

Correlação entre concepção de saúde e comportamento preventivo relativo à exposição solar**Correlation between the conception of health and preventive behavior related to solar exposure**

DOI:10.34117/bjdv6n3-063

Recebimento dos originais: 29/02/2020

Aceitação para publicação: 05/03/2020

Priscila Thayane Nascimento de Oliveira

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Santa Cruz

Instituição: Unesulbahia - Faculdades integradas

Endereço: BR 367, km 14 rodovia Eunápolis/Porto Seguro S/N zona rural, Eunápolis/BA. CEP: 45820-000

E-mail: priscila_thay@hotmail.com

Andréa de Azevedo Morégula

Professora Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz

Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

Endereço: DCET – UESC, Rodovia Jorge Amado km 16, Ilhéus, BA, Brasil

E-mail: andrea@uesc.br

Marcelo Fernandes da Silva

Professor Titular da Universidade Estadual de Santa Cruz

Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC

Endereço: DCB – UESC, Rodovia Jorge Amado km 16, Ilhéus, BA, Brasil

E-mail: mfsilva@uesc.br

RESUMO

Estudos recentes indicam que o conceito de saúde de uma população pode influenciar nas atitudes e comportamentos relacionados a saúde. Este estudo investiga a influência da concepção de saúde no comportamento relacionado à exposição solar. Foi realizado um estudo descritivo e de base populacional, no qual foi aplicado formulários para obtenção de dados socioeconômicos, assim como relacionados às concepções de saúde e aos hábitos de exposição solar dos indivíduos. Na análise dos dados foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). As variáveis sociodemográficas que apresentam associação com o conceito de saúde foram idade ($p = 0,001$; V de Cramer = 0,158, fraca) e escolaridade ($p = 0,002$; V de Cramer = 0,190, fraca). Quanto aos hábitos em relação à exposição solar foi revelada uma discreta dependência entre conceito de saúde e o uso do protetor solar ($p = 0,047$; V de Cramer: 0,143, fraca) e de chapéus/bonés ($p = 0,027$; V de Cramer = 0,127, fraca). O comportamento inadequado em relação a exposição solar, como o não uso de protetor, assim como não utilização de bonés/chapéus, apesar de prevalente na população estudada é mais predominante em indivíduos que possuem uma concepção negativa de saúde. O conhecimento de um conceito mais ampliado de saúde pode ser utilizado como uma meta pelos gestores públicos afim de incentivar a adoção de hábitos saudáveis de vida, em particular às relacionadas à exposição solar.

Palavras-chave: Saúde, Concepção de saúde, Exposição solar.

ABSTRACT

Recent studies indicate that the concept of health of a population can influence on health-related attitudes and behaviors. This study investigates the influence of the conception of health on the behavior related to sun exposure. A descriptive and population-based study, in which forms were used to obtain socioeconomic data, as well as one related to the conceptions of health and the solar exposure habits of the individuals was carried out. In the data analysis, the chi-square test was used, adopting a significance level lower than 5% ($p < 0.05$). The socio-demographic variables that were associated with the concept of health were: Age ($p = 0.001$, Cramer's $V = 0.158$, weak) and Schooling ($p = 0.002$, Cramer's $V = 0.190$, weak). As for the habits in relation to sun exposure, a slight dependence between the concept of health, the use of sunscreen ($p = 0.047$, Cramer's $V: 0.143$, weak), and hats/caps ($p = 0.027$; Cramer's $V = 0.127$, poor) was found. Inadequate behavior concerning sun exposure, such as the non-use of sunscreen, as well as the non-use of caps/hats, although dominant in the population studied, is more predominant in individuals with a negative conception of health. Knowledge of a broader concept of health can be used as primary target by public managers to encourage the adoption of healthy life habits, in particular, those related to sun exposure.

Keywords: Health, Concept of health, Sun exposure.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde, embora aparentemente tenha um cunho teórico exclusivo, tem real significado prático, pois nele estão fundamentadas as políticas de saúde pública e sua forma de execução (BADZIAK; MOURA, 2010). É possível identificar três principais abordagens contemporâneas, apesar de críticas e propostas de adaptações (HUBER et al., 2011): a saúde como ausência de doenças ou conceito negativo de saúde, (THE LANCET, 2009); a saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, como completo bem estar físico, mental e social (WHO, 2006) ou conceito positivo de saúde (BACKES et al., 2009), e a saúde como a capacidade de superar limitações e desempenhar papéis socialmente definidos ou conceito ampliado de saúde (GERMANI; AITH, 2013).

A aplicabilidade do conhecimento da concepção deste conceito em uma população é evidenciada tanto em estudos precursores sobre o tema, como o realizado por Laffrey (1985), que indica que o conhecimento da concepção de saúde de uma população pode auxiliar na compreensão e previsão de atitudes e comportamentos relacionados a saúde, como em estudos mais recentes, dentre eles, o realizado por Sandelowski et al (2008), que evidenciou que a forma como os participantes compreendem saúde foi fundamental sobre suas crenças e atitudes de como se alimentar de maneira saudável.

A exposição excessiva à radiação ultravioleta (R-UV) solar é um comportamento com efeitos nocivos diretos na saúde do indivíduo, sendo a principal causa do desenvolvimento do câncer de pele. O tipo mais comum da doença, o câncer de pele não melanoma (CPNM), cuja incidência atingiu caráter epidêmico no mundo, tem estreita ligação com hábitos de vida do indivíduo. No Brasil, o CPNM, corresponde a mais de 30% de todos os tumores malignos registrados no país (INCA, 2018).

Evidencia-se, portanto, a importância da prevenção dos efeitos nocivos relacionados a R-UV solar, com a utilização contínua e sistemática de medidas de proteção. Dentre as medidas fotoprotetoras, estão o vestuário, o uso de chapéus, óculos escuros e filtros solares (SCHALKA; STEINER, 2013). Quanto a utilização correta do filtro solar, a OMS recomenda além do fator de proteção solar (FPS) no mínimo 15, a aplicação generosa a cada 2 horas, 30 minutos antes da exposição ao sol, bem como, após o banho de mar ou piscina (WHO, 2002).

Considerando a hipótese que comportamentos relacionados à saúde tem ligação com as concepções de saúde de indivíduos, os estudos que busquem a correlação entre essas concepções e problemas de saúde pública decorrentes de hábitos comportamentais, podem ajudar na busca de soluções preventivas mais eficazes, que possam ser desenvolvidas e aplicadas nas políticas públicas de saúde.

Tendo em vista que os danos decorrentes de excessiva e inadequada exposição solar, como os cânceres de pele, são problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, o estudo da correlação entre as concepções de saúde e o estilo de vida e hábitos dos indivíduos em relação à exposição solar é justificado, podendo os resultados serem usados na elaboração de políticas públicas de prevenção ao câncer de pele e aos outros danos causados pelo excesso de exposição solar.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a correlação entre a concepção de saúde e o comportamento relativo à exposição solar em uma comunidade no sul da Bahia, Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo e de base populacional, no qual foi aplicado formulários para obtenção de dados relacionados às concepções de saúde dos indivíduos, assim como informações referentes aos hábitos de exposição ao sol e nível de conhecimento sobre a R-UV solar.

2 MÉTODOS

2.1 AMOSTRA / PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo incluiu indivíduos adultos, de 18 anos ou mais, residentes na área de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS), em um município do sul da Bahia, Brasil (longitude O – 14.819860 e latitude S – 39.035851). Para a obtenção da amostra constituída por 428 indivíduos, foi realizado o cálculo a partir de uma população de 4.984 indivíduos (população total cadastrada pela UBS, distribuída entre 10 microáreas), considerando um nível de confiança de 95% e uma taxa de acréscimo de 20% para possíveis perdas ou recusas.

Inicialmente, foi calculada a fração de indivíduos em cada microárea, afim de que a representatividade de cada microárea fosse equivalente na amostra final. Posteriormente, através do auxílio dos agentes comunitários de saúde, foram escolhidas as ruas iniciais e, após isso, selecionadas as residências utilizando estratégia de amostragem sistemática, com intervalo predefinido. Dessa

forma, foi selecionada a primeira residência de cada rua, a qual constituiu o ponto de partida, sendo selecionada em seguida a terceira residência do outro lado da rua, e assim sucessivamente, mantendo sempre um intervalo de duas residências de cada lado, seguindo um movimento alternado.

Todos os indivíduos de cada residência selecionada, obedecido aos critérios de inclusão, como estar presente no domicílio e compreender o objetivo do estudo e as questões do instrumento de coleta de dados, foram convidados a participar do estudo. Ao final, participaram em média 43 indivíduos por microárea.

2.2 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar durante os dias úteis da semana, no período diurno, entre os meses de julho de 2016 a abril de 2017. A presente pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no que se refere à regulamentação da pesquisa que envolve seres humanos, portanto, incluindo a autorização do sujeito, em particular, da pesquisa, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O protocolo da pesquisa, de número 53085816.9.0000.5526, foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário estruturado, elaborado após revisão na literatura de trabalhos sobre o tema (LAFFREY, 1985; SANTOS, 2010; DUZSA, 2012) e avaliado previamente em um estudo-piloto. Dessa forma foram obtidas informações sobre: dados sociodemográficos, concepções de saúde, hábitos relacionados à exposição solar e conhecimento sobre R-UV e seus efeitos na saúde. A concepção de saúde dos participantes foi avaliada através das perguntas “Qual o significado da palavra saúde para você?” e “Para você, o que uma pessoa pode fazer para ter saúde?”.

2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados foi utilizada estatística para variáveis categóricas, sendo inicialmente realizada análise univariada, por meio de tabelas de distribuição de frequências e gráficos. Posteriormente, foi realizada análise bivariada utilizando tabelas de contingência e verificada a existência de associação entre as variáveis por meio do teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). Em situações em que o uso do teste qui-quadrado tornou-se limitado, como na ocorrência de frequências esperadas inferiores a 1 e mais de 20% dos valores esperados em qualquer célula inferiores a 5, o valor p , do teste, foi aproximado por meio de simulações de Monte Carlo.

Para a medida da associação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente V de Cramer, o qual determina o tamanho do efeito das associações significativas baseadas no qui-quadrado

(VASCONCELOS; SAMPAIO; NASCIMENTO, 2013). De acordo com convenções comuns para a interpretação do tamanho do efeito, foi considerada associação fraca, o valor V de Cramer menor que 0,20, valores entre 0,20 e 0,49 como moderadas e valores superiores a 0,50 como fortes.

Verificada a associação global entre as variáveis, pode-se verificar se houve associação local entre categorias, calculando-se os resíduos ajustados, considerando um nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). O resíduo ajustado indica se há ou não significativamente mais casos (quando maior que 1,96) ou menos casos (quando inferior a -1,96) do que seria esperado se as variáveis não estivessem associadas. Portanto, quando o resíduo ajustado se situa no intervalo entre -1,96 e 1,96, não há diferença significativa entre o número de casos esperados e o número de casos observados (MANCUSO, 2004). Desta forma, através da análise dos resíduos, foi possível identificar as categorias responsáveis pelo valor significativo da estatística.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra prevista, houve um total de 9,3% de perdas, o que resultou em 388 formulários respondidos. Os dados sociodemográficos revelaram uma predominância de participantes mulheres (72,2%), com idades entre 41 a 60 anos (41,8%), ensino fundamental incompleto como o grau de instrução máximo alcançado (42,8%) e uma renda familiar de até um salário mínimo por mês (51,8%).

A distribuição sociodemográfica dos participantes se assemelha a de estudos que utilizaram metodologia semelhante (AGOSTINHO et al., 2010; MUNIZ et al., 2012). Nestes, a predominância do sexo feminino foi um resultado comum. Tal situação pode estar associada ao método de abordagem empregado, que consistiu na coleta de dados com os participantes presentes no domicílio em horário comercial, resultando em uma amostra constituída em sua maioria por mulheres.

A análise das concepções de saúde dos participantes revelou que houve a predominância do conceito positivo de saúde, contudo ocorrências das demais concepções, em particular do conceito negativo de saúde, apresentaram prevalências consideráveis. A predominância da prevalência do conceito positivo de saúde pode estar relacionada ao impacto do conceito definido pela OMS na sociedade, o qual, segundo Charlier et al (2016) é reconhecido como conceito universal. Além disso, a popularidade deste conceito pode estar associada a influências na sociedade atual, como programas de TV e rádio.

A opção “outros” foi utilizada para respostas em que ocorreu a coexistência de conceitos e para denominações como “tudo” e “vida”, as quais foram mencionadas pelos participantes, quando os mesmos não conseguiram expressar de forma mais abrangente o significado da palavra saúde.

Ao correlacionar os dados sociodemográficos com as concepções de saúde, foi revelada uma relação de dependência entre o conceito de saúde com as variáveis idade e escolaridade. Quanto a associação entre conceito de saúde e idade ($p = 0,001$; V de Cramer = 0,158, fraca), a análise dos resíduos ajustados indicou associações positivas entre o conceito positivo e as faixas etárias de 18 a 20 anos e 21 a 40 anos, mostrando que nestas, o conceito positivo é frequentemente mais mencionado. Para faixas etárias acima de 40 anos foi observado que o conceito negativo é frequentemente mais mencionado, tendo esse conceito uma prevalência expressiva em indivíduos acima dos 60 anos.

Quanto a associação entre o conceito de saúde e escolaridade ($p = 0,002$; V de Cramer = 0,190, fraca) a análise dos resíduos ajustados indicou que os maiores valores (positivos) indicaram forte associação entre o fato de nunca ter estudado ou possuir ensino fundamental incompleto com o conceito negativo, bem como há forte associação entre ensino médio incompleto e conceito positivo e entre ensino médio completo e conceito ampliado, indicando que um conceito mais completo de saúde, pode estar associado a um maior grau de instrução.

As correlações observadas entre as variáveis sociodemográficas e os conceitos de saúde, ratifica a relevância da determinação social na forma de se conceber a saúde. Um nível de escolaridade mais elevado mostrou associação com um conceito mais completo da saúde. Portanto, a educação pode determinar vantagens no campo da saúde, como suposto por Hartmann (2008). O mesmo afirma que a realização de atividades de promoção à saúde, assim como o engajamento em hábitos relacionados a uma melhor qualidade de vida e o acesso à informação podem ser favorecidos por meio de um nível educacional mais elevado.

As variáveis gênero e renda familiar não apresentaram associação significativa com os conceitos de saúde. Os resultados acima estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Associação das variáveis sociodemográficas com os conceitos de saúde de uma amostra com 388 indivíduos residentes nas microáreas cadastradas por uma unidade básica de saúde. Ilhéus – Bahia, 2016 - 2017.

Variáveis Sociodemográficas	Conceito de saúde (%)				Total
	Negativo	Positivo	Ampliado	Outros	
Gênero					
Masculino	29 (7,5)	48 (12,4)	11 (2,8)	18 (4,6)	106 (27,3)
Feminino	107 (27,6)	103 (26,5)	31 (8,0)	41 (10,6)	282 (72,7)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
($p = 0,230$)					
Idade					
18 a 20 anos	1 (0,3) ⁽⁻⁾	14 (3,6) ⁽⁺⁾	2 (0,5)	4 (1,0)	21 (5,4)
21 a 40 anos	31 (8,0) ⁽⁻⁾	62 (16,0) ⁽⁺⁾	12 (3,1)	20 (5,2)	125 (32,2)
41 a 60 anos	64 (16,5)	52 (13,4) ⁽⁻⁾	20 (5,2)	26 (6,7)	162 (41,8)

Acima de 60 anos	40 (10,3) ⁽⁺⁾	23 (5,9) ⁽⁻⁾	8 (2,1)	9 (2,3)	80 (20,6)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
(p* = 0,001)					
Escolaridade					
Nunca estudou	20 (5,2) ⁽⁺⁾	11 (2,8)	5 (1,3)	1 (0,3) ⁽⁻⁾	37 (9,5)
EF incompleto	71 (18,3) ⁽⁺⁾	54 (13,9) ⁽⁻⁾	15 (3,9)	26 (6,7)	166 (42,8)
EF completo	3 (0,8)	9 (2,3)	2 (0,5)	2 (0,5)	16 (4,1)
EM incompleto	10 (2,6)	21 (5,4) ⁽⁺⁾	2 (0,5)	6 (1,5)	39 (10,1)
EM completo	30 (7,7) ⁽⁻⁾	48 (12,4)	18 (4,6) ⁽⁺⁾	17 (4,4)	113 (29,1)
ES incompleto	0 (0,0) ⁽⁻⁾	4 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,3) ⁽⁺⁾	9 (2,3)
ES completo	2 (0,5)	4 (1,0)	0 (0,0)	2 (0,5)	8 (2,1)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
(p* = 0,002)					
Renda familiar					
Até 1 SM	78 (20,1)	70 (18,0)	18 (4,6)	35 (9,0)	201 (51,8)
> a 1 SM a 2 SM	51 (13,1)	63 (16,2)	18 (4,6)	18 (4,6)	150 (38,7)
>a 2 SM a 3 SM	4 (1,0)	10 (2,6)	5 (1,3)	3 (0,8)	22 (5,7)
>a 3 SM	3 (0,8)	8 (2,1)	1 (0,3)	3 (0,8)	15 (3,9)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
(p = 0,227)					

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: EF – ensino fundamental; EM – ensino médio; ES – ensino superior. SM – salário mínimo.

Nota: *Significância estatística (teste qui-quadrado). Análise de resíduos: (+) Associação significativa positiva; (-) Associação significativa negativa.

Os dados sobre o nível de conhecimento dos participantes sobre a R-UV solar, mostrou que aproximadamente 53% dos mesmos, relataram que apenas tinham ouvido falar, mas não sabiam do que se tratava. Além disso, a maioria dos participantes (57,2%) não possuía nenhum conhecimento sobre o índice ultravioleta (IUV) como parâmetro que indica a intensidade da R-UV que se está exposto e os riscos que essa exposição pode causar à saúde.

A análise das variáveis relacionadas ao comportamento relativo à exposição solar revelou que a maior proporção dos participantes não utiliza o protetor solar (51,5%). Além disso, ressalta-se que aqueles que fazem uso do protetor solar, o fazem de maneira inadequada, não garantindo uma fotoproteção eficaz. Isso pode ser observado com a frequência do uso, o modo e local de aplicação, o fator de proteção utilizado, a estação do ano em que é utilizado o protetor e o hábito de reaplicação, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao uso do protetor solar pelos participantes. Ilhéus – Bahia, 2016 - 2017.

Variável	N	%
Frequência		
Diariamente	25	13,3
As vezes	87	46,3
Quando chega a praia ou local de banho de sol	72	38,3
Somente quando sente que o sol está queimando	4	2,1
Local de aplicação		
Somente no rosto	52	27,7
Somente nos braços	5	2,7
No rosto e braços	71	37,8
Em todo o corpo	53	28,2
Em todo o corpo somente quando vai a praia	7	3,7
Modo de aplicação		
30 minutos antes da exposição	4	2,1
Aplica e em menos de 30 minutos se expõe ao sol	184	97,9
Fator de proteção		
Menor que 15	1	0,5
Entre 15 e 30	37	19,7
Acima de 30	80	42,6
Não soube responder	70	37,2
Estação do ano		
Verão	152	80,9
Outono	1	0,5
Todas as estações	35	18,6
Reaplicação		
Não reaplica	140	74,5
Sempre a cada duas horas	6	3,2
Somente quando o protetor saiu da pele	6	3,2
As vezes	26	13,8
Somente depois que sai da água (mar, piscina..)	10	5,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Este comportamento inadequado, observado entre os participantes, pode estar associado à baixa incidência ou subdiagnóstico dos efeitos deletérios da exposição à R-UV como o câncer de pele na população estudada. Apesar da não adoção de hábitos adequados quanto a exposição à R-UV solar e do baixo nível de conhecimento dos participantes em relação ao risco ambiental a que estão expostos, foi evidenciado que a maioria reconhece as precauções que devem ser adotadas e os efeitos na saúde ao se expor à radiação solar. Esta divergência entre o saber e a prática apoia-se na premissa de que a informação, muitas vezes, não incentiva a conscientização.

Um estudo realizado com estudantes de medicina no Reino Unido, mostrou que, apesar de um nível de escolaridade mais elevado dos participantes, foi encontrado resultado similar ao presente estudo, em que o conhecimento dos riscos associados a R-UV pelos estudantes, dentre eles o câncer de pele e a queimadura solar, não eram suficientes para motivar práticas mais seguras relacionadas ao sol (KIRK; GREENFIELD, 2017).

O uso de óculos escuros e bonés/chapéus configuraram meios de proteção à radiação solar pouco utilizados pelos participantes. Um total de 63,1% e 59,8% dos participantes relataram nunca utilizar óculos escuros e bonés/chapéus em dias ensolarados, respectivamente.

A maioria (92,8%) soube pontuar as precauções que devem ser adotadas, assim como os possíveis efeitos à saúde (87,4%) ao se expor a R-UV. Dentre as precauções, a mais citada foi o uso do protetor solar, seguida do uso de chapéus, evitar os horários de maior intensidade da radiação solar, uso de sombrinhas quando precisar se expor ao sol, uso de óculos escuros e o uso de roupas apropriadas. Dentre os efeitos na saúde mais citados, destacam-se o câncer de pele, as queimaduras e manchas na pele.

Para o estudo da associação entre os conceitos de saúde e o comportamento relacionado à exposição solar, foram agrupadas em tabelas de contingência as variáveis conceito de saúde e as correspondentes ao comportamento relacionado à exposição solar, como o uso do protetor solar, o banho de sol com intenção de se bronzear, o uso de óculos escuros e o uso de bonés/chapéus, conforme apresentado na tabela 3. Posteriormente, foi realizada análise estatística de forma similar a apresentada anteriormente com os conceitos de saúde e dados sociodemográficos.

Tabela 3 – Associação dos hábitos relacionados à exposição solar com os conceitos de saúde de uma amostra com 388 indivíduos residentes nas microáreas cadastradas por uma unidade básica de saúde. Ilhéus – Bahia, 2016 - 2017.

Práticas Exposição Solar	Conceito de saúde (%)				Total
	Negativo	Positivo	Ampliado	Outros	
Uso do protetor solar					
Sim	53 (13,7) ⁽⁻⁾	81 (20,9)	24 (6,2)	30 (7,7)	188 (48,5)
Não	83 (21,4) ⁽⁺⁾	70 (18,0)	18 (4,6)	29 (7,5)	200 (51,5)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
	(p* = 0,047)				
Banhos de sol					
Nunca	116 (29,9)	119 (30,7)	32 (8,2)	42 (10,8)	309 (79,6)
Nas férias	3 (0,8)	3 (0,8)	0 (0,0)	3 (0,8)	9 (2,3)
Nos fins de semana	1 (0,3)	7 (1,8)	3 (0,8)	5 (1,3)	16 (4,1)
Sempre que pode	16 (4,1)	22 (5,7)	7 (1,8)	9 (2,3)	54 (13,9)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
	(p = 0,171)				
Uso de óculos escuros					
Nunca	98 (25,3)	91 (23,5)	26 (6,7)	30 (7,7)	245 (63,1)
Sempre que me exponho ao sol	16 (4,1)	33 (8,5)	10 (2,6)	17 (4,4)	76 (19,6)

Apenas quando toma banho de sol	6 (1,5)	8 (2,1)	0 (0,0)	2 (0,5)	16 (4,1)
As vezes, quando a luz solar incomoda	16 (4,1)	19 (4,9)	6 (1,5)	10 (2,6)	51 (13,1)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
(p = 0,109)					
Uso de chapéus/bonés					
Nunca	88 (22,7)	90 (23,2)	24 (6,2)	30 (7,7)	232 (59,8)
Sempre que me exponho ao sol	23 (5,9)	27 (7,0)	10 (2,6)	23 (5,9) (+)	83 (21,4)
Apenas quando toma banho de sol	10 (2,6)	8 (2,1)	1 (0,3)	2 (0,5)	21 (5,4)
As vezes, quando a luz solar incomoda	15 (3,9)	26 (6,7)	7 (1,8)	4 (1,0)	52 (13,4)
Total	136 (35,1)	151 (38,9)	42 (10,8)	59 (15,2)	388 (100)
(p* = 0,027)					

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: *Significância estatística (teste qui-quadrado). Análise de resíduos: (+) Associação significativa positiva (-) Associação significativa negativa

Na análise realizada, foi evidenciado uma relação de dependência entre o conceito de saúde e a prática do uso do protetor solar ($p = 0,047$; V de Cramer: 0,143, fraca). Com a análise dos resíduos ajustados, verificou-se associação positiva entre o conceito negativo de saúde e o não uso do protetor solar, indicando que o conceito negativo é frequentemente mais mencionado por indivíduos que não utilizam tal meio de fotoproteção.

A análise das associações entre conceito de saúde e hábitos relacionados à exposição solar mostra uma tendência na qual, a maior parte dos indivíduos que afirmaram não utilizar o protetor solar, possui uma concepção negativa da saúde, supondo o não envolvimento em ações preventivas e a prioridade nas ações curativas, como em quando não são temidos os efeitos da exposição inadequada da R-UV até que a doença tenha ocorrido.

Estudo semelhante, realizado na década de 90, por Segall e Wynd (1990) tentou explorar possíveis ligações entre o conceito de saúde e o comportamento, sendo selecionado o hábito de fumar para o desenvolvimento da pesquisa. Nesta, os resultados demonstraram que abstinentes bem-sucedidos tinham uma visão mais ampliada da saúde, enquanto que a incapacidade de parar de fumar foi associada a uma concepção negativa de saúde. Resultado que ilumina a evidência de que as definições de saúde dos fumantes influenciaram a mudança no comportamento dos mesmos.

Também foi verificada a relação de dependência entre o conceito de saúde e o uso de bonés/chapéus ($p = 0,027$; V de Cramer = 0,127, fraca). Ainda quanto às associações positivas através da análise dos resíduos, foi observado que o uso de bonés/chapéus sempre que se expõe ao sol foi uma prática frequentemente mais mencionada por indivíduos que tiveram como resposta sobre o conceito de saúde, às incluídas na opção outros, a qual representou a coexistência entre os conceitos

ou a não delimitação de seu significado. Os hábitos relacionados à exposição solar como o banho de sol com intenção de se bronzear e o uso de óculos escuros não mostraram associação com o conceito de saúde.

As associações realizadas neste estudo, indicaram ainda que, indivíduos que fazem uso de bonés/chapéus sempre que se expõe ao sol apresentaram concepções de saúde que estiveram incluídas na opção “outros”, representada pela pluralidade na forma de pensar saúde ou pela coexistência dos conceitos. Tal resultado demonstra que uma visão mais ampla da saúde pode estar associada à adoção de hábitos saudáveis de vida.

Apesar da análise dos dados ter revelado importantes correlações entre os conceitos de saúde e dados sociodemográficos e hábitos de exposição ao sol, foi identificada uma fragilidade quanto ao método de coleta de dados empregado, uma vez que a população a qual se teve acesso, foi composta em sua maioria, por um perfil de participantes com características previsíveis (pessoas acima dos 40 anos e com baixo grau de instrução), pela circunstância definida na metodologia para coleta dos dados (estar presente no domicílio em horário comercial).

Porém, mesmo com uma população com essas características, foi identificado um número expressivo de pessoas com concepções positivas ou ampliadas de saúde, o que pode ter sido favorecido por programas educativos e o meio social, os quais vinculam tal informação. Isso demonstra a importância da transmissão dessa informação por meios não formais e a necessidade da inclusão de conceitos mais ampliados de saúde na educação formal.

Os resultados indicam que a escolha do comportamento de saúde pode estar relacionada a uma base teórica. Enquanto uma visão negativa da saúde, em que os riscos muitas vezes são negados, pode favorecer atitudes nocivas relativas à exposição solar, uma visão mais ampliada da saúde é valiosa no processo de tomada de decisões positivas que promovam um comportamento preventivo dos danos que a inadequada exposição ao sol pode acarretar.

4 CONCLUSÃO

A análise das associações entre conceito de saúde e hábitos relacionados à exposição solar mostrou que a maior prevalência de não uso de protetor solar e outros meios de proteção ocorre em indivíduos que possuem uma concepção negativa da saúde. Apesar do conhecimento dos efeitos deletérios de uma exposição solar inadequada, observou-se baixa adesão a importantes medidas fotoprotetoras pela maioria dos participantes.

A promoção do conhecimento de um conceito mais ampliado de saúde, pode ser utilizado como uma estratégia a ser adotada pelos gestores públicos, visando encorajar a adoção de hábitos

saudáveis de vida na população, em particular, de hábitos de exposição ao sol, que em excesso pode causar danos imediatos e/ou de longo prazo.

AGRADECIMENTOS

À FAPESB pelo financiamento e apoio à pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9–15, 2010. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/175/128>. Acesso em: 29 de novembro de 2015.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111–117, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/conceitos-saude-doenca.pdf>. Acesso em: 24 de setembro de 2018.

BADZIAK, R.; MOURA, V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 69–79, 2010.

CHARLIER, P. et al. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. **European Journal of Internal Medicine**, p. 5, 2016.

DUSZA, S. W. et al. Prospective study of sunburn and sun behavior patterns during adolescence. **Pediatrics**, New York, v. 129, n. 2, p. 309–17, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269110/pdf/peds.2011-0104.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2015.

GERMANI, A. C. C. G.; AITH, F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Rev. direito sanit**, v. 14, n.1,p.34–59,2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56622/59639>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre.** [s.l.] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2562>. Acesso em: 29 de janeiro de 2017.

HUBER, M. et al. How should we define health? **BMJ : British Medical Journal (Online)**, London, v. 343, d. 4163, 2011. Disponível em: journals.bmj.com/cgi/reprintform. Acesso em: 02 de abril de 2018.

KIRK, L.; GREENFIELD, S. Knowledge and attitudes of UK university students in relation to ultraviolet radiation (UVR) exposure and their sun-related behaviours : a qualitative study. **BMJ Open**, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/3/e014388.full.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2015.

LAFFREY, S. C. Health Behavior Choice as Related to Self Actualization and Health Conception. **Western Journal of Nursing Research**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 279–300, 1985.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **INCA - Instituto Nacional de Câncer - Tipos de Câncer.** Rio de Janeiro: Ministério da saúde, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2020.

MANCUSO, W. P. O lobby da indústria no Congresso Nacional: empresariado e política no Brasil contemporâneo. **Revista de Ciências Sociais**, v. 47, n. 3, p. 505–547, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v47n3/a03v47n3.pdf>. Acesso em: 30 de janeiro de 2017.

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534–542, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3690.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

SANDELOWSKI, M. et al. Variations in meanings of the personal core value “ Health ”. **Patient Education and Counseling** 73, v. 73, p. 347–353, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2633415/pdf/nihms78099.pdf>. Acesso em: 26 de abril de 2018.

SANTOS, J. C. dos. **Radiação ultravioleta: estudo dos índices de radiação, conhecimento e prática de prevenção a exposição na região Ilhéus/Itabuna-Bahia.** 2010. 174 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) - Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, 2010. Disponível em: <http://www.biblioteca.uesc.br/biblioteca/bdtd/733767599D.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2015.

SCHALKA, S.; STEINER, D. **Fotoproteção no Brasil – Recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia.** Rio de Janeiro: Consenso Brasileiro de Fotoproteção, 2013. Disponível em: <https://issuu.com/sbd.br/docs/consensob.fotoproteoleigo-web?e=0/6449812>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

SEGALL, M. E.; WYND, C. A. Health conception, health locus of control, and power as predictors of smoking behavior change. **American Journal of Health Promotion**, v. 4, n. 5, p. 338–344, 1990.

THE LANCET. What is health? The ability to adapt. **The Lancet**. v. 373:781, 2009. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2809%2960456-6>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2020.

VASCONCELOS, A. G.; SAMPAIO, J. R.; NASCIMENTO, E. PMK: Medidas válidas para a predição do desempenho no trabalho? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 251–260, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n2/05.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (OMS). **Constitution of the World Health Organization.** Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em 16 de abril de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (OMS). **Global Solar UV Index A Practical Guide.** Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/uv/publications/en/UVIGuide.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2017.