REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION
EDITORA EDUNISC
rips.unisc@gmail.com rips.unisc
ISSN 2595-3664
DOI: https://doi.org/10.17058/g3863185

ARTIGO ORIGINAL

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA DE PRATICANTES DE EXERCÍCIOS CLÍNICOS APÓS SUBSTITUIÇÃO DO EXERCÍCIO PRESENCIAL POR ORIENTAÇÃO REMOTA NA PANDEMIA DE COVID-19

QUALITY OF LIFE INDICATORS OF CLINICAL EXERCISE PRACTITIONERS AFTER REPLACING IN-PERSON EXERCISE WITH REMOTE GUIDANCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS QUE HACEN EJERCICIO CLÍNICO TRAS SUSTITUIR LAS SESIONES DE EJERCICIO PRESENCIALES POR LA ORIENTACIÓN A DISTANCIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.

Submetido em: 20/10/2025
Revisado em: 23/03/2026
Aprovado em: 04/06/2026
Disponibilizado online: 01/11/2026

e-20745

Marcos Roberto Queiroga[1] **Sandra Aires Ferreira**[1] **Igor Roza**[1] **Erica dos Santos Vaz**[1] **Timothy Gustavo Cavazzotto**[1] **Vinicius Muller Reis Weber**[1] **Danilo Fernandes da Silva**[2]

[1]Departamento de Educação Física da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil. [2]Department of Sports Studies, Bishop's University, Sherbrooke, Quebec, Canadá

Autor Correspondente: Marcos Roberto Queiroga - queiroga@unicentro.br

RESUMO

Introdução: a pandemia da COVID-19 restringiu a prática de atividades físicas (AF) em clínicas e academias e ampliou a orientação remota. **Objetivo**: verificar indicadores de qualidade de vida de praticantes de exercícios clínicos após a substituição das atividades físicas presenciais pela orientação remota. **Método**: a versão brasileira do questionário SF-36 foi administrada em 11 pacientes (3 homens; 8 mulheres; 57±11 anos; 81±22 kg) que realizavam exercícios individualizados (janeiro de 2020) e 3 meses após interrupção das atividades presenciais motivada pela pandemia do novo Coronavírus. Durante o período de 3 meses foram enviados, a cada 15 dias, vídeos ilustrativos aos pacientes (telefone e/ou aplicativos de mensagens), a fim de orientar e reforçar a prática de AF na residência ou em local aberto sem aglomerações. **Resultados:** foi observada queda significativa (pré vs. pós) no domínio capacidade funcional (74±21 vs. 62±24; p=0,011), contudo não houve diferenças entre os domínios, aspectos físicos (59±48 vs. 59±41; p=1,000), dor (52±25 vs. 50±21; p=0,778) estado geral de saúde (59±17 vs. 54±20; p=0,278), vitalidade (54±25 vs. 52±28; p=0,667), aspectos sociais (65±31 vs. 57±37; p=0,306), aspectos emocionais (46±48 vs. 73±33; p=0,071) e saúde mental (54±26 vs. 56±24; p=0,504). **Conclusão**: a interrupção por 3 meses nas atividades físicas presenciais, provocada pela pandemia COVID-19 e substituída por orientação remota, revelou uma queda na percepção de capacidade funcional com possível melhoria clínica no domínio emocional dos praticantes de exercícios clínicos.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Exercício terapêutico. Exercício físico. Saúde mental. COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: the COVID-19 pandemic restricted physical activity (PA) in clinics and gyms and increased remote counseling. **Objective:** to assess the quality-of-life indicators of patients after replacing individualized physical activity with remote counseling. **Method:** the Brazilian version of the SF-36 questionnaire was administered to 11 patients (3 men; 8 women; 57±11 years; 81±22 kg) who performed individualized exercises before (January 2020) and 3 months after the interruption of in-person activities due to the novel coronavirus pandemic. During the 3-month period, illustrative videos were sent to patients every 15 days (by phone and/or messaging apps) to guide and reinforce PA practice at home or in an open space without crowds. **Results:** a significant decrease (pre vs. post) was observed in the functional capacity domain (74±21 vs. 62±24; p=0.011), however there were no differences between the domains, physical aspects (59±48 vs. 59±41; p=1.000), pain (52±25 vs. 50±21; p=0.778) general health status (59±17 vs. 54±20; p=0.278), vitality (54±25 vs. 52±28; p=0.667), social aspects (65±31 vs. 57±37; p=0.306), emotional aspects (46±48 vs. 73±33; p=0.071) and mental health (54±26 vs. 56±24; p=0,504). **Conclusion:** the 3-month interruption of individualized physical activities, caused by the COVID-19 pandemic and replaced by remote guidance, revealed a decrease in the perception of functional capacity with possible clinical improvement in the emotional domain of clinical exercise practitioners.

Keywords: Quality of life. Exercise therapy. Physical exercise. Mental health. COVID-19.

RESUMEN

Introducción: a pandemia de COVID-19 ha restringido la actividad física (AF) en clínicas y gimnasios y ha incrementado el entrenamiento a distancia. **Objetivo:** evaluar los indicadores de calidad de vida de personas que hacen ejercicio clínico tras sustituir la actividad física presencial por entrenamiento a distancia. **Método:** se administró la versión brasileña del cuestionario SF-36 a 11 pacientes (3 hombres; 8 mujeres; 57 ± 11 años; 81 ± 22 kg) que realizaban ejercicios individualizados (enero de 2020) y 3 meses después de la interrupción de las actividades presenciales debido a la pandemia del nuevo coronavirus. Durante este período de 3 meses, se enviaron videos ilustrativos a los pacientes cada 15 días (por teléfono o aplicaciones de mensajería) para guiar y reforzar la práctica de AF en casa o en un espacio abierto sin aglomeraciones. **Resultados:** se observó una disminución significativa (pre vs. post) en el dominio capacidad funcional (74±21 vs. 62±24; p=0,011), sin embargo no hubo diferencias entre los dominios, aspectos físicos (59±48 vs. 59±41; p=1,000), dolor (52±25 vs. 50±21; p=0,778) estado general de salud (59±17 vs. 54±20; p=0,278), vitalidad (54±25 vs. 52±28; p=0,667), aspectos sociales (65±31 vs. 57±37; p=0,306), aspectos emocionales (46±48 vs. 73±33; p=0,071) y salud mental (54±26 vs. 56±24; p=0,504). **Conclusión:** la interrupción de las actividades físicas presenciales, provocada por la pandemia de COVID-19 y sustituida por orientación remota, reveló una disminución en la percepción de la capacidad funcional con posible mejoría clínica en el dominio emocional de los practicantes de ejercicio clínico.

Palabra clave: Calidad de vida. Terapia por Ejercicio. Ejercicio físico. Salud mental. COVID-19.

Exceto onde especificado diferentemente, a matéria publicada neste periódico é licenciada sob forma de uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo Coronavírus (denominado SARS-CoV-2 - causador da doença COVID-19), deflagrada no início de 2020, exigiu a adoção de medidas sanitárias severas, entre elas, o fechamento de academias, clínicas de exercícios e na restrição de acesso a locais públicos. Muitos adeptos à prática regular de exercícios precisaram de orientações para a realização de exercícios no ambiente doméstico.[1,2]

Desde o primeiro caso brasileiro confirmado de COVID-19no dia 26 de fevereiro de 2020, estratégias para evitar a propagação do vírus foram adotadas em todo o Brasil, com destaque para as medidas de distanciamento social.[3] Ambientes públicos e privados para a prática de atividades físicas foram fechados ou tiveram suas atividades suspensas,[4] o que incluiu os atendimentos na Clínica e Academia Escola de Educação Física (CAEEF). A CAEEF é a divisão responsável pela promoção da saúde do Complexo Desportivo e Recreativo da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, Guarapuava, PR, que oferece à comunidade serviços de prescrição de exercícios individualizados baseados em evidências para recuperação da saúde de pacientes com diversas doenças crônico-degenerativas. O programa é orientado por profissionais e monitores (estudantes) sob supervisão de professores do Departamento de Educação Física.[5]

Diante do fechamento desses espaços, o *American College of Sports Medicine*-ACSM[2] propôs a realização de exercícios físicos na própria residência, com a finalidade de manter os níveis adequados de atividades físicas diária. O documento *Staying Physically Active During the COVID-19 Pandemic*, forneceu informações pertinentes sobre grupos de exercícios com seções de 10 a 15 minutos duas a três vezes por dia e incluiu como propostas a caminhada, subir e descer escadas, dançar, pular cordas, trabalhos domésticos, jogos ativos com a família e exercícios resistidos sem acessórios (abdominais, flexões, step-ups).[2]

Nesse cenário, o monitoramento remoto emergiu como uma estratégia importante para manutenção dos níveis de atividade física (AF) na população, especialmente entre indivíduos envolvidos em programas de intervenção em saúde.[6,7] Evidências científicas demonstram que o estado "fisicamente ativo" é fundamental para a manutenção da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e social.[8,9] Além disso, intervenções remotas com aconselhamento em atividade física foram amplamente utilizadas durante a pandemia, envolvendo profissionais de saúde e recursos digitais para promover a adesão à prática de exercícios.[10]

Entender o quanto o distanciamento social afeta a qualidade de vida é relevante especialmente para pessoas que requerem maior atenção na realização de exercícios, como os casos clínicos ou populações especiais.[11] A qualidade de vida pode ser mensurada mediante instrumentos ou índices que, de maneira geral ou específica, avaliam o estado multidimensional em que o indivíduo se encontra em relação a alguns domínios. Entre os instrumentos que se propõem a avaliar a qualidade de vida, o *36-Item Short Form Health Survey questionnaire* (SF-36) é um dos mais recomendados.[12] Alguns estudos revelaram a existência de relação inversa entre a qualidade de vida e a pandemia do COVID-19.[9] Segundo Barros et al.[13], relatos de tristeza, depressão e ansiedade, foram maiores durante o isolamento social em brasileiros. Outros estudos utilizando populações jovens, adultos, idosos e pacientes clinicamente estáveis, apontam resultados semelhantes em relação à diminuição da qualidade de vida com a pandemia e as consequentes medidas de isolamento social.[14,15] Adicionalmente, brasileiros que aderiram ao isolamento social, interromperam as atividades físicas e aumentaram os comportamentos sedentários como tempo de TV e apresentaram efeitos deletérios mais acentuados na saúde mental quando comparados com aqueles que permaneceram ativos durante o distanciamento social.[16] Apesar das evidências indicarem que a prática de atividade física está associada à melhora de indicadores da qualidade de vida, e que o isolamento social impactou negativamente esses indicadores, ainda não está claro em que medida a substituição de programas presenciais

por orientação remota é capaz de manter ou minimizar esses efeitos, especialmente em populações clínicas que necessitam de acompanhamento supervisionado.

Estudo recente sugere que programas de exercícios supervisionados remotamente podem apresentar resultados semelhantes aos programas presenciais em relação à adesão e à melhoria da qualidade de vida, sugerindo que essa estratégia pode ser eficaz em contextos de restrição social.[17] Adicionalmente, intervenções domiciliares de longa duração têm demonstrado efeitos positivos sobre a qualidade de vida, o humor e os níveis de atividade física, particularmente em populações vulneráveis, como idosos e indivíduos com doenças crônicas.[18]

Embora estudos anteriores indiquem que programas de exercícios físicos realizados remotamente podem contribuir para manutenção da atividade física e melhora da qualidade de vida[17,18] ainda permanecem insuficientemente esclarecidos os efeitos dessa estratégia em indivíduos previamente vinculados a programas presenciais supervisionados, especialmente em populações clínicas. Além disso, a literatura ainda apresenta limitações quanto à compreensão do impacto da substituição abrupta das atividades presenciais por orientações remotas sobre diferentes domínios da qualidade de vida durante períodos prolongados de distanciamento social. Dessa forma, torna-se relevante investigar se o acompanhamento remoto é capaz de preservar indicadores relacionados à saúde física, mental e social em indivíduos que necessitam de supervisão sistematizada para a prática de exercícios físicos.

Nesse contexto, surge a seguinte questão: a orientação remota de exercícios físicos é suficiente para preservar a qualidade de vida de indivíduos previamente inseridos em programas supervisionados durante o distanciamento social? O objetivo deste estudo foi verificar indicadores da qualidade de vida de praticantes de exercícios clínicos após a substituição das atividades físicas presenciais pela orientação remota.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Quase experimental

Participantes

Participaram 23 pacientes que iniciaram atendimento na Clínica e Academia Escola de Educação Física (CAEEF) em janeiro de 2020, ou seja, antes da interrupção das atividades presenciais que foi no dia 16 de março do mesmo ano.[4] Os critérios de inclusão foram: i) consentir em participar do estudo e; ii) ter respondido todos os itens do questionário SF-36 em ambos os momentos (antes e após a interrupção). Oito pacientes não retornaram os contatos dos pesquisadores e quatro não preencheram as informações do questionário. Ao final, 11 pacientes sem limitações graves e com acesso a smartphone e à internet (3 homens; 8 mulheres; 57±11 anos; 81±22 kg) foram incluídos no estudo.

Os pacientes que ingressaram na CAEEF foram encaminhados por profissionais do Sistema Único de Saúde, clínicas médicas do município e prestadoras de serviços da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO (Clínicas de Fisioterapia, Órtese e Prótese, Farmácia Escola e de Nutrição, além dos programas de residência multiprofissional em saúde da família, residência em clínica médica e clínicas particulares.[5]

Procedimentos e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, um em janeiro de 2020, antes do distanciamento social, e outro no período de junho a julho de 2020, ou seja, durante a interrupção das atividades presenciais. No primeiro momento, os pacientes foram submetidos a uma entrevista presencial, enquanto no segundo momento, em função do afastamento social, foram entrevistados mediante contato telefônico, ambos com a finalidade de avaliar indicadores da qualidade de vida. O questionário SF-36, versão em português (formato reduzido - 6 dimensões)[19] foi utilizado para avaliar alguns indicadores da qualidade de vida de forma multidimensional, representado em oito domínios, 1) capacidade funcional, 2) aspectos físicos, 3) dor, 4) estado geral de saúde, 5) vitalidade, 6) aspectos sociais, 7) aspectos emocionais e 8) saúde mental. O escore final para cada domínio vai de 0 (zero) a 100 (cem), em que o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100, ao melhor (melhor nível de qualidade de vida). Cada domínio foi analisado separadamente.

Orientação remota sobre prática de atividades físicas

Após a suspensão das atividades presenciais, os professores e monitores mantiveram contato quinzenal com os pacientes via telefone e/ou aplicativos de mensagens, com intenção de reforçar e incentivar a prática de AF na residência ou em local aberto sem aglomerações. Nas mensagens, foi sugerida a realização de exercícios de caminhada, de flexibilidade e resistência e força muscular. Vídeos ilustrativos foram elaborados como exemplos para auxiliar na execução dos exercícios de flexibilidade e resistência muscular para membros inferiores, tronco e membros superiores com uso de materiais auxiliares como pequenos pesos (garrafas com água ou areia), bancos, cadeiras, toalhas e tecidos (Quadro 1). A frequência semanal, para execução das atividades remotas, foi estabelecida na mesma proporção que os pacientes realizavam presencialmente, ou seja, 2 vezes por semana. Número de repetições, intervalo de descanso e séries foram determinados na descrição dos exercícios.

O acompanhamento da adesão dos participantes às atividades remotas foi realizado quinzenalmente durante a mudança no programa (grupo de exercícios). Na oportunidade era investigada se a frequência de prática estava sendo cumprida (2 x/sem) e se a intensidade dos esforços atingia a percepção subjetiva de esforço (PSE) de 3 a 6, a partir da escala de 0 a 10, mesma que utilizavam no modo presencial.[20]

Quadro 1 - Exemplos de exercícios recomendados aos pacientes em regime de distanciamento social

Exercício	Execução
Joelho no cotovelo	Em pé com os braços ao lado do corpo. Inicie encostando um joelho no cotovelo oposto, alternando entre os lados. Repita esse gesto por 1 a 2 minutos. Descanse por um minuto e inicie outra vez. Faça isso de 3 a 5 vezes.
Extensão das costas	Deitado de barriga para baixo em uma superfície macia e firme (colchonete, toalha). Encoste a ponta dos dedos nas orelhas com e eleve e abaixe o tronco, mantendo as pernas no chão. Faça o exercício de 10 a 15 vezes, com descanso de 30 a 60 segundos. Repita de 3 a 5 vezes.
Agachamento	Em pé, afaste os pés na distância dos quadris, com os pés apontados ligeiramente para fora. Dobre os joelhos, num gesto de sentar-se em uma cadeira (o bumbum que deve ser jogado para trás), mantendo o calcanhar no chão. Os joelhos devem ficar na linha dos pés e não os ultrapassar. Agache de 10 a 15 vezes, descanse de 30 a 60 segundos, e repita até 5 vezes. Uma variação seria sentar-se e levantar-se de uma cadeira.

Levantamento lateral de joelho	Em pé, procure tocar o joelho com o cotovelo do mesmo lado do corpo, levantando o joelho até a linha da cintura. Alterne entre os lados e tente manter esses movimentos durante 1 a 2 minutos. Descanse por 30 a 60 segundos e repita tudo até cinco vezes.
Caminhada estacionária	Em pé, com as pernas paralelas, iniciar marcha estacionária (sem correr). Os joelhos devem subir até a linha dos quadris. O movimento deve variar para o pé e braço oposto durante 2 a 5 minutos. Descansar por um a dois minutos e repetir o exercício até 3 vezes.
Ponte	Deitado de barriga para cima em uma superfície macia e firme (colchonete, toalha). Com os braços ao lado do corpo coloque as solas dos pés inteiras no chão e levante os quadris até permanecer em linha com os joelhos (ponte). Em seguida descer e subir devagar. Repita o gesto de 10 a 15 vezes com descanso de 30 a 60 segundos. Realizar de 3 a 5 vezes o exercício.
Tríceps com cadeira ou banco	Sentado em uma cadeira ou banco, coloque as mãos em suas extremidades (ao lado do quadril) e desloque o corpo a frente com os pés mais distante do apoio (assegure que a cadeira não vai tombar). Dobre os braços enquanto abaixa os quadris até formar um ângulo reto com os cotovelos. Retorne a posição estendendo os braços. Realize o gesto de 5 a 15 vezes, com descanso de 30 a 60 segundos. Repita o exercício de 3 a 5 vezes.

Fonte: Banco de dados da pesquisa

Análise estatística

A estatística descritiva (média e desvio padrão) foi utilizada para apresentar os dados e o Teste de Wilcoxon foi empregado para a comparação entre os momentos pré e pós interrupção das atividades (SPSS 26). O tamanho de efeito foi calculado com base na equação $r=Z/\sqrt{n}$,[21] onde Z é obtido do teste de Wilcoxon. A equação de Hedges-g foi empregada para ajustar o erro na estimativa do tamanho do efeito para amostras pequenas.[22] Valores entre 0,0 e 0,50 foram considerados tamanho de efeito pequeno, 0,50 a 0,80 efeito médio e valores acima de 0,80, efeitos grandes.[23] Foi adotado nível de significância de $p<0,05$.

Aspectos éticos

Todos os participantes foram previamente informados a respeito dos procedimentos aos quais seriam submetidos. A pesquisa obedeceu às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, por meio do Sistema CEP/CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UNICENTRO com parecer nº 2048694.

RESULTADOS

Após a suspensão das atividades presenciais, os professores e monitores mantiveram contato com os pacientes via telefone e/ou aplicativos de mensagens, para orientações e aconselhamentos sobre a prática de AF na residência ou em local aberto. Mesmo após acompanhamento da adesão dos participantes às atividades remotas (conforme descrito nos métodos), quatro pacientes não atingiram rigorosamente a frequência semanal dos exercícios recomendados, porém continuaram responsáveis pelas atividades domésticas e laborais após a interrupção das atividades realizadas presencialmente. Por sua vez, sete pacientes, além de manterem as atividades domésticas e laborais, confirmaram que seguiram as recomendações e realizaram exercícios de caminhada duas vezes por semana em locais próximos à residência. Independente da frequência de execução dos exercícios, todos relataram acompanhar a intensidade de esforço entre 3 a 6 na escala de PSE.

A Tabela 1 exibe os valores médios, desvio padrão (±), valor de significância bem como o tamanho de efeito (TE) entre os momentos pré e pós interrupção das atividades. Observa-se uma redução significativa na percepção correspondente à dimensão "capacidade funcional" (p=0,011). Para os outros domínios, não houve diferença estatística, porém, vale destacar que a dimensão "aspectos emocionais", o valor médio (pré=46±48 vs. pós=73±33) foi maior após a interrupção, mas não significante (p=0,071). Considerando o valor máximo de 100 para o melhor estado geral de saúde, os escores médios entre os domínios do questionário SF-36 variaram de 46 a 74, na pré-pandemia e de 50 a 73 três meses após a interrupção. O tamanho do efeito, que mede a magnitude da diferença entre grupos ou a força da relação entre variáveis, revelou efeito médio (TE=0,50 a 0,80) tanto para o domínio "capacidade funcional" (TE=-0,76) quanto para "aspectos emocionais" (TE=0,54), indicando queda (prejuízo) e ganho (positivo), respectivamente.

Tabela 1 - Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 em pacientes atendidos na CAEEF (n=11)

Domínios do SF36	Pré-pandemia	3 meses interrupção	p	Z	TE
Capacidade funcional	74±21	62±24	**0,011**	-2,54	-0,76
Aspectos físicos	59±48	59±41	1,000	0,00	0,00
Dor	52±25	50±21	0,778	-0,28	-0,09
Estado geral de saúde	59±17	54±20	0,278	-1,08	-0,33
Vitalidade	54±25	52±28	0,667	-0,42	-0,13
Aspectos sociais	65±31	57±37	0,306	-1,02	-0,31
Aspectos emocionais	46±48	73±33	0,071	-1,81	0,54
Saúde mental	56±24	54±26	0,504	-0,67	-0,20

Média ± DP; Teste de Wilcoxon; TE: tamanho de efeito; TE (r) = $Z/\sqrt{n}$

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi verificar indicadores da qualidade de vida de praticantes de exercícios clínicos após a substituição das atividades físicas presenciais pela orientação remota. Os resultados revelaram redução significativa na percepção dos pacientes em relação a dimensão "capacidade funcional" (74±21 vs. 62±24; p=0,011; TE=-0,76) enquanto não houve alterações estatísticas entre os outros domínios comparando os momentos pré e após interrupção das atividades presenciais. Interessante destacar que a percepção dos pacientes para o domínio relacionado aos "aspectos emocionais" (46±48 vs. 73±33; p=0,071), demonstrou aumento no valor médio após a interrupção comparado a pré interrupção. Entretanto, apesar do tamanho de efeito positivo (TE=0,54), esse resultado deve ser interpretado com cautela, uma vez que não houve significância estatística suficiente para confirmar melhora consistente nesse domínio.

Ressalta-se que a capacidade funcional é determinante para a realização das atividades da vida diária e está diretamente associada à qualidade de vida.[24] Dessa forma, a redução na percepção da capacidade funcional foi um indicador negativo da qualidade de vida para os pacientes investigados. Um provável motivo para uma menor percepção da capacidade funcional em nossa amostra pode ser a falta de uma progressão mais precisa na intensidade dos exercícios. Outros estudos verificaram quedas na resistência e na força muscular após cessação do programa de treinamento.[25,26] Em um estudo de coorte prospectiva realizado com 82 profissionais de saúde de um hospital revelou crescimento nos casos de transtorno mental e baixos escores de qualidade de vida, principalmente nos aspectos físicos e emocionais,

mediante administração do questionário SF-36 (*Short Form Health Survey*).[27] Apesar de ser uma amostra muito diferente da empregada no presente estudo, os achados evidenciam alterações em indicadores físicos e mentais semelhantes com uso do mesmo instrumento de medida.

Informações sugerem que o principal efeito da pandemia para as pessoas que aderiram ao distanciamento social foi o comprometimento da saúde mental. Além dos danos do isolamento, da ausência de socialização, falta de autonomia e afastamentos dos familiares associados ao medo da doença, as pessoas não conseguiram sustentar, ou iniciar atividades físicas.[28] Além disso, foram observados aumentos expressivos nos comportamentos sedentários, em especial o aumento na audiência do tempo de TV[29] e no consumo de alimentos processados.[28] Juntos, estes comportamentos demonstram associação com a presença de estresse, ansiedade e depressão.[30,31] De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),[31] no primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%. O estudo também destaca que os jovens e mulheres foram os mais afetados.

Contudo, em nosso estudo, houve tendência (p=0,05-0,10) de aumento na percepção que caracteriza o domínio emocional após 3 meses da interrupção das atividades físicas. Contudo, esse resultado não permite afirmar melhora clínica efetiva, devendo ser interpretado apenas como possível indicativo de preservação parcial desse domínio durante o período de distanciamento social. Neste sentido, em um estudo que investigou três modelos de aula (presencial com personal training, on-line sem supervisão profissional e supervisionada por vídeo conferência) em 344 voluntários durante a pandemia revelou que os tipos com acompanhamento profissional apresentaram maior efeito na saúde mental e física, com a supervisão remota se mostrando ainda mais efetiva. Para os autores, a melhoria observada foi relacionada ao aumento progressivo na intensidade dos exercícios.[32] Mesmo que o contato tenha sido quinzenal (supervisão profissional), pode explicar em parte a discreta melhoria no domínio emocional em nossa amostra.

O estudo de Tsai et al.[33] verificou se chamadas de vídeo ajudariam a reduzir o impacto da ruptura social e de solidão sobre a qualidade de vida de idosos ao ser comparada com serviços convencionais (i.e., presenciais) de saúde. Os autores não observaram nenhuma alteração nos escores das dimensões do SF-36 com a utilização das chamadas. No entanto, a análise de Tsai et al.[33] foi realizada antes da pandemia, portanto, as causas de isolamento são outras que não as restrições ligadas ao COVID-19. Noone et al.[34] não identificaram em sua revisão rápida de literatura evidências de que chamadas de vídeo pudessem auxiliar na saúde mental de pessoas que passaram a viver em isolamento social devido às restrições promovidas pela pandemia. A percepção sobre a qualidade de vida a partir da prática de exercícios físicos orientados de forma remota durante a pandemia de COVID-19 entre 62 participantes, revelou melhoras na autoimagem (66%), relações pessoais (73%) e redução de dores físicas (67%)[35], o que ajuda a reforçar a efetividade e a existência de benefícios neste tipo de intervenção quando necessária.

É importante destacar algumas limitações e implicações do presente estudo. Em primeira instância, se deve assumir que a reduzida amostra (n=11) limita a generalização dos resultados e reduz o poder estatístico. Isto sugere cautela na utilização dos resultados. A perda amostral também foi relevante como limitação. Dos 23 participantes apenas 11 atenderam todos os critérios de inclusão. Outra limitação foi o fato da segunda entrevista para preenchimento do questionário ter sido realizado por chamada telefônica, uma vez que o primeiro inquérito foi realizado de forma presencial. Essas limitações foram agravadas pela condição imposta pela pandemia e estabeleceu a situação apresentada. A utilização de outras medidas complementares (e.g., marcadores de aptidão física, medidas antropométricas) se tornaram inviáveis devido às restrições de atividades presenciais. Porém, fazia parte do objetivo, investigar exatamente esse distanciamento, e as limitações que seriam notadas do ponto de vista de indicadores da qualidade de vida relacionada à saúde. Como implicações, os resultados revelaram um

importante efeito do distanciamento social e da interrupção das atividades presenciais para o domínio emocional (tendência) e uma queda na percepção da capacidade funcional de praticantes de exercícios clínicos.

Dessa forma, estudos futuros com amostras maiores, delineamentos longitudinais e controle mais rigoroso da adesão aos exercícios físicos são necessários para melhor compreensão dos efeitos do acompanhamento remoto sobre indicadores da qualidade de vida em populações clínicas. Além disso, investigações que incorporem medidas objetivas de atividade física, aptidão funcional e saúde mental poderão contribuir para maior robustez das evidências sobre a efetividade de programas remotos de exercício físico em diferentes contextos clínicos e sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da oferta de orientações remotas para a prática de exercícios durante a interrupção das atividades presenciais, foi observada redução na percepção da "capacidade funcional". Contudo, os resultados apontaram apenas uma tendência de melhora nos escores relacionados ao domínio emocional dos participantes, devendo essa interpretação ser realizada com cautela devido à ausência de significância estatística. Os achados do estudo destacam o potencial de programas de aconselhamento e telessaúde centrados na prática de exercícios físicos como estratégia para manutenção da saúde e da qualidade de vida, especialmente em situações nas quais pacientes apresentem dificuldades ou restrições para participação presencial. Entretanto, os resultados devem ser interpretados com cautela, principalmente em função do reduzido tamanho amostral. Dessa forma, estudos futuros com amostras maiores, acompanhamento longitudinal e controle mais rigoroso da adesão aos exercícios são necessários para ampliar a compreensão sobre os efeitos de intervenções remotas em populações clínicas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, PR e a Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA) pelas bolsas de Extensão e Pesquisa concedidas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Stay physically active during self-quarantine [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/25-03-2020-how-to-stay-physically-active-during-covid-19-self-quarantine

2. American College of Sports Medicine. Staying physically active during the COVID-19 pandemic [Internet]. [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.acsm.org/read-research/newsroom/news-releases/news-detail/2020/03/16/staying-physically-active-during-covid-19-pandemic

3. Candido DS, Claro IM, de Jesus JG, Souza WM, Moreira FRR, Dellicour S, et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. Science. 2020 Sep 4;369(6508):1255-1260. https://doi.org/10.1126/science.abd2161

4. Paraná. Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus – COVID-19 [Internet]. [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=232854

5. Queiroga MR, Ferreira AS, Vaz ES, Souza SCS, Oliveira LEC, Stavinski NGL, et al. Clínica e Academia Escola de Educação Física: prescrição de exercícios físicos baseados em evidências científicas. Extensio. 2019;16(33):111-122. doi: 10.5007/1807-0221.2019v16n33p111
6. Christinelli HCB, Alexandrino WGS, Westphal G, Utrila RT, Borim MLC, Bernal SCZ, et al. Monitoramento remoto para o enfrentamento da obesidade por profissionais de educação física: uma revisão integrativa. Res Soc Dev. 2021;10:e49910112222. doi: 10.33448/rsd-v10i1.12222
7. Mera A, Tabares E, Montoya S, Muñoz D, Monsalve F. Recomendaciones prácticas para evitar el desacondicionamiento físico durante el confinamiento por pandemia asociada a COVID-19. Univ Salud. 2020;22(2):166-177. https://doi.org/10.22267/rus.202202.188
8. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955
9. Lesser IA, Nienhuis CP. The impact of COVID-19 on physical activity behavior and well-being of Canadians. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):3899. doi: 10.3390/ijerph17113899
10. Gonçalves L, Moraes MS, Silva DAS. Counseling for physical activity in adults during the COVID-19 pandemic: a scope review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14):8687. doi: 10.3390/ijerph19148687
11. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019 Oct;28(10):2641-2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9
12. Patel AA, Donegan D, Albert T. The 36-item short form. J Am Acad Orthop Surg. 2007 Feb;15(2):126-134. doi: 10.5435/00124635-200702000-00007
13. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(4):e2020427. doi: 10.1590/s1679-49742020000400018
14. Ma YF, Li W, Deng HB, Wang L, Wang Y, Wang PH, et al. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. J Affect Disord. 2020;275:145-148. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.033
15. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the COVID-19 pandemic. PLoS One. 2020;15(8):e0238161. doi: 10.1371/journal.pone.0238161
16. Werneck AO, Silva DR, Malta DC, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA, et al. Physical inactivity and elevated TV-viewing reported changes during the COVID-19 pandemic are associated with mental health. J Psychosom Res. 2021 Jan;140:110292. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110292
17. García Pérez de Sevilla G, Barceló Guido O, De la Cruz MdlP, Fernández AB, Alejo LB, Ramírez Goercke MI, et al. Remotely supervised exercise during the COVID-19 pandemic versus in-person supervised exercise in achieving long-term adherence to a healthy lifestyle. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(22):12198. doi: 10.3390/ijerph182212198
18. Silva Filho JN, Queiroz Júnior CA, Silva AB, et al. Effects of one-year remote home-based exercise with daily challenges on physical activity, sedentary behavior, quality of life and mood in low-income older women. J Bodyw Mov Ther. 2026. doi: 10.1016/j.jbmt.2026.03.033
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-150. Available from: https://www.scienceopen.com/document?vid=cbabb20e-5a4a-42ba-b75c-47877b39baea

20. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc. 1982;14(5):377-81. doi:10.1249/00005768-198205000-00012.
21. Rosenthal R. Parametric measures of effect size. In: Cooper H, Hedges LV, editors. The handbook of research synthesis. New York: Russell Sage Foundation; 1994. p. 231-244.
22. Espirito-Santo H, Daniel F. Calculating and reporting effect sizes on scientific papers (1): p<0.05 limitations in the analysis of mean differences of two groups. Port J Behav Soc Res. 2015;1(1):3-16.
23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Psychology Press; 1988.
24. Pimenta FA, Simil FF, Tôrres HO, Amaral CF, Rezende CF, Coelho TO, et al. Retiree quality of life assessment with SF-36 questionnaire. Rev Assoc Med Bras (1992). 2008 Jan-Feb;54(1):55-60. https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000100021
25. Leitão LP, Brito J, Leitão A, Pereira P, Conceição C, Silva A, et al. Retenção da capacidade funcional em mulheres idosas após a cessação de um programa de treino multicomponente: estudo longitudinal de 3 anos. Motricidade. 2015;11(3):81-91. doi: 10.6063/motricidade.3946
26. Sakugawa RL, Moura BM, Orssatto LBDR, Bezerra ES, Cadore EL, Diefenthaeler F. Effects of resistance training, detraining, and retraining on strength and functional capacity in elderly. Aging Clin Exp Res. 2019 Jan;31(1):31-39. doi: 10.1007/s40520-018-0970-5
27. Ferraz H, Azevedo C, Costa M, Matos V, Kusterer L. COVID-19, mental health, and quality of life of intensive care professionals. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE002116. doi: 10.37689/acta-ape/2025AO02116
28. Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, Barros MBA, Silva AG, Prates EJS, et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de COVID-19. Saude Debate. 2020;44(Esp 4):177-190. doi: 10.1590/0103-11042020E411
29. Stockwell S, Trott M, Tully M, Shin J, Barnett Y, Butler L, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. BMJ Open Sport Exerc Med. 2021;7(1):e000960. doi: 10.1136/bmjsem-2020-000960
30. Barros MBA, Medina LPB, Lima MG, Azevedo RCS, Sousa NFDS, Malta DC. Association between health behaviors and depression: findings from the 2019 Brazilian National Health Survey. Rev Bras Epidemiol. 2021;24(Suppl 2):e210010. doi: 10.1590/1980-549720210010.supl.2
31. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2026 Apr 22]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
32. Moreira-Neto A, Martins B, Miliatto A, Nucci MP, Silva-Batista C. Can remotely supervised exercise positively affect self-reported depressive symptoms and physical activity levels during social distancing? Psychiatry Res. 2021;301:113969. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113969
33. Tsai HH, Cheng CY, Shieh WY, Chang YC. Effects of a smartphone-based videoconferencing program for older nursing home residents on depression, loneliness, and quality of life: a quasi-experimental study. BMC Geriatr. 2020;20(1):27. doi: 10.1186/s12877-020-1426-2
34. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020;5(5):CD013632. doi: 10.1002/14651858.CD013632
35. Marques KRS, Pellini ACG. Exercícios físicos orientados de forma remota durante a pandemia de COVID-19: uma análise da percepção dos usuários de uma ONG. Sustinere. 2025;13(2):1099-1114. doi: 10.12957/sustinere.2025.85535