

## **Avaliação das práticas de biossegurança adotadas pela população de Maceió-AL durante a pandemia de COVID-19**

**Evaluation of the biosafety practices adopted by the population of Maceió-AL during the COVID-19 pandemic**

**Evaluación de las prácticas de bioseguridad adoptadas por la población de Maceió-AL durante la pandemia del COVID-19**

Recebido: 29/06/2022 | Revisado: 06/07/2022 | Aceito: 08/07/2022 | Publicado: 17/07/2022

**Isabel Eulália Sandes Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9557-7624>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: [isabel.lima@academico.uncisal.edu.br](mailto:isabel.lima@academico.uncisal.edu.br)

**Géssyca Cavalcante de Melo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6774-857X>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: [gessyca.melo@uncisal.edu.br](mailto:gessyca.melo@uncisal.edu.br)

**Geórgia Maria Ricardo Félix dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0154-597X>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: [georgia.felix@uncisal.edu.br](mailto:georgia.felix@uncisal.edu.br)

### **Resumo**

*Objetivo:* Analisar a compreensão e a adesão das práticas de biossegurança da população de um município de Alagoas relacionadas ao novo coronavírus. *Metodologia:* Estudo de delineamento transversal, prospectivo e analítico. A amostra foi composta por cidadãos de ambos os sexos e maiores de 18 anos residentes em Maceió-AL. A coleta de dados foi realizada nos meses de março a julho de 2020 por meio de questionário eletrônico. Foi realizada análise de associação entre as práticas de biossegurança relacionadas a gênero, idade e escolaridade. *Resultados:* Participaram do estudo 424 indivíduos. Houve prevalência das boas condutas de biossegurança pelo público feminino, jovens e indivíduos com escolaridade até o ensino médio, exceto no que se referiu à eficácia da higienização das mãos e das máscaras caseiras, ao descarte adequado das máscaras e ao comportamento prejudicial de automedicação. *Conclusão:* Observou-se a adesão efetiva às práticas de biossegurança, no entanto, faz-se necessária a conduta adequada de medidas complementares como método de contenção e prevenção do coronavírus.

**Palavras-chave:** Comportamento social; Coronavírus; Pandemia.

### **Abstract**

*Objective:* To analyze the understanding and adherence to biosecurity practices of the population of a municipality in Alagoas related to the new coronavirus. *Methodology:* A cross-sectional, prospective and analytical study. The sample consisted of citizens of both sexes and over 18 years of age residing in Maceió-AL. Data collection was carried out from March to July 2020 through an electronic questionnaire. An association analysis was performed between biosafety practices related to gender, age and education. *Results:* 424 individuals participated in the study. There was a prevalence of good biosafety behaviors by the female public, young people and individuals with schooling up to high school, except for the effectiveness of hand hygiene and homemade masks, proper disposal of masks and harmful self-medication behavior. *Conclusion:* Effective adherence to biosafety practices was observed, however, the appropriate conduct of complementary measures as a method of containment and prevention of coronavirus is necessary.

**Keywords:** Social behavior; Coronavirus; Pandemic.

### **Resumen**

*Objetivo:* Analizar la comprensión y adherencia a las prácticas de bioseguridad de la población de un municipio de Alagoas relacionadas con el nuevo coronavirus. *Metodología:* Estudio transversal, prospectivo y analítico. La muestra estuvo compuesta por ciudadanos de ambos sexos y mayores de 18 años residentes en Maceió-AL. La recolección de datos se realizó de marzo a julio de 2020 a través de un cuestionario electrónico. Se realizó un análisis de asociación entre las prácticas de bioseguridad relacionadas con el género, la edad y la escolaridad. *Resultados:* 424 individuos participaron del estudio. Hubo prevalencia de buenas conductas de bioseguridad por parte del público femenino,

jóvenes y personas con escolaridad hasta la enseñanza media, a excepción de la efectividad de la higiene de manos y mascarillas caseras, el descarte adecuado de las mascarillas y la conducta nociva de automedicación. *Conclusión:* Se observó una efectiva adherencia a las prácticas de bioseguridad, sin embargo, es necesaria la adecuada realización de medidas complementarias como método de contención y prevención del coronavirus.

**Palabras clave:** Conducta Social; Coronavirus; Pandemia.

## 1. Introdução

Desde 1960, a família viral dos coronavírus é conhecida como a causadora de infecções respiratórias em humanos e animais. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, em janeiro de 2020, a China identificou uma nova cepa de coronavírus, nomeada como Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), causadora da Doença do Coronavírus-2019 (COVID-19) e caracterizada em março pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.).

Em 26 de fevereiro de 2020, foi registrado o primeiro caso de COVID-19 em território brasileiro (BRASIL, 2020) e, dez dias após a confirmação do primeiro caso no país, foi constatado o primeiro caso no estado de Alagoas (SESAU, 2020). Até agosto de 2021, foram confirmados no Brasil 20.776.870 casos e 580.413 óbitos. No mesmo período, foram registrados em Alagoas 235.774 casos confirmados e 6.072 óbitos (In Loco, 2020).

Entidades internacionais e nacionais promoveram campanhas de esclarecimento, orientação e sensibilização da população sobre o agente etiológico, a via de transmissão, medidas de prevenção, sinais e sintomas, manejo terapêutico, métodos de diagnóstico e grupos de risco com a finalidade de reduzir o contágio e preservar a saúde da população (BRASIL, 2020).

As medidas de contenção compreendem estratégias não-farmacológicas e são práticas de biossegurança simples que precisam ser incorporadas à rotina das pessoas, como: higienizar frequentemente as mãos com água e sabão ou produtos à base de álcool a 70%, cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com o antebraço ou com um lenço de papel, manter distanciamento físico, usar máscara ao sair de casa, evitar a automedicção e aglomerações (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.).

Nesse contexto, o cenário de emergência pública causado pela COVID-19 apresentou fatores importantes na tomada de decisões populares para contenção da doença, entre eles o papel das divulgações midiáticas como estratégia de informação para prevenção da doença e as condições sociais, educacionais e econômicas do indivíduo (Brasil, 2020).

Desse modo, esta pesquisa teve como questão norteadora: Quais as características socioeconômicas e as condutas de biossegurança adotadas pela população de Maceió-AL durante um período crítico do primeiro ano da pandemia? E como objetivo: Analisar a compreensão e a adesão das práticas de biossegurança da população de um município de Alagoas relacionadas ao novo coronavírus. Espera-se poder fornecer subsídios para futuras ações dos setores públicos que tenham por objetivo salvar vidas e proteger a saúde em tempos de pandemia contra o novo coronavírus.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, prospectivo e analítico. De acordo com Polit e Beck (2011), o delineamento transversal corresponde a coleta de dados dos participantes em um único ponto temporal. Esses mesmos autores descrevem que um estudo é prospectivo quando se inicia com uma causa ou antecedente potencial, e analítico pois utiliza-se de métodos analíticos para a análise e interpretação de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário construído na ferramenta *Google Forms* e disponibilizado nas redes sociais (Instagram e WhatsApp) por link compartilhável. Este formulário foi composto por um total de 41 questões de múltipla escolha e estruturado em seis seções que abrangiam informações individuais, familiares, de saúde,

conhecimentos sobre o coronavírus e as práticas de biossegurança: isolamento social, práticas de higiene e uso de máscaras. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021.

Baseando-se na população estimada de Maceió-AL, que correspondia a 1.018.948 habitantes, foi realizado o cálculo amostral e se estabeleceu como amostra necessária 385 participantes, considerando o nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. Diante dos critérios de elegibilidade, foram incluídos na pesquisa indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes no município de Maceió-AL.

Foi escolhido como recorte temporal para a análise o período de março a julho de 2020. A escolha desses meses coincidiu com o período inicial da primeira onda decorrente da pandemia – período no qual medidas rígidas de contingenciamento e distanciamento social foram estabelecidas por meio de decretos governamentais locais. Desse modo, foram excluídos os residentes temporários ou aqueles que passaram a residir em Maceió após o mês de julho, bem como os que declararam CEP (Código de Endereçamento Postal) que não correspondiam ao município de Maceió.

Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel e a análise foi realizada através de estatística descritiva. A associação entre práticas de biossegurança e gênero, faixa etária e escolaridade foi verificada por meio do teste Qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5%. Foi utilizado o software JASP versão 0.14.1.0®

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) sob nº de aprovação do CAAE 35517420.3.0000.5011. O anonimato durante a participação da pesquisa garantiu a privacidade, sigilo e confidencialidade, de acordo com os preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012.

### 3. Resultados

Responderam ao questionário 432 cidadãos. Entretanto, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 424 participantes, superando a amostra mínima. Esta pesquisa conseguiu contemplar 44 (88%) dos 50 bairros da cidade de Maceió-AL. Apenas os bairros de Canaã, Novo Mundo, Garça Torta, Santo Amaro, Mutange e Pescaria não tiveram nenhum participante.

No que concerne às características pessoais, a população investigada foi constituída por 72,88% (n = 309) do sexo feminino, 56,36% (n = 239) com idades entre 18 e 29 anos, 48,92% (n = 204) pardos ou amarelos, 66,50% (n = 278) solteiros e 38,20% (n = 162) pessoas com ensino médio, seja ele completo ou incompleto.

Em relação à ocupação/profissão, 36,95% (n = 153) eram estudantes. Apesar de a categoria “outros” constituir um valor significativo (n = 191), não representa a maioria da amostra, pois foram citadas diversas profissões de forma fragmentada (Tabela 1).

Quanto às condições de saúde, 44,41% (n = 187) dos participantes da pesquisa declararam possuir alguma patologia ou vício, associados ou não e 93,57% (n = 395) praticaram automedicação. Dentre as classes medicamentosas mais utilizadas, descritas na Tabela 1, os medicamentos mais citados referem-se ao Paracetamol (n = 169), Dipirona (n = 145), antialérgicos (n = 100) e Ivermectina (n = 55). Azitromicina e Annita foram os menos citados (n = 13).

Em relação aos dados socioeconômicos e familiares, 32,90% (n = 127) dos participantes possuíam renda familiar entre 3 a 5 salários mínimos e 54,24% (n = 230) residiam com mais de três pessoas. Quanto à composição familiar, 29% (n = 123) moravam com crianças e 26,65% (n = 113) residiam com idosos.

**Tabela 1.** Características individuais, socioeconômicas e familiares dos participantes do estudo. Maceió, AL, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	N	%
<i>Características individuais</i>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	309	72,88
Masculino	115	27,12
<b>Faixa Etária</b>		
Entre 18 a 29 anos	239	56,36
Entre 30 a 49 anos	145	34,19
Maiores de 50 anos	40	9,43
<b>Cor* (n = 417)</b>		
Branca	163	39,08
Parda/ Amarela	204	48,92
Indígena	3	0,71
Preta	47	11,27
<b>Estado Civil* (n = 418)</b>		
Solteiro(a)	278	66,50
Casado(a)/Morando com o(a) companheiro(a)	140	33,49
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	10	2,35
Ensino médio	162	38,20
Ensino superior	153	36,08
Pós-graduação	99	23,34
<b>Profissão/Ocupação* (n = 414)</b>		
Estudante	153	36,95
Desempregado	1	0,24
Profissional da Saúde	69	16,66
Outros	191	46,13
<b>Condição de saúde* (n = 421)</b>		
Nenhuma patologia ou vícios	234	55,58
<b>Uma patologia ou vício</b>	<b>137</b>	<b>32,54</b>
Problema respiratório	37	8,78
Hipertensão	15	3,56
Sobrepeso	54	12,82
Outras	31	7,36
<b>Dois patologias ou vícios</b>	<b>43</b>	<b>10,21</b>
Sobrepeso e Problemas respiratórios	12	2,85
Hipertensão e Sobrepeso	9	2,13
Outros	22	5,22
<b>Três patologias ou vícios</b>	<b>7</b>	<b>1,66</b>
Diabetes, Hipertensão e Sobrepeso	3	0,71
Hipertensão, Sobrepeso e Tabagismo	2	0,47
Outros	2	0,47
<b>Automedicação* (n = 409)</b>		
Não realizo automedicação	14	3,42
Sim	395	96,57
Analgésico e Antitérmico	200	48,89
Apenas antialérgico	46	11,24

Apenas vermífugo	34	8,31
Antialérgico, Analgésico e Antitérmico	39	9,53
Vermífugo, Analgésico e Antitérmico	19	4,64
Outros	57	13,93
<b>Características socioeconômicas</b>		
<b>Renda Familiar (considerando o salário mínimo no valor de R\$ 1.039)* (n = 386)</b>		
Menos de um salário mínimo	37	9,58
Até 2 salários mínimos	118	30,56
Entre 3 a 5 salários mínimos	127	32,90
Mais de 5 salários mínimos	104	26,94
<b>Características familiares</b>		
<b>Número de pessoas que residem com o participante da pesquisa</b>		
Nenhuma	34	8,01
De 1 a 2 pessoas	160	37,73
Mais de 3 pessoas	230	54,24
<b>Número de crianças que residem com o participante da pesquisa</b>		
Nenhuma	301	70,99
1 criança	89	20,99
2 crianças	30	7,07
3 ou mais crianças	4	0,94
<b>Faixa etária das crianças que residem com o participante da pesquisa</b>		
0 a 12 meses	23	5,42
1 a 5 anos	47	11,08
6 a 13 anos	53	12,5
<b>Número de idosos que moram com o participante da pesquisa</b>		
Nenhum	310	73,11
1 idoso	77	18,16
2 idosos	32	7,54
3 ou mais idosos	4	0,94
<b>Faixa etária dos idosos que moram com o participante da pesquisa</b>		
Entre 60 a 80 anos	94	22,16
Mais de 80 anos	19	4,48

\*Os valores se diferenciam, pois os dados perdidos não foram considerados para análise. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A investigação detalhada referente ao conhecimento dos participantes da pesquisa sobre SARS-Cov-2/COVID-19 estão descritas na Tabela 2. Em sua maioria, 98,10% (n = 415) reconheceram o vírus como patógeno da COVID-19, como também 41,27% (n = 175) as formas de transmissão divulgadas pelo OMS. Ainda 37,55% (n = 157) delimitaram os grupos de risco para idosos e quem possui alguma patologia, 94,04% (n = 395) apresentaram boa adesão às práticas de biossegurança, 66,58% (n = 281) utilizaram o meio midiático como fonte de informações e atualizações sobre a doença e 33,33% (n = 141) afirmaram que elas deveriam ser mais claras.

Em relação às práticas de biossegurança, apenas 5,42% (n = 23) associaram as estratégias de proteção preconizadas pela OMS a métodos ineficazes, entre eles, higienização das mãos com vinagre (n = 3), confeccionar o próprio álcool em gel (n = 7), ingerir líquidos quentes para eliminar o vírus (n = 11) ou realizar automedicação como método de prevenção (n = 9). Para esses casos, foram contabilizadas apenas as práticas de biossegurança eficazes.

Vale ressaltar que o item “Toda a população” foi acrescentado pelos participantes da pesquisa. Tendo em vista os meios de informação, 66,27% (n = 281) da amostra utilizaram os meios midiáticos, entre eles a televisão ou rádio (n = 161), redes sociais (n = 23) ou ambos (n = 79).

**Tabela 2.** Conhecimento sobre SARS-CoV-2/COVID-19 dos participantes do estudo. Maceió, AL, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Patógeno do SARS-CoV-2/COVID-19* (n = 423)</b>		
Vírus	415	98,10
Bactéria	5	1,18
Não sei	3	0,70
<b>Meios de transmissão</b>		
Ocorre apenas pelas gotas de saliva de alguém infectado quando tosse ou espirra	98	23,11
Através das gotas da saliva de alguém infectado e tocar em superfícies contaminadas	149	35,14
Todas acima	175	41,27
Não sei	2	0,47
<b>Práticas de biossegurança realizadas pelos participantes da pesquisa* (n = 420)</b>		
Atende apenas a 1 medida de biossegurança	7	1,66
Atende a 2 medidas de biossegurança	18	4,28
Atende a 3 ou mais medidas de biossegurança	395	94,04
<b>Grupos de risco* (n = 418)</b>		
Toda a população	18	4,30
Idosos	75	17,94
Idosos, Quem possui alguma doença	157	37,55
Gestantes ou mulheres em pós-parto, Idosos, Quem possui alguma doença	70	16,74
Gestantes ou mulheres em pós-parto, Recém-nascidos ou crianças, Idosos, Quem possui alguma doença	52	12,44
Outros	46	11,00
<b>Formas de acesso às informações sobre a COVID-19* (n = 422)</b>		
Conversas informais	4	0,94
Meio midiático	281	66,58
Publicações Científicas	9	2,13
Mais de uma forma de acesso	126	29,85
Não tenho acesso a informações	2	0,47
<b>Qualidade das informações* (n = 423)</b>		
São suficientes	242	57,21
Não são suficientes	40	9,45
Deveriam ser mais claras	141	33,33

\*Os valores se diferenciam, pois os dados perdidos não foram considerados para análise. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A análise de associação foi realizada entre as práticas de biossegurança e as variáveis gênero (Tabela 3), idade (Tabela 4) e escolaridade (Tabela 5). Para essas tabelas, foram consideradas atividades essenciais: o trabalho (n = 149), comprar alimentos (n = 348), comprar medicamentos (n = 196), consulta médica (n = 127) ou ida à unidade de saúde (n = 39). Já para as atividades não-essenciais, foram consideradas: visitar amigos ou familiares (n = 77), passear, pois não se conseguia ficar

muito tempo em casa (n = 17), encontrar os amigos na praça (n = 18) e caminhada ou corrida ao ar livre (n = 72), tendo em vista que durante a primeira onda de COVID-19 ainda estava em discussão sobre os riscos e benefícios da prática de exercício físico.

As condutas adequadas da etiqueta respiratória equivalem à preconizada pela OMS, enquanto as inadequadas referem-se a não cobrir ou raramente cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar (n = 21), cobrir com a palma das mãos (n = 47), cobrir com a blusa (n = 35) ou prender o espirro ou a tosse (n = 30). Apesar de 98,34% (n = 417) dos participantes da pesquisa terem utilizado a máscara, 6,47% (n = 27) responderam ao questionamento dos motivos da não adesão a esse método de proteção.

Diante da higienização adequada das máscaras caseiras, observou-se que apenas 6,34% (n = 26) as higienizavam com água, sabão e água sanitária. Em contrapartida, 93,65% (n = 384) higienizavam de forma inadequada, 0,71% (n = 3) lavavam apenas com água e 91,60% (n = 382) lavavam apenas com água e sabão.

Tendo em vista o método de descarte adequado para as máscaras orientado pela OMS, observou-se que 35,54% (n = 107) dos participantes que citaram utilizar a máscara cirúrgica, N-95 ou PFF-2, praticaram o descarte inadequado, entre eles, jogar no lixo do banheiro (n = 2), em ambiente público (n = 1) ou descartar diretamente no lixo sem envolvê-la em uma sacola plástica (n = 104).

Ao analisar a associação entre o sexo e as variáveis (Tabela 3), observou-se que, em comparação aos homens, as mulheres aderiram ao isolamento social (p = 0,056) e acreditavam que ele era importante (p = 0,015), saíram mais para realizar atividades essenciais (p = 0,007) através de transporte ativo ou próprio (p = 0,004). Além disso, higienizavam as mãos com água e sabão (p=0,004) entre 20 a 30 segundos (p = 0,622).

Apesar de as mulheres serem as que mais praticavam adequadamente a etiqueta respiratória (51,30%), 21,85% (n = 92) das participantes realizavam-na de forma inadequada em relação aos homens. Do mesmo modo, para a utilização das máscaras ao sair de casa, 71,69% (n = 304) as utilizavam, mas 37,03% (n = 10) relataram não utilizar devido à sensação de sufocamento. Apesar de ambos os sexos referirem utilizar qualquer tipo dos materiais da máscara (50,11%), as mulheres eram as que faziam o descarte adequadamente (49,16%).

**Tabela 3.** Classificação das práticas de biossegurança em associação ao gênero dos participantes do estudo. Maceió, AL, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	Gênero		Gênero masculino		Valor p
	feminino		N	%	
	N	%			
<i>Isolamento social</i>					
<b>Em isolamento social* (n = 423)</b>					<b>0.056</b>
Sim	258	60,99	87	20,56	
Não	50	11,82	28	6,61	
<b>O isolamento social é necessário* (n = 415)</b>					<b>0.015</b>
Sim	286	68,91	97	23,37	
Não	17	4,09	15	3,61	
<b>Motivo para sair de casa* (n = 421)</b>					<b>0.007</b>
Realizar atividades essenciais	226	53,68	66	15,67	
Realizar atividades essenciais e não essenciais	67	15,91	40	9,50	
Realizar atividades não essenciais	9	2,13	8	1,90	
Não saia de casa	4	0,95	1	0,23	
<b>Transporte utilizado ao sair de casa* (n = 420)</b>					<b>0.004</b>
Transporte ativo (bicicleta e/ou a pé) ou próprio	143	34,04	74	17,61	
Transporte por aplicativo, táxi ou moto táxi	30	7,14	6	1,42	
Transporte coletivo/público	24	5,71	1	0,23	

Qualquer um desses meios	107	25,47	33	7,85	
Não saía de casa	1	0,23	1	0,23	
<b>Higienização das mãos</b>					
<b>Material utilizado para higienização das mãos</b>					<b>0.004</b>
Apenas água, água e sabão ou álcool	4	0,94	8	1,88	
Água e sabão	163	38,44	50	11,79	
Água e sabão ou álcool	142	33,49	57	13,44	
<b>Tempo de higienização das mãos</b>					<b>0.622</b>
O tempo não importa	14	3,30	2	0,47	
Menos de 10 segundos	62	14,62	25	5,86	
De 20 a 30 segundos	183	43,16	70	16,50	
De 40 a 60 segundos	48	11,32	18	4,25	
Não lembro	2	0,47	0	0,00	
<b>Etiqueta respiratória</b>					
<b>Conduta ao tossir ou espirrar* (n = 421)</b>					<b>0.279</b>
Adequado	216	51,30	73	17,33	
Inadequado	92	21,85	40	9,50	
<b>Uso da máscara</b>					
<b>Uso de máscara ao sair de casa</b>					<b>1.000</b>
Sim	304	71,69	113	26,65	
Não	5	1,17	2	0,47	
<b>Motivos para não usar máscara* (n = 27)</b>					<b>0.079</b>
Esquecimento	4	14,81	2	7,40	
Sufocamento	10	37,03	4	14,81	
Não achava necessário ou eficaz	0	0,00	2	7,40	
Todos os motivos citados acima	1	3,70	4	14,81	
<b>Material das máscaras* (n = 417)</b>					<b>0.064</b>
Caseira	143	34,29	53	12,70	
Cirúrgica	4	0,95	1	0,23	
N-95 ou PFF-2	2	0,47	5	1,19	
Qualquer uma dessas máscaras	155	37,17	54	12,94	
<b>Descarte da máscara cirúrgica, N95 ou PFF2* (n = 301)</b>					<b>0.064</b>
Adequado	148	49,16	46	15,28	
Inadequado	71	23,58	36	11,96	
<b>Material utilizado para higienização das máscaras caseiras* (n = 410)</b>					<b>0.127</b>
Adequado	23	5,58	3	0,72	
Inadequado	281	68,20	103	25,48	

\*Os valores se diferenciam, pois os dados perdidos não foram considerados para análise. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

De acordo com as faixas etárias estudadas (Tabela 4), os participantes mais jovens eram os que estavam em maior adesão ao isolamento social ( $p = 0,190$ ), bem como o reconhecimento da sua importância ( $p = 0,069$ ) e eram os que mais saíam de casa para realizarem atividade essenciais ( $p < 0,001$ ) mediante mais de uma opção de transporte ( $p = 0,001$ ). Ademais, esse público utilizou como material de higienização das mãos água e sabão ou álcool ( $p = 0,261$ ), como tempo entre 20 a 30 segundos ( $p = 0,054$ ).

Da mesma forma, os participantes jovens apresentaram maiores taxas na prática adequada das condutas respiratórias (38,24%), como também no uso de máscaras ao sair de casa (56,13%), apesar de 37,03% ( $n = 10$ ) queixar-se de sufocamento. O material da máscara utilizado foi igualmente caseiro ou de qualquer tipo (28,05%) e utilizaram como material de higienização água e sabão (26,17%). Embora as boas condutas em relação ao descarte das máscaras (29,56%), 22,25% ( $n = 67$ ) dos participantes jovens as descartaram de forma inadequada.



**Tabela 4.** Classificação das práticas de biossegurança em associação à idade dos participantes do estudo. Maceió, AL, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	18 a 29 anos		30 a 49 anos		Maiores de 50 anos		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
<i>Isolamento social</i>							
<b>Em isolamento social* (n = 423)</b>							<b>0.190</b>
Sim	199	47,04	111	26,24	35	8,27	
Não	40	9,45	33	7,80	5	1,18	
<b>É necessário o isolamento social* (n = 421)</b>							<b>0.069</b>
Sim	219	52,77	128	30,84	36	8,67	
Não	12	2,89	17	4,09	3	0,72	
<b>Motivos para sair de casa* (n = 420)</b>							<b>&lt;.001</b>
Realizar atividades essenciais	149	35,39	121	28,74	22	5,22	
Realizar atividades essenciais e não essenciais	73	17,34	22	5,22	12	2,85	
Realizar atividades não essenciais	12	2,85	2	0,47	3	0,71	
Não saia de casa	3	0,71	0	0,00	2	0,47	
<b>Transporte utilizado ao sair de casa* (n = 420)</b>							<b>0.001</b>
Transporte ativo (bicicleta e/ou a pé) ou próprio	108	25,71	90	21,42	19	4,52	
Transporte por aplicativo, táxi ou moto táxi	20	4,76	8	1,90	8	1,90	
Transporte coletivo/público	12	2,85	10	2,38	3	0,71	
Qualquer um desses meios	95	22,61	37	8,81	8	1,90	
Não saia de casa	1	0,23	0	0,00	1	0,23	
<i>Higienização das mãos</i>							
<b>Material utilizado para higienização das mãos</b>							<b>0.261</b>
Apenas água, água e sabão ou álcool	6	1,41	4	0,94	2	0,47	
Água e sabão	111	26,17	83	19,57	19	4,48	
Água e sabão ou álcool	122	28,77	58	13,67	19	4,48	
<b>Tempo de higienização das mãos</b>							<b>0.054</b>
O tempo não importa	5	1,17	7	1,65	4	0,94	
Menos de 10 segundos	52	12,26	29	6,83	6	1,41	
De 20 a 30 segundos	137	32,31	91	21,46	25	5,89	
De 40 a 60 segundos	45	10,61	16	3,77	5	1,17	
Não lembro	0	0,00	2	0,47	0	0,00	
<i>Etiqueta respiratória</i>							
<b>Condutas ao tossir e espirrar* (n = 421)</b>							<b>0.650</b>
Adequado	161	38,24	98	23,27	30	7,12	
Inadequado	77	18,29	45	10,68	10	2,32	
<i>Uso da máscara</i>							
<b>Uso da máscara ao sair de casa</b>							<b>0.047</b>
Sim	238	56,13	141	33,25	38	8,96	
Não	1	0,23	4	0,94	2	0,47	
<b>Motivos para não usar máscara* (n = 27)</b>							<b>0.020</b>
Esquecimento	2	7,40	1	3,70	3	11,11	
Sufocamento	10	37,03	4	14,81	0	0,00	
Não achava necessário ou eficaz	0	0,00	1	3,70	1	7,40	
Todos os motivos acima	5	18,51	0	0,00	0	0,00	
<b>Material da máscara utilizado* (n = 417)</b>							<b>0.238</b>
Caseira	117	28,05	63	15,10	16	3,83	
Cirúrgica	1	0,24	2	0,48	2	0,48	
N-95 ou PFF-2	4	0,95	3	0,71	0	0,00	
Qualquer uma dessas máscaras	117	28,05	72	17,26	20	4,79	
<b>Descarte da máscara cirúrgica, N95 ou PFF2* (n = 301)</b>							<b>0.018</b>
Adequado	89	29,56	79	26,24	26	8,63	
Inadequado	67	22,25	32	10,63	8	2,65	
<b>Higienização da máscara caseira* (n = 412)</b>							<b>0.509</b>
Adequado	17	4,12	8	1,94	1	0,24	
Inadequado	216	52,42	133	32,28	37	8,98	

\*Os valores se diferenciam, pois os dados perdidos não foram considerados para análise. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Diante dos quatro níveis de escolaridade estudados (Tabela 5), notou-se que os participantes de nível médio realizaram mais o isolamento social ( $p = 0.369$ ), consideraram a sua importância ( $p = 0.868$ ), como também foram os que mais realizaram atividades essenciais ( $p = 0.002$ ) através do transporte ativo ou próprio ( $p = 0.017$ ). Referiram a prática de higienização das mãos com água e sabão ( $p < 0.001$ ) durante 20 a 30 segundos ( $p = 0.001$ ). E também foram aqueles que apresentaram conduta adequada na etiqueta respiratória ( $p = 0.747$ ).

Considerando o uso da máscara, esse público permaneceu como os que realizaram boas práticas, tendo em vista a adesão do uso da máscara ao sair de casa (37,50%), apesar do relato de sufocamento (25,92%). Por fim, observou-se que foram utilizados diversos materiais de máscaras (20,62%), com descarte adequado (24,58%) das máscaras não reutilizáveis. Diante das máscaras de tecido, os participantes de ensino médio e superior realizaram igualmente a higienização inadequada (34,95%).

**Tabela 5.** Classificação das práticas de biossegurança em associação escolaridade dos participantes do estudo. Maceió, AL, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	Fundamental		Médio		Superior		Pós-Graduação		Valor p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Isolamento social</i>									
<b>Em isolamento social* (n = 423)</b>									<b>0.369</b>
Sim	7	1,65	130	30,3	122	28,84	86	20,33	
Não	3	0,70	31	7,32	31	7,32	13	3,07	
<b>É necessário o isolamento social* (n = 415)</b>									<b>0.868</b>
Sim	7	1,68	148	35,66	138	33,25	90	21,68	
Não	1	0,24	12	2,89	10	2,41	9	2,16	
<b>Motivos para sair de casa* (n = 421)</b>									<b>0.002</b>
Atividades essenciais	4	0,95	107	25,41	104	24,70	77	18,29	
Atividades essenciais e não essenciais	3	0,71	44	10,45	39	9,26	21	4,95	
Atividades não essenciais	2	0,47	9	2,13	5	1,18	1	0,23	
Não saia de casa	1	0,23	0	0,00	4	0,95	0	0,00	
<b>Transporte utilizado ao sair de casa* (n = 420)</b>									<b>0.017</b>
Transporte ativo (bicicleta e/ou a pé) ou próprio	3	0,71	77	18,33	69	16,42	68	16,19	
Transporte por aplicativo, táxi ou mototáxi	1	0,23	11	2,61	16	3,77	8	1,90	
Transporte coletivo/público	1	0,23	16	3,81	8	1,90	0	0,00	
Qualquer um desses meios	4	0,95	57	13,57	56	13,33	23	5,47	
Não saia de casa	0	0,00	1	0,23	1	0,23	0	0,00	
<i>Higienização das mãos</i>									
<b>Material utilizado para higienização das mãos</b>									<b>&lt;0.001</b>
Apenas água, água e sabão ou álcool	3	0,70	4	0,94	3	0,70	2	0,47	
Água e sabão	0	0,00	80	18,86	78	18,39	55	12,97	
Água e sabão ou álcool	7	1,65	78	18,39	72	16,98	42	9,90	
<b>Tempo de higienização das mãos</b>									<b>0.001</b>
O tempo não importa	3	0,70	6	1,41	7	1,65	0	0,00	
Menos de 10 segundos	2	0,47	30	7,07	37	8,72	18	4,24	
De 20 a 30 segundos	5	1,17	95	22,40	88	20,75	65	15,33	
De 40 a 60 segundos	0	0,00	31	7,31	19	4,48	16	3,77	
Não lembro	0	0,00	0	0,00	2	0,47	0	0,00	
<i>Etiqueta respiratória</i>									
<b>Condutas ao tossir e espirrar* (n = 421)</b>									<b>0.747</b>
Adequado	6	1,42	111	26,36	101	23,99	71	16,86	
Inadequado	4	0,95	51	12,11	50	11,87	27	6,41	

<i>Uso da máscara</i>									
<b>Uso da máscara ao sair de casa</b>									<b>0.148</b>
Sim	9	2,12	159	37,50	152	35,84	97	22,87	
Não	1	0,23	3	0,70	1	0,23	2	0,47	
<b>Motivos para não usar máscara* (n = 27)</b>									<b>0.185</b>
Esquecimento	1	3,70	2	7,40	1	3,70	2	7,40	
Sufocamento	0	0,00	7	25,92	6	22,22	1	3,70	
Não achava necessário ou eficaz	0	0,00	0	0,00	1	3,70	1	3,70	
Todos os motivos acima	1	3,70	4	14,81	0	0,00	0	0,00	
<b>Material da máscara utilizado* (n = 417)</b>									<b>0.006</b>
Caseira	8	1,91	70	16,78	84	20,14	34	8,15	
Cirúrgica	0	0,00	21	0,48	0	0,00	4	0,95	
N-95 ou PFF-2	0	0,00	2	0,48	3	0,71	2	0,48	
Qualquer uma dessas máscaras	2	0,48	86	20,62	64	15,34	57	13,66	
<b>Descarte da máscara cirúrgica, N95 ou PFF2* (n = 301)</b>									<b>0.015</b>
Adequado	4	1,32	74	24,58	58	19,26	58	19,26	
Inadequado	0	0,00	45	14,95	40	13,28	22	7,30	
<b>Higienização da máscara caseira* (n = 412)</b>									<b>0.082</b>
Adequado	0	0,00	16	3,88	5	1,21	5	1,21	
Inadequado	10	2,42	144	34,95	144	34,95	88	21,35	

\*Os valores se diferenciam, pois os dados perdidos não foram considerados para análise. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

#### 4. Discussão

Conforme preconizado pela OMS, as práticas de biossegurança devem ser exercidas de forma complementar e contínua a fim de superar o cenário de emergência pública (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.). Consegue-se destacar no presente estudo que, apesar da inquestionável importância da adesão pela população em geral para atingir o objetivo do MS, esse feito foi mais expressivo entre mulheres, jovens e indivíduos com ensino médio, seja ele completo ou incompleto.

Esses dados corroboram com dois achados científicos que discutem e promovem reflexão sobre o atual cenário de pandemia de COVID-19 e as problemáticas envolvidas para a sua prevalência. Ambos os estudos foram realizados no ano de 2020 por meio de plataforma on-line, em lugares distintos do Brasil, um em Fortaleza, com amostra de 2.452 participantes (Lima et al., 2020), e o outro, realizado em Porto Alegre, com amostra de 306 participantes (Oliveira & Santos, 2021).

As mulheres, em comparação aos homens, apresentam maior preocupação com a saúde, seja praticando o cuidado consigo ou com o outro. É importante ressaltar que essa perspectiva é um reflexo de como as mulheres são colocadas, ao longo dos séculos, numa posição de cuidadoras, sob princípios patriarcais – responsável por limitar as características aos indivíduos e coletividade a partir do seu sexo biológico. Pensando nisso, pode-se considerar que a realização da biossegurança de forma expressiva e efetiva por mulheres foi resultante do traço social histórico que as objetifica e condiciona ao cuidado e assistência em saúde (Botton et al., 2017).

Sabe-se que o público jovem possui maior acesso às informações e aos recursos digitais, o que influenciou a caracterização da amostra, tendo o uso das redes sociais como meio utilizado para a coleta de pesquisa. Em contrapartida, entende-se que a representatividade jovem na adesão às boas práticas evidenciadas neste estudo reforça a perspectiva de que este grupo está progressivamente desconstruindo a ótica de indivíduos imprudentes (Oliveira & Santos, 2021). Acredita-se também que o grau de escolaridade e a ocupação desse público influenciaram em suas condutas, considerando ser um público de estudantes em processo de aprendizado constante, bem como o fato de terem concluído o ensino médio, o que viabilizou a compreensão das informações sobre a doença de modo fidedigno.

O índice de isolamento social em Alagoas chegou a 60,2% durante o período estabelecido para a resposta do questionário, apenas 2% abaixo do índice nacional (In Loco, 2020). Esse momento corresponde à fase em que houve o

estabelecimento de medidas de distanciamento social com maior rigor pelos governos estaduais. O reconhecimento da população diante da importância das medidas de isolamento reforça a adesão a essa prática, bem como aos protocolos governamentais (Moraes, 2021). No entanto, diante do avanço da saúde pública à frente da pandemia após o início da vacinação, observou-se maior flexibilização das práticas de proteção, principalmente do isolamento social e do distanciamento. Reforça-se a necessidade da continuidade dessas medidas e da vigilância nos locais que propiciam aglomeração de indivíduos, tendo em vista que, até agosto de 2021, menos da metade (29,1%) da população brasileira encontrava-se totalmente imunizada (Our World in Data, n.d.).

Como apresentado nos dados do estudo, a realização das atividades indispensáveis corresponde ao principal motivo para a interrupção do isolamento, sendo o trabalho e a procura por serviço de saúde os principais locais (Freire et al., 2020), classificados na primeira onda do coronavírus como serviços essenciais. Os participantes, em sua maioria, utilizavam transporte próprio ou ativo quando precisavam sair de suas residências, porém comumente faziam uso de mais de um meio de transporte, entre eles, o transporte público.

Nesse sentido, vale ressaltar que Maceió/AL foi a única capital do nordeste sem plano municipal para a mobilidade urbana durante a pandemia da COVID-19, tornando o transporte coletivo um ambiente de superlotação. Logo, com o descumprimento das medidas de distanciamento social, os indivíduos que necessitavam desse meio de transporte encontravam-se em situação de vulnerabilidade, pois encontravam-se em um cenário de elevada taxa de transmissão do vírus (Silva, 2020).

Tendo em vista que a principal via de transmissão é aérea, outra prática que reduz a infecção pelo coronavírus é cobrir a boca e o nariz com o cotovelo dobrado ou com um lenço de papel ao tossir ou espirrar (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.). A etiqueta respiratória foi realizada em sua maioria de forma adequada neste estudo, mas reforça-se que a prática de cobrir diretamente com as mãos ou raramente cobrir ainda é uma prática presente, sendo um fator de risco para a contaminação do vírus, pois viabiliza a transmissão e contaminação de forma direta ou indireta (Silva, 2021).

Embora a adesão ao uso da máscara ao sair de casa tenha valor representativo nesse estudo, ressalta-se a queixa de sufocamento que esse método de proteção proporciona, podendo ele ser um fator de risco para a baixa adesão das máscaras em períodos futuros. Logo, reforça-se a necessidade de se seguir as recomendações preconizadas quanto ao ajuste e tamanho correto da máscara, a fim de evitar incômodos e se manter protegido. Observou-se ainda que os participantes acataram ao que foi preconizado pelos protocolos sanitários e governamentais, que estimulavam o uso da máscara caseira tendo em vista que o material de preferência citado, em sua maioria, refere-se às máscaras de tecido, seguido de qualquer material, entre elas, a N95 e/ou PFF-2.

O objetivo do incentivo das campanhas governamentais ao uso das máscaras caseiras ou de tecido é o de se evitar a escassez dos respiradores profissionais (PFF2 e N95) para os servidores da saúde (Silva, 2021). Além disso, as máscaras caseiras permitiram uma maior adesão da população, tendo em vista que é um equipamento de baixo custo, e, se seguindo as recomendações, pode ser confeccionado em casa e utilizado como estratégia de renda durante a pandemia (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020).

A composição familiar desses participantes pode ser um fator significativo para a adoção de boas condutas, tendo em vista que, apesar de ser um público jovem, 29% (n = 123) moram com crianças, 26,65% (n = 113) com idosos e 9,56% (n = 22) com ambos. Ademais, os jovens são os que mais saem de casa para exercerem atividades essenciais e não essenciais. Nesse sentido, a potencialização dos cuidados de higienização pode estar relacionada à intenção de preservar a saúde e a integridade daqueles que dividem o ambiente domiciliar (Simonetti et al., 2021).

Considerando as condições de saúde dos participantes, identificou-se que 44,41% compõem o grupo de risco e também incorporando a perspectiva dos participantes diante da vulnerabilidade da população em geral como indivíduos que também estão em risco de complicações diante da COVID-19, associa-se que essas circunstâncias intensificaram as boas

práticas de biossegurança pelo público estudado. A caracterização jovem e o percentual significativo de patologias e vícios citados pelos participantes promove questionamentos sobre os comportamentos e hábitos de vida que são adotados, bem como os reflexos prejudiciais a longo prazo na qualidade de vida.

Dessa forma, foi significativa a procura por assistência à saúde pelos participantes (39,15%), mesmo diante de um cenário de pandemia e do receio em se buscar esse tipo serviço, visto que este é percebido por ser realizado em ambiente com alta taxa de contaminação – o que poderia colocá-los em risco (Freire et al., 2020; Moreira et al., 2020). Evidenciou-se, assim, que houve interferência da caracterização dos participantes que estavam em busca do cuidado da saúde dos seus familiares, levando-os a esses serviços, como também, por demanda pessoal, devido às condições individuais de saúde.

Durante a primeira onda de COVID-19, muito se discutia sobre a superlotação dos serviços de saúde pelos acometidos pelo coronavírus e procura desses serviços pela população. Mas também se discutia a possibilidade das complicações dos quadros de doenças não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e obesidade pela ausência de acompanhamento (Moreira et al., 2020). Pela caracterização do público, apreende-se que é uma faixa etária que gradativamente vem buscando os cuidados com a saúde, por isso, é imprescindível o planejamento e implementação de ações para a assistência a esses dois cenários, considerando que ainda se vivencia um período de calamidade pública.

Em contrapartida, foram observadas que as medidas adicionais de biossegurança, tais como a higienização adequada das mãos, a higienização eficaz das máscaras de tecido e o descarte apropriado das máscaras não reutilizáveis, estão fragilizados, sendo um potencial risco à contaminação pelo coronavírus, tendo em vista que são ações importantes ao combate a esse patógeno. Essa vulnerabilidade é reflexo do déficit de informações sobre essa temática de modo claro e ilustrativo, isso porque as estratégias de divulgação intensificam os dados epidemiológicos sobre a doença e as medidas de contenção, mas não enfatizam as medidas complementares.

À vista disso, os participantes relataram realizar a higienização básica das mãos com água e sabão por um período de 20 a 30 segundos. Os jovens acrescentaram o álcool como material utilizado. Nesse contexto, torna essa prática pouco eficiente, pois se refere ao tempo de higienização diante do material escolhido, isso porque a higienização das mãos com água e sabão deve ser realizada entre 40 a 60 segundos (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020). O tempo utilizado pelos participantes é compatível ao material à base de álcool a 70%, tornando os jovens o público com a prática mais adequada de higienização. A praticidade da higienização com produtos alcoólicos permite que essa conduta seja mais assertiva, mas faz-se necessária a investigação do passo a passo durante a execução.

As máscaras caseiras, exceto as confeccionadas com TNT (tecido não-tecido), podem ser higienizadas até 30 vezes. A higienização adequada consiste em lavar previamente com água e sabão e, em seguida, deixar na água, sabão e água sanitária de 20 a 30 minutos; após esse período, retirar o produto em água corrente, secar em ambiente arejado e, posteriormente, passar a ferro quente e guardar em recipiente fechado (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020). Porém, como discutido, essa prática é realizada de modo fragilizado.

Além da higienização inadequada das máscaras caseiras, há o descarte das máscaras não reutilizáveis diretamente no lixo, sem envolvê-las em uma sacola plástica ou de papel, como orientado pelos serviços de vigilância em saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020), visto que é importante que as máscaras não entrem em contato com outras pessoas. Salienta-se o risco à vida marinha e a contaminação ao solo, causando não só um impacto na saúde humana, mas também ambiental. Reforça-se que também há reflexos na perspectiva financeira, tendo em vista que essa prática inoportuna impede a realização da coleta reciclável.

Ademais, 5,42% (n = 23) dos participantes associaram as práticas adequadas de biossegurança a métodos ineficazes. Essa conduta pode sofrer interferência do uso da mídia como fonte de informação utilizada por eles. O meio midiático, dentre suas vantagens, refere-se à celeridade do compartilhamento de informações, no entanto essa prática intensa, em sua maioria

das vezes, não permite a acurácia científica dos dados; logo, dados sem embasamento científico acabam sendo adotados pela população (Melo et al., 2021).

Salienta-se a baixa utilização das publicações científicas como fonte utilizada para obtenção de conhecimento sobre o tema, por isso, é necessário que os pesquisadores tenham o compromisso em divulgar os dados nos veículos de informação de forma clara e acessível à população, de modo que não haja ambiguidades ou espaço para interpretações equivocadas. O mesmo compete aos conteúdos divulgados na mídia, já que 33,25% (n = 141) dos participantes afirmaram que os dados precisam ser mais claros.

Diante dessa perspectiva, em um estudo brasileiro realizado durante as duas ondas da COVID-19 e financiado pela Universidade de Liverpool (Rossini & Kalogeropoulos, 2021), observou-se que na primeira onda, com amostra de n = 2.010 brasileiros, 31% dos participantes não sabem identificar notícias falsas. Além disso, reforçou-se que as redes sociais são os meios de maior compartilhamento de desinformação, realizado em sua maioria pela faixa etária adulta, mesmo que acidentalmente. À vista disso, ratifica-se a ótica do presente estudo sobre os riscos da desinformação e os reflexos negativos na saúde pública.

Nesse sentido, ao associar essas informações ao cenário de incertezas da pandemia, intensificam-se os métodos ineficazes de proteção (Freire et al., 2020). Isso porque a população tende a aderir às estratégias mais divulgadas com o objetivo de se manter segura, seja para prevenir a doença ou para fortalecer a imunidade, mesmo sem nenhum embasamento que comprove a conduta como eficaz (Souza et al., 2021). Fazer o próprio álcool em gel é contraindicado, considerando os riscos à saúde durante essa produção (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.).

Ainda nessa perspectiva, observou-se no Brasil a ampla divulgação do meio midiático do “kit-covid”, uma associação sem comprovação científica de várias classes medicamentosas com o intuito profilático para a COVID-19, entre elas antibióticos, vermífugos e antimaláricos (Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.; Melo et al., 2021). Neste estudo, reparou-se que apenas 2,12% (n = 9) citaram a realização da automedicação como método de prevenção. Contudo, atenta-se que 93,16% (n = 395) relataram utilizar medicação sem prescrição de profissional habilitado.

Ainda que as medicações do “kit-covid” tenham sido mencionadas em menor frequência, observou-se que a classe medicamentosa responsável pelo alívio dos sintomas leves da COVID-19, tais como analgésicos e antitérmicos aparecem com maior representatividade (Do Bu et al., 2020). Essa conduta coloca em risco a saúde, bem como posterga a resolutividade da doença, tendo em vista que essas medicações podem mascarar os primeiros sinais e inviabilizar as práticas de isolamento, influenciando nas taxas de transmissão (Melo et al., 2021).

46,22% (n = 196) Dos participantes desta pesquisa, 46,22% (n = 196) saíram de casa para comprar medicamentos. Em um estudo realizado em 2020 (Souza et al., 2021), com 509 entrevistados de alguns estados do Brasil, 91,2% relataram obter as medicações através de farmácias comerciais e concluíram que a indústria farmacêutica, diante desse cenário, possuía representatividade em viabilizar informações de educação em saúde em relação à automedicação, reduzindo de forma significativa essa prática e as chances de mascaramento da doença.

## 5. Conclusão

A partir dos resultados apresentados, observou-se que os participantes da pesquisa aderiram de forma satisfatória às práticas de biossegurança como estratégia de prevenção da COVID-19. Esse fato pode ser influenciado por alguns fatores identificados no estudo, tais como a boa compreensão sobre dados referentes ao SARS-CoV-2/COVID-19, a fonte midiática citada como estratégia para a obtenção de informações e atualizações sobre a doença, bem como a caracterização da população estudada.

A técnica de coleta de dados constituiu a principal limitação do estudo, uma vez que os participantes da pesquisa recrutavam outros com base na sua rede pessoal, o que pode ter influenciado e limitado a variabilidade das respostas. Entretanto, com a pandemia da COVID-19, a realização de pesquisas voltadas para as temáticas de saúde com entrevistas presenciais foi prejudicada. Desse modo, a internet emergiu como o principal meio de adquirir novos conhecimentos relacionados ao novo coronavírus.

Faz-se necessário que as esferas de gestão estimulem as práticas de biossegurança, contribuindo para a mudança comportamental na população, com o objetivo de reduzir as práticas de automedicação, os riscos às *fake news* e ao contágio direto e indireto, como também minimizar os impactos ambientais pelo descarte inadequado. Ademais, recomenda-se a realização de outras pesquisas, com o objetivo de comparar a adesão das práticas de biossegurança pela população em diferentes estados do país.

## Agradecimentos

A Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP) e a Supervisão de Pesquisa (SUPES) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), pelo incentivo a pesquisas relacionadas à COVID-19/SARS-Cov-2, coordenadas por servidores da instituição portadores do título de doutor.

## Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). Orientações gerais: máscaras faciais de uso não profissional. Nota técnica. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey, M. N. (2017). Diferenças de gênero ao acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 25(1), 67-72.
- Brasil. (2020, 27 de fevereiro). Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença. Portal UNA-SUS. <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>
- Brasil. (2020, 28 de fevereiro). Saúde lança campanha de prevenção ao coronavírus. Ministério da Saúde. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46458-saude-lanca-campanha-de-prevencao-ao-coronavirus>
- Do Bu, E. A., Alexandre, M. E. S., Bezerra, V. A. S., Sá-Serafim, R. C. N., & Coutinho, M. P. L. (2020). Representações sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. *Estudos de Psicologia*, 37, e200073.
- Freire, A. H., Barçante, T. A., Chagas, A. A. P., Carvalho, C. E., Cherem, J., & Barçante, J. M. P. (2020). Avaliação da percepção da população de Lavras a respeito do distanciamento social: estratégias de uma gestão multidisciplinar. UFLA: Universidade Federal de Lavras.
- In Loco. (2020). Mapa brasileiro da COVID-19. <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>
- Lima, D. L. F., Veras, P. J. L., Marques, T. M., Costa, S. C., Santos, H. P. G., & Neri, J. R. (2020). Cuidados com a transmissão: o que levou o Ceará ao epicentro da COVID-19? *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 33, 1-14.
- Melo, J. R. R., Duarte, E. C., Moraes, M. V., Fleck, K., & Arrais, P. S. D. (2021). Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), e00053221.
- Moraes, R. F. (2021). Medidas legais de distanciamento social: análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Nota Técnica*. Abr; 33.
- Moreira, V. G., Canedo, A. C., & Mello, R. G. B. (2020). SARS-COV-2: a primeira onda de contaminação e suas barreiras para o manejo de doenças crônicas. *Geriatria, Gerontologia e Envelhecimento*, 14(3), 149-151.
- Oliveira, V. H. N., & Santos, A. M. (2021). Análise das percepções de jovens da cidade de Porto Alegre sobre a pandemia da Covid-19. *Boletim de Conjuntura*, 6(16), 28-37.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). Folha informativa sobre COVID-19 - OPAS/OMS / Organização Pan-Americana da Saúde. PAHO/WHO / Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/pt/covid19>
- Our World in Data. (n.d.). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem: Artmed, 2011.
- SESAU. Secretaria de Estado da Saúde - Homepage. 2020. <https://www.saude.al.gov.br/>

Silva, A. B., Tomaz, L. S., Barja, P. R., & Viriato, A. (2021). Proteção respiratória: indicações de uso durante a pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 30736-30752.

Silva, A. D. (2020). Mobilidade urbana em tempos de Covid-19: um recorte marxista da política de transporte público na cidade de Maceió/AL. *Qualitas*, 21(3), 55-73.

Simonetti, A. B., Acrani, G. L., Amaral, C. P., Simon, T. T., Stobbe, J. C., & Lindemann, I. L. (2021). O que a população sabe sobre SARS-CoV-2/COVID-19: prevalência e fatores associados. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 255-271.

Rossini, P., & Kalogeropoulos, A. (2021). Relatório de Pesquisa: Informação e desinformação sobre a COVID-19 no Brasil. University of Liverpool; UK.

Souza, M. N. C., Ricardino, I. E. F., Sampaio, K., Silva, M. R., Lima, A. P. G., Fernandes, D. L., Sampaio, A. C., Feitosa, A. C., Brito, A. B., Guedes, T. O., & Mota, M. L. (2021). Ocorrência de Automedicação na população Brasileira como estratégia preventiva ao SARS-CoV-2. *Research, Society and Development*, 10(1), e44510111933.