. doi: 10.1590/S1984-64872013000200009.
- SHAEER, O. et al. Female orgasm and overall sexual function and habits: a descriptive study of a cohort of U.S. women. *Journal of Sexual Medicine*, v. 17, n. 6, p. 1133-1143, 2020. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.03.005.
- SHAPIRO, S. L. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, v. 62, n. 3, p. 373-386, 2006. doi: 10.1002/jclp.20237.
- SILVEIRA MEIRELES, G. Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 30, n. 2, p. 47-54, 2019. doi: 10.5535/1984-6487.rbsh.v30n2p47.
- SPARGO, T. *Foucault e a teoria queer: seguindo o Ágape e êxtase: orientações pós-seculares*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- STEPHENSON, K. R. Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: a review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, v. 8, p. 527-543, 2017. doi: 10.1007/s12671-016-0652-3.
- THOMAS, Holly N. et al. A virtual, group-based mindfulness intervention for midlife and older women with low libido lowers sexual distress in a randomized controlled pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 20, p. 1060-1068, 2023. doi: [10.1093/jsxmed/qdad081](https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad081)

- VAN ANDERS, S. M. et al. The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, v. 51, n. 1, p. 391-415, 2022. doi: 10.1007/s10508-021-02153-y.
- VELTEN, J. Results of a randomized waitlist-controlled trial of online cognitive behavioral sex therapy and online mindfulness-based sex therapy for hypoactive sexual desire dysfunction in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 92, n. 11, p. 742-755, 2024. doi: 10.1037/ccp0000867.
- WALLER, R.; GILBODY, S. Online cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A systematic review. *Psychological Medicine*, v. 39, n. 11, p. 1691-1701, 2009. doi: 10.1017/S0033291708004607.
- WE ARE SOCIAL. *Digital 2021: Global Overview Report*. Recuperado de <https://wearesocial.com/digital-2021>, 2021.
- WEINBERGER, J. M. et al. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual Medicine Review*, v. 7, n. 2, p. 223-250, 2019. doi: 10.1016/j.smr.2018.12.001.
- WEST, S. L.; VINIKOOR, L. C.; ZOLNOUN, D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual Review of Sex Research*, v. 15, p. 40-172, 2004. doi: 10.1080/10532528.2004.10559812.
- WOLPE, R. E. et al. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 211, p. 26-32, 2017. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.01.018.
- WOLPE, R. E. et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Revista Acta Fisiátrica*, v. 2, n. 22, p. 87-92, 2015. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/114510/112337>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Acesso em: 11 ago. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-11 Reference Guide*. 2019. Disponível em: <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>. Acesso em: 11 ago. 2023.
- ZANG, D. et al. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Urology*, v. 19, n. 2, p. 1-12, 2019. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12894-018-0431-7>.
- ZHANG, W. et al. Comparison of internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, v. 168, p. 140-148, dez. 2023. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.10.025.

ZHANG, C. et al. A population-based epidemiologic study of female sexual dysfunction risk in Mainland China: prevalence and predictors. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 14, n. 11, p. 1348-1356, 2017. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(17\)31393-0/pdf](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(17)31393-0/pdf).

ZIPPAN, N.; STEPHENSON, K. R.; BROTTTO, L. A. Feasibility of a Brief Online Psychoeducational Intervention for Women With Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 17, n. 12, p. 2208-2219, 2020. DOI:

ANEXO 1

**Journal of Sex & Marital Therapy****Effectiveness of online group cognitive-behavior therapy and sex education for
Brazilian women with sexual dysfunction: a pilot study**

Submission ID	256006910
Article Type	Research Article
Keywords	Cognitive Behavior Therapy, Sex Education, Sexual dysfunction, Group Psychotherapy, Online therapy
Authors	Fernanda Bonato, Nicolas de Oliveira Cardoso, Adriane Mussi, Bruna Gund