

Aspectos clínicos, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos negros pós revascularização do miocárdio: protocolo de revisão sistemática

Clinical aspects, functional capacity, and quality of life of Black individuals after myocardial revascularization: systematic review protocol

Aspectos clínicos, capacidad funcional y calidad de vida de individuos negros después de la revascularización del miocardio: protocolo de revisión sistemática

Júlia Maria Guimarães D'Alcântara, Maria Fernanda Conceição de Castro, Maria Jurimar Fernandes Dias Coelho, Érica da Natividade Santos, Jerlane de Souza Batista, Laís Liane Paineiras-Domingos.

Como citar: D'Alcântara JMG, Castro MFC, Dias Coelho MJF, Santos EM, Batista JS, Paineiras-Domingos LL. Aspectos clínicos, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos negros pós revascularização do miocárdio: protocolo de revisão sistemática. *REVISA*. 2026; 15(3): 142-48. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v15.n3.p1a11>

REVISA

1. Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0001-0649-6022>

2. Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0009-0869-5373>

3. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0003-3778-6270>

4. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0008-6387-0659>

5. Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0002-7328-4852>

6. Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3451-5056>

Recebido: 13/01/2026
Aprovado: 27/03/2026

RESUMO

Objetivo: apresentar o protocolo de revisão sistemática acerca dos aspectos clínicos, da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos negros submetidos à revascularização do miocárdio. **Métodos:** protocolo de revisão sistemática registrado no PROSPERO (CRD420251185667). Bases consultadas: PubMed, MEDLINE, LILACS, SciELO, PEDro, Web of Science e Cochrane Library. Incluídos ensaios clínicos randomizados e não randomizados publicados entre 2015 e 2025 que apresentem análise ou estratificação dos resultados categorizados por raça/cor. A qualidade metodológica dos estudos será avaliada por meio da ferramenta RoB 2. Os resultados serão organizados e apresentados através da sua síntese.

Descritores: Revascularização Miocárdica; Reabilitação Funcional; Capacidade Funcional; Populações Vulneráveis; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Objective: to present the systematic review protocol regarding the clinical aspects, functional capacity, and quality of life of Black individuals undergoing myocardial revascularization. **Methods:** Systematic review protocol registered in PROSPERO (CRD420251185667). Databases consulted: PubMed, MEDLINE, LILACS, SciELO, PEDro, Web of Science, and Cochrane Library. Included were randomized and non-randomized clinical trials published between 2015 and 2025 that present analysis or stratification of results categorized by race/color. The methodological quality of the studies will be evaluated using the RoB 2 tool. The results will be organized and presented through their synthesis.

Descriptors: Myocardial Revascularization; Functional Rehabilitation; Functional Capacity; Vulnerable Populations; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: presentar el protocolo de revisión sistemática sobre los aspectos clínicos, la capacidad funcional y la calidad de vida de individuos negros sometidos a revascularización miocárdica. **Métodos:** protocolo de revisión sistemática registrado en PROSPERO (CRD420251185667). Bases consultadas: PubMed, MEDLINE, LILACS, SciELO, PEDro, Web of Science y Cochrane Library. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados publicados entre 2015 y 2025 que presenten análisis o estratificación de los resultados categorizados por raza/color. La calidad metodológica de los estudios será evaluada mediante la herramienta RoB 2. Los resultados se organizarán y presentarán a través de su síntesis.

Descriptores: Revascularización Miocárdica; Rehabilitación Funcional; Capacidad Funcional; Poblaciones Vulnerables; Calidad de Vida.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por aproximadamente um terço dos óbitos globais. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos observados nas últimas décadas, a distribuição dos benefícios dessas intervenções não ocorre de forma equitativa entre os diferentes grupos populacionais. Evidências demonstram que fatores sociais, econômicos e raciais influenciam significativamente a incidência, o manejo clínico e os desfechos das doenças cardiovasculares, especialmente entre populações historicamente vulnerabilizadas. Além disso, condições como baixa renda, menor escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuem para a manutenção dessas desigualdades^{1,2}.

No Brasil, a população negra apresenta maiores taxas de morbimortalidade por doenças cardiovasculares quando comparada à população branca. Esse cenário resulta da interação entre fatores biológicos, comportamentais e, sobretudo, dos determinantes sociais da saúde, que condicionam desigualdades no acesso aos serviços, no diagnóstico precoce e na continuidade do cuidado. Estudos apontam que pessoas negras frequentemente enfrentam piores condições socioeconômicas, maior exposição a fatores de risco cardiovasculares e menor acesso a ações preventivas e de reabilitação^{3,4}.

A compreensão dessas disparidades exige a incorporação do conceito de racismo estrutural como determinante social da saúde. O racismo atua de forma sistemática na organização das instituições e das oportunidades sociais, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o processo saúde-doença. Na área da saúde, o racismo estrutural manifesta-se por meio de desigualdades no acesso aos serviços, menor qualidade da assistência prestada, invisibilização das necessidades da população negra e sub-representação racial nos espaços de decisão política e produção científica. Além disso, a exposição contínua a experiências de discriminação racial está associada ao aumento do estresse psicossocial crônico, fator que contribui para alterações neuroendócrinas e inflamatórias relacionadas ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse contexto, Bento (2022)⁵ destaca que a manutenção histórica dos privilégios raciais, denominada “pacto da branquitude”, contribui para a perpetuação das desigualdades sociais e sanitárias, influenciando inclusive a produção científica e a formulação de políticas públicas destinadas à população negra.

Além dos impactos sobre o acesso aos serviços de saúde, o racismo estrutural também repercute nos resultados clínicos após eventos cardiovasculares e procedimentos terapêuticos complexos. Evidências internacionais demonstram que indivíduos negros apresentam maior probabilidade de desenvolver complicações cardiovasculares, reinternações hospitalares e limitações funcionais persistentes, mesmo quando submetidos a tratamentos semelhantes aos de outros grupos raciais. Tais diferenças sugerem que a equidade em saúde não depende apenas da oferta de tecnologias médicas, mas também da redução das barreiras sociais e institucionais que afetam o cuidado integral^{6,7}.

A capacidade funcional e a qualidade de vida são desfechos particularmente relevantes no contexto cardiovascular, uma vez que refletem não apenas a evolução clínica da doença, mas também a reinserção social e a autonomia dos indivíduos após intervenções terapêuticas. Essa redução da capacidade funcional está frequentemente associada ao aumento da dependência física, pior prognóstico clínico e maior risco de reinternações hospitalares. Nesse contexto, programas de reabilitação cardiovascular desempenham papel essencial na recuperação física, psicológica e social dos pacientes,

entretanto, pesquisas indicam que fatores relacionados à raça/cor, renda, escolaridade e acesso à reabilitação podem influenciar negativamente esses indicadores, ampliando as desigualdades observadas entre grupos populacionais^{8,9}.

Diante desse cenário, torna-se fundamental desenvolver protocolos de pesquisa que considerem explicitamente o recorte racial na avaliação dos desfechos cardiovasculares. A produção de evidências capazes de identificar fatores associados às desigualdades em saúde pode subsidiar estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação mais equitativas, contribuindo para a redução das iniquidades raciais e para o fortalecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde^{10,5}.

Metodologia

Trata-se de um protocolo de revisão sistemática, registrado publicamente no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), sob o número CRD420251185667. Deseja-se com este protocolo, garantir a transparência da pesquisa a ser desenvolvida e evitar duplicação de esforços, com uma descrição do problema de interesse, os critérios de inclusão, as estratégias de buscas, as fontes de informação e os procedimentos de análise e apresentação dos dados.

Toda a estrutura deste protocolo foi construída conforme recomendações documentais do Joanna Briggs Institute (JBI)¹¹ e da The Cochrane Collaboration¹².

A revisão sistemática, por sua vez, estará estruturada conforme as recomendações do checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020¹³.

Estrutura da pergunta

Implicados em identificar estudos que avaliem aspectos relacionados à cirurgia de revascularização miocárdica ou periférica, com foco racial que identifique pacientes negros; apresentar os principais desfechos clínicos relatados nos estudos, como complicações, mortalidade e comorbidades associadas; Identificar níveis de capacidade funcional e qualidade de vida; e, discutir as implicações dos achados para a reabilitação cardiovascular, para a compreensão da assistência à saúde e para garantir a equidade racial em saúde, a questão de pesquisa que norteará essa revisão foi estruturada a partir da estratégia PICOS, sendo (P= População; I= Intervenção; C= Contexto; O= Desfechos (outcomes) e S= Tipo de estudos que serão analisados nesta revisão (studies)¹¹. As informações que representam cada critério, pode ser identificado no Quadro 1.

Quadro 1–Estrutura da pergunta. Salvador, BA, Brasil, 2025.

População (P)	adultos (negros/negras)
Intervenção (I)	revascularização do miocárdio (completa ou incompleta)
Contexto (C)	pós-operatório de revascularização do miocárdio
Desfechos (O)	Complicações pós-operatórias, duração da internação hospitalar, mortalidade, comorbidades associadas, nível de independência ao caminhar, retorno às atividades da vida diária (AVDs) e qualidade de vida.
Tipo de estudos (S)	Ensaios clínicos randomizados e não randomizados

Serão considerados estudos conduzidos em hospitais ou em ambientes ambulatoriais (pós-cirúrgicos). Todos os estudos com referência racial serão incluídos, independentemente da nacionalidade da população estudada.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios para inclusão dos estudos nesta revisão considerarão: (a) estudos que investigaram adultos (pessoas autodeclaradas negras) submetidos à revascularização miocárdica (completa ou incompleta); (b) estudos publicados e disponíveis em línguas estrangeiras inglesa e espanhola, além do português. A delimitação temporal adotada corresponderá ao período de janeiro de 2015 à novembro de 2025.

Serão excluídos estudos que abordaram pessoas negras com menos de 18 anos de idade.

Estratégias de buscas

Os principais bancos de dados a serem pesquisados são CENTRAL - Cochrane Central Register of Controlled Trials, CLIB - The Cochrane Library, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE e PubMed. Outros bancos de dados importantes ou especializados que serão pesquisados são SCIELO, banco de dados PEDro e Web of Science.

Outros estudos poderão ser identificados através das citações feitas ("nevasca" ou busca de citação para frente) ou como referências dos trabalhos incluídos na revisão.

A estratégia de buscas seguirá o processo de três etapas conforme recomendação da JBI11, que consiste a primeira etapa na identificação das palavras-chaves e construção de uma grade lógica, baseada no conhecimento do campo e que inicialmente orienta a pesquisa, com a formatação de estratégias de buscas específicas por cada bases de dados. A segunda etapa envolve a pesquisa propriamente dita em cada base de dados específicas, conforme assinalada no protocolo. E a terceira etapa, envolve a revisão das listas de referências de todos os estudos que forem recuperados para posterior avaliação e inclusão de novos estudos.

Serão combinados descritores, sugeridos pelas plataformas Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou Medical Subject Headings (MeSH), utilizando operadores booleanos "AND" e "OR". Assim ao combinar: "Myocardial Revascularization", AND ("African Continental Ancestry Group", OR "Black People") AND ("Functional Capacity" or "Functional Status" OR "Postoperative Complications") AND "Quality of Life", cada base de dados será consultada, adaptando esses descritores aos seus respectivos filtros de busca. As estratégias estarão descritas no manuscrito da revisão sistemática.

Extração e seleção dos estudos

Após as buscas, todos os estudos recuperados serão exportados para o Rayyan Web14, visando a identificação e exclusão de duplicatas, e posterior organização das publicações e seleção, conforme os critérios de elegibilidade, mediante a leitura dos respectivos títulos e resumos, realizada por dois revisores independentes.

Um revisor independente estará direcionado para os casos em que a seleção de um determinado estudo gerar dúvida, e precisar de uma opinião adicional.

Análise e apresentação dos dados

A revisão sistemática reunirá como principais desfechos, uma síntese das complicações pós-operatórias, duração da internação hospitalar, mortalidade, comorbidades associadas. Também apresentará resultados adicionais como: nível de independência ao caminhar, retorno às atividades da vida diária (AVDs) e qualidade de vida. Todos os dados extraídos, serão organizados em Tabelas (1 e 2).

Na Tabela 1, serão apresentadas as características dos estudos (autores, ano de publicação, população estudada (gênero, raça/etnia, idade, perfil funcional), objetivo dos estudos e metodologia. Na Tabela 2, apresentaremos os principais resultados e os considerados secundários, envolvendo informações sobre complicações clínicas, mortalidade, comorbidades e aspectos funcionais, como o nível de independência ao caminhar, retorno às atividades da vida diária (AVDs) e a percepção da qualidade de vida (quando presentes nos estudos), além das considerações finais.

Avaliação dos Estudos

Os dados serão avaliados de forma independente por pelo menos duas pessoas (ou combinação pessoa/máquina) com um processo para resolver diferenças.

Informações adicionais não serão solicitadas aos pesquisadores do estudo se as informações necessárias estiverem pouco claras ou indisponíveis nas publicações/relatórios do estudo.

A qualidade dos estudos selecionados também será avaliada, utilizando o instrumento de avaliação do risco de viés proposto pela Cochrane Collaborate, o Risk of bias 1 (RoB-1)¹⁵. Após a análise de cada estudo selecionado, os dados desta ferramenta serão apresentados em forma de Figuras/gráficos, com 2 aspectos distintos: um gráfico de “semáforo” dos julgamentos em nível de domínio para cada resultado individual (Figura 2); e um gráfico de barras ponderadas da distribuição dos julgamentos de risco de viés dentro de cada domínio de viés (Figura 3).

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Grupo de Pesquisa “Saúde de população negra e doenças crônicas”, UFBA/CNPq por todo suporte.

Declaração de disponibilidade de dados

Os dados deste estudo estão armazenados com os autores, e o compartilhamento de dados não está disponível.

Referências

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021. Disponível em: doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.

2. Tsias S, Elliott M. Social determinants of cardiovascular disease. *Curr Opin Cardiol*. 2019;34(5):534-540. Disponível em: doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319811.
3. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl 3):1-83. Disponível em: doi: 10.5935/abc.20160151
4. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Saúde da população negra. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2013.
5. Bento C. O pacto da branquitude. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2022.
6. Powell-Wiley TM, Baumer Y, Baah FO, Baez AS, Farmer N, Mahlobo CT, Pita MA, Potharaju KA, Tamura K, Wallen GR. Social determinants of cardiovascular disease. *Circulation Research*, Dallas, 2022;130(5):782-799. Disponível em: DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319811
7. Hardeman RR, Homan PA, Chantarat T, Davis BA, Brown TH. Improving The Measurement Of Structural Racism To Achieve Antiracist Health Policy. *Health Affairs*. 2022;41(2): 179-186. Disponível em: DOI: 10.1377/hlthaff.2021.01489
8. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, Franklin B, Sanderson B, Southard D. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, Dallas, 2007;115(20): 2675-2682. Disponível em: DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945
9. Arena R, Guazzi M, Lianov L, Whitsel L, Berra K, Lavie CJ, Kaminsky L, Williams M, Hivert MF, Franklin NC, Myers J, Dengel D, Lloyd-Jones DM, Pinto FJ, Cosentino F, Halle M, Gielen S, Dendale P, Niebauer J, Pelliccia A, Giannuzzi P, Corra U, Piepoli MF, Guthrie G, Shurney D. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(21):2097-2109. Disponível em: DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.05.001.
10. Almeida-Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
11. Aromataris E, Munn Z, editores. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [citado 30 de abril de 2026]. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/11.1+Introduction+to+Scoping+reviews>.
12. The Cochrane Collaboration. Chapter II: Planning a Cochrane Review [Internet]. 2023 [citado 30 de abril de 2026]. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-ii>.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
14. Rayyan [Internet]. Catar: Qatar Foundation; 2023 [citado 13 de março de 2026]. Disponível em: https://rayyan.ai/users/sign_in.

15. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, SavoviÄž J, Berkman ND, Viswanathan M et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. BMJ. 2016;355:i4919. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>.

Autor correspondente:

Laisa Liane Paineiras-Domingos.
Rua Padre Feijó 312, 47/49 Canela,
Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 4110170
laisanit@gmail.com