

Mapeamento das disfunções sexuais femininas em mulheres usuárias de redes sociais a partir do Dsféminins

Female sexual dysfunctions mapping using Dsféminins in social networks

Relevamiento de las disfunciones sexuales demeninas en mujeres usuarias de las redes sociales a partir del Dsféminins

Jayne Luana Guterres¹, Lucia Carolina de Oliveira¹, Francielly da Silva Schmitt¹, Tatiane Martins¹, Isabel Fernandes de Souza¹.

RESUMO

Objetivo: Apresentar um estudo epidemiológico, na área da saúde da mulher, sobre as disfunções sexuais feminina realizado por pesquisa survey, nas redes sociais, com o Dsféminins, um instrumento para mapear os riscos ao desenvolvimento para Disfunções Sexuais Femininas. **Métodos:** Tratou-se de estudo observacional descritivo e epidemiológico na área de fisioterapia, em saúde da mulher, conduzido com 454 mulheres, com idade de 18 a 60 anos. O instrumento de pesquisa Dsféminins para o mapear os riscos ao desenvolvimento de DSF, foi disponibilizado nas redes sociais. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva com auxílio do programa *BioEstat*, versão 5, no teste de inferência estatística utilizou-se o ANOVA. **Resultados:** Os dados socioeconômicos apresentaram escolaridade em nível médio, na faixa etária de 18 a 25 (48.84%; n=294). O Dsféminins mostrou que as mulheres com maior nível educacional apresentam melhor autopercepção da função sexual, já as com menor nível apresentaram maior risco para DSF. **Conclusão:** A população respondente frequentemente apresenta boa função sexual autopercebida, sendo essas as mulheres com maior nível educacional, o estudo indica a necessidade de novas coletas/análise dos dados, após reavaliação da efetividade do Dsféminins.

Palavras-chave: Disfunções sexuais fisiológicas, Saúde da mulher, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To present an epidemiological study, in the area of women's health, on female sexual dysfunctions carried out by a survey in social networks, with Dsféminins, an instrument to map the risks to development for Female Sexual Dysfunctions. **Methods:** This was an observational, descriptive, and epidemiological study in the area of physiotherapy in women's health, conducted with 454 women, aged between 18 to 60 years. The Dsféminins research instrument to map the risks to develop FSD was made available on social networks. The data obtained were analyzed using descriptive statistics with the aid of the version 5 BioEstat program, and for statistical inference test ANOVA was used. **Results:** The socioeconomic data presented schooling at the medium level in the age group of 18 to 25 (48.84%; n = 294). The Dsféminins showed that women with a higher educational level have better self-perception of sexual function, whereas those with a lower level had a higher risk for FSD. **Conclusion:** The respondent population often presents good self-perceived sexual function, being these women with the highest educational level, the study indicates the need for new data collection / analysis, after reassessment the effectiveness of Dsféminins.

Key words: Sexual dysfunction physiological, Women's health, Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un estudio epidemiológico, en el área de la salud de la mujer, sobre disfunciones sexuales femeninas realizado mediante investigación por encuestas, en redes sociales, con Dsféminins, instrumento para mapear los riesgos de desarrollo de las Disfunciones Sexuales Femeninas. **Objetivo:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y epidemiológico en el área de fisioterapia, en salud de la mujer, realizado con 454 mujeres, de 18 a 60 años. El instrumento de investigación Dsféminins, para realizar un relevamiento

¹ Centro Universitário União das Américas (UNIAMÉRICA), Foz do Iguaçu - PR.

*E-mail: jayneguterres5@gmail.com

de los riesgos para del desarrollo de las DSF, se puso a disposición en las redes sociales. Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva con la ayuda del programa BioEstat, versión 5, en la prueba de inferencia estadística, se utilizó ANOVA. **Resultados:** Los datos socioeconómicos mostraron escolaridad de nivel medio, en el grupo de edad de 18 a 25 años (48,84%; n = 294). El DSFéminins mostró que las mujeres con un nivel educativo más alto tienen una mejor autopercepción de la función sexual, mientras que aquellas con un nivel más bajo tenían un mayor riesgo de DSF. **Conclusión:** La población encuestada suele tener una buena función sexual autopercebida, siendo estas mujeres con un nivel educativo superior, el estudio indica la necesidad de nueva recolección / análisis de datos, luego de reevaluar la efectividad de DSFéminins.

Palabras clave: Disfunción sexual fisiológica, Salud de la mujer, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais são conceituadas como distúrbios que acometem relação, que é composta por um ciclo, o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução. As disfunções do ato sexual podem acometer homens e mulheres. As Disfunções Sexuais Femininas (DSF) é, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um problema de saúde pública, que acomete a saúde das mulheres em curto ou longo prazo, a vida psicológica, doméstica, ocupacional e física (WOLPE RE, 2015).

A DSF ou *Female Sexual Dysfunction* (FSD) é multifatorial. As razões podem ser de origem nas crenças e valores religiosos; em parâmetros familiares educacionais conservadores e rígidos; em fatores biológicos, anatômicos, neurológicos e hormonais; no uso de psicotrópicos e drogas psicoativas legais não legais; com também fatores psicológicos e interpessoais (KESSELS R, et al., 2019).

Deste modo, as DSF são os problemas que se fazem presentes no ato sexual, e, se iniciam nas queixas das mulheres quanto à qualidade percebida, por estas, de cada fase do ciclo da atividade sexual. A queixa quando investigada pode ter diagnóstico preciso ou não para a dispareunia, vaginismo, anorgasmia ou disfunção orgásmica, aversão sexual e desejo sexual hipoativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A dispareunia, entendida como a dor na relação sexual, tem diagnóstico atribuído a soma de outras patologias e disfunções, tais como, pele vulvar com líquen escleroso, vulvodínia, infecções no trato urinário, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e endometriose. Está associada a dificuldades comuns no relacionamento do casal, como a falta de desejo, a ausência de excitação e a tensão muscular vaginal (LA H e FRANKLIN JE, 2018).

Segundo Adam F, et al. (2020), a anorgasmia ou distúrbio orgásmico, caracteriza-se pela dificuldade do indivíduo em atingir o orgasmo. Dentre as disfunções sexuais femininas, é a que mais afeta as mulheres. Estima-se que 24% da população feminina possuem anorgasmia. Por se tratar de uma disfunção com causas multifatoriais, o tratamento torna-se difícil. A origem pode ser desencadeada por fatores fisiológicos, como na região pélvica apresentar lesões em músculos, em nervos ou em medular, irrigação sanguínea diminuída, alterações hormonais e uso de psicotrópicos e drogas psicoativas legais não legais; e, psicológicos como depressão, abusos, crenças ou valores religiosos e autoimagem negativa (GRUENWALD I, et al., 2020; ISHAK W, et al., 2010).

A aversão sexual é uma disfunção caracterizada pela falta de desejo. A possibilidade de estabelecer um ato sexual associa-se a sentimentos negativos, gerando ansiedade em nível suficiente para que o mesmo seja evitado. É multifatorial e de diagnóstico complexo. A aversão é desencadeada após evento traumático, iniciação sexual humilhante, abuso sexual infantil, entre outros (MCCABE M, et al., 2016; ISHAK W, et al., 2010; REDDY A, 2018; KUPFER D, 2014).

O desejo sexual hipoativo (DSH) é caracterizado na presença da diminuição ou da ausência total de desejo para o ato sexual, excetuando momentos de elevado estresse, luto, extrema tristeza ou distúrbio psiquiátrico a exemplo da depressão. Um fator desencadeante da DSH é a falta de estimulação sexual pelo casal. Aponta também outros fatores, entre esses, fantasia sexual, o avanço da idade e impactos hormonais como também o tempo de duração do ato sexual (CLAYTON A, et al., 2018; KIM N, et al., 2018).

O vaginismo é uma condição pouco compreendida, podendo afetar até 7% das mulheres, em todo o mundo. É um distúrbio do ato sexual, na fase de penetração vaginal. Essa fase se caracteriza como imensamente dolorosa. Em estágios mais avançados da disfunção a fase da penetração torna-se impossível, uma vez que a dor desencadeia a contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico. É classificada como primária e secundária. Na primeira, em decorrência dessa contração involuntária, caracteriza-se por nunca ter havido a fase da penetração do ato sexual. A secundária é quando o vaginismo se instala após a mulher ter feito a iniciação sexual. Em ambas, primária e secundária, a penetração é impossibilitada. Outra classificação é quanto a gravidade da disfunção, se apresentando em quatro graus quantificados no espasmo do assoalho pélvico. Essa quantificação ocorre no ato do exame físico para fins de diagnóstico. Nos graus um e dois, a paciente consegue permanecer imóvel e o exame é possível, mesmo na presença da dor. Nos graus 3 o exame é realizado com dificuldade e impossível no quarto grau (PACIK PT, et al., 2019; CARVALHO J, et al., 2017; NARAYANAN S, et al., 2019).

Para o tratamento das DSF, existem várias abordagens. Há referência aos tratamentos clínicos, medicamentosos e cirúrgico. Ainda existem os psicológicos, nutricional e fisioterapêutico (AL-ABBADEY M, et al., 2015; SILVA T, et al., 2019; DANTAS J, et al., 2020).

Quanto ao tratamento medicamentoso, estão os antidepressivos e anticonvulsivantes, com respostas positiva quando a dor diagnosticada tem origem neuropáticas. Outras terapias são tópicas e fazem uso de cremes estrogênicos, géis hidrossolúveis e aplicação de lidocaína. Há também as injetáveis, tais como a toxina botulínica. Os tratamentos com intervenções cirúrgicas são de média e elevada complexidade. São exemplos, as cirurgias de vestivulectomia, as de laparoscópicas para endometriose, as de adesões pélvicas e tumorais (AL-ABBADEY M, et al., 2015).

Quanto aos tratamentos fisioterapêuticos, os mesmos podem ajudar em vários casos de disfunção sexual. Essa classe de recursos terapêuticos mostra-se efetiva em disfunções como a dispareunia. Os protocolos de atendimento são elaborados de acordo com cada diagnóstico apresentado pela paciente. Os mais recorrentes são aqueles apresentados por níveis vaginais e clitorianos de flacidez, rigidez, atrofia e/ou diminuição circulatória. A partir do diagnóstico das disfunções sexuais claramente mapeados, os tratamentos de fisioterapêutico podem incluir uso de: dilatadores; biofeedback; exercícios do assoalho pélvico; eletroterapia; termoterapia, terapia comportamental, entre outros. O profissional de fisioterapia também pode associar terapêuticas complementares, tais como, orientação para a utilização de óleos vaginal, orientações de banhos e orientações de posições na relação sexual (AL-ABBADEY M, et al., 2015; MESQUITA L, et al., 2010).

Os tratamentos mais efetivos são aqueles que combinam terapêuticas oriundas de várias áreas profissionais. Essa combinação pode se mostrar eficiente na presença de disfunções que mais geram impacto na atividade sexual e na saúde sexual feminina, tais como, na presença dispareunia, anorgasmia ou distúrbio orgásmico, aversão sexual, Desejo Sexual Hipoativo (DSH) e no vaginismo (DANTAS J, et al., 2020).

Assim, objetivou-se apresentar um estudo epidemiológico, na área da saúde da mulher, sobre as disfunções sexuais feminina realizado por pesquisa *survey*, nas redes sociais, com o DS Féminins, um instrumento para mapear os riscos para Disfunções Sexuais Femininas.

MÉTODOS

A pesquisa, observacional descritiva, caracterizou-se como um estudo epidemiológico na área de fisioterapia, em saúde da mulher. A coleta foi feita por pesquisa *survey* nas redes sociais. A título de critério de inclusão foram abordadas mulheres, economicamente ativas, na faixa etária de 18 a 60 anos e participantes de grupos nessas comunidades virtuais. A pesquisa foi desenvolvida com as atuantes no Facebook, no Instagram e no WhatsApp. Foram acessadas via impulsionamento, pago, de maneira a atingir um maior público feminino. Em cada um desses ambientes virtuais de interação social, grupos e perfis direcionados às mulheres foram postados convites para participação na participar da pesquisa. Nesse, havia a descrição do estudo e os critérios de exclusão da pesquisa que foram não ser do sexo feminino, não estar de acordo com a assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou não aceitar responder

a todas as perguntas do DSFéminins. Além disso, um e-mail e um perfil das redes sociais foram disponibilizados para esclarecimentos de quaisquer dúvidas das participantes.

Para os indivíduos que desejaram participar, foi disponibilizado, através da plataforma Google Forms, o instrumento DSFéminins, organizado em quatro partes, uma breve caracterização sociodemográfica, caracterização da atividade sexual, os riscos para disfunções sexuais femininas e caracterização da dor. Para responder cada questão do “Questionário DSFéminins”, a participante foi orientada, inicialmente, a preencher o e-mail. Na sequência está registrada a justificativa da necessidade da coleta do e-mail, ou seja, o mesmo se faz obrigatório em decorrência da nova lei de proteção aos dados pessoais, para permitir, a qualquer momento, enquanto a pesquisa estivesse sendo realizada e ativa, a participante poder solicitar o cancelamento das suas respostas/participação (BRASIL, 2018).

A amostra do estudo caracterizou-se como probabilística, estimada em 1350, com nível de confiança de 97% e margem de erro de 3% para mais e para menos. No entanto, em decorrência do ano de 2020 ser atípico por questões de pandemia, a coleta ocorreu ao longo de trinta dias, totalizando em 616 mulheres. Nessa amostra foram removidos questionários preenchidos parcialmente, com respostas em que as participantes indicaram desconhecer o conteúdo arguido, e, questionários com participantes não enquadradas nos critérios de inclusão. Assim, a amostra final, avaliada nesse manuscrito, foi de 454.

Para a avaliação da mensuração das disfunções sexuais o Questionário de DSFéminins, fundamentado por 22 perguntas, que exprimem um reflexo do comportamento referente à relação sexual, com opções de classificação em: nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente, muito frequente e não sei avaliar. Para a contagem dos dados, dos possíveis riscos de desenvolvimento das disfunções sexuais no Questionário de DSFéminins, foi utilizado a escala Likert (**Quadro 1**).

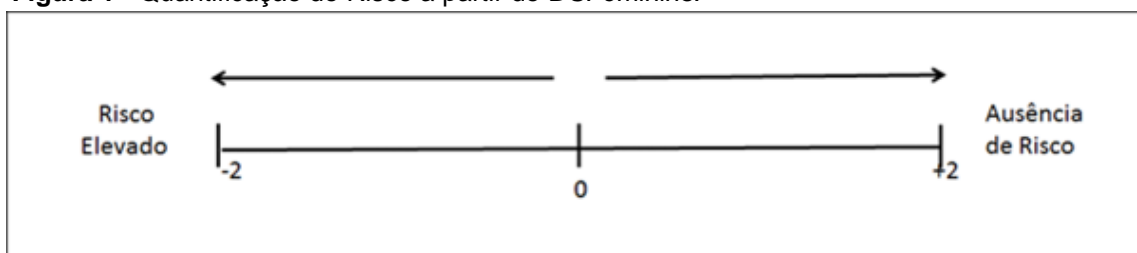
Quadro 1 - Escala de Likert para o DSFéminins.

Escala	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequente
Valores	1	2	3	4	5
Pontuação Correspondente ao valor em questões negativas	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)
Pontuação Correspondente ao valor em questões afirmativas	(+2)	(+1)	(0)	(-1)	(-2)

Fonte: Guterres JL, et al., 2021.

Então, após a atribuição valores correspondentes à escala Likert, **Quadro 1**, os negativos e positivos indicaram presença e ausência de risco para disfunções sexuais respectivamente. Quanto mais distantes os valores foram do zero, tanto para positivo quanto para o negativo, quantificaram a ausência ou a maior chance de apresentar o risco para a disfunção (**Figura 1**). Assim, o resultado quantitativo representou se a participante tem ou não riscos ao desenvolvimento de uma disfunção sexual.

Figura 1 - Quantificação do Risco a partir do DSFéminins.



Fonte: Guterres JL, et al., 2021.

Após a coleta de dados, os resultados foram exportados para planilhas eletrônicas no formato CSV (*comma-separated-values*). Esse formato é lido no programa *BioEstat*, versão 5, no qual foram feitas a inferência e as estatísticas descritivas. O teste de inferência estatística usou o ANOVA para verificar se houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de risco, calculadas a partir do *DSFéminins*, segmentadas por nível de escolaridade. O perfil socioeconômico foi consolidado com frequência absoluta e percentuais.

O projeto de pesquisa que originou este trabalho tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário União das Américas (UNIAMÉRICA), sob o número de Protocolo CAAE 35447120.5.0000.9607, sendo aprovado no parecer substanciado de 4.189.656.

RESULTADOS

Quanto aos dados socioeconômicos, esse perfil, segmentado por nível de escolaridade, foi caracterizado por usuárias com escolaridade em nível médio, na faixa etária de 18 a 25 (48.84%; n=294), que estão namorando (25.91%; n=156), são estudantes (22.26%; n=134), com renda salarial de (41.36%; n=249) e fazem uso de bebidas alcoólicas (31.23%; n=188) como hábito social (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica organizada por meio das frequências absolutas (fi) e percentual equivalente (%), segmentada por nível de escolaridade.

Variável	Baixa		Média		Alta	
	fi	%	fi	%	fi	%
Faixa etária						
18 — 25	6	1.00%	294	48.84%	45	7.48%
26 — 33	1	0.17%	44	7.31%	40	6.64%
34 — 41	4	0.66%	34	5.65%	50	8.31%
42 — 49	5	0.83%	24	3.99%	31	5.15%
50 — 57	2	0.33%	8	1.33%	10	1.66%
58 — 65	0	0.00%	3	0.50%	1	0.17%
Estado civil						
Casada	6	1.00%	65	10.80%	61	10.13%
Solteira	4	0.66%	123	20.43%	50	8.31%
União estável	4	0.66%	48	7.97%	20	3.32%
Namorando	4	0.66%	156	25.91%	34	5.65%
Divorciada	0	0.00%	15	2.49%	12	1.99%
Renda Familiar						
1 a 2 sal. min.	14	2.33%	249	41.36%	67	11.13%
3 a 4 sal. min.	4	0.66%	105	17.44%	54	8.97%
4 a 5 sal. min.	0	0.00%	31	5.15%	30	4.98%
6 sal. min. ou mais	0	0.00%	22	3.65%	26	4.32%
Atividade econômica						
Empregada	4	0.66%	102	16.94%	51	8.47%
Desempregada	8	1.33%	112	18.60%	32	5.32%
Estudante	3	0.50%	134	22.26%	14	2.33%
Empreendedora	1	0.17%	20	3.32%	29	4.82%
Funcionária Pública	0	0.00%	27	4.49%	41	6.81%
Outros	2	0.33%	12	1.99%	10	1.66%
Hábitos Sociais						
Etilista social	0	0.00%	188	31.23%	84	13.95%
Fumante	5	0.83%	40	6.64%	21	3.49%
Uso de subst. ilícitas	0	0.00%	18	2.99%	7	1.16%
Todos	1	0.17%	16	2.66%	2	0.33%
Nenhum	12	1.99%	145	24.09%	63	10.47%

Fonte: Guterres JL, et al., 2021.

Quanto aos riscos para o desenvolvimento de DSF quantificados pelo DSFéminins, a população respondente frequentemente apresenta boas função sexual autopercebida, sendo a média 0.897 e o desvio padrão de 0.5178. Foram as mulheres com maior nível educacional (0.9545; \pm 0.5674) que apresentaram as maiores médias de autopercepção da função sexual (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Caracterização socioeconômica e segmentado por nível de escolaridade, por meio da estatística descritiva, com apresentação nos mínimos e máximos, média aritmética geral, desvio padrão e variância.

Consolidação	Amostra Geral	Escolaridade Alta	Escolaridade Média	Escolaridade Baixa	p-valor*
Amostra	454	139	301	13	
Mínimo	-1.1364	-1.1364	-0.5	-0.1364	
Máximo	1.9091	1.9091	1.9091	1.6818	
Média Aritmética	0.8967	0.9545	0.8778	0.7168	0.1555*
Variância	26,82%	32,20%	24,11%	30,96%	
Desvio Padrão	0.5178	0.5674	0.491	0.5564	

Legenda: *Diferença entre as médias para os níveis de escolaridade com o teste estatístico ANOVA.

Fonte: Guterres JL, et al., 2021.

Na **Tabela 3** são apresentadas as médias por afirmação questionada às participantes. Foram as mulheres com nível educacional baixo que apresentaram risco para as DSF do desejo hipoativo, da falta lubrificação e da anorgasmia. As cores representam as disfunções cujos riscos foram mapeados.

Tabela 3 - Quantificação do risco ao desenvolvimento de disfunções sexuais femininas, segmentado por nível de escolaridade, por meio das médias (md) e desvio padrão (dp).

<i>DSFéminins</i>	Geral		Baixa		Média		Alta	
	md	dp	md	dp	md	dp	md	dp
1.Sou ativa sexualmente	0.479	1.149	-0.615	1.261	0.552	1.188	0.425	1.216
2.As relações sexuais são realizadas.	0.400	1.135	-0.692	0.947	0.445	1.188	0.403	1.202
3.Tenho desejo sexual em todas as relações.	0.607	1.125	-0.462	1.330	0.681	1.205	0.547	1.118
4.Tenho lubrificação em todas as relações.	0.501	1.134	-0.462	1.198	0.548	1.229	0.489	1.151
5.Tenho dificuldade de ficar lubrificada na relação	0.729	1.109	1.077	1.115	0.694	1.333	0.770	1.002
6.Durante a relação sexual ou quando estimulada sexualmente, eu atinjo o orgasmo (climax):	0.411	1.291	-0.385	1.387	0.432	1.720	0.439	1.223
7.Sinto dor na relação sexual:	0.883	1.088	0.923	1.115	0.801	1.254	1.058	0.998
8.A dor na relação sexual acontece no início do ato sexual	0.938	1.252	1.385	0.650	0.841	1.661	1.108	1.190
9.A dor na relação sexual acontece durante o ato sexual	1.093	1.137	1.154	1.144	1.010	1.350	1.266	1.067
10.A dor na relação sexual acontece após o ato sexual	1.389	0.952	1.615	0.768	1.372	0.934	1.403	0.938
11.A dor na relação sexual é superficial.	0.947	1.265	1.462	0.660	0.907	1.651	0.986	1.257
12.A dor na relação sexual é profunda.	1.404	1.042	1.077	1.188	1.392	1.086	1.460	1.031
13.A dor é como uma pontada.	1.086	1.303	0.923	1.115	1.007	1.880	1.273	1.147
14.A dor é como uma ardência.	1.108	1.175	1.462	0.776	1.027	1.493	1.252	1.084
15.A dor é como uma queimação	1.378	1.087	1.385	0.768	1.339	1.245	1.460	1.051
16.Tenho relação sexual com mais de um parceiro.	1.559	0.998	1.462	0.877	1.575	0.939	1.532	1.072
17.Faço uso de anticoncepcional.	0.309	1.839	1.231	1.166	0.213	3.435	0.432	1.838
18.Tenho dificuldade de atingir o orgasmo, mesmo sendo estimulada.	0.673	1.283	0.769	1.092	0.638	1.698	0.741	1.259
19.Não tenho desejo para realizar relações sexuais.	1.044	1.090	1.154	0.899	1.073	1.135	0.971	1.161
20.Já tive orgasmos, mas agora tenho dificuldade de atingir o orgasmo (clímax).	1.093	1.133	0.846	1.214	1.086	1.353	1.130	1.062
21.Quanto ao orgasmo em minhas relações sexuais.	0.099	1.419	-0.692	1.182	0.096	2.014	0.180	1.426
22.Não consigo realizar a penetração.	1.600	0.881	1.154	0.689	1.585	0.857	1.676	0.782
Médias e desvios padrão de todas as questões do <i>DSFéminins</i> :	0.897	0.297	0.717	0.270	0.878	0.292	0.955	0.305
Legenda dos aspectos questionados quanto aos riscos para o desenvolvimento de disfunções sexuais femininas:	DESEJO HIPOATIVO		VAGINISMO; DISPAREUNIA		ANORGASMIA		AVERSAO SEXUAL	
	FALTA LUBRIFICAÇÃO		INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)					

Fonte: Guterres JL, et al., 2021.

DISCUSSÃO

O uso das redes sociais é uma realidade no cotidiano contemporâneo, com tendência de crescimento apontada nas pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que identificou, no ano de 2018, um percentual de 74,7% da população brasileira acessava a internet. Esse dado foi coletado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNDA). Quando comparado com o estudo do ano anterior, 2017, indicou um aumento de 4,9 pontos percentuais (IBGE, 2018).

Uma informação identificada em estudo realizado pelo IBGE tem relação com o presente estudo: acesso das mulheres às redes sociais. O IBGE indicou que aproximadamente 75,7% das mulheres do Brasil tinham acesso à internet em 2018. Esse percentual, quando comprado com os homens foi maior, eles somaram um percentual de 73,6% (IBGE, 2018).

Alinhada com os dados do IBGE (2018), a pesquisa de Almeida M, et al. (2018), realizada nas redes sociais envolvendo 499 indivíduos, em que 81,2% era público feminino, com a faixa etária predominante de 18 a 25 anos. Os indivíduos pesquisados utilizavam as redes sociais para seguir perfis fitness do Instagram, como ato para melhorar a sua saúde e a estética do corpo. Esse perfil social, de usuárias de redes sociais, no que se refere à idade das participantes em pesquisas vinculadas à saúde a à sexualidade também foi observada na presente pesquisa, em que a maior parte das respondentes tinham média de idade de 21 anos. Essa média de idade apresentada no estudo, representa que essas mulheres tiveram educação contemporânea possibilitando a maior abertura ao autocuidado.

Burri A, et al. (2019), realizou uma pesquisa online sobre masturbação feminina e a percepção dos aspectos afetivos-sexuais. Nessa pesquisa, os autores abordaram uma amostra de 425 mulheres. A maioria, 61,4%, quando questionadas sobre relação afetiva-amorosa com parceiros, afirmou manter algum tipo de relacionamento. No estudo apresentado por esse manuscrito, as mulheres abordadas nas redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp* afirmaram estarem namorando ou solteiras, englobando mais de 46% dos indivíduos respondentes.

Outro dado interessante, indicado na pesquisa de Burri A, et al. (2019), foi o nível educacional, em que as mulheres abordadas na pesquisa desses autores tinham em média 15 anos de educação formal.

O nível de instrução educacional encontrado na pesquisa do IBGE, de indivíduos que utilizaram a internet em 2018, foi de 12,1% no nível sem instrução, 55,5% no fundamental incompleto e 98,3% de ensino superior incompleto nível médio (IBGE, 2018).

Na presente pesquisa o nível educacional das entrevistadas, foi de nível médio. Quando avaliado a partir das pesquisas de outros autores, nota-se que a grande maioria das mulheres que utilizam as redes sociais, tem o nível de escolaridade a nível médio.

Em uma pesquisa realizada por Netto L, et al. (2017), com mulheres que já sofreram violência, de um parceiro íntimo, e que buscaram apoio em redes sociais, demonstrou resultados que se aproximam dos resultados da presente pesquisa. O nível de escolaridade das mulheres abordada pelos autores foi nível médio, e quanto à renda, todas trabalhavam com atividades de baixa remuneração, recebendo de um a quatro salários mínimos. Na presente pesquisa as mulheres responderam que tinham renda que variava de três a quatro salários-mínimos, um pouco melhor a do estudo dos autores.

O IBGE (2018), divulgou em 2018, que o rendimento das mulheres que exerciam profissão, entre idade 25 a 49 anos, era de R\$ 2,050, que equivale a dois salários-mínimos. As ocupações que as mulheres mais relataram foi a de trabalhadoras dos serviços domésticos (95%), professoras do ensino fundamental (84,0%), trabalhadoras de limpeza (74,9%) e em centrais de atendimentos (72,2%). Entre as mulheres, o nível de instrução aumentou, tendo assim uma melhora no rendimento. O IBGE, também divulgou uma pesquisa que mostra que o desemprego é maior para as mulheres. A diferença da taxa de desocupação entre homens e mulheres foi de 12,8% para homens e 16,8% para mulheres (BRASIL, 2018).

Pereira VM, et al. (2013), questionou 155 mulheres, encontrou a idade média de 24 anos, em que 41,3% eram solteiras, 41,3% união estável e 17,4% casadas. Dessas mulheres, 81,3% tinham o ensino superior

completo, no presente estudo podemos notar similaridades, com entrevistadas do nível médio de escolaridade. Em relação ao estado civil 20% das mulheres são solteiras e 25% namorando.

Citando ainda a pesquisa de Pereira VM, et al. (2013), em que foi avaliado o uso de álcool. Foi encontrado 49,7% das mulheres que raramente faziam o uso de álcool. Na presente pesquisa a percentagem de mulheres que faziam uso de bebidas alcoólicas foi de 31,23%.

Uma pesquisa do Ministério da Saúde (2019), afirmou que as mulheres estão consumindo cada vez mais bebidas alcoólicas em que 17% das mulheres adultas, em 2019, afirmaram beber mais de uma vez por semana. O percentual é 4,1 maior do que era em 2013. Também foi avaliado o percentual de mulheres fumantes. A pesquisa indicou que de 2019(9,8%) para 2013 (11,2%) houve redução no uso do tabaco. A pesquisa demonstrou que quanto maior o nível de escolaridade menor o número percentual de fumantes.

Kontula O, et al. (2016) em sua análise sobre orgasmos, observou que mulheres economicamente ativas buscavam informação sobre a sexualidade. O que leva a entender que a situação socioeconômica influencia no baixo risco. As mulheres de classe média e economicamente ativa ficaram mais distantes do risco de DFS na presente pesquisa.

A presente pesquisa identificou que as mulheres não tem riscos para desenvolver disfunção sexuais, uma razão para esse dado se deve ao fato de o instrumento necessitar ser melhor testado. Os indícios de que o *DSFéminins*, deve ser ajustado se deve ao fato das mulheres registrarem relato de abuso sexual, por meio de frases, em espaço aberto para comentários, no final da coleta de dados com o instrumento em questão. Tais registros podem ser exemplificados como “fazia sexo forçado, já fui estuprada”. Registro de dores no ato sexual tal como esse “mais eu nunca sentir prazer, só dor, desconforto, hoje aos meus 19 anos de idade nunca tive um orgasmo” e de relações psicologicamente abusivas tal como esse, “ele era abusivo, eu era nova, ele dizia que eu precisava fazer sexo com ele porque ele tinha necessidades”. Esses registros são bastante contundentes para identificar risco de DSF. No entanto, tal risco não correspondeu à pontuação registradas por essas mulheres no *DSFéminins*.

CONCLUSÃO

Quanto aos riscos para o desenvolvimento de DSF quantificados pelo *DSFéminins*, a população respondente frequentemente apresenta boa função sexual autopercebida. Foram as mulheres com maior nível educacional que apresentaram as maiores médias de autopercepção da função sexual. As mulheres com nível educacional baixo foram as que apresentaram risco para as DSF do desejo hipoativo, da falta lubrificação e da anorgasmia. O presente estudo destaca tópicos importantes para quantificar os riscos às DSF das mulheres contemporâneas que utilizam as redes sociais para suprir suas necessidades de informação quanto à sexualidade e indica a necessidade de novas coletas/análise dos dados, após reavaliação da efetividade do *DSFéminins*.

REFERÊNCIAS

1. AL-ABBADEY M, et al. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 2015; 42(2): 99-142.
2. ALMEIDA M, et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para a disfunção sexual na pós-menopausa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2018; 67(4): 231-238.
3. BRASIL. Governo Federal. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: PNAD Contínua. IBGE. Brasília, 2018
4. BRASIL. Lei nº 13.709 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ministério de Ciência e Tecnologia. Brasília, 2018.
5. BURRI A, et al. Comportamento masturbatório em uma amostra populacional de mulheres alemãs. *The Journal Of Sexual Medicine*, 2019; 16(7): 963-974.
6. CARVALHO J, et al. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. *Brazilian Journal Of Anesthesiology*, 2017; 67(6): 632-636.
7. CLAYTON A, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, 2018; 93(4): 467-487.

8. DANTAS J, et al. Sexual function and functioning of women in reproductive age. *Fisioterapia em Movimento*, 2020; 33(2): 1-20.
9. GRUENWALD I, et al. Female Sexual Orgasmic Dysfunction and Genital Sensation Deficiency. *The Journal of Sexual Medicine*, 2020; 17(2): 273-278.
10. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE: pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua: Internet e à televisão, além da posse de telefone celular para uso pessoal. Rio de Janeiro. Ibge, 2018. 34 p.
11. ISHAK W, et al. Disorders of Orgasm in Women: a literature review of etiology and current treatments. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010; 7(10): 3254-3268.
12. KESSELS R, et al. Multinível análises de dados de medicamentos on-demand, com um aplicativo para o tratamento de Transtorno Feminino Interesse Sexual / Excitação. *PLoS ONE*, 2019; 14(8): 1-22.
13. KIM N, et al. Tratamentos para Hipoativo Transtorno Sexual Desire (HSDD) ea perseguição de Saúde Sexual para Mulheres em meio Inglorious Retórica. *Sexual Medicine Reviews*, 2018; 6(3): 339-342.
14. KONTULA O, et al. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffect Neurosci Psychol*, 2016; 6(1): 1-21.
15. KUPFER, D. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. Ed. Artmed, 2014; 992.
16. LA H, FRANKLIN JE. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2018; 69(1): 9-18.
17. MCCABE M, 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*, 2016; 13(2): 144-152.
18. MESQUITA L, et al. Terapia comportamental na abordagem primária da hiperatividade do detrusor. *Femina*, 2010; 38(1): 24-29.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA. 1 ed. Brasília: Editora Ms, 2013.
20. MINISTERIO DA SAÚDE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 104 p.
21. NARAYANAN S, et al. A Practical Guide to Biofeedback Therapy for Pelvic Floor Disorders. *Current Gastroenterology Reports*, 2019; 21(5): 1-21.
22. NETTO L, et al. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 2017; 21(1): 1-8.
23. PACIK PT, et al. Case Series: Redefining Severe Grade 5 Vaginismus. *Sexual Medicine*, 2019; 7(4): 489-497.
24. PEREIRA VM, et al. Disfunção sexual, depressão e ansiedade em mulheres jovens de acordo com o status de relacionamento: uma pesquisa online. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 2013; 35(1): 55-61.
25. REDDY A. Sathyanarayana. Psychotherapy for Sexual Dysfunctions. *Sexual Medicine*, 2018: 95-112.
26. SILVA T, et al. Food with Influence in the Sexual and Reproductive Health. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 2019; 20(2): 114-122.
27. WOLPE RE, et al. Physical therapy in sexually dysfunctional women: a systematic review. *Acta Fisiátrica*, 2015; 22(2): 1-6.