

ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES SOBRE A ATIVIDADE FÍSICA COMO TERAPIA ADJUVANTE EM PACIENTES COM DRC

ANALYSIS OF PERCEPTIONS OF PHYSICAL ACTIVITY AS ADJUVANT THERAPY IN CKD PATIENTS

ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO TERAPIA COMPLEMENTARIA EN PACIENTES CON ERC

Laíla de Sousa Melo¹

Kathiane Fernanda Seára da Silva²

Antonio Filipe Pereira Caetano³

Enos Erick Batista Lima⁴

Amaro Wellington da Silva⁵

1. Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Alagoas. Residente na Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas. Email: laila.melo@cedu.ufal.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1595434362784191>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6283-7239>

2. Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Alagoas. Email: kathiane.silva@iefe.ufal.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3211818912359926>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3381-2309>

3. Doutor em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba. Professor do Instituto de Educação Física e Esporte da Universidade Federal de Alagoas. Grupo de Estudos em Nefrologia Interdisciplinar de Alagoas (GENIAL). Email: filipe.caetano@iefe.ufal.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4984280715339645>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0704-5386>

4. Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Alagoas. Mestrando em Ciências do Movimento pela Universidade Federal de Alagoas. Email: enosmcz@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6863036047006074>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9266-0826>

5. Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Residência na Saúde do Adulto e do Idoso pelo Hospital Professor Alberto Antunes. Mestrando em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Alagoas. Grupo de Estudos em Nefrologia Interdisciplinar de Alagoas (GENIAL). Email: amaro.silva@iefe.ufal.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7491635383408043>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8728-2244>

Correspondência para: filipe.caetano@iefe.ufal.br/amaro.silva@iefe.ufal.br

Submetido em 19 de fevereiro de 2026

Primeira decisão editorial em 28 de abril de 2026.

Segunda decisão editorial em 16 de junho de 2026.

Aceito em 07 de setembro de 2026

RESUMO: Este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento e as percepções de indivíduos com Doença Renal Crônica (DRC) sobre a atividade física (AF) e o exercício físico (EF), bem como os fatores que influenciam sua adesão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada com 38 participantes acompanhados na USU/HUPAA/UFAL e no projeto RIMS/UFAL. O nível de atividade física foi avaliado pelo IPAQ e as entrevistas semiestruturadas foram interpretadas por meio da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados revelaram lacunas conceituais, com frequente confusão entre AF, EF e comportamento sedentário. Embora os participantes reconheçam benefícios como melhora da disposição, mobilidade e bem-estar, barreiras como medo, fadiga, dores, crenças culturais e falta de orientação profissional dificultam a prática regular, mas a inserção em programas de extensão que ofertam práticas de AF pode modificar tais percepções e apreensões conceituais de forma positiva. Conclui-se que ações educativas e estratégias multiprofissionais são essenciais para promover a adesão segura e sustentável à AF em pessoas com DRC.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crônica; Atividade Física; Terapia Não Farmacológica

ABSTRACT: The objective of this study was to investigate the knowledge and perceptions of individuals with Chronic Kidney Disease (CKD) regarding physical activity (PA) and exercise, as well as the factors that influence their adherence. This was a qualitative, exploratory-descriptive study conducted with 38 participants followed at USU/HUPAA/UFAL and in the RIMS/UFAL project. Physical activity levels were assessed using the IPAQ, and the semi-structured interviews were analyzed using Bardin's content analysis method. The results revealed conceptual gaps, with frequent confusion between PA, EE, and sedentary behavior. Although participants recognize benefits such as improved energy levels, mobility, and well-being, barriers such as fear, fatigue, pain, cultural beliefs, and a lack of professional guidance hinder regular participation; however, enrollment in community outreach programs that offer PA activities can positively change these perceptions and conceptual concerns. It is concluded

that educational initiatives and multidisciplinary strategies are essential for promoting safe and sustainable adherence to PA among people with CKD.

KEYWORDS: Chronic Kidney Disease; Physical Activity; Non-Pharmacological Therapy

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue investigar los conocimientos y las percepciones de las personas con enfermedad renal crónica (ERC) sobre la actividad física (AF) y el ejercicio físico (EF), así como los factores que influyen en su adherencia. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada con 38 participantes atendidos en la USU/HUPAA/UFAL y en el proyecto RIMS/UFAL. El nivel de actividad física se evaluó mediante el IPAQ y las entrevistas semiestructuradas se interpretaron mediante el análisis de contenido de Bardin. Los resultados revelaron lagunas conceptuales, con una confusión frecuente entre AF, EF y comportamiento sedentario. Aunque los participantes reconocen beneficios como la mejora del estado de ánimo, la movilidad y el bienestar, existen barreras como el miedo, la fatiga, los dolores, las creencias culturales y la falta de orientación profesional que dificultan la práctica regular; sin embargo, la incorporación a programas de extensión que ofrecen prácticas de AF puede modificar de forma positiva dichas percepciones y aprensiones conceptuales. Se concluye que las acciones educativas y las estrategias multiprofesionales son esenciales para promover una adhesión segura y sostenible a la AF en personas con ERC.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Renal Crónica; Actividad Física; Terapia No Farmacológica

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) trata-se de uma síndrome clínica acompanhada pela perda gradativa e irreversível da capacidade dos rins em exercer suas funções a níveis glomerulares, endócrinos e metabólicos (Romão Junior, 2004). Assim, caracteriza-se por uma alteração funcional e/ou estrutural dos rins que se prolonga por mais de três meses (Levey *et al.* 2020).

A classificação dos estágios da DRC tem como referência o ritmo da taxa de filtração glomerular (TFG): G1 = ≥ 90 mL/min/1,73 m², G2 = 60 a 89 mL/min/1,73 m², G3a = 45 a 59 mL/min/1,73 m², G3b = 30 a 44 mL/min/1,73 m², G4 = 15 a 29 mL/min/1,73 m², G5 = <15 mL/min/1,73 m² G5D = diálise. A DRC G1-2 é definida pela evidência de dano renal, usualmente albuminúria (>30 mg/g ou >3 mg/mmol), com TFG >60 mL/min/1,73m², enquanto isso a DRC G3-5 compreende variações mais baixas e progressivas da TFG (Levey *et al.*, 2020). A partir disso, o tratamento se organiza em terapia conservadora (TC), que se baseia em controlar os fatores de evolução da doença (nutricionais, glicêmicos e pressóricos), atendendo ao paciente no estágio G2 ao G5 (não dialítico); e a terapia renal substitutiva (TRS) no estágio G5 (dialítico), consistindo em hemodiálise, diálise peritoneal e transplante (Brasil, 2014; Rodrigues *et al.*, 2021).

A DRC pode promover um grande impacto na vida dos indivíduos. Neste caso, suas consequências interferem na saúde física (dores, cansaço, restrições alimentares e aumento do comportamento sedentário), emocional (aumento de estresse, ansiedade, depressão) e social (perda da função empregatícia devido às mudanças na rotina) dos indivíduos (Romão Junior,

2004). A possível carga elevada de sintomas da DRC causa impactos negativos na percepção qualidade de vida (QV) relacionada à saúde dessa população.

No entanto, para além do uso de medicamentos, a prática regular de atividade física e exercício físico tem cada vez mais ganhado destaque na literatura científica como uma terapia adjuvante, pois trata-se de uma estratégia complementar ao tratamento principal, visto que esta, quando praticada de forma eficaz, atua no fortalecimento do sistema imune, reduzindo processos inflamatórios e, conseqüentemente, auxiliando na redução e prevenção de complicações à saúde, beneficiando na percepção da qualidade de vida do indivíduo (Gualano; Tinucci, 2011; KDIGO, 2024).

A atividade física (AF) é definida como qualquer movimento do corpo humano causado pela contração dos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético acima dos níveis basais, proporcionando interações sociais e com o meio ambiente a partir do deslocamento ativo, atividades domésticas, laborais e de lazer (Caspersen *et al.*, 1985; Brasil, 2021). Em relação ao exercício físico (EF), trata-se de uma atividade planejada e estruturada, com um objetivo determinado, como aumentar valências da aptidão física (força, resistência cardiovascular e flexibilidade). Porém, tanto a AF quanto o EF são práticas essenciais que podem auxiliar na promoção de saúde e na prevenção de diversas doenças (Brasil, 2021).

Pesquisas científicas indicam que a prática regular de EF está associada à diminuição de riscos para doenças crônicas e agravos à saúde, principalmente quando relacionadas ao avanço da idade (Ciolac, 2020). Adicionalmente, favorece o bem-estar psicológico, auxiliando na redução de sintomas de depressão e percepção da qualidade de vida (Li *et al.*, 2026). Não à toa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a prática uma prioridade global (OMS, 2020a). As recomendações estabelecidas pela OMS (2020b), que incluem pessoas com DRC, orientam que os adultos devem praticar, pelo menos, 150 a 300 minutos de AF moderada ou 75 a 150 minutos de AF intensa semanalmente, além de realizar exercícios de fortalecimento muscular ao menos dois dias por semana.

No entanto, apesar dos inúmeros benefícios da prática de AF/EF na DRC muitos indivíduos acometidos por esta doença ainda apresentam níveis insuficientes de execução. Esse cenário é observado tanto entre aqueles que se encontram nos estágios iniciais da doença, quanto entre os que já necessitam de TRS (Caetano, 2024; Caetano, 2022). Em ambas as situações, observa-se um aumento no tempo dedicado ao comportamento sedentário. Esse padrão de inatividade pode não apenas agravar os impactos negativos da doença, como

contribuir para o declínio da capacidade funcional, aumentando o risco cardiovascular e piorando a percepção de QV desses indivíduos (Caetano, 2024).

Estudos como o de Clark *et al* (2015) indicaram que pessoas com DRC trazem consigo o medo de praticar AF como sendo uma barreira que pode levar a lesões ou mesmo agravar sua condição renal. Assim, percebe-se que muitos pacientes podem até reconhecer os benefícios de ser fisicamente ativos, mas ainda apresentam dificuldades em incorporá-las ao seu cotidiano.

Dessa forma, pode-se considerar que a baixa adesão à prática de AF/EF pode estar associada à insuficiente orientação ou, até mesmo, à ausência de aconselhamento por parte dos profissionais presentes nos centros de saúde renal. Diante disso, este estudo tem como objetivo investigar o conhecimento e as percepções de indivíduos com Doença Renal Crônica (DRC) sobre a atividade física (AF) e o exercício físico (EF), bem como os fatores que influenciam sua adesão.

MÉTODO

Este é um estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo. A pesquisa foi realizada na Unidade do Sistema Urinário do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (USU/HUPAA/UFAL) e no complexo esportivo do Instituto de Educação Física e Esportes (IEFE), por meio de um projeto extensão (Ritmo Intensidade Movimento e Saúde, RIMS), localizados no Campus A.C. Simões, em Maceió.

Trata-se de um subprojeto do estudo “Conhecimentos dos pacientes sobre Atividade Física como Terapia não farmacológica no Manejo da DRC: Uma Abordagem Motivacional” aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos do HUPAA/UFAL sob parecer 7.498.658-2025.

Participantes e Critérios de Elegibilidade

A população do estudo consistiu em uma amostra probabilística, de seleção por conveniência, com pessoas diagnosticadas com DRC com idade $\geq$ de 18 anos. Os pacientes foram recrutados entre os atendidos na USU/HUPAA/UFAL e nas atividades no complexo esportivo do IEFE-UFAL.

Foram considerados elegíveis para o estudo aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão como: adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de DRC há mais de 3 meses; estar em acompanhamento no HUPAA; e apresentar informações clínicas e sociodemográficas completas nos prontuários médicos. E foram excluídos da pesquisa os participantes, que após iniciado o processo de recolha das informações, não finalizaram a entrevista.

Procedimentos de coleta

Os participantes foram selecionados a partir do fluxo de atendimento da instituição, sendo abordados durante a sala de espera para as consultas ambulatoriais ou sessões de hemodiálise, ou no momento prévio ou posterior às suas atividades de hidroginástica e musculação no complexo esportivo do IEFE-UFAL.

Após a explicação dos objetivos, procedimentos da pesquisa e a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os participantes foram convidados a responder a um roteiro com um conjunto de perguntas relacionadas às suas percepções sobre a AF/EF. As entrevistas foram gravadas em áudio utilizando um aparelho celular para posterior transcrição e análise.

Variáveis sociodemográficas

Foram coletadas informações sociodemográficas e clínicas por meio de um questionário semiestruturado. As variáveis analisadas incluíram: data de nascimento e idade; sexo; cor de pele (autorreferida); escolaridade; renda financeira; ocupação; local de residência; estágio da DRC e comorbidades associadas à DRC. As informações clínicas foram complementadas com dados dos prontuários médicos, assegurando a veracidade e a consistência das respostas obtidas no questionário.

Procedimentos das entrevistas

-As entrevistas foram realizadas de forma individual, garantindo que cada participante dispusesse de tempo suficiente para expressar suas opiniões e vivências. O foco central das discussões baseou-se nas percepções dos sujeitos acerca da AF e do EF como medidas adjuvantes no cuidado e tratamento da DRC.

Para a avaliação desse conhecimento, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido pela própria equipe de pesquisa com base nas temáticas mais pertinentes que interconectam a AF, o EF e a DRC. A concepção do instrumento ancorou-se no modelo conceitual *Motivation-Opportunity-Ability* (MOA) (Ölander, Thøgersen, 1995), no qual abrange dimensões relacionadas à motivação, oportunidade e capacidade para a adoção de comportamentos em saúde. Embora não tenha sido previamente validado na literatura, o roteiro foi construído especificamente para atender aos objetivos do projeto original.

Previamente à etapa de coleta de dados, realizou-se um estudo-piloto com cinco indivíduos para a verificação da clareza, do refinamento e da adequação dos itens. Após essa aplicação preliminar, as perguntas foram revisadas e ajustadas, aprimorando-se a aplicabilidade e a fidedignidade do instrumento final.

Nível de atividade física

Para avaliação do nível de AF dos participantes foi aplicado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), um questionário autorrelatado, validado para população brasileira por Matsudo e colaboradores (2001), que tem como objetivo quantificar o nível de AF habitual dos últimos 7 dias. A classificação dos participantes foi qualificada em ativos (>150 min/sem) e insuficientemente ativos (< 150 min/sem).

Análise e interpretação dos coletados

A análise das respostas foi qualitativa, buscando identificar padrões, temas recorrentes e *insights* sobre as barreiras e os aspectos motivadores para a adesão à prática de AF. Para operacionalização da análise de conteúdo, o processo foi estruturado em três fases, seguindo a metodologia proposto por Bardin (1977):

(i) Pré-análise: foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas, no qual o pesquisador principal transcreveu os áudios capturados em até 24 horas após sua realização. Esse intervalo mínimo visou preservar os elementos de comunicação não verbal e as notas de campo, garantindo a fidedignidade contextual dos relatos. Nesta etapa foram determinadas as unidades de registro, adotando-se os temas que expressaram os conhecimentos dos participantes no cotidiano: conceito de atividade física e exercício físico; conceito de comportamento sedentário; impacto do diagnóstico de DRC na capacidade física e motivação; e o entendimento sobre a prática da atividade física como manejo da doença.

(ii) Exploração do material: essa fase procedeu-se à codificação e ao inventário das falas, na qual os recortes textuais foram agrupados por similaridade semântica, buscando a quantificação de recorrência de núcleos de significação que emergiram de forma indutiva a partir dos relatos.

(iii) Tratamento/Inferência: após a codificação dos dados brutos, realizou-se a articulação reflexiva entre os achados empíricos e o referencial teórico da determinação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 38 pessoas, com idade média de $55,3 \pm 12,3$ anos. As características sociodemográficas e clínicas estão dispostas na tabela 1.

Percebeu-se a predominância do sexo feminino (73,6%). Os dados apontaram a prevalência de participantes em tratamento conservador (92,1%), sobretudo do estágio 3 (47,3%). O recrutamento resultou em duas origens principais: 52,6% eram integrantes do projeto de extensão de musculação e/ou hidroginástica do Instituto de Educação Física da UFAL, enquanto 47,3% foram selecionados no ambulatório da USU/HUPAA/UFAL. A partir disso, a amostra foi dividida em dois grupos analíticos: o grupo extensão (GEXT), composto por indivíduos acompanhados no ambulatório que também participavam do projeto de extensão, e o grupo ambulatório (GAMB), que incluía apenas aqueles em acompanhamento ambulatorial.

Em relação à cor de pele, destacam-se 78,9% autodeclarados pretos ou pardos. Na variável escolaridade, a prevalência é de pessoas com o ensino médio completo (42,1%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Homens	10	26,32
Mulheres	28	73,68
Total	38	100
Estágio DRC		
2	9	23,68
3	18	47,37
4	8	21,05
5	3	7,89
Tipo de Tratamento		
Conservador	35	92,11
HD	3	7,89
Recrutamento		
Ambulatório	18	47,37
UFAL(musculação)	7	18,42
UFAL(hidroginástica)	10	26,32
UFAL(hidro+musc.)	3	7,89
Cor de pele		
Branca	7	18,42
Indígena	1	2,63
Parda	21	55,26
Preta	9	23,68
Nível de Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	7,89
Ensino fundamental incompleto	12	31,58
Ensino médio completo	16	42,11
Ensino médio incompleto	2	5,26

Ensino superior completo	3	7,89
Sem ensino formal	2	5,26
Estado Civil		
Casado	23	60,53
Divorciado	2	5,26
Solteiro	9	23,68
Viúvo	3	7,89
Não informado	1	2,63
Comorbidades		
DM	18	47,37
HAS	34	89,47
Doenças cardiovasculares	9	23,68
Nível de Atividade Física		
Fisicamente ativa	17	44,74
Insuficientemente ativa	21	55,26

Fonte: Organizado pelos autores, 2025; Legenda: DRC, doença renal crônica; HD, hemodiálise; UFAL, Universidade Federal de Alagoas; DM, diabetes mellitus; HAS, hipertensão arterial sistêmica.

No que se refere ao estado civil, 60,5% eram casados. Grande parte relatou ter hipertensão arterial (89,4%) e 55,2%, de acordo com o IPAQ, poderiam ser classificados como insuficientemente ativos.

Conceito de atividade física e exercício físico

Nessa primeira categoria foram utilizadas duas perguntas norteadoras (1. Você sabe o que é considerado atividade física? 2. Você sabe o que é considerado exercício físico?).

Sabe-se que a prática regular de AF representa uma estratégia crucial de cuidado com a saúde ao longo da vida, pois seus benefícios relacionados à saúde tendem a ser incrementados ou mantidos quando a prática é realizada com constância. No que se refere ao conhecimento sobre o conceito de AF, observou-se que os participantes do GAMB expressaram certa dificuldade em sua definição, ainda que alguns deles tenham o hábito inserido em seu cotidiano: “-Não sei o que é exatamente, mas acho que é andar, mexer o corpo”. (P6); -Sei lá... eu não entendo não. (P8); -Não. Rapaz... sei não viu?!” (P13).

Entre aqueles do GEXT, as respostas revelaram maior familiaridade com o tema, embora muitos ainda não conseguissem definir o conceito de forma técnica: “-Pra mim é quando a gente se dedica ao lazer, como eu estou fazendo na UFAL. (P14); - Se movimentar, sair da zona de conforto. (P22); - É o movimento do corpo... como faço na hidroginástica. (P37)”.

Estes relatos revelam a importância da compreensão da AF no dia a dia, acreditando-se que esse conhecimento pode favorecer a adesão, autonomia e a segurança no engajamento de práticas saudáveis como uma ação efetiva e a adesão prolongada. A partir desses depoimentos

iniciais, nota-se uma distinção no ponto de partida de ambos os grupos: enquanto o GAMB manifesta um distanciamento verbal e até um desconhecimento, mesmo que superficial, do termo; os participantes do GEXT conseguem ancorar suas percepções na realidade concreta das atividades que vivenciam no ambiente universitário.

As falas dos participantes de ambos os grupos evidenciaram uma compreensão pouco delimitada entre os conceitos de AF e EF, frequentemente utilizadas de forma sobreposta. Essa confusão conceitual pode descortinar uma compreensão mais subjetiva e prática relacionada aos aspectos que lhe parecem serem mais simbólicos. Ou seja, a compreensão da prática do movimento corporal parece estar mais relacionada à vivência do corpo do que na diferenciação teórica. Contudo, a natureza dessa sobreposição difere entre as duas realidades pesquisadas. No GAMB, observa-se que a indistinção conceitual emerge de uma percepção abstrata ou mesmo fragmentada das ações cotidianas. Em contrapartida, no GEXT, embora a confusão teórica persista, ela aparenta ser moldada pela experiência prática e pelas modalidades supervisionadas nas quais estão inseridos. Por exemplo:

- AF - Sei... é andar, ir para academia, fazer caminhada. EF - E a mesma coisa de atividade física, tudo num é para o corpo?! (P2, GAMB);

- AF - Eu acho que é uma caminhada... EF - Eu acho que é diferente de atividade física, porque tipo, a gente se movimenta, está fazendo exercício físico né? Tipo andar... Acho que andar, se levantar da cama... é exercício físico. (P4, GAMB);

-O que é exercício físico? Acho que atividade e exercício físico são as mesmas coisas. (P19, GEXT);

-AF - Sim, caminhada mesmo, né? Academia, piscina... EF - Andar de bicicleta, é um exercício físico né?! Subir escadas, essas coisas. (P25, GEXT);

Esse conjunto de falas apontam um desconhecimento conceitual, em que a distinção entre os dois termos pode ser negligenciada, visto que os participantes associam qualquer movimento corporal à prática de EF. Fica evidente que, para o GAMB, as ações basais como o “se levantar da cama” chegam a ser categorizadas como exercícios, demonstrando uma carência de acesso às orientações estruturadas. Já para o GEXT, a confusão teórica projeta-se em elementos do próprio cenário de extensão, como “academia e piscina”, demonstrando que o ambiente em que estão inseridos qualifica o repertório de suas dúvidas e associações.

Em contraste, observa-se na fala de alguns participantes que, mesmo que não conseguissem conceituar de forma precisa os termos, demonstraram reconhecer os benefícios

das práticas. Para estes, a experiência prática e o valor simbólico da AF estão relacionados fortemente à melhora da saúde, aquisição de bem-estar e prevenção de agravos:

-O que eu entendo de atividade física é que é saúde para tudo: mental, tudo. É muito bom. A gente não pode viver sem ela, senão como é que os ossos... senão ficam muito desgastados. (P3, GAMB);

-Eu entendo que a atividade física é para boa qualidade de vida, sabe?!. (P21, GAMB);

- A atividade física, para mim, é melhorar das dores, melhorar em tudo, né?. (P24, GEXT);

- Rapaz... atividade física eu acho assim, né? Que é bom para gente porque deixa a gente mais esperta, mais animada e é bom para nossa saúde. (P31, GEXT);

-A atividade física pra mim é uma coisa muito importante... Eu achava que ali eu ia me sentir melhor, meu organismo. (P33, GEXT).

Essas percepções reforçam que, ainda que haja lacunas conceituais, o reconhecimento empírico dos benefícios revela que a experiência prática é mais significativa do que o conhecimento teórico (Brasil, 2021; Caetano, 2024). A relação positiva com a AF abarca aspectos que melhoram a sensação de bem-estar, afetando a autoestima, a felicidade e a percepção de saúde e QV. Além disso, há uma percepção de que a AF pode tornar os praticantes mais suscetíveis à regulação emocional e resiliência ao enfrentar cenários de estresse e doença, sustentando não somente a sua adesão, mas também sua aderência (Iwon *et al.*, 2021; Cekin, 2015; Zullig & White, 2011).

Esses achados refletem a percepção prática sobre a forma de como o corpo é experienciado no cotidiano. A diferenciação dos termos faz-se importante para que o indivíduo compreenda os benefícios específicos de cada prática, favorecendo a participação alinhada à modelos de promoção à saúde (Nahas, 2017; Nascimento *et al.*, 2022; Brasil, 1990).

Além disso, compreende-se que as lacunas conceituais identificadas majoritariamente no GAMB podem funcionar como barreiras invisíveis para um processo de recondicionamento físico e manutenção de saúde, uma vez que a ausência de distinção teórica entre o mover-se casualmente (AF) e o exercitar-se de forma planejada (EF) restringe o potencial de agência e autoeficácia dos sujeitos. Em contrapartida, a aproximação conceitual operada pela vivência prática no GEXT demonstra que a inserção em programas de extensão universitária qualifica o repertório cognitivo do paciente, apresentando-se como um primeiro passo para transitar de um modelo passivo de assistência medicalocêntrica para um modelo de corresponsabilização e

promoção da saúde, onde o conhecimento do conceito pode se traduzir diretamente em comportamento protetivo no cotidiano.

Conceito de comportamento sedentário

Nesta categoria foi avaliado o conhecimento sobre o conceito de comportamento sedentário (pergunta norteadora: “Você sabe o que é considerado comportamento sedentário?”).

Os resultados indicaram que 8 participantes (21,05%) não possuíam conhecimento sobre o tema, 13 pessoas (34,21%) confundiram o conceito e 17 pessoas (44,74%) compreendem adequadamente como inatividade prolongada. Essa análise mostra a variação no entendimento do tema e reforça a importância de promover mais informações sobre aspectos do comportamento sedentário.

O comportamento sedentário não é apenas ausência de exercícios, mas longos períodos de inatividade física, que elevam o risco cardiovascular e facilitam o surgimento de doenças crônicas e agravos à saúde (Brasil, 2021; OMS, 2020a). No mundo contemporâneo, questões como renda econômica; acesso aos espaços e equipamentos de AF; restrições religiosas; carga excessiva de trabalho e estudo; diferenças de sobrecarga da vida cotidiano entre os sexos; exposições ao tempo de tela; ambientes de moradia diferenciadas, dentre outros fatores podem ser determinantes para estimular a perpetuação da prática de atividade física (Mielke *et al.*, 2022).

Do ponto de vista epidemiológico, torna-se imperativo distinguir o indivíduo ‘inativo’ (que não cumpre as recomendações mínimas de AF) daquele exposto ao ‘comportamento sedentário’ (tempo despendido em postura sentada ou reclinada com gasto energético reduzido). As narrativas que refletem o desconhecimento sobre o tema, evidenciam a necessidade de educação em saúde, como:

-Não... assim, uma pessoa mais comportada? Não sei, essa parte aí nunca ninguém me fez essa pergunta não. Por isso eu não sei responder.(P13, GAMB);

-Não, sei não... Não consigo saber o que significa isso. (P17, GAMB);

-Não sei responder, sei nem o que significa. (P23, GEXT);

-É uma pessoa mais velha? Não sei bem responder essa pergunta não. (P24, GEXT).

As falas sinalizam a importância de haver mais abordagens com informações sobre o conceito, facilitando a identificação do mesmo por parte dos próprios indivíduos, bem como o

apontamento das possíveis complicações deste comportamento para a saúde como HAS e DM, comuns nessa população (Caetano *et al.*, 2024).

O desconhecimento integral manifestado por integrantes de ambos os grupos revela que o termo ‘comportamento sedentário’ ainda carece de popularização e translação do conhecimento científico para o senso comum. Notadamente no GAMB, a ausência de intervenções educativas prévias pode culminar em associações semânticas literais e distantes da saúde. No GEXT, o desconhecimento também emerge, sugerindo que mesmo a inserção em projetos práticos de exercício pode, por vezes, negligenciar a discussão teórica acerca dos comportamentos em repouso fora do ambiente de treinamento físico.

Algumas respostas demonstraram confusões em relação ao conceito em questão, refletindo uma compreensão subjetiva relacionadas aos aspectos simbólicos do cotidiano, combinando os conceitos de hábitos alimentares, a preguiça ou a obesidade:

- é a pessoa que come de tudo, esses negócios de gordura, essas coisas...(P2, GAMB);

- é aquela pessoa que só come e dorme.(P34, GAMB);

- é quando uma pessoa está obesa, né? Eu acho assim, que é quando uma pessoa passa da medida.(P28, GEXT);

-É uma pessoa que está doente, que está sem andar. Não consegue sair de um lugar para o outro. É isso que eu entendo sobre.(P30, GEXT).

Essas declarações refletem uma visão limitada, comum em pacientes que associam inatividade apenas à falta de esforço pessoal ou problemas com a ingestão demasiada de alimentos, ignorando os impactos reais na saúde geral. Associar tal comportamento somente ao aumento do peso corporal ou a ingestão de gordura, desconsidera como a falta de AF afeta não somente o peso, mas também colabora para limitações de suas capacidades físicas e cognitivas, promovendo a fadiga diária. Além disso, identificá-lo como mera “preguiça” ou falta de vontade ignora os riscos da progressão da própria DRC devido à perda de força muscular, dores e câibras (Gome *et al.*, 2023).

Consoante a isso, observa-se um certo viés de estigmatização e moralização do comportamento sedentário nas falas do GAMB, cujas metáforas estão ancoradas na culpa individualizada e na dietética. Essa moralização e estigmatização observadas nos relatos encontram eco na literatura crítica da saúde coletiva. Ao contextualizarmos que a amostra deste estudo é majoritariamente composta por indivíduos autodeclarados pretos e pardos (78,94%) e

com expressiva taxa de baixo nível de escolaridade (Tabela 1), a culpabilização individual deve ser problematizada sobre a lente dos determinantes sociais da saúde.

Estudos recentes vêm trazendo debates sobre como as desigualdades socioeconômicas têm implicação direta no acesso aos cuidados de saúde. O acesso a espaços seguros para a prática de AF, assim como a disponibilidade de tempo, são severamente restringidos pelas desigualdades raciais e socioeconômicas estruturais (Sampaio *et al.*, 2025; Souza *et al.*, 2024). Segundo a perspectiva da interseccionalidade e da determinação social da saúde, a inatividade física em populações marginalizadas não decorre de uma escolha moral ou mesmo de uma negligência individual, mas da produção estrutural de desigualdades que limitam o acesso a espaços seguros, infraestrutura urbana adequada, como também de políticas contínuas de promoção da saúde nos territórios vulnerabilizados (Carvalho *et al.*, 2023).

Da mesma forma, outros eventos contribuem para a manutenção deste comportamento, a exemplo das condições de trabalho, da redução de deslocamentos ativos em função de automóveis e das diversas opções de entretenimento passivo (WHO, 2020).

Contudo, maior parte dos participantes demonstraram um entendimento mais preciso do comportamento sedentário, com respostas que revelam uma percepção alinhada à inatividade prolongada, tais como:

-É aquela pessoa que fica parada, não tem vontade de fazer nada, aí vai batendo a fadiga, perdendo a função motora...(P18, GEXT);

-Quem não procura fazer nenhuma atividade. Que não sai da zona de conforto e não procura um pouquinho de saúde.(P22, GEXT);

-É o que acontece comigo no meu final de semana. Que seria ficar sentada o tempo todo, deitada...(P26. GAMB);

-Até esse programa que tem na UFAL me aparecer... Eu vivia muito parado em casa, né? Levantando do sofá, deitando (...) Vivia mais deitado assim na televisão do que em qualquer coisa. (P29, GEXT).

Os entrevistados que reconhecem o comportamento sedentário como ficar sentado ou deitado por muito tempo, mostram uma percepção mais coerente de seus efeitos sobre a fadiga e perda da mobilidade, contribuindo para evitar piora na função renal. Essa visão incentiva ações como caminhar ou fazer atividades leves (Battaglia *et al.*, 2024). A compreensão positiva reforça a importância de compartilhar esses conhecimentos em consultas para ajudar pacientes a conquistarem maior autonomia, redução de sensação de fadiga e ganhos de longevidade.

Ao contrastar as falas de ambos os grupos, desponta a relevância da memória corporal e da práxis. O participante do GAMB (P26) reconhece o comportamento sedentário de forma

retrospectiva e estática, limitando-o a uma cronologia isolada. Em oposição paradigmática, as respostas do GEXT ganham contornos dinâmicos e sistêmicos, correlacionando o tempo sentado/deitado diretamente com o declínio físico e fisiológico, e com a rotina pregressa modificada pelo ingresso no projeto de extensão. Assim, percebe-se que o engajamento no programa universitário atua, portanto, como um divisor de águas perceptivo em que, ao experimentar o movimento estruturado, o sujeito tende a adquirir um pensamento mais autocrítico para mensurar o impacto deletério do seu tempo em tela e repouso.

Impacto do diagnóstico de DRC na capacidade física e motivação

Esta categoria foi baseada na pergunta: “Desde que recebeu o diagnóstico, percebeu mudanças na sua capacidade física? Quais?”.

Observou-se que alguns relatos indicaram uma percepção de declínio físico, manifestando-se em sintomas como a perda de força, o aumento da sensação de fadiga, a elevação da pressão arterial, a manifestação de dores e o inchaço (edemas) com impacto nas atividades diárias:

-Eu percebi... fiquei meia cansada, assim cansada porque a gente se movimenta né. Eu trabalhava em pé também... Aí eu não tive mais condições.(P31, GEXT);

-Eu percebi... porque a minha pressão começou a ficar alta, eu comecei a sentir dores nas costas, nos lados. E isso foi dificultando pra mim, porque eu descobri muito cedo, sabe? (P18, GEXT);

-Sim, eu sentia muito cansaço, muitas dores... aí tinha médicos que diziam que eu estava era ficando preguiçosa. Mas não era. (P35, GAMB);

- Percebi.... eu trabalhava e tinha dias que eu não podia pegar uma vassoura, nem trabalhar em casa, incomodava, os meus rins...(P20, GAMB).

Alguns participantes associaram esses sintomas diretamente ao diagnóstico de DRC, enquanto outros notaram uma continuidade das limitações previamente existentes, sugerindo que a DRC poderia ter ampliado as limitações já percebidas:

-Só cansaço... fadiga... essas coisas que a gente já tem né? Devido a essa doença. É porque a gente bota na cabeça uma coisa né? Que às vezes a gente não está nem tão daquele jeito mas fora isso... Eu estou como antes: mesma fadiga, mesmo cansaço... independente de eu ter recebido a notícia (diagnóstico) ou não, eu já sentia assim mesmo né?! (P7, GEXT);

-Eu... não... nem sei explicar. Mas não, tudo continuou do mesmo jeito. Antes, eu sentia assim, ficava muito cansada, sabe? (P27, GEXT);

-Não, eu já tinha dores. Antes ela já aparecia, aí até eu fazer meus exames, mas ela já era, já tinha já. (P24, GEXT).

Esses depoimentos se alinham aos achados de Van Westrum *et al.* (2025) e Fletcher (2022), que mostraram o fator fadiga como um sintoma prevalente entre pessoas com DRC. Nesta investigação, a fadiga é compreendida como uma etiologia multifatorial que contempla desde aspectos relacionados ao acúmulo de citocinas, inflamação e acidose metabólica, como também as alterações na musculatura esquelética e na redução da aptidão física, que induzem consequências como a diminuição da capacidade laboral e da socialização.

Ao analisar as narrativas sobre declínio e continuidade, observam-se diferenças importantes entre GAMB e GEXT. No GAMB, os relatos revelam um sofrimento que ultrapassa a limitação biológica, marcado pela desvalorização das queixas e pela culpabilização do sujeito, como no caso do relato do participante P35. Isso pode evidenciar limitações de um modelo assistencial centrado no manejo medicamentoso e pouco sensível à perda de funcionalidade cotidiana. Já no GEXT, embora o declínio também esteja presente, as falas indicam maior letramento em saúde e reflexão sobre os impactos psicossomáticos da doença. O participante P7, por exemplo, diferencia os efeitos orgânicos daquilo que é intensificado pelo próprio estigma do diagnóstico (“a gente bota na cabeça uma coisa”), sugerindo que o suporte educativo e a convivência no projeto de extensão favorecem estratégias mais adaptativas de enfrentamento da doença.

Em função desse panorama, a percepção dos participantes do estudo pode ser vista como o declínio real da aptidão física, somados aos fatores contextuais, a exemplo da dor e sensação de “não estar em condições”; e a fatores motivacionais como o medo e falta de orientações. Adicionalmente, a percepção de limitação motora e continuidade dos sintomas relatados entre os participantes, pode apontar para um componente subjetivo que traz forte impacto no cotidiano dessa população.

A fadiga, que é referida entre os sujeitos como “cansaço” ou “não ter condições”, afeta a vida em diferentes idades e estágios da DRC, porém, é subnotificada devido à falta de escuta ou normalização do sintoma, requerendo uma visão de mais acolhimento em relação ao indivíduo. Somente dessa forma, perceber-se-á a fadiga como algo recorrente e passível de tratamento (Van Westrum *et al.*, 2025) e que não se limita a questões que envolvem apenas os sintomas físicos, mas atravessa dimensões de cunho psicológico (a sensação de estar “menos capaz”), sociais (referente a redução de participação em atividades no lar e/ou na comunidade) e simbólicas (“perda” de identidade produtiva).

Nesse sentido, quando nos deparamos com narrativas como “não conseguir levantar uma vassoura” ou mesmo de “não conseguir trabalhar em pé” pode-se afirmar que se articula com a construção de um sujeito que percebe as limitações e, como consequências, pode se abdicar da prática da AF como uma estratégia terapêutica. Esse fenômeno poder-se-á culminar num ciclo de descondicionamento induzido pelo medo, aprisionando o paciente ambulatorial estrito, como no GAMB, em um isolamento motor hipocinético, já que ele carece de estímulos e validação profissional.

Da mesma forma, a perda da capacidade funcional e o sofrimento gerado por não conseguir realizar tarefas laborais ou domésticas, como observado nos relatos dos participantes P31 e P20, ganham contornos ainda mais profundos quando cruzados com o perfil sociodemográfico da amostra, que apresenta uma acentuada predominância do sexo feminino (73,68%) (Tabela 1).

Sob a perspectiva da divisão sexual do trabalho, embora não seja o foco principal do presente estudo, faz-se importante assinalar os impactos heterogêneos que o adoecimento crônico produz entre homens e mulheres, uma vez que o trabalho reprodutivo e de cuidado permanece socialmente feminizado (Hirata, 2010). Nesse contexto, a perda funcional associada à DRC, além do comprometimento biológico, interfere na capacidade de exercer atividades de cuidado familiar e manutenção doméstica, elementos historicamente vinculados à identidade social feminina (Passos, Azevedo, 2015). Estudos sobre pacientes com DRC demonstram que fadiga e limitação funcional constituem dimensões centrais da experiência da própria doença (Palmer *et al.*, 2024).

Sob uma perspectiva oposta, os participantes do GEXT encontram no exercício supervisionado uma quebra dialética desse ciclo de descondicionamento induzido pelo medo. Embora cheguem ao serviço com o mesmo histórico de dores crônicas e fadiga características ao diagnóstico, como observado nos participantes P24 e P27, mas em virtude da manutenção das atividades físicas ressignificam o limiar de tolerância ao esforço.

Contudo, conforme evidenciado por Painter *et al.* (2000), a prática regular de AF oferece benefícios substanciais para pacientes com DRC, ajudando a combater sintomas da fadiga e melhorar a capacidade funcional, promovendo o fortalecimento muscular, a redução da inflamação e da acidose metabólica, além de elevar a autoestima e a motivação.

O entendimento sobre a prática de atividade física no manejo da doença

No que se concerne ao entendimento dos entrevistados referente a AF no manejo de suas condições clínicas foi utilizada a pergunta: “Você acredita que pessoas com DRC podem praticar atividade física? Por quê?”.

Os relatos evidenciaram percepções variadas dos níveis de conhecimento, crenças e experiências corporais. Daqueles que demonstraram crenças positivas quanto à prática da AF, obteve-se um total de 28 pessoas (73,68%); expressaram receio e crenças negativas apenas 1 pessoa (2,63%); e, com maior cautela e discernimento 9 pessoas (23,68%).

Os participantes do GEXT demonstram experiências positivas quanto à prática da AF. Dessa forma, reconhecem os benefícios da prática sobre o corpo e saúde, mesmo que não tenham um domínio conceitual aprofundado. Percebe-se que os relatos associam a prática à melhora da disposição, do controle pressórico e do bem-estar geral:

-Rapaz... como eu estou fazendo AF agora, na área da musculação, eu tô achando muito bom e tô me sentindo bem, mais disposto... (P7, GEXT);

-Eu acho que é muito bom. Regularizou muito a minha pressão. [...] Pra mim, foi bom. (P27, GEXT);

-Sim, porque eu estou aqui fazendo. Eu acho que atividade física não tem nada de ruim, só coisa boa. (P32, GEXT).

Essas percepções dos participantes, mediado pela vivência e pelas experiências corporais positivas, refletem um processo de reconhecimento da AF, fortalecendo o vínculo com a prática. À medida que os benefícios são sentidos, o entusiasmo em continuar realizando os exercícios podem se elevar.

Além desse reconhecimento, as práticas interferem diretamente no que diz respeito ao autocuidado, onde o indivíduo se sente com “mais energia” para realizar as atividades que antes não realizavam ou as fazia com dificuldade (Weber *et al.*, 2021; Yoshimura *et al.*, 2021). Logo, tais impactos vão além de aspectos fisiológicos, pois o movimento corporal apresenta-se como uma sensação de estar vivo ainda que viva com DRC.

No entanto, no GAMB observa-se que o discurso de “saber que é bom” nem sempre é acompanhado de clareza quanto à forma segura de praticar: “Acho que pode. Eu acho que é bom. Eu acho que não pode trazer riscos, a não ser que a pessoa faça mal. Porque as pessoas têm que ir aos pouquinhos” (P8).

Essa dissociação entre o reconhecimento dos benefícios da AF e o desconhecimento sobre sua execução segura corrobora com o constructo de que o conhecimento explícito e racional (o processo deliberativo de saber que a prática “é boa”) não é suficiente para a ação sustentada se

houver barreiras ligadas à insegurança ou à falta de competência percebida para o exercício. O acesso à informação genérica não se traduz automaticamente em autonomia, fazendo-se importante abordagens educativas de cunho técnico para a realização segura da prática. Daí decorre a necessidade de ações estruturadas de educação em saúde e programas de extensão comunitárias e universitárias para preencher essa lacuna técnica.

Assim, vemos a grande necessidade de traduzir as informações científicas para aproximar a população da prática de AF, visto que, o acesso à boas orientações, além de promover a adoção das tarefas, é fundamental para diminuir o risco do abandono. Além disso, pode oferecer mais segurança e sustentabilidade com ações que vão além de apenas informar, mas que garantam a construção desse conhecimento diante da realidade dos participantes. Na prática, tais ações retomam a proposta norteadora do SUS na oferta da promoção e manutenção da saúde.

Nesse contexto, a educação em saúde no SUS emerge como uma estratégia fundamental para preencher essas lacunas. Ela visa conscientização, capacitação e mudança de comportamento, utilizando campanhas, palestras e materiais adaptados à diversidade cultural brasileira (Ribeiro *et al.*, 2024). Aplicada no mundo real, essas intervenções podem esclarecer dúvidas sobre a prática segura da AF em pessoas com DRC, adaptando conteúdos às barreiras percebidas, elucidando incertezas sobre riscos e promovendo adesão sustentável por meio de colaborações entre profissionais, educadores e comunidades.

Conforme apontado por Guerra *et al.* (2022), as intervenções educativas voltadas à promoção da AF apresentam efeitos positivos em diferentes contextos, especialmente quando são personalizadas e realizadas de forma contínua. A incorporação de tecnologias digitais nesse processo amplia o alcance e favorece o engajamento de diversos grupos populacionais, fortalecendo o apoio comunitário e contribuindo para a sustentabilidade das ações.

Em contrapartida, ainda se observa que no GAMB expressa-se receio e crenças negativas sobre a prática da AF, relacionando a ação corporal com a possibilidade de prejuízos à condição clínica: “É aí que tá meu medo, sabe? Às vezes eu fico com medo porque, agora mesmo, estou sentindo os pés como se estivessem inchados. Aí eu fico com medo de querer andar [...] eu acho que é ruim.” (P6)

Nesse discurso, vislumbra-se que o medo da piora da doença apresentou-se como um dos principais limitadores à adesão à prática de AF. Ao observarmos esse discurso, compreende-se que a superação do medo relacionado à prática corporal e a garantia de experiências seguras de EF exigem mais do que recomendações comportamentais individualizadas; dependem da

presença concreta do Estado por meio do financiamento contínuo de programas supervisionados ainda na Atenção Primária do SUS (Carvalho, Vieira, 2023 e 2024).

Evidências demonstram que intervenções supervisionadas produzem melhores desfechos clínicos e maior adesão quando comparadas à prática física autogerida (Lima *et al.*, 2019). Contudo, o acesso à programas de AF não podem apresentar-se condicionados a ações extensionistas universitárias que, embora importantes, não substituem políticas públicas permanentes.

Além disso, dentro de um contexto cultural, pode existir uma dimensão simbólica de vulnerabilidade, onde o corpo é constantemente percebido como “frágil” ou “doente”, e, portanto, exposto aos riscos quando submetido aos esforços físicos.

Estudos recentes apontaram que fatores socioculturais exercem papel central na construção de crenças e decisões relativas à prática de AF em pessoas com DRC. Mayes *et al.* (2022) identificaram que normas familiares, expectativas de gênero, valores religiosos e interpretações simbólicas do corpo influenciavam se o indivíduo decidia engajar-se (ou não) em programas de EF. Esses achados corroboram com as narrativas aqui apresentadas nas quais o medo da piora e a percepção do corpo como “vulnerável” restringem a mobilidade e sugerem que intervenções educativas devem ser culturalmente sensíveis, articulando orientações técnicas com respeito às crenças locais para aumentar a aceitação e adesão à AF.

Entre os participantes do GAMB, observou-se um discurso que reconhece os benefícios que a AF traz para sua saúde geral, mas trazem em seus discursos a percepção de que a prática deve ser individualizada e condicionada a avaliação médica:

-Eu acho que pode, no limite e sendo liberado pelo médico... pode fazer. (P1, GAMB);

-Dependendo do exercício, porque tem pessoas que não podem correr, né? Mas fazer pilates... uma coisa assim, né? Mas tem que fazer, não pode ficar parado. (P3, GAMB);

-Pode e deve. A não ser, tipo assim, uma pessoa com cateter, não vai fazer um exercício que você vai suar muito... (P34, GAMB).

Esse tipo de compreensão demonstra que existe uma maior internalização das orientações médicas, como também a consciência sobre as limitações que são impostas pela doença. Além disso, percebe-se uma dimensão de autocuidado e confiança progressiva, advindos da ideia de que é possível se movimentar desde que respeitados os limites individuais.

Palmer *et al.* (2024) propõem um modelo conceitual das limitações de funcionamento físico em DRC em estágio avançado, descrevendo como os sintomas de fadiga, dor e perda de

força se articulam com barreiras psicológicas e práticas, comprometendo a capacidade de engajamento em programas de exercício. Dentro desta análise, Kennard *et al.* (2024) evidenciaram a necessidade de programas individualizados, seguros e sensíveis ao grau de fragilidade e às preferências de pessoas com DRC. Em conjunto, essas contribuições reforçam que intervenções voltadas à promoção da AF em DRC devem integrar estratégias educativas, adaptação funcional e sensibilidade cultural para melhorar aceitação e aderência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu ao evidenciar que, embora a maioria das pessoas com DRC reconheça os benefícios da atividade física como uma medida de cuidado não medicamentoso, persistem lacunas importantes no entendimento conceitual, na segurança percebida para praticá-la e na orientação profissional disponível. Ao revelar como crenças culturais, experiências corporais e fatores psicossociais moldam a adesão (seja favorecendo, seja limitando), o estudo amplia a compreensão sobre os determinantes que influenciam o comportamento ativo nessa população.

Ao olhar para o perfil do grupo estudado, a realidade da doença se torna mais complexa. O cansaço e as limitações físicas pesam de forma diferente sobre as mulheres da amostra, pois interferem diretamente no trabalho doméstico e no cuidado com a família, tarefas que historicamente recaem sobre elas. Por outro lado, o projeto de extensão promovido pela instituição de Ensino Superior provou ser um divisor de águas na comunidade. O contato prático com a musculação e a hidroginástica fez com que os participantes do programa de extensão ganhassem autonomia, percam o medo do movimento e entendessem melhor o próprio corpo. O projeto cumpre, assim, um papel social essencial ao transformar um paciente passivo em alguém que participa ativamente do seu cuidado.

Como limitações, reconhece-se que o estudo acompanhou um grupo em um único centro hospitalar e incluiu pessoas que já faziam parte do projeto de extensão, o que pode ter gerado respostas mais otimistas. Da mesma forma, o pequeno número de participantes em terapia de hemodiálise pode dificultar a compreensão desse público, cuja rotina é marcada pela fadiga pós-dialítica e pelas restrições de tempo impostas pela própria máquina de diálise, demandando cautela na extensão dos achados para a totalidade dos estágios da DRC.

Por fim, a pesquisa colabora para o avanço das práticas de promoção da saúde no contexto da DRC e revela a importância do projeto de extensão universitária. Também, oferece subsídios para que profissionais e serviços incorporem intervenções mais eficazes e humanizadas no

incentivo à atividade física e exercício físico. Além disso, destaca a necessidade de mais estudos com amostras mais amplas, em múltiplos centros e com uso de metodologias complementares que permitam ampliar a compreensão desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 1977.

BATTAGLIA, Y. *et al.* Physical activity and exercise in chronic kidney disease: consensus statements from the Physical Exercise Working Group of the Italian Society of Nephrology. **Journal of Nephrology**, v. 37, n. 7, p. 1735–1765, 2024. DOI: 10.1007/s40620-024-02049-9.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atividade física para a população brasileira**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CAETANO, A. F. P. (org.). **Atividade física e doença renal crônica**: estudos observacionais e relatos de experiência. Belém: RFB Editora, 2024. DOI: 10.46898/rfb.d9cada0f-9fec-422f-84cd-de4fb95d5ca9.

CAETANO, A. F. P. *et al.* Estágios da doença renal crônica e suas associações com o nível de atividade física, qualidade de vida e perfil nutricional. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 27, p. e0253, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.27e0253>

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1143–1153, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000600011.

CARVALHO, F. F. B. *et al.* Práticas corporais e atividades físicas como política pública de saúde: desafios para avançar na atenção primária do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2026. **Pensar a Prática**, v. 26, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5216/rpp.v26.75847>

CARVALHO, F. F. B. *et al.* Estamos caminhando para a universalização da atividade física na atenção primária à saúde? O SUS e o direito da população brasileira a uma vida mais fisicamente ativa. **Corpoconsciência**, v. 28, p. e16730, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51283/rc.28.e16730>

- CARVALHO, K. P. *et al.* A saúde da população negra e a construção de políticas públicas pautadas no cuidado interseccional. **Mnemosine**, v. 19, n. 2, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12957/mnemosine.2023.85820>
- CASPERSEN, C. J. *et al.* Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports (Washington, D.C. : 1974)** vol. 100,2 (1985): 126-31. DOI: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1424733/>.
- CEKIN, R. Psychological benefits of regular physical activity: evidence from emerging adults. **Universal Journal of Educational Research**, v. 3, n. 10, p. 710–717, 2015. DOI: 10.13189/ujer.2015.031008.
- CIOLAC, E. G. *et al.* Physical Exercise as an Immunomodulator of Chronic Diseases in Aging. **Journal of physical activity & health**, vol. 17,6 662-672. 11 May. 2020. DOI: 10.1123/jpah.2019-0237.
- CLARKE, A. L. *et al.* Motivation and barriers to exercise in chronic kidney disease: a qualitative study. **Nephrol Dial Transplant**, v. 30, n. 11, p. 1885-1892, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfv208>
- FLETCHER, B. R. *et al.* Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 19, n. 4, 2022. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003954.
- GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, p. 37-43, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092011000500005>.
- GUERRA, P. H. *et al.* Intervenções educativas para atividade física em adultos brasileiros: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003236.
- HIRATA, H. S. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 6, n. 11, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rts.v6n11.2557>
- IWON, K. *et al.* Elevating subjective well-being through physical exercises: an intervention study. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.702678.
- KENNARD, A. L. *et al.* Patient perspectives and preferences for rehabilitation among people living with frailty and chronic kidney disease: a qualitative evaluation. **BMC Nephrology**, v. 25, 2024. DOI: 10.1186/s12882-024-03740-6.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). **KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease**. [S. l.]: KDIGO, 2024. DOI:10.1016/j.kint.2023.10.018.

LEVEY, A. S. *et al.* Nomenclature for kidney function and disease: report of Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. **Kidney International**, v. 97, n. 6, p. 1117–1129, 2020. DOI: 10.1016/j.kint.2020.02.010.

LIMA, A. M. *et al.* Supervised training in primary care units but not self-directed physical activity lowered cardiovascular risk in Brazilian low-income patients: a controlled trial. **BMC Public Health**, v. 19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7716-y>

LI, J. *et al.* Effects of exercise training on depression, anxiety, and physical health-related quality of life in end-stage renal disease patients receiving maintenance hemodialysis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Front. Public Health**, v. 14, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1788845>

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001. DOI: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18.

MAYES, J. *et al.* Cultural influences on physical activity and exercise beliefs in patients with chronic kidney disease: ‘The Culture-CKD Study’ - a qualitative study. **BMJ Open**, v. 12, n. 1, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046950.

MIELKE, G. I. *et al.* All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. **BMC Public Health**, v. 36, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12428-7>.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7. ed. Florianópolis: [s. n.], 2017.

NASCIMENTO, F. W. Á. *et al.* Os benefícios do exercício físico em pacientes com doença renal crônica: uma revisão bibliográfica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 1, p. 1446–1455, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i1.3989.

ÖLANDER, F.; THØGERSEN, J. Understanding of consumer behaviour as a prerequisite for environmental protection. **J Consum Policy**. 1995; 18:345-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01024160>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020a. Disponível em:

https://ws.santabarbara.sp.gov.br/instar/esportes/downloads/guia_AF_OMS.pdf. Acesso em: 8 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações sobre atividade física para a saúde**. Genebra: OMS, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 1 maio 2026.

PAINTER, P. L. *et al.* Physical functioning and health-related quality of life changes with exercise training in hemodialysis patients. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 35, n. 3, p. 482–492, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(00\)70202-2](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(00)70202-2).

PALMER, E. *et al.* Development of a conceptual model of physical functioning limitations experienced by patients with late-stage chronic kidney disease: a qualitative interview study. **Advances in Therapy**, v. 41, p. 2757–2775, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-024-02853-6>.

PASSOS, R. G. *et al.* A (con)vocação do trabalho feminino diante das mudanças do mundo do trabalho: o CARE em evidência. **Temporalis**, v. 15, n. 30, p. 183-204, 2016. DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2015v15n30p183-204>

RIBEIRO, M. A. *et al.* Educação em saúde no Sistema Único de Saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 1812–1823, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p1812-1823.

RODRIGUES, B. S. *et al.* Efeitos do exercício físico na qualidade de vida e aptidão física de pacientes em hemodiálise. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 44, 2021. DOI: 10.21527/2176-7114.2021.44.11936.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 26, n. 3, supl. 1, p. 1–3, 2004. DOI: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n3s1a02.pdf.

SAMPAIO, B. O. A. *et al.* Diferenças de raça/cor na atividade física em capitais brasileiras: uma análise do Vigitel de 2023. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 30, p. 1-12. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.30e0405>

SOUZA, E. M. M. *et al.* Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 1927-1945, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p1927-1945>

VAN WESTRUM, E. S. *et al.* Fatigue across different chronic kidney disease populations: experiences and needs of patients. **Clinical Kidney Journal**, v. 18, n. 5, 2025. DOI: 10.1093/ckj/sfaf118.

WEBER, M. B. *et al.* Perceptions of physical activity and technology enabled exercise interventions among people with advanced chronic kidney disease: a qualitative study. **BMC Nephrology**, v. 22, n. 1, 2021. DOI: 10.1186/s12882-021-02591-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2020.

YOSHIMURA, J. *et al.* Relationship of physical activity to self-care agency and physical condition among older adults in a rural area. **Yonago Acta Medica**, v. 64, n. 1, p. 18–29, 2021. DOI: 10.33160/yam.2021.02.004.

ZULLIG, K. J.; WHITE, R. J. Physical activity, life satisfaction, and self-rated health of middle school students. **Applied Research in Quality of Life**, v. 6, n. 3, p. 277–289, 2011. DOI: 10.1007/s11482-010-9129-z.