

AUTOCONCEITO SEXUAL: ESTUDO DOS NÍVEIS E DIMENSÕES, NOS ADOLESCENTES DO INSTITUTO TÉCNICO DE FORMAÇÃO DE SAÚDE DA HUILA

Victor Hugo Bule Rafael¹

Ana Maria Nunes Português Galvão²

Anabela Tavares de Carvalho Sachombe Martins³

Marco Paulo Braga Pinheiro⁴

Resumo: O presente estudo insere-se no campo de estudo das Ciências da Saúde. Objetivou-se estudar os níveis de autoconceito sexual nos adolescentes do Instituto Técnico de Formação em Saúde da Huila. No que diz respeito ao autoconceito sexual, constructo estudado na presente investigação, este pode ser entendido como a avaliação que cada indivíduo faz sobre os seus sentimentos e ações relativos à sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que o indivíduo pensa sobre o sexo e como se sente perante comportamentos sexuais. Definiram-se como objectivos gerais os seguintes: estudar o nível de autoconceito sexual e o nível em cada uma das dimensões em estudo, nos estudantes, definindo-se igualmente objectivos específicos e hipóteses de investigação. Depreende-se dos resultados encontrados que os jovens em estudo, em média, apresentam uma baixa motivação sexual e reduzidos níveis de sentimentos negativos em relação à sua sexualidade. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para várias dimensões de acordo com variáveis sociodemográficas. Conclui-se que os níveis de autoconceito sexual, em especial no que diz respeito às dimensões motivação e vigilância, apresentam resultados bastante diferentes do que de estudos realizados em Portugal. Estes dois fatores podem ser resultado de uma desinformação sexual desta população, recomendando-se um estudo mais aprofundado.

Palavras-chave: educação sexual; estudantes; comportamentos de saúde

SEXUAL SELF-AWARENESS: STUDY OF THE LEVELS AND DIMENSIONS AMONG ADOLESCENTS OF THE HUILA TECHNICAL HEALTH TRAINING INSTITUTE

Abstract: The present study is part of the field of study of Health Sciences. The objective was to study the levels of sexual self-awareness in adolescents at the Instituto Técnico de Formação em Saúde da Huila. With regard to sexual self-awareness, a construct studied in the present investigation, it can be understood as the assessment that each individual makes about their feelings and actions related to their sexuality and sexual behavior, describing what the individual thinks about sex, and feelings towards sexual behaviors. The following general objectives were defined: to study the level of sexual self-awareness and the level in each of the dimensions under study, in students, also defining specific objectives and research hypotheses. It appears from the results found that the young people in the study, on average, have low sexual

¹ Mestre em Saúde Pública pelo ISP Jean Piaget de Benguela, victorhugorafael@hotmail.com

² Doutora em Psicologia, Instituto Politécnico de Bragança, anagalvao@ipb.pt

³ Mestre em Psicologia, ISP Jean Piaget de Benguela, anabela.martins.mb@gmail.com

⁴ Especialista, ISCTE-IUL, marco.paulo.pinheiro@iscte-iul.pt

motivation and reduced levels of negative feelings about their sexuality. Statistically significant differences were found for several dimensions according to sociodemographic variables. It is concluded that the levels of sexual self-awareness, especially with regard to the dimensions of motivation and vigilance, present quite different results than studies carried out in Portugal. These two factors may be the result of sexual misinformation in this population, recommending, therefore, a more in depth study.

Keywords: sexual education; students; health behaviors

INTRODUÇÃO

William James foi o primeiro psicólogo a desenvolver uma teoria acerca do autoconceito. Este constructo do self pode entender-se, segundo vários autores, como a percepção que o sujeito tem de si mesmo, a forma como se percebe, sendo que essa definição de si, surge das interações com os outros e reflete as características, expectativas e avaliações dos outros (Marsh, Seaton, 2013). Assim, as percepções oriundas do mundo exterior são os ingredientes básicos a partir dos quais se desenvolve e se mantém o autoconceito. O autoconceito, seguindo o raciocínio de vários autores, possui múltiplas facetas, é relativamente estável, avaliativo, diferenciável e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente (Marsh, Seaton, 2013).

Para a OMS (Pan American Health Organization, WHO, 2000):

A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (p. 50).

Esta definição, apesar de todas as suas fragilidades, limitações e contornos pouco claros, é certamente uma das mais divulgadas de entre as definições de sexualidade. A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sendo a sexualidade experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações.

O autoconceito constitui-se como parte integrante da personalidade de cada indivíduo, influenciando o bem-estar psíquico e a qualidade de vida, de forma positiva ou negativa. Da mesma forma, os níveis de saúde mental podem influenciar aspetos da sexualidade humana, de forma positiva ou negativa.

O autoconceito pode ser entendido como a percepção que uma pessoa tem de si mesma, um conjunto de cognições que possui de si própria, que se formam a partir das experiências e relações com o meio, configurando-se, de forma constante, nas interações sociais com os demais (Marsh, Seaton, 2013).

No sentido de facilitar o estudo dos múltiplos aspetos inerentes ao autoconceito sexual, Snell (1998) desenvolveu um Modelo Multidimensional do Autoconceito Sexual (MMAS), preconizando que a adaptação e a definição que cada indivíduo faz de si em relação aos aspetos sexuais da sua vida são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando para tais diversos aspectos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual. Este constructo é constituído por fatores cognitivos, afetivos e motivacionais, sendo estes aglomerados numa escala de vinte subescalas de autoapreciação: ansiedade sexual, autoeficácia sexual, consciência sexual, motivação para evitar comportamentos sexuais de risco, controlo externo da sexualidade (sorte/ acaso), controlo interno da sexualidade, preocupação sexual, assertividade sexual, otimismo sexual, auto-culpabilização sexual negativa, autovigilância sexual, motivação sexual, *coping* sexual, autoestima sexual, satisfação sexual, auto-esquemas sexuais, medo do sexo, prevenção de problemas sexuais e depressão sexual (Snell, Papini, 1989; Snell, 1998).

Por sua vez, o autoconceito sexual, pode ser definido, como a imagem que cada adolescente tem de si mesmo, sendo decisiva quando se trata de estabelecer relações com os outros, incluindo, sem dúvida, as relações sobre sexualidade. Neste sentido, há questões que se colocam ao adolescente: gosto do meu corpo?; considero-me atraente?; gosto dos meus relacionamentos?. As respostas a estas questões irão traduzir-se num autoconceito sexual mais ou menos elevado.

Assim, o autoconceito sexual, pode ser entendido como a avaliação que cada um de nós realiza sobre os seus sentimentos e ações acerca da sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que cada um de nós pensa sobre o sexo e como nos sentimos face a comportamentos sexuais. Esta conceção é influenciada tanto por

fatores cognitivos, como afetivos e motivacionais, abraçando uma multiplicidade de variáveis que se apregoam como relevantes na operacionalização do conceito de autoconceito sexual como, motivação sexual, satisfação sexual, autoeficácia sexual, depressão sexual, medo do sexo, autovigilância sexual, otimismo sexual, controlo interno da sexualidade, autoestima sexual e ansiedade sexual (Snell, Papini, 1989; Snell, 1998).

O autoconceito sexual, imbuído de todas as suas dimensões e características, pode condicionar e determinar a percepção que cada indivíduo elabora em relação aos aspetos sexuais da sua vida que, por sua vez, como causa ou efeito, influenciam o bem-estar psíquico do mesmo, ou seja, a sua saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde mental pode ser definida como (WHO, 2013) “um estado de bem-estar, no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo enfrentar as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar o seu contributo à comunidade.” (p. 9); ou ainda “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (p. 28). Por sua vez, “a saúde sexual pode ser entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não significando apenas a ausência de disfunção ou doença” (WHO, 2017, p. 3).

Posto isto, se o autoconceito sexual está relacionado com aspetos intra e interpessoais, é coerente pensar que quando surge uma perturbação mental ou sintomatologia disfuncional, a sexualidade se altere. Sendo que as pessoas com níveis de saúde mental mais fraca, tendem a ter um autoconceito mais pobre (Berdychevsky, Gibson, 2015). Com efeito, os problemas psicológicos têm quase sempre uma expressão corporal e as alterações orgânicas provocam quase sempre alguma perturbação a nível psicológico. Uma vez rejeitado o dualismo cartesiano, é de supor que aquilo que acontece a nível físico ou a nível mental se influencie mutuamente, perturbando o indivíduo na sua globalidade. Assim, baixos níveis de saúde mental costumam produzir um quadro de problemas emocionais nos quais a parte afetiva é posta em causa, o que por sua vez influencia a expressão de sentimentos, a relação interpessoal, bem como a sexualidade humana (WHO, 2001).

A construção dos aspetos sexuais de si mesmo não está desassociada da atividade sexual propriamente dita e, particularmente, do início da vida sexual. É um

facto que os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (WHO, 2018), contudo, essa iniciação varia dependendo do género e dos países (Stern & Medina, 2000).

Relativamente à sexualidade, esta é uma das componentes essenciais do corpo, da vida e das relações interpessoais dos seres humanos, por isso mesmo, é também uma das componentes do nosso crescimento, das nossas aprendizagens e da nossa socialização. A sexualidade pode envolver incerteza, dúvida e vulnerabilidade sobre o corpo e o seu desempenho, recorrendo a pensamentos, sentimentos e comportamentos (Pan American Health Organization, WHO, 2000; WHO, 2018), sendo a exposição íntima do corpo causadora de algum desconforto e insegurança sobretudo pelo medo de ser avaliado negativamente pelo parceiro. Assim, a sexualidade pode ser afetada pelas relações interpessoais que cada indivíduo estabelece, pela cultura do sujeito, pelas circunstâncias de vida de cada pessoa, pela atração mútua, pelo contacto psicofísico e não exclusivamente genital, pela consciência de sexo, que abarca o próprio sexo e o oposto e pelo comportamento sexual (Pan American Health Organization, WHO, 2000; WHO, 2010).

1. METODOLOGIA

Objetivos Gerais, Específicos e Hipóteses de Investigação

Definiram-se como objectivos gerais os seguintes: estudar o nível de autoconceito sexual e o nível em cada uma das dimensões em estudo, nos estudantes do Instituto Técnico de Formação de Saúde da Huila (ITFSH).

Como objectivos específicos, definiram-se os seguintes:

1. Qual o nível de Autoconceito Sexual total dos estudantes do ITFSH;
2. Qual o nível das dimensões de Autoconceito Sexual dos estudantes do ITFSH.

Colocaram-se também as seguintes hipóteses de investigação:

1. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o sexo;

2. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com a idade;
3. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o curso;
4. Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o estar ou não numa relação amorosa;
5. Existe uma relação entre as seis dimensões de autoconceito sexual em estudo.

Questões Éticas

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos ao longo do presente trabalho e todas as autorizações necessárias foram obtidas das entidades competentes. A participação foi voluntária e anónima, não havendo possibilidade de identificar os respondentes nem foram colocadas questões que possam possibilitar essa mesma identificação. Foi explicado aos participantes o objectivo do estudo e que a participação era voluntária. Cumpriram-se as normas conforme a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 1974; World Medical Association, 2013).

Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário, composto por duas partes: questões sociodemográficos (idade, sexo e se se encontra numa relação amorosa), dados académicos (curso e ano que frequenta), questões físicas (altura e peso) e de autoconceito corporal (autoconceito sobre o peso, estatura e aparência); e o Questionário de Autoconceito Sexual (QAS). O Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (QMAS) foi elaborado por Snell em 1998, sendo que a versão original, *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*, é constituída por 101 itens (Snell, 1998). Foi validado em população universitária com idades compreendidas entre os 16 e 25 anos.

A versão portuguesa aqui utilizada, foi validada para a população portuguesa por Noné (2014) e consiste num questionário de autorrelato de 50 itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* que varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde a “não me caracteriza nada” e 5 corresponde a “caracteriza-me bastante”.

O questionário, avalia seis dimensões: Autoconceito Sexual Total; Locus de Controlo Emocional; Emoções Negativas; Controlo Futuro; Motivação Sexual; e, Vigilância.

Pontuações médias mais altas indicam um autoconceito sexual mais elevado.

Caraterização da Amostra

Responderam ao questionário 200 estudantes, conforme pode ser observado na (Tabela 1). A maioria dos respondentes é do sexo feminino ($n=137$; $\%=68.5$), a idade com maior número de respondentes é 20 anos ($n=49$; $\%=24.5$), o curso mais representado é o de Análises Clínicas ($n=57$; $\%=28.5$) e a maioria dos respondentes não está numa relação amorosa ($n=131$; $\%=65.5$).

Tratamento Estatístico e Análise de Dados

Procedeu-se a um estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal em termos temporais.

Para avaliar a consistência interna do autoconceito sexual total e das restantes cinco dimensões, foram calculados os respetivos alfas de Cronbach (Cronbach, 1951; Cronbach, 1988).

Procedeu-se à análise da normalidade da distribuição dos dados, para os vários grupos em estudo, através da observação visual dos gráficos de dispersão e pelo teste de Shapiro-Wilk (Thode, 2002; Ghasemi, Zahediasl, 2012), bem como ao cálculo da homogeneidade das variâncias para cada dimensão e respetivo grupo, para definir os testes correlacionais a utilizar, paramétricos ou não-paramétricos (Qualls, et al., 2010; Winkens, et al., 2017; Van Hoek, et al., 2019). Nos casos em que existia diferenças estatisticamente significativas, foi também calculado o tamanho de efeito através do d de Cohen (Cohen, 1988; Sullivan, Feinn, 2012).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Para responder às primeiras seis questões de investigação: quais os níveis de Autoconceito Sexual; Locus de Controlo Emocional; Emoções Negativas; Controlo Futuro; Motivação Sexual; e Vigilância dos estudantes do ITFSH, calcularam-se os valores mínimos, máximos, médios e respetivos desvios padrão, para estas seis dimensões, sendo os resultados apresentados na Tabela 2. Conforme pode ser

observado, as pontuações médias nas seis dimensões encontram-se próximos da média teórica de 3. Saliente-se, como pontuações mais desviantes dessa mesma média, as emoções negativas ($M=3.64$; $DP=.635$), evidenciando que é a dimensão mais positiva das seis, ou seja, os indivíduos da amostra mostram relativamente poucas emoções negativas em relação à sua sexualidade, e a motivação sexual, com a pontuação relativamente mais baixa ($M=2.39$; $DP=.659$).

Consistência Interna

A consistência interna das seis dimensões foi calculada através dos respetivos alfas de Cronbach, sendo que os resultados são apresentados na Tabela 3.

Verifica-se, pelos dados da Tabela 3, que a consistência interna das várias dimensões, com exceção do Locus de Controlo Emocional, está no nível questionável ou inaceitável. No entanto, tal não invalida o presente estudo, que é de natureza exploratório. Estes resultados poderão também indicar a necessidade de aferir o questionário para a população angolana, fazendo eventuais adaptações.

Análise Correlacional

Para responder às hipóteses de investigação, foi necessário proceder a análises correlacionais. Assim, como primeiro passo, foi necessário definir a natureza dos testes a efetuar – paramétricos ou não paramétricos – recorrendo, para tal, ao teste de Shapiro-Wilk e observação gráfica visual, para verificar a distribuição normal, ou não, dos dados sob análise. Verificou-se que os dados da maioria das dimensões em estudo, para as várias variáveis independentes a analisar, não apresentava uma distribuição normal, optando-se, nesses casos, por testes não paramétricos (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Coeficientes de Correlação de Spearman). Nos restantes casos optou-se por testes paramétricos (ANOVA e teste t para amostras independentes). Os testes efetuados para testar cada uma das hipóteses de investigação, são apresentados na Tabela 4.

Os resultados dos testes das primeiras sete hipóteses de investigação, são apresentados na Tabela 5, incluindo esta tabela somente as diferenças estatisticamente significativas. Os dados na Tabela 5 indicam-nos que as variáveis independentes idade e se está ou não numa relação amorosa, são aquelas onde mais

diferenças estatisticamente significativas existem. Para a variável independente idade, estas diferenças existem para duas dimensões: motivação sexual; e vigilância, tendo estas diferenças um tamanho de efeito grande em cinco das sete situações. De realçar que é o grupo com 15 anos de idade que mais diferenças estatisticamente significativas apresenta, quando comparado com outros grupos, sendo que é este grupo que menor motivação sexual demonstra ($M=2.02$; $DP=.529$) e maior nível de vigilância ($M=4.29$; $DP=.676$).

No que diz respeito às diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que namoram e os que não namoram, é de salientar que os que namoram apresentam maiores níveis de autoconceito sexual, locus de controlo emocional, controlo do futuro e motivação sexual, mas também o mais baixo nível de vigilância.

Para testar a última hipótese de investigação, calcularam-se os coeficientes de correlação de Spearman, apresentando-se os resultados na

Tabela 6. Verifica-se através dos coeficientes de correlação de Spearman que existem correlações estatisticamente significativas entre todas as dimensões, com exceção da combinação autoconceito sexual total e emoções negativas sendo que as restantes correlações variam entre o fraco ($0.20 \leq \rho \leq 0.39$) e muito forte ($0.80 \leq \rho \leq 1.00$) (Schober, Schwarte, 2018).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo, não obstante, a sua natureza exploratória, alerta-nos para alguns factos que devem ser levados em consideração em estudos futuros, estudos esses que recomendamos.

Em primeiro lugar, quando comparando os resultados do presente estudo com o estudo efetuado para validar o questionário de autoconceito sexual em Portugal (Noné, 2014), verifica-se que a população do presente estudo apresenta níveis de motivação sexual bastante inferiores aqueles verificados no estudo de Noné (2014).

Assim, onde no presente estudo a motivação sexual média se situa nos 2.63 para os respondentes do sexo masculino e nos 2.29 para os do sexo feminino, no estudo de Noné (2014), estes mesmos valores situam-se nos 3.46 e 3.19 respetivamente.

Por outro lado, a pontuação média na dimensão vigilância, no nosso estudo, situa-se nos 3.64 para os estudantes do sexo masculino e nos 3.73 para as estudantes,

sendo estes valores consideravelmente superiores aos verificados por Noné (2014), com valores médios respetivamente de 1.99 e 2.35.

Estas duas diferenças podem, em parte, dever-se a diferenças culturais, em que a sexualidade nos dois países é encarada de forma diferente. Por outro lado, não podemos ignorar o facto de o estudo em Portugal ter sido realizado com adultos com uma idade média de 27.68 anos, ou seja, muito mais velhos do que a amostra utilizada no nosso estudo.

É igualmente de salientar que a consistência interna das várias dimensões no nosso estudo, com exceção do Locus de Controlo Emocional, ser abaixo de aceitável e consideravelmente abaixo daquelas verificadas por Noné (2014), em que os alfas de Cronbach variavam entre os 0.77 e 0.96, o que pode indicar a necessidade de estudos adicionais para o questionário que foi utilizado, nomeadamente a validação do questionário para a população angolana.

Verificou-se igualmente que a dimensão motivação sexual, é aquela que mais é influenciada por fatores sociodemográficos como o sexo, a idade, se se encontra numa relação amorosa ou o curso que frequenta.

Não obstante encontrar-se diferenças, os resultados do presente estudo podem ser considerados positivos, porque por um lado existe uma motivação sexual baixa e um nível de vigilância alta, podendo assim ser uma base para a evitação de situações de risco ou doença relacionadas com a vida sexual dos jovens. A título de exemplo, num estudo realizado em 2015, com 337 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, verificou-se baixos níveis de conhecimento sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU), uma das ISTs mais comuns nos países ocidentais (Galvão, et al., 2016).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os níveis de autoconceito sexual, em especial no que diz respeito às dimensões motivação e vigilância, apresentam resultados bastante diferentes do que de estudos realizados em Portugal. Estes dois fatores podem estar relacionados na nossa opinião, sendo que a relativa alta vigilância e baixa motivação, podem ser resultado de uma desinformação sexual desta população.

Contudo, mesmo com as diferenças aqui assinaladas entre o presente estudo e outros realizados, o nosso estudo indica que, em geral, os respondentes têm um autoconceito sexual bom e sentem-se bem com o seu aspeto físico em termos do volume corporal, a estatura e a sua aparência, fatores estes que são de salientar, já que a autoimagem corporal é um aspeto importante na fase de vida em que estes respondentes se encontram, já que a autoestima é determinante para o seu desenvolvimento emocional e psicológico (WHO, 2010).

Assim, recomenda-se que sejam implementados programas de educação sexual no instituto em apreço e que seja simultaneamente realizado um estudo longitudinal, para verificar se estes programas surtem o efeito desejado.

Recomenda-se que seja também feito um estudo de validação da escala utilizada, para a população angolana.

A problemática da gravidez precoce na adolescência, muitas vezes por falta de informação sexual, sobretudo no seio familiar, agudiza o problema e como consequência provoca a desistência no círculo escolar, pelo que se aconselha o corpo docente, em acordo com as indicações do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, a abordar, nas aulas, sem tabu, a sexualidade, de modo a que os adolescentes dominem a temática em causa, contribuindo ainda na abstinência do uso do sexo antes da idade permitida.

Tendo em conta o Decreto nº 131/06 de 03 de Novembro, que diz que à Secção de Saúde Escolar compete organizar, controlar e elaborar programas de saúde escolar e que nesse sentido deve traçar políticas, dinamizar todas as acções em parceria com a Direcção Nacional de Saúde Pública, sugerimos que as escolas estabeleçam parcerias com o sector da saúde no sentido de serem realizadas palestras nas escolas sobre a importância do planeamento familiar.

BIBLIOGRAFIA

Berdychevsky L, Gibson HJ. 2015. Sex and risk in young women's tourist experiences. Context, likelihood, and consequences. *Tour Manag.* 51:78–90. doi:10.1016/j.tourman.2015.04.009.

Cohen J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ:

Erlbaum.

Galvão A, Costa C, Gomes MJ, Noné AR. 2016. Literacia sobre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU): estudo exploratório em estudantes da área da saúde do ensino superior. In: 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses. p. 5–16.

Van Hoek G, Portzky M, Franck E. 2019. The influence of socio-demographic factors, resilience and stress reducing activities on academic outcomes of undergraduate nursing students: A cross-sectional research study. *Nurse Educ Today*. 72(July 2018):90–96. doi:10.1016/j.nedt.2018.10.013.

Marsh HW, Seaton M. 2013. Academic self-concept. In: *International Guide to Student Achievement*. London: Routledge. p. 62–63.

Noné AR. 2014. Saúde Mental e Autoconceito Sexual : uma comparação entre uma amostra clínica e não clínica (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.

Qualls M, Pallin DJ, Schuur JD. 2010. Parametric versus nonparametric statistical tests: The length of stay example. *Acad Emerg Med*. 17(10):1113–1121. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00874.x.

Ritchwood TD, Ford H, DeCoster J, Lochman JE, Sutton M. 2015. Risky sexual behavior and substance use among adolescents: A meta-analysis. *Child Youth Serv Rev*. 52:74–88. doi:10.1016/j.chilyouth.2015.03.005.

Schober P, Schwarte LA. 2018. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 126(5):1763–1768. doi:10.1213/ANE.0000000000002864.

Snell WE. 1998. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In: *Handbook of sexuality-related measures*. London: Routledge. p. 521–524.

Snell WE, Papini DR. 1989. The sexuality scale: an instrument to measure sexual self-esteem, sexual depression, and sexual preoccupation. *J Sex Res*. 26(2):256–263.

Sullivan GM, Feinn R. 2012. Using Effect Size—or Why the P Value Is Not Enough. *J Grad Med Educ*. 4(3):279–282. doi:10.4300/JGME-D-12-00156.1.

WHO. 2001. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2010. *Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists*. Cologne.

WHO. 2013. *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: WHO.

WHO. 2017. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva.

WHO. 2018. Adolescents: health risks and solutions Factsheet. World Heal Organ Web Page.:1–8. doi:10.1109/20.951041. [accessed 2018 Aug 3]. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.

Winkens B, Engelen GJJA, Verhey FRJ, Schols JMGA, Collet J, de Vugt ME. 2017. Well-being of nursing staff on specialized units for older patients with combined care needs. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 25(2):108–118. doi:10.1111/jpm.12445.

World Medical Association. 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 310(20):2191–2194. doi:10.3917/jib.151.0124.

TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	63	31.5%
	Feminino	137	68.5%
	Total	200	100.0%
Idade	15 Anos de Idade	18	9.0%
	16 Anos de Idade	29	14.5%
	17 Anos de Idade	33	16.5%
	18 Anos de Idade	43	21.5%
	19 Anos de Idade	28	14.0%
	20 Anos de Idade	49	24.5%
	Total	200	100.0%
Curso	Enfermagem	40	20.0%
	Fisioterapia	44	22.0%
	Análises Clínicas	57	28.5%
	Nutrição	33	16.5%
	Farmácia	26	13.0%
	Total	200	100.0%
Namorado	Sim	69	34.5%
	Não	131	65.5%
	Total	200	100.0%

Tabela 2 - Pontuações do Questionário de Autoconceito Sexual e Subescalas

Mín.	Máx.	M	DP	n
------	------	---	----	---

Autoconceito Sexual Total	2.34	3.93	3.09	.325	200
Locus de Controlo Emocional	1.00	4.60	2.74	.814	200
Emoções Negativas	1.51	5.00	3.64	.635	200
Controlo do Futuro	1.33	4.50	3.09	.685	200
Motivação Sexual	1.00	4.33	2.39	.659	200
Vigilância	1.40	5.00	3.70	.839	200

Tabela 3 - Alfas de Cronbach das Seis Dimensões do Autoconceito Sexual

Dimensão	α	Classificação
Autoconceito sexual total	.645	Questionável
Locus de Controlo Emocional	.853	Bom
Emoções Negativas	.685	Questionável
Controlo Futuro	.663	Questionável
Motivação Sexual	.468	Inaceitável
Vigilância	.619	Questionável

Tabela 4 - Testes Efetuados para as Hipóteses de Investigação

Hipótese de investigação	Testes efetuados
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o sexo	Testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com a faixa etária	Testes de Kruskal-Wallis, teste ANOVA para a dimensão Emoções Negativas, testes de Mann-Whitney, testes <i>t</i> para amostras independentes para as combinações da dimensão Emoções Negativas, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o curso	Testes de Kruskal-Wallis, testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen
Existem diferenças no nível das seis dimensões em estudo, de acordo com o estar ou não numa relação amorosa	Testes de Kruskal-Wallis, testes de Mann-Whitney, testes <i>d</i> de Cohen
Existe uma relação entre as seis dimensões de autoconceito sexual em estudo	Coefficientes de correlação de Spearman

Tabela 5 - Diferenças Estatisticamente Significativas entre Grupos

Hipótese	Dimensão	Grupos	M	DP	p	<i>d</i> de Cohen
H1	Motivação Sexual	Masculino	2.63	.674	.001	0.52 (médio)
		Feminino	2.29	.626		
H2	Motivação Sexual	15 anos	2.02	.529	.021	0.77 (médio)
		19 anos	2.48	.653		
	Motivação Sexual	15 anos	2.02	.529	.002	0.98 (grande)
		20 anos	2.61	.673		
Vigilância	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.002	0.96 (grande)
		17 anos	3.51	.927		

Hipótese	Dimensão	Grupos	M	DP	p	d de Cohen
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.005	0.87 (grande)
		18 anos	3.64	.816		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.001	1.13 (grande)
		19 anos	3.55	.628		
	Vigilância	15 anos	4.29	.676	.003	0.90 (grande)
20 anos		3.62	.809			
	Vigilância	16 anos	3.93	.939	.028	0.48 (pequeno)
		19 anos	3.55	.628		
H ₃	Motivação Sexual	Análises Clín.	2.20	.693	.008	0.51 (médio)
		Fisioterapia	2.55	.673		
	Motivação Sexual	Análises Clín.	2.20	.693	.014	0.55 (médio)
		Farmácia	2.57	.654		
H ₄	Autoconceito Sexual Total	Namora	3.19	.313	.001	0.47 (pequeno)
		Não Namora	3.04	.319		
	Locus de Controlo Emocional	Namora	3.00	.775	.001	0.51 (médio)
		Não Namora	2.60	.802		
	Controlo do Futuro	Namora	3.23	.657	.024	0.33 (pequeno)
		Não Namora	3.01	.690		
	Motivação Sexual	Namora	2.59	.682	.004	0.46 (pequeno)
		Não Namora	2.29	.626		
Vigilância	Namora	3.51	.858	.026	0.35 (pequeno)	
	Não Namora	3.80	.814			

Tabela 6 - Correlações de Spearman - ACS e Subescalas

	ACS	LCE	EN.	CF	MS	V
Autoconceito Sexual Total	1.000					
Locus de Controlo Emocional	.822**	1.000				
Emoções Negativas	-.127	-.460**	1.000			
Controlo do Futuro	.769**	.691**	-.475**	1.000		
Motivação Sexual	.470**	.427**	-.339**	.386**	1.000	
Vigilância	-.298**	-.586**	.540**	-.471**	-.459**	1.000

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).