

A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020

doi: 10.1590/S1679-49742020000400026

The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020

La pandemia de COVID-19 y los cambios en el estilo de vida de los adultos brasileños: un estudio transversal, 2020

Deborah Carvalho Malta¹ –  orcid.org/0000-0002-8214-5734

Célia Landmann Szwarcwald² –  orcid.org/0000-0002-7798-2095

Marilisa Berti de Azevedo Barros³ –  orcid.org/0000-0003-3974-195X

Crizian Saar Gomes¹ –  orcid.org/0000-0001-6586-4561

Ísis Eloah Machado⁴ –  orcid.org/0000-0002-4678-2074

Paulo Roberto Borges de Souza Júnior² –  orcid.org/0000-0002-8142-4790

Dalia Elena Romero² –  orcid.org/0000-0002-2643-9797

Margareth Guimaraes Lima³ –  orcid.org/0000-0001-6996-0745

Giseli Nogueira Damacena² –  orcid.org/0000-0002-7059-3353

Maria de Fátima Pina² –  orcid.org/0000-0002-1521-7865

Maria Imaculada de Fátima Freitas¹ –  orcid.org/0000-0002-0273-9066

André Oliveira Werneck⁵ –  orcid.org/0000-0002-9166-4376

Danilo Rodrigues Pereira da Silva⁶ –  orcid.org/0000-0003-3995-4795

Luiz Otávio Azevedo² –  orcid.org/0000-0002-4876-5948

Renata Gracie² –  orcid.org/0000-0003-0225-3696

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil

²Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, Brasil

⁴Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina, Ouro Preto, MG, Brasil

⁵Universidade de São Paulo, Escola de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil

⁶Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Educação Física, São Cristóvão, SE, Brasil

Resumo

Objetivo: Descrever as mudanças nos estilos de vida, quanto ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, alimentação e atividade física, no período de restrição social consequente à pandemia da COVID-19. **Métodos:** Estudo transversal realizado com dados do inquérito ConVid sobre comportamentos em saúde. Os dados foram coletados por meio de questionário *on-line* autopreenchido pelos participantes. Procedimentos de pós-estratificação foram empregados para o cálculo das prevalências e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Participaram 45.161 indivíduos com 18 ou mais anos de idade. Durante o período de restrição social, foi relatada diminuição da prática de atividade física e aumento do tempo em frente a telas, da ingestão de alimentos ultraprocessados, do número de cigarros fumados e do consumo de bebidas alcoólicas. Foram observadas diferenças segundo sexo e faixa etária. **Conclusão:** Os resultados apontam uma piora dos estilos de vida e aumento de comportamentos de risco à saúde.

Palavras-chave: Quarentena; Infecções por Coronavírus; Fatores de Risco; Estilo de Vida; Estudos Transversais.

Endereço para correspondência:

Deborah Carvalho Malta – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Av. Alfredo Balena, nº 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100
E-mail: dcmalta@uol.com.br

Introdução

A pandemia da doença pelo coronavírus 2019, COVID-19 (sigla em inglês para *coronavirus disease 2019*) foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020.¹ No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro, foram registrados outros 374.898, e 23.485 óbitos atestados até 1º de junho.²

Uma importante questão epidemiológica diz respeito à elevada infectividade do SARS-CoV-2 (sigla em inglês para *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), agente etiológico da COVID-19, cuja velocidade de propagação pode variar de 1,6 a 4,1.³⁻⁵ A elevada infectividade do SARS-CoV-2 e a ausência de uma vacina contra esse vírus fazem com que o aumento do número de casos seja exponencial.³⁻⁶

Em relação aos estilos de vida, a restrição social pode resultar em uma redução importante nos níveis de atividade física de intensidade moderada a vigorosa e no aumento de tempo em comportamento sedentário.

Em função da inexistência de medidas preventivas ou terapêuticas específicas para a COVID-19, e sua rápida taxa de transmissão e contaminação, a OMS recomendou aos governos a adoção de intervenções não farmacológicas (INF), as quais incluem medidas de alcance individual (lavagem das mãos, uso de máscaras e restrição social), ambiental (limpeza rotineira de ambientes e superfícies) e comunitário (restrição ou proibição ao funcionamento de escolas e universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, além de outros espaços onde pode haver aglomeração de pessoas).^{1,6} Entre todas, destaca-se a restrição social.⁶

No Brasil, diversas medidas foram adotadas pelos estados e municípios, como o fechamento de escolas e comércios não essenciais. Trabalhadores foram orientados a desenvolver suas atividades em casa, alguns municípios e estados encerraram-se em seus limites e divisas. Autoridades públicas locais chegaram a decretar bloqueio total (*lockdown*), com punições para estabelecimentos e indivíduos que não se adequassem às normativas.^{7,8} A restrição social resulta ser a medida mais difundida pelas autoridades, e a mais efetiva para

evitar a disseminação da doença e achatar a curva de transmissão do coronavírus. Geralmente, a repercussão clínica e comportamental dessa obrigação implica mudanças no estilo de vida e pode afetar a saúde mental dos cidadãos.^{9,10}

Em relação aos estilos de vida, a restrição social pode levar a uma redução importante nos níveis de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, e no aumento de tempo em comportamento sedentário.^{11,12} Nos Estados Unidos, observou-se um aumento no hábito de assistir à televisão (TV) e internet entre adultos durante a pandemia.¹³ Resultados semelhantes foram identificados na Itália e na Espanha, tanto na participação em transmissões ao vivo, pelas redes sociais, quanto no aumento na instalação de aplicativos de programação de TV.¹⁴

Outra preocupação refere-se à alteração dos hábitos alimentares. Nos Estados Unidos, no início da pandemia, observou-se um crescimento no volume de compras em supermercados e estoque doméstico de alimentos ultraprocessados e de alta densidade energética, como batatas fritas, pipoca, chocolate e sorvete.¹⁵ Adicionalmente, estudos indicam aumento no consumo de álcool,¹⁰ isoladamente, e no consumo associado de álcool e tabaco, durante a quarentena.¹²

A adoção bem-sucedida de restrição social como medida de Saúde Pública traz comprovados benefícios à redução da taxa de transmissão da COVID-19; entretanto, efeitos negativos, associados a essa restrição, poderão ter consequências para a saúde, no médio e longo prazo. Portanto, espera-se das ações de Saúde Pública, também, uma capacidade de minimizar os efeitos adversos da restrição social prolongada.

O presente estudo teve como objetivo descrever as mudanças nos estilos de vida, no que se refere ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, alimentação e atividade física, no período de restrição social para a prevenção e controle da pandemia da COVID-19.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado no Brasil com dados do inquérito de saúde virtual 'ConVid, Pesquisa de Comportamentos'. O ConVid é um inquérito de saúde conduzido pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Todas as pessoas na idade de 18 anos ou mais, residentes no território brasileiro durante a pandemia de COVID-19, foram elegíveis para participar deste estudo.

O convite aos participantes foi feito por um procedimento de amostragem em cadeia.¹⁵ Na primeira etapa, os pesquisadores do estudo escolheram um total de 200 outros pesquisadores de diferentes estados do Brasil. Cada pesquisador selecionou 20 pessoas de sua rede social, totalizando cerca de 500 pessoas. As pessoas escolhidas na primeira etapa foram chamadas de influenciadores ou 'sementes', porque desencadearam a rede de convidados. Após responder ao questionário, as 'sementes' constituíram a primeira onda da cadeia de recrutamento: elas enviaram o *link* da pesquisa para pelo menos 12 pessoas de suas redes sociais, obedecendo a uma estratificação por sexo, faixa de idade (anos: 18 a 39; 40 a 59; 60 ou mais) e grau de escolaridade (ensino médio incompleto ou menos; ensino médio completo ou mais), isto é, convidando pelo menos três pessoas em cada um dos 12 estratos. As pessoas convidadas pelas 'sementes' compuseram a segunda onda da cadeia de recrutamento. A cada pessoa da segunda onda, foi solicitado que convidasse pelo menos outras três pessoas de suas redes sociais, por meio da mensagem ao final do questionário:

Faça parte da Rede ConVid e compartilhe esta pesquisa com três ou mais convidados da sua rede social. Você pode fazer isso clicando aqui ou copiando e enviando o nosso link: <https://convid.fiocruz.br>

No desenrolar do processo, a rede de convidados aumentou rapidamente.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram 'sexo' (feminino; masculino) e 'faixa etária' (anos: 18 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 ou mais).

O aumento do número de cigarros foi avaliado pelas seguintes perguntas:

Você é fumante?

Se SIM,

a) Antes da pandemia, em média, quantos cigarros você costumava fumar por dia?

b) Durante a pandemia, em média, quantos cigarros você passou a fumar por dia?

As opções de respostas para as duas últimas questões eram: "Não fumava cigarros, só outros produtos"; "Menos que 1 por dia"; "De 1 a 9 cigarros"; "De 10 a 19 cigarros"; "De 20 a 29 cigarros"; "De 30 a 39 cigarros"; "40 ou mais cigarros". Para avaliar a quantidade de cigarros antes (tempo 1 ou t1) e durante a pandemia (tempo 2 ou t2) foi usado o ponto médio da categoria de resposta e calculada a diferença entre os dois

momentos (t2 - t1). Considerou-se aumento no consumo de cigarros quando a diferença entre t2 e t1 foi positiva."

O maior consumo de bebida alcoólica durante a pandemia foi avaliado pela questão:

Durante a pandemia:

- a) continuei bebendo com a mesma frequência*
- b) estou bebendo mais do que costumava*
- c) estou bebendo menos do que costumava*
- d) tinha parado de beber, mas comecei a beber novamente*

Foi considerado como maior consumo de bebida alcoólica quando os indivíduos referiram as alternativas 'b' e 'd'.

Para avaliar os hábitos alimentares, foi utilizada a indicação do consumo de determinados alimentos:

- a) Usualmente, antes da pandemia, em quantos dias da semana costumava comer esses alimentos?*
- b) Durante a pandemia, com que frequência você passou a comer esses alimentos?*

Para ambas as questões, foram apresentadas as seguintes opções de alimentos: vegetais (verduras ou legumes); frutas; feijão; *pizza* congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado; salgadinhos 'de pacote'; chocolates, biscoitos doces, pedaços de torta. As alternativas de resposta para cada opção foram: 5 dias ou mais; de 2 a 4 dias; um dia ou menos. Para os alimentos saudáveis (verduras ou legumes, frutas e feijão), foi considerado como consumo regular o consumo em 5 ou mais dias da semana.¹⁶ Para alimentos não saudáveis (*pizza* congelada ou lasanha congelada ou outro prato pronto congelado, salgadinhos 'de pacote', chocolates, biscoitos doces, pedaços de torta), foi considerado como inadequado o consumo em 2 ou mais dias na semana, haja vista não ser recomendado o consumo desses alimentos em qualquer quantidade.¹⁷ Esta seria a opção de resposta com menor número de dias disponível no questionário.

A prática de atividade física foi avaliada pelas seguintes questões:

- a) Antes da pandemia de coronavírus, quantos dias por semana você praticava algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)*
- b) Quanto tempo durava esta atividade?*
- c) Durante a pandemia, quantos dias por semana você praticava/praticava exercício físico ou esporte?*
- d) Durante a pandemia, quanto tempo dura/durava essa atividade?*

Ao começar a falar de comportamento sedentário, foram considerados suficientemente ativos os indivíduos que reportaram um mínimo de 150 minutos de atividade física por semana.

O comportamento sedentário foi avaliado pelo tempo dispendido diante da TV e do computador/tablet.

Em relação à TV, foram propostas as questões:

a) *Antes da pandemia, quantas horas por dia você tem assistido/assistia à televisão?*

b) *Durante a pandemia, quantas horas por dia você tem assistido/assistia televisão?*

E em relação a computador/tablet:

a) *Antes da pandemia, quantas horas por dia você costumava usar computador ou tablet?*

b) *Durante a pandemia, quantas horas por dia você tem feito uso do computador ou tablet?*

Para a variável 'tempo de TV', as opções de respostas eram: não assistia à TV; menos de 1 hora; entre 1 hora e menos de 2 horas; entre 2 horas e menos de 3 horas; entre 3 horas e menos de 4 horas; entre 4 horas e menos de 5 horas; entre 5 horas e menos de 6 horas; 6 horas ou mais. Para o cálculo do tempo de TV, foi considerado o ponto médio da categoria. Para a variável tempo de uso do computador/tablet, a resposta era aberta e o indivíduo indicava o número de horas ou 0, se não usava computador ou tablet.

A coleta de dados foi realizada via *web*. O participante preencheu o questionário por celular ou computador com acesso à internet, no período de 24 de abril a 24 de maio de 2020. O instrumento foi construído utilizando-se o aplicativo RedCap (sigla em inglês para Research Electronic Data Capture), uma plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas. As informações foram coletadas e armazenadas no servidor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz).

Foram calculadas a prevalência e o intervalo de 95% de confiança ($IC_{95\%}$) para as variáveis qualitativas 'prática de atividade física', 'hábitos alimentares', 'mudanças no uso de tabaco e álcool'; e a média e $IC_{95\%}$ para a variável quantitativa 'tempo de telas'. Todas as análises foram realizadas para a população total da amostra, segundo sexo e faixa etária. Diferenças significativas foram identificadas mediante a não sobreposição dos dados de $IC_{95\%}$ das prevalências em questão. Tendo em vista a amostra não ser probabilística, para a análise estatística dos dados, foram utilizados procedimentos de pós-estratificação.¹⁸ Esta técnica corrige a sub ou sobre-representação de segmentos populacionais e tem sido utilizada com frequência em

pesquisas domiciliares, a exemplo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), para ajustar os totais amostrais às projeções populacionais nos domínios de divulgação dos dados e no Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), com o propósito de compensar a baixa cobertura de telefonia fixa em algumas capitais do país. No presente estudo, a amostra foi calibrada pelos dados da PNAD Contínua 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visando obter a mesma distribuição por Unidade da Federação, sexo, faixa etária, raça/cor da pele e grau de escolaridade.

As informações foram processadas com uso do aplicativo Stata versão 14, empregando-se o módulo *survey*, que considera os pesos de pós-estratificação.

Os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as respostas tiveram garantido o anonimato, sem qualquer identificação dos participantes. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Conselho Nacional de Saúde (CNS): Parecer nº 3.980.277, emitido em 7 de abril de 2020.

Resultados

Aceitaram participar da pesquisa e iniciaram o preenchimento do questionário 47.184 pessoas. No entanto, foram excluídos 2.023 (4,3%) questionários, cujas informações necessárias para a calibração dos dados não haviam sido preenchidas, a saber: Unidade da Federação, sexo, idade, raça/cor da pele ou escolaridade. A amostra final foi composta por 45.161 indivíduos, dos quais 53,6% do sexo feminino. Em relação à faixa etária, observou-se que 24,7% da amostra estudada tinham entre 18 e 29 anos, 21,0% entre 30 e 39, 18,1% entre 40 e 49, 15,9% entre 50 e 59, e 20,3% contavam 60 ou mais anos. No que se refere à escolaridade, a maioria dos participantes apresentava ensino médio completo (72,4), 11,1% tinham ensino fundamental incompleto e 16,5% responderam ter ensino superior completo ou mais (Tabela Suplementar).

Do total da população da amostra, 12,0% ($IC_{95\%}$ 11,1;12,9) eram fumantes, com maior prevalência entre homens (13,8% – $IC_{95\%}$ 12,3;15,5). Quanto à faixa etária, a prevalência foi mais baixa entre adultos jovens, com 18 a 29 anos (8,7% – $IC_{95\%}$ 7,3;10,4). Sobre o tabagismo, 34% dos fumantes relataram ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia: aumento de 10 cigarros por dia foi observado em 22,5% ($IC_{95\%}$ 19,6;25,7),

Tabela 1 – Prevalência de hábito de fumar e alteração no número de cigarros consumidos por dia, durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Fumante atual	Alteração no número de cigarros consumidos por dia				
		Diminuiu	Persistiu igual	Aumento de 5 cigarros ou menos	Aumento de cerca de 10 cigarros	Aumento de 20 cigarros ou mais
	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a
Total	12,0 (11,1;12,9)	12,1 (9,7;14,9)	53,9 (50,0;57,8)	6,4 (4,3;9,4)	22,5 (19,6;25,7)	5,1 (3,4;7,7)
Sexo						
Masculino	13,8 (12,3;15,5)	11,9 (8,6;16,3)	57,9 (51,8;63,8)	8,4 (4,9;14,1)	16,8 (13,3;21,0)	5,0 (2,7;8,8)
Feminino	10,4 (9,5;11,4)	12,3 (9,2;16,0)	49,4 (44,6;54,1)	4,1 (2,9;5,7)	28,9 (24,7;33,6)	5,3 (2,9;9,54)
Faixa etária (anos)						
18-29	8,7 (7,3;10,4)	13,7 (9,6;19,2)	50,2 (40,7;59,6)	15,7 (8,2;28,0)	17,0 (12,0;23,5)	3,4 (1,8;6,2)
30-39	13,1 (11,1;15,5)	12,7 (7,3;21,1)	49,3 (40,7;57,9)	6,6 (3,4;12,5)	21,6 (16,0;28,6)	9,8 (4,3;20,6)
40-49	12,5 (10,5;14,8)	9,3 (4,9;17,0)	57,7 (48,6;66,3)	7,1 (3,4;14,4)	20,9 (15,0;28,4)	5,0 (2,4;10,0)
50-59	14,1 (12,3;16,3)	13,9 (9,0;20,9)	56,6 (49,1;63,7)	1,1 (0,6;1,93)	23,5 (18,3;29,5)	4,9 (2,5;9,3)
≥60	12,7 (10,7;15,0)	10,7 (6,8;16,4)	56,3 (47,6;57,8)	2,6 (0,6;1,93)	28,6 (21,1;37,3)	1,8 (0,8;4,4)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

e de 20 cigarros por dia, em 5,1% (IC_{95%} 3,4;7,7) dos participantes. Estratificando-se a amostra por sexo, o percentual de aumento de 10 cigarros por dia foi maior entre as mulheres (28,9% – IC_{95%} 24,7;33,6), comparadas com os homens (16,8% – IC_{95%} 13,3;21,0). O aumento de 5 cigarros por dia apresentou maior prevalência entre os jovens de 18 a 29 anos (15,7% – IC_{95%} 8,2;28,0) comparados aos indivíduos de 50 anos ou mais, enquanto o aumento em 10 cigarros e mais de 20 cigarros por dia foi semelhante entre todas as idades (Tabela 1).

O maior consumo de bebida alcoólica durante a restrição social, na população adulta, foi reportado por 17,6% (IC_{95%} 16,4;18,9), sem diferenças por sexo. A maior prevalência do consumo de álcool foi encontrada nas pessoas de 30 a 39 anos de idade (24,6% – IC_{95%} 21,2;28,3), seguidas daquelas entre 18 e 29 anos; a menor prevalência de consumo de bebida alcoólica correspondeu aos idosos (11,2% – IC_{95%} 8,8;14,2) (Tabela 2).

A frequência de consumo de alimentos saudáveis diminuiu, durante a pandemia. A maior diminuição

Tabela 2 – Aumento do consumo de bebida alcoólica durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Maior consumo de bebida alcoólica durante a pandemia
	% (IC _{95%}) ^a
Total	17,6 (16,4;18,9)
Sexo	
Masculino	18,1 (16,0;20,4)
Feminino	17,1 (15,9;18,5)
Faixa etária (anos)	
18-29	18,6 (16,4;21,0)
30-39	24,6 (21,2;28,3)
40-49	16,9 (14,3;19,9)
50-59	15,2 (12,9;17,7)
≥60	11,2 (8,8;14,2)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3 – Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Antes da pandemia	Durante a pandemia
	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a
Total		
Consumo regular de hortaliças	37,3 (35,9;38,6)	33,0 (31,7;34,3)
Consumo regular de frutas	32,8 (31,5;34,2)	31,9 (30,6;33,3)
Consumo regular de feijão	43,3 (41,8;44,7)	40,9 (39,4;42,3)
Congelados mais de 2 dias	10,0 (8,9;11,2)	14,6 (13,5;15,9)
Salgadinhos mais de 2 dias	9,5 (8,6;10,5)	13,2 (12,2;14,3)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	41,3 (39,8;42,7)	47,1 (45,6;48,6)
Masculino		
Consumo regular de hortaliças	33,3 (31,1;35,6)	28,6 (26,5;38,3)
Consumo regular de frutas	28,3 (26,1;30,6)	27,1 (24,9;29,4)
Consumo regular de feijão	47,0 (44,5;49,6)	44,3 (41,8;46,8)
Congelados mais de 2 dias	12,4 (10,4;14,7)	17,0 (14,8;19,5)
Salgadinhos mais de 2 dias	10,0 (8,4;11,9)	14,2 (12,3;16,4)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	40,6 (38,1;43,1)	45,1 (42,6;47,6)
Feminino		
Consumo regular de hortaliças	40,7 (39,2;42,1)	36,8 (35,3;38,3)
Consumo regular de frutas	36,8 (35,3;38,3)	36,1 (34,5;37,7)
Consumo regular de feijão	39,9 (38,4;41,5)	37,9 (36,4;39,5)
Congelados mais de 2 dias	7,9 (7,1;8,7)	12,6 (11,7;13,5)
Salgadinhos mais de 2 dias	9,0 (8,2;9,9)	12,4 (11,6;13,3)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	41,8 (40,3;43,4)	48,8 (47,2;50,4)
Faixa etária (anos)		
18-29		
Consumo regular de hortaliças	29,8 (27,6;32,0)	27,8 (25,7;30,0)
Consumo regular de frutas	21,8 (19,8;24,1)	20,6 (18,5;22,8)
Consumo regular de feijão	49,1 (46,4;51,7)	45,3 (42,7;48,1)
Congelados mais de 2 dias	12,7 (10,4;15,3)	20,5 (18,1;23,2)
Salgadinhos mais de 2 dias	14,6 (13,0;16,4)	21,8 (19,5;24,3)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	54,2 (51,6;56,8)	63,0 (60,3;65,6)
30-39		
Consumo regular de hortaliças	31,9 (28,7;35,3)	26,1 (23,3;29,1)
Consumo regular de frutas	24,9 (21,9;28,0)	23,5 (20,7;26,7)
Consumo regular de feijão	41,1 (37,6;44,6)	38,5 (38,5;42,0)
Congelados mais de 2 dias	12,4 (9,6;15,7)	18,2 (15,3;21,6)
Salgadinhos mais de 2 dias	12,3 (9,8;15,3)	16,1 (13,7;18,9)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	41,9 (38,6;45,2)	49,4 (45,8;52,9)

Continua

observou-se no consumo regular de hortaliças, que de 37,3% (IC_{95%} 35,9;38,6) passou a 33,0% (IC_{95%} 31,7;34,3). Não houve diferenças no consumo de frutas e feijão. Entre os homens, tampouco houve diferenças no consumo de alimentos saudáveis; nas mulheres, observou-se

redução na frequência de consumo de hortaliças. Não houve diferenças na frequência de consumo de alimentos saudáveis entre faixas etárias, tendo-se mantido o consumo mais elevado desses alimentos pelos idosos (60 anos ou mais) (Tabela 3).

Continuação

Tabela 3 – Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Antes da pandemia	Durante a pandemia
	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a
40-49		
Consumo regular de hortaliças	36,8 (33,7;40,1)	32,1 (29,1;35,2)
Consumo regular de frutas	29,2 (26,1;32,4)	29,5 (26,4;32,9)
Consumo regular de feijão	42,6 (39,2;46,1)	41,5 (38,1;45,0)
Congelados mais de 2 dias	9,7 (7,2;12,8)	13,4 (10,8;16,6)
Salgadinhos mais de 2 dias	8,6 (6,5;11,3)	12,3 (9,9;15,0)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	37,8 (34,5;41,3)	42,4 (38,9;45,9)
50-59		
Consumo regular de hortaliças	45,0 (41,9;48,1)	39,4 (36,4;42,4)
Consumo regular de frutas	39,4 (36,5;42,5)	38,4 (35,4;41,4)
Consumo regular de feijão	40,6 (37,5;43,7)	37,7 (34,7;40,8)
Congelados mais de 2 dias	7,6 (6,2;9,3)	10,2 (8,5;12,1)
Salgadinhos mais de 2 dias	5,9 (4,2;8,2)	7,5 (5,8;9,7)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	34,5 (31,7;37,5)	39,8 (36,9;42,8)
60 ou mais		
Consumo regular de hortaliças	46,2 (42,8;49,5)	42,5 (39,2;45,8)
Consumo regular de frutas	52,6 (49,1;56,0)	51,5 (48,0;55,0)
Consumo regular de feijão	41,0 (37,7;44,5)	39,8 (36,4;43,4)
Congelados mais de 2 dias	6,2 (4,8;7,9)	7,4 (5,5;9,8)
Salgadinhos mais de 2 dias	2,8 (2,2;3,7)	3,4 (2,7;4,4)
Chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta mais de 2 dias	32,7 (29,6;36,0)	34,0 (30,9;37,2)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Durante a pandemia, a prevalência de consumo de alimentos não saudáveis em 2 dias ou mais por semana aumentou: congelados, de 10,0% (IC_{95%} 8,9;11,2) para 14,6% (IC_{95%} 13,5;15,9); salgadinhos, de 9,5% (IC_{95%} 8,6;10,5) para 13,2% (IC_{95%} 12,2;14,3); e chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta, de 41,3% (IC_{95%} 39,8;42,7) para 47,1% (IC_{95%} 45,6;48,6). A frequência de consumo de congelados e salgadinhos aumentou em ambos os sexos, enquanto o de chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta acusou maior aumento entre as mulheres. Entre os adultos jovens (18 a 29 anos), a frequência de consumo de todos os alimentos não saudáveis aumentou em maior proporção, destacando-se chocolates/biscoitos doces/pedaços de torta em 2 dias ou mais da semana, de 54,2% (IC_{95%} 51,6;56,8) antes da pandemia para 63,0% (IC_{95%} 60,3;65,6) durante a pandemia. Não foi observado aumento da frequência de consumo de alimentos não saudáveis entre os idosos (Tabela 3).

A prática de atividade física também apresentou mudanças devido à pandemia, no Brasil. Antes da COVID-19, 30,1% (IC_{95%} 28,9;31,5) dos adultos faziam

atividade física suficiente; durante a pandemia, esse percentual passou a ser de apenas 12,0% (IC_{95%} 11,1;12,9). Tal prevalência já era superior entre os homens (33,0% – IC_{95%} 30,7;35,5), frente às mulheres (27,6% – IC_{95%} 26,2;29,0); durante a pandemia, embora houvesse redução em ambos os sexos, os homens mantiveram proporção maior de atividade física (14,0% – IC_{95%} 12,4;15,8) na comparação com as mulheres (10,3% – IC_{95%} 9,4;11,2). Os adultos jovens (18 a 29 anos), que praticavam mais atividade física antes da pandemia, 32,6% (IC_{95%} 30,2;35,1), reduziram-na para 10,9% (IC_{95%} 9,6;12,5), seguidos de adultos com 30 a 39 anos: estes, antes da pandemia, eram 31,0% (IC_{95%} 27,7;34,5), e durante a pandemia, 10,6% (IC_{95%} 8,8;12,7) a praticar exercícios físicos. Os idosos (60 anos ou mais) passaram de 30,4% (IC_{95%} 27,2;33,8) para 14,2% (IC_{95%} 11,9;16,9) praticantes (Tabela 4).

Por sua vez, no comportamento sedentário durante a pandemia, o tempo médio de uso da TV foi de 3,31 horas (IC_{95%} 3,24;3,38), representando um aumento de 1 hora e 45 minutos em relação ao tempo médio dedicado à

Tabela 4 – Atividade física suficiente antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Atividade física suficiente antes da pandemia	Atividade física suficiente durante a pandemia
	% (IC _{95%}) ^a	% (IC _{95%}) ^a
Total	30,1 (28,9;31,5)	12,0 (11,1;12,9)
Sexo		
Masculino	33,0 (30,7;35,5)	14,0 (12,4;15,8)
Feminino	27,6 (26,2;29,0)	10,3 (9,4; 11,2)
Faixa etária (anos)		
18-29	32,6 (30,2;35,1)	10,9 (9,6;12,5)
30-39	31,0 (27,7;34,5)	10,6 (8,8;12,7)
40-49	27,1 (24,3;30,1)	11,6 (9,6;14,1)
50-59	28,2 (25,6;31,0)	13,2 (11,3;15,4)
≥60	30,4 (27,2;33,8)	14,2 (11,9;16,9)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

televisão antes da epidemia. O aumento no tempo para assistir à televisão foi observado tanto em homens como em mulheres. Adultos de 30 a 39 anos tiveram maior aumento no tempo reservado à TV, passando de uma média de 1,72 (IC_{95%} 1,60;1,83) para 3,38 horas (IC_{95%} 3,21;3,55). Apesar de os idosos serem o grupo com o maior tempo médio diante da TV, eles apresentaram o menor aumento médio nesse tempo, uma hora a mais, durante a restrição social (Tabela 5).

Em relação ao uso de computador ou *tablet*, o tempo médio de utilização dessas tecnologias foi de mais de 5 horas durante a pandemia, representando um aumento médio de 1 hora e 30 minutos em relação ao tempo de

uso anterior. O maior tempo médio de uso foi declarado pelos adultos jovens (18-29 anos): 7 horas e 15 minutos, representando um aumento de quase 3 horas sobre o tempo de uso (Tabela 5) antes da pandemia da COVID-19.

Discussão

Os achados do presente estudo apontam para o aumento de comportamentos de risco à saúde. Os brasileiros passaram a praticar menos atividade física, aumentaram o tempo dedicado às telas (TV, *tablet* e/ou computador), reduziram o consumo de alimentos

Tabela 5 – Tempo médio em frente ao computador, *tablet* e televisão antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo sexo e faixa etária, ConVid, Pesquisa de Comportamentos, Brasil, 2020

Variáveis	Tempo médio de uso do computador ou <i>tablet</i> (horas)		Tempo médio de uso da TV (horas)	
	Antes	Depois	Antes	Depois
	Média (IC _{95%}) ^a	Média (IC _{95%}) ^a	Média (IC _{95%}) ^a	Média (IC _{95%}) ^a
Total	3,81 (3,71;3,92)	5,30 (5,17;5,43)	1,85 (1,80;1,90)	3,31 (3,24;3,38)
Sexo				
Masculino	4,36 (4,18;4,53)	5,91 (5,69;6,13)	1,88 (1,79;1,96)	3,17 (3,05;3,29)
Feminino	3,34 (3,24;3,45)	4,76 (4,62;4,90)	1,80 (1,78;1,89)	3,44 (3,36;3,52)
Faixa etária (anos)				
18-29	4,48 (4,29;4,67)	7,22 (6,97;7,47)	1,14 (1,07;1,20)	2,83 (2,71;2,96)
30-39	4,22 (3,98;4,46)	5,65 (5,35;5,95)	1,72 (1,60;1,83)	3,38 (3,21;3,55)
40-49	3,84 (3,60;4,09)	5,05 (4,76;5,33)	1,92 (1,81;2,04)	3,51 (3,34;3,68)
50-59	3,42 (3,20;3,65)	4,22 (3,99;4,45)	2,19 (2,08;2,30)	3,44 (3,29;3,60)
≥60	2,85 (2,63;3,07)	3,65 (3,38;3,91)	2,53 (2,40;2,66)	3,54 (3,39;3,69)

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

saudáveis e aumentaram o de ultraprocessados, como também o consumo de cigarros e de álcool, em decorrência das restrições sociais impostas pela pandemia. O estudo confirma, portanto, a hipótese inicial dos investigadores, comprovada em estudos desenvolvidos em outros países, de piora nos fatores de risco comportamentais, durante a pandemia da COVID-19.

Entre as limitações do estudo atual, pode-se apontar a coleta de dados pela internet, que pode não atingir todos os estratos populacionais (como pessoas de menor escolaridade), visto que nem todos têm acesso a esse meio de comunicação. A exclusão involuntária dessas pessoas pode ter provocado a sub ou superestimação da proporção dos indicadores. Contudo, essa limitação foi minimizada pelo grande número amostral e a calibração da amostra com os dados da PNAD Contínua 2019. O estudo não mediu a prevalência de alguns indicadores antes da pandemia, a exemplo do consumo de álcool e tabaco, e sim o aumento de seu consumo durante a pandemia, dado um momento específico, de restrição social, que não representa alterações definitivas na forma de uso da população.

No que concerne à redução da prática de atividade física e ao aumento do comportamento sedentário, aferido pelo tempo ocupado com a TV, *tablet* e computadores, comportamentos observados também em outros estudos,¹²⁻¹⁴ é importante ressaltar que a redução de atividade física pode provocar uma rápida deterioração da saúde cardiovascular e mortes prematuras entre populações com maior risco de enfermidades do coração.^{12,17} Mesmo a inatividade física de curto prazo (1 a 4 semanas) tem sido associada a efeitos prejudiciais na função e estrutura cardiovascular e ao aumento dos fatores de risco cardiovascular.¹² Assim, medidas são necessárias para orientar a população sobre estratégias de manutenção de hábitos ativos durante o período de restrição social, especialmente os grupos populacionais mais afetados.¹⁹

O aumento no consumo de alimentos ultraprocessados e de alta densidade energética, como batatas fritas, chocolates e sorvetes, também foi observado no presente estudo. São alimentos ricos em açúcares, gorduras e calorias, além de conservantes e sal, resultando em prejuízos para a saúde, como aumento da obesidade, hipertensão e doenças cardiovasculares.^{13,19,20} A restrição social pode influenciar a ingestão e o gasto de energia, afetando o balanço energético e contribuindo para o ganho de peso.¹³

O estudo atual apontou o aumento do consumo de bebida alcoólica durante a pandemia, possivelmente

associado a seus efeitos e estressores, como tristeza e ansiedade, medos relativos ao futuro, insegurança no emprego e risco de morte. Fatos semelhantes foram observados na província de Hubei, China, a partir de pesquisa *on-line* com 1.074 participantes. Grande incremento no consumo de álcool foi apontado pelos autores do referido estudo, como decorrência da restrição e do bloqueio total decretado pelas autoridades da província chinesa, em resposta à epidemia da COVID-19, e pode estar relacionado ao aumento da ansiedade, depressão e redução do bem-estar mental.⁷ Estudo anterior sugeriu que a restrição social seria um fator de risco para o aumento do consumo de álcool.²¹ O presente trabalho também mostrou que adultos de 30 a 39 anos, seguidos daqueles de 18 a 29, foram os que mais relataram aumento no consumo de álcool, fato similar ao constatado no estudo da China, onde os adultos com idade entre 21 e 40 anos tiveram consumo de álcool mais alto que as demais faixas etárias.⁹ Ademais, no presente estudo, não foram encontradas diferenças no consumo de bebida alcoólica por sexo, diferentemente da pesquisa *on-line* em Hubei, onde os homens apresentaram maior consumo de álcool, comparados com as mulheres.⁹

Em relação ao aumento do número de cigarros fumados por dia, é importante destacar que o uso do tabaco aumenta com a ocorrência de vários estressores ambientais, como conflitos armados, desastres naturais e outras emergências em saúde.¹¹ Discute-se, ainda, o uso do tabaco mediado por sintomas depressivos ou estresse pós-traumático.^{22,23} O estudo atual identificou aumento mais acentuado do consumo do cigarro entre as mulheres. Diferenças baseadas em gênero também foram observadas em outros estudos, segundo os quais as mulheres recorrem ao tabagismo com mais frequência que os homens, como forma de compensar o afeto negativo.²⁴ Outro estudo aponta o consumo do tabaco e sua relação com a piora no desenvolvimento da enfermidade causada pelo SARS-CoV-2,²⁵ uma vez que doenças cardiovasculares ou doenças respiratórias, além de apresentarem pior evolução entre fumantes, têm sido associadas a um pior prognóstico em pessoas com COVID-19. Portanto, cuidado especial deve-se prestar a esse grupo, dado seu maior risco de evolução para a forma grave da doença.

O aumento na frequência dos comportamentos de risco, observado nesta pesquisa, é preocupante e pode resultar em danos à saúde, como alterações no peso corporal e aumento na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Os dados coletados, aqui analisados, devem

ser objeto de atenção dos profissionais de saúde, como os resultados nas mudanças dos padrões de tabagismo e uso de álcool (novos usuários, maior frequência, maior intensidade de consumo) e a possibilidade de estarem associados a sofrimento emocional. Assim, o governo deve elaborar estratégias de promoção da saúde em âmbito populacional, como prioridade, com ênfase especial nos indivíduos mais vulneráveis, que podem necessitar de medidas mais restritivas e de maior duração para evitar a contaminação pelo novo coronavírus, como idosos e pessoas com doenças cardiovasculares.

No Brasil, diante do engajamento insuficiente – por vezes, ausente – dos governos e gestores nessas ações, torna-se essencial que a sociedade civil e as instituições de pesquisa se engajem e lancem alternativas, como a realizada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) nos cuidados com a pessoa idosa, incluindo a recomendação de medidas para evitar as violências em época de pandemia.²⁶

Por fim, destaca-se que o tempo necessário para a realização de uma pesquisa domiciliar representativa em nível nacional, e a taxa de resposta, geralmente baixa, de pesquisas por telefone, faz das pesquisas *on-line* um

método promissor para avaliar e rastrear conhecimentos, comportamentos, estilos de vida e percepções durante surtos de doenças infecciosas em rápida evolução,²⁷ tais como a COVID-19. Ademais, o baixo custo relacionado à operacionalização da pesquisa *on-line* deve ser destacado. Assim, estudos nacionais e internacionais vêm sendo desenvolvidos utilizando métodos de coleta de dados pela internet.^{28,29} Finalmente, estudos nacionais e internacionais vêm sendo desenvolvidos utilizando métodos de coleta de dados pelas redes de comunicação virtual.^{28,29}

Contribuição dos autores

Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado IE, Souza Júnior PRB, Romero DE, Lima MG, Damacena GN, Pina MF, Freitas MIF, Werneck AO, Silva DRP, Azevedo LO e Gracie R contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito, e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Tabela Suplementar – Características sociodemográficas dos participantes da ConVid, Pesquisa de Comportamentos 2020, e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2019, Brasil

Variáveis	Dados do estudo		Dados da PNAD ^a
	%	(IC _{95%}) ^b	%
Sexo			
Masculino	46,4%	(45,0;47,9)	47,2%
Feminino	53,6%	(52,1;55,0)	52,8%
Faixa etária (anos)			
18-29	24,7%	(23,5;25,9)	23,6%
30-39	21,0%	(19,8;22,3)	20,7%
40-49	18,1%	(17,0;19,2)	18,4%
50-59	15,9%	(15,0;16,9)	16,2%
≥60	20,3%	(19,1;21,6)	21,0%
Escolaridade			
Superior incompleto	83,5%	(83,0;84,0)	84,3%
Superior completo ou mais	16,5%	(16,0;17,0)	15,7%
Raça/cor da pele			
Branca	45,2%	(43,8;46,6)	43,8%
Preta	8,3%	(7,5;9,2)	9,7%
Parda	45,7%	(44,2;47,2)	45,4%
Outra	0,8%	(0,6;0,9)	1,1%

Continua

Continuação

Tabela Suplementar – Características sociodemográficas dos participantes da ConVid, Pesquisa de Comportamentos 2020, e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2019, Brasil

Unidades da Federação			
Norte (sem Amazonas e Pará)	2,4%	(1,9;3,0)	2,5%
Amazonas	1,7%	(1,3;2,3)	1,7%
Pará	3,6%	(3,0;4,4)	3,7%
Maranhão	2,1%	(1,4;3,1)	3,1%
Piauí	1,1%	(0,7;1,6)	1,5%
Ceará	4,1%	(3,5;4,9)	4,3%
Rio Grande do Norte	1,7%	(1,4;2,1)	1,7%
Paraíba	1,8%	(1,4;2,3)	1,9%
Pernambuco	4,6%	(4,2;5,1)	4,4%
Alagoas	1,4%	(1,0;1,9)	1,5%
Sergipe	1,0%	(0,8;1,3)	1,1%
Bahia	7,2%	(6,2;8,3)	7,0%
Minas Gerais	10,8%	(10,2;11,5)	10,3%
Espírito Santo	1,7%	(1,3;2,1)	1,9%
Rio de Janeiro	9,2%	(8,8;9,6)	8,7%
São Paulo	23,8%	(22,8;24,8)	22,6%
Paraná	5,7%	(5,1;6,3)	5,5%
Santa Catarina	3,6%	(3,1;4,1)	3,5%
Rio Grande do Sul	5,7%	(5,1;6,4)	5,7%
Mato Grosso do Sul	1,0%	(0,8;1,4)	1,3%
Mato Grosso	1,3%	(1,0;1,8)	1,6%
Goiás	3,0%	(2,2;4,0)	3,3%
Distrito Federal	1,4%	(1,2;1,6)	1,5%

a) PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

Referências

- World Health Organization - WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 May 4]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Ministério da Saúde (BR). Paineis coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério de Saúde; 2020 [citado 2020 maio 4]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Read JM, Bridgen JRE, Cummings DAT, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. medRxiv [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.01.23.20018549>
- Liu T, Hu J, Kang M, Lin L, Zhong H, Xiao J, et al. Transmission dynamics of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). BioRxiv [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.01.25.919787>
- Cao Z, Zhang Q, Lu X, Pfeiffer D, Jia Z, Song H, et al. Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. medRxiv [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.01.27.20018952>
- Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020 abr [citado 2020 ago 11];29(2):e2020222. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>
- Belo Horizonte (MG). Prefeitura Municipal. Decreto nº 17.297, de 17 de março de 2020. Declara situação anormal, caracterizada como Situação de Emergência

- em Saúde Pública, no Município de Belo Horizonte em razão da necessidade de ações para conter a propagação de infecção viral, bem como de preservar a saúde da população contra o Coronavírus – COVID-19 [Internet]. Diário Oficial do Município DOM; Belo Horizonte (MG); 2020 mar 17 [citado 2020 jun 6];26(5976):extra. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1226967>
8. Maranhão. Governo do Estado. Decreto nº 35.678 de 22 de março de 2020. Altera o Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020, que estabelece medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) [citado 2020 jun 6]. Disponível em: <https://www.corona.ma.gov.br/public/uploads/arquivos/atos/5-5e8cca65ecef1.pdf>
 9. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Aug 11];51:102092. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
 10. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Aug 11];87:40-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.bbi.2020.04.028>
 11. García-Álvarez L, Fuente-Tomás L, Sáiz PA, García-Portilla MP, Bobes J. Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown?. *Adicciones* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Aug 11];32(2):85-9. Available from: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1546>
 12. Peçanha T, Goessler KF, Roschel H, Gualano B. Social isolation during the COVID-19 pandemic can increase physical inactivity and the global burden of cardiovascular disease. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* [Internet]. 2020 Jun [cited 2020 Aug 11];318(6):1441-6. Available from: <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00268.2020>
 13. Bhutani S, Cooper JA. COVID-19 related home confinement in adults: weight gain risks and opportunities. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2020 May [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://doi.org/10.1002/oby.22904>
 14. Nielsen G. COVID-19: tracking the impact 2020 [Internet]. 2020 maio [citado 2020 jun 6]. New York: The Nielsen Company; 2020 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://www.nielsen.com/us/en/>
 15. Salganick MJ, Heckathorn DD. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Social Methodol* [Internet]. 2004 Dec [cited 2020 Aug 11];34(1):193-240. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.0081-1750.2004.00152.x>
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [citado 2020 jun 6]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
 17. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Costa Louzada ML, Pereira M. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system [Internet]. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019 [cited 2020 Aug 11]. 44 p. Available from: <http://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>
 18. Silva PLN. Calibration estimation. When and why, how much and how [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [cited 2020 Aug 11]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=281040&view=detalhes>
 19. Sallis JF, Adlakha D, Oyeyemi A, Salvo D. An international physical activity and public health research agenda to inform COVID-19 policies and practices. *J Sport Health Sci* [Internet]. 2020 May [cited 2020 Aug 11];9(4):328-34. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jshs.2020.05.005>
 20. Elliston KG, Ferguson SG, Schuz N, Schuz B. Situational cues and momentary food environment predict everyday eating behavior in adults with overweight and obesity. *Health Psychol* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Aug 11];36(4):337-45. Available from: <https://doi.org/10.1037/hea0000439>
 21. Yawge GC. Social isolation predicting problematic alcohol use in emerging adults: examining the unique role of existential isolation [thesis]. Vermont: University of Vermont; 2019. Available from: <https://scholarworks.uvm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1851&context=graddis>
 22. Gross GM, Bastian LA, Smith N, Harpaz-Rotem, Hoff R. Sex differences in associations between depression and posttraumatic stress disorder symptoms and tobacco use among veterans of recent conflicts. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2020 May [cited 2020 Aug 11];29(5):677-85. Available from: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8082>

23. Jiménez-Treviño L, Velasco A, Rodríguez-Revuelta J, Abad I, Fuente-Tomás L, González-Blanco L, Saiz PA. Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones* [Internet]. 2019 Sep [cited 2020 Aug 11];31(4):298-308. Available from: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1191>
24. Japuntich SJ, Gregor K, Pineles SL, Gradus JL, Street AE, Prabhala R, et al. Deployment stress, tobacco use, and postdeployment posttraumatic stress disorder: gender differences. *Psychol Trauma* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Aug 11];8(2):123-6. Available from: <https://doi.org/10.1037/tra0000093>
25. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Aug 11];173(1):61-2. Available from: <https://doi.org/10.7326/m20-1212>
26. Ribeiro AP, Moraes CL, Sousa ER, Giacomini K. O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia? [Internet]. [S.l.]: Abrasco; 2020 [citado 2020 jun 6]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41349>
27. Geldsetzer P. Use of rapid online surveys to assess people's perceptions during infectious disease outbreaks: a cross-sectional survey on COVID-19. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Aug 11];22(4):e18790. Available from: <https://doi.org/10.2196/18790>
28. Sidor A, Rzymiski P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *Nutrients* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 11];12(6):1657. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu12061657>
29. Alii SH, Foreman J, Capasso A, Jones AM, Tozan Y, DiClemente JR. Social media as a recruitment platform for a nationwide online survey of COVID-19 knowledge, beliefs, and practices in the United States: methodology and feasibility analysis. *BMC Medical Research Methodology* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 11];20(116). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01011-0>

Abstract

Objective: To describe lifestyle changes with regard to consumption of tobacco and alcohol, food intake and physical activity, in the period of social restriction resulting from the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted in Brazil with data from the ConVid online health behavior survey. The data were collected by means of an online questionnaire answered by survey participants. Post-stratification procedures were used to calculate prevalence rates and 95% confidence intervals. **Results:** 45,161 individuals aged 18 years or more participated. During the period of social restriction participants reported a decrease in practicing physical activity and an increase in time spent using computers or tablets or watching TV, intake of ultra-processed foods, number of cigarettes smoked and alcoholic beverage consumption. Differences were observed according to sex and age group. **Conclusion:** The results indicate a worsening of lifestyles and an increase in health risk behaviors.

Keywords: Quarantine; Coronavirus Infections; Risk Factors; Life Style; Cross-Sectional Studies.

Resumen

Objetivo: Describir los cambios en los estilos de vida, en relación al consumo de tabaco y alcohol, alimentación y actividad física, en el período de restricción social resultante de la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Este es un estudio transversal realizado en Brasil con datos de la encuesta de salud virtual del ConVid sobre comportamiento en salud. Los datos se recolectaron en cuestionario online autocompletado por los participantes. Se emplearon procedimientos de post-estratificación para el cálculo de las prevalencias y el intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Participaron 45.161 personas de 18 años o más. Durante el tiempo de restricción social se redujo la práctica de actividad física y hubo un aumento del tiempo frente a pantallas, a la ingestión de alimentos ultraprocesados, a la cantidad de cigarrillos y al consumo de bebidas alcohólicas. Se observaron diferencias según el sexo y el grupo de edad. **Conclusión:** Los resultados indican un empeoramiento en el estilo de vida y un aumento de los comportamientos de riesgo para la salud.

Palabras clave: Cuarentena; Infecciones por Coronavirus; Factores de Riesgo; Estilo de Vida; Estudios Transversales.

Recebido em 08/06/2020

Aprovado em 13/07/2020

Editora associada: Bárbara Reis-Santos -  orcid.org/0000-0001-6952-0352