DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO

indicadores de capacidade de resposta do sistema de saúde

São Paulo, fevereiro de 2025

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Divisão de Doenças Crônicas

Diretor: Marco Antonio de Moraes

Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Coordenadora: Mirian Matsura Shirassu

Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv/IS)

Coordenadora: Maritsa Carla de Bortoli

Elaboração

Jessica De Lucca Da Silva, psicóloga, especialista em Saúde Coletiva, bolsista do projeto, colaboradora do NEv-IS
http://lattes.cnpq.br/0778220737989360

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva, obstetriz, especialista em Saúde Coletiva, bolsista do projeto, colaboradora do NEv-IS
http://lattes.cnpq.br/0923884031059013

Fernando Meirinho Domene, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Serviços Públicos e Políticas Sociais, bolsista do projeto, colaborador do NEv-IS
http://lattes.cnpq.br/3288793666561127

Rosana Evangelista Poderoso, bibliotecária, doutora em Ciências da Saúde, Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
http://lattes.cnpq.br/3659260110568826

Tereza Setsuko Toma, médica, doutora em Nutrição em Saúde Pública, colaboradora do NEv/IS
http://lattes.cnpq.br/3621675012351921

Revisão

Renato Jorge Alves, médico cardiologista, doutor em Ciências, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Mirian Matsura Shirassu, médica, mestre em Epidemiologia, coordenadora de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica.

Equipe de coordenação do projeto

Adriana Bouças Ribeiro, nutricionista, mestre em Epidemiologia, agente técnico de assistência à saúde II da Divisão de Doenças Crônicas.

Maria Lia Silva Zerbini, enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, assessor técnico de saúde pública II da Divisão de Doenças Crônicas.

Mirian Matsura Shirassu, médica, mestre em Epidemiologia, coordenadora de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica.

Declaração de conflitos de interesse

Os elaboradores declaram não ter conflitos de interesse com relação a este trabalho.

Sugestão de citação

Silva JL, Silva LALB, Domene FM, Poderoso RE, Toma TS. Doenças isquêmicas do coração: indicadores de capacidade de resposta do sistema de saúde. São Paulo, fevereiro de 2025. 195 p.

Contexto

Este trabalho faz parte do projeto "Políticas informadas por evidências no enfrentamento de doenças cardiovasculares em 20 regiões de saúde no estado de São Paulo", financiado pelo FESIMA - Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O objetivo do projeto é promover a incorporação de ações de prevenção e controle das doenças cardiovasculares nessas regiões de saúde por meio da tradução do conhecimento e aplicação das melhores evidências científicas.

Nas oficinas de regionalização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, realizadas em 2023, as doenças cardiovasculares (DCV) foram definidas como problema prioritário de saúde nas seguintes Regiões de Saúde: Grande ABC, Alto do Tietê, Rota dos Bandeirantes, Baixada Santista, Jaú, Marília, Catanduva, Fernandópolis, Jales, Santa Fé do Sul, Alta Anhanguera, Alta Mogiana, Aquífero Guarani, Coração do DRS III, Norte-Barretos, Sul-Barretos, Vale Das Cachoeiras, Araras, Rio Claro, Região Metropolitana de Campinas.

A análise da mortalidade proporcional pelo grupo da CID-10 das doenças cardiovasculares, mostra os seguintes percentuais para mortalidade geral e mortalidade prematura (faixa etária de 30-69 anos) no estado de São Paulo, durante o ano de 2023:

- Doenças Isquêmicas do coração: 34,43% (geral) e 40,39% (prematura);
- Doenças cerebrovasculares: 23,23% (geral) e 21,39% (prematura);
- Doença hipertensiva: 10,7% (geral) e 8,35% (prematura);
- Insuficiência cardíaca: 7,48% (geral) e 4,98% (prematura);
- Miocardiopatias: 5,42% (geral) e 6,89% (prematura).

A partir desses resultados, a equipe de coordenação do projeto decidiu investir na implementação de ações dirigidas para duas condições: doenças isquêmicas do coração (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC).

Sumário

1. Introdução 11
2. Método 13
2.1 Protocolo e pergunta de pesquisa 13
2.2 Critérios de inclusão e exclusão 13
2.3 Bases de dados e estratégias de busca 14
2.4 Seleção de estudos 14
2.5 Extração e análise de dados 14
3. Resultados 14
3.1 Indicadores para coordenação do cuidado em DIC 15
3.2 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: diagnóstico 23
3.3 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista 26
3.4 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: tratamento 29
3.5 Indicadores de educação, promoção da saúde e reabilitação de DIC 34
3.6 Evidências de avaliações econômicas 38
4. Referências 44
Apêndices 52

RESUMO EXECUTIVO

O problema

O Relatório Mundial de Saúde 2000, destaca o tema da melhoria de desempenho dos sistemas de saúde, apontando que falhas sistêmicas costumam impedir o alcance do objetivo dos sistemas de saúde de tornar o estado de saúde de todas as pessoas o melhor possível ao longo do seu ciclo de vida, levando em conta a mortalidade prematura e a incapacidade. Nesse sentido, a qualidade do atendimento tem sido objeto de iniciativas de melhoria contínua da qualidade que buscam monitorar sistemas de saúde para aprimorar seu desempenho. Para esse monitoramento tem-se utilizado indicadores de qualidade para identificar, por exemplo, variações potencialmente inaceitáveis no atendimento por meio da avaliação de domínios, conforme o modelo desenvolvido por Donabedian em estrutura, processo ou resultado.

Método

Realizou-se uma revisão rápida da literatura científica sobre indicadores que podem ser utilizados para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde para as doenças isquêmicas do coração (DIC).

Resultados

Foram incluídos e analisados 48 estudos sobre DIC, dos quais 27 abordaram indicadores para a coordenação do cuidado, diagnóstico, procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista, tratamento, educação, promoção da saúde e reabilitação. Além disso, 21 estudos apresentam evidências de avaliações econômicas.

Indicadores para coordenação do cuidado em DIC:

- centros com disponibilidade de protocolos escritos, equipe multidisciplinar, sistema pré-hospitalar de eletrocardiograma (ECG), ECG ambulatorial e ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por tomografia computadorizada, ensaio de troponina de alta sensibilidade, que utilizam protocolos clínicos, que participam de programa de registro de dados ou de avaliação da qualidade e que possuem acesso a um programa de cessação do tabagismo; pessoal para referenciamento e educação em reabilitação;
- disponibilidade e ocupação de leitos;
- número de enfermeiros por leito, disponibilidade de farmacêuticos;
- satisfação de médicos com a capacitação;
- pressões financeiras;
- pessoas com doença coronariana crônica (DCC) registradas;
- pessoas com DIC e multimorbidade;
- contato de pessoas com diferentes especialistas;

- pessoas com DIC tratadas;
- tempo: entre início dos sintomas e procura de atendimento; de transporte para outras clínicas, pré-hospitalar e até o hospital, resposta pré-hospitalar, de isquemia, atraso do sistema, entrada e saída em centros não provedores de intervenção coronária percutânea (ICP), diagnóstico e passagem do fio, tempo entre o atendimento médico e a ICP primária, tempo de hospitalização, tempo desde o primeiro contato médico ou chegada no pronto socorro para realização do ECG e tempo porta–ECG, primeiro contato médico e acesso arterial, chegada no pronto-socorro até o laboratório de cateterismo e dispositivo e primeiro contato médico até o dispositivo, porta-agulha, porta-porta, porta/diagnóstico-balão, cinecoronariografia, reperfusão, angiografia e início da reabilitação cardíaca;
- avaliação rotineira de tempo para reperfusão e outros intervalos relevantes;
- tratamento hospitalar completo;
- pessoas que receberam carta de alta;
- feedback sobre experiência da pessoa;
- indicadores compostos;
- avaliação de risco de litígio;
- taxas de mortalidade e mortalidade hospitalar, de readmissão de 30 dias e hospitalização;
- pessoas com doenças cardiovasculares (DCV) sem hospitalização ou com menos de duas hospitalizações por DIC dentro do ano de observação;
- admissão em unidade de terapia intensiva;
- sangramento e infarto agudo do miocárdio (IAM) não fatal;
- taxa de mortalidade e de reinternação em 30 dias após a ICP;
- ocorrência de acidente vascular cerebral após ICP;
- pontuação geral de satisfação da pessoa;
- danos à pessoa.

Indicadores de diagnóstico de DIC:

- avaliação: de condições como função renal perfil lipídico, diabetes e hipertensão arterial em pessoas com doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA); de níveis de colesterol em pessoas com DIC e IAM; da função renal antes da ICP em pessoas com doença cardíaca coronariana;
- avaliação e tratamento de fatores de risco cardiovascular em pessoas com DCVA;
- medição precoce de troponina pessoas com SCA;
- avaliação e registro de fluxo de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em pessoas com SCA ou IAM;
- avaliação de risco GRACE, CRUSADE, de sangramento e de qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com IAM;
- classificação de risco para infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento

ST (IAMSST);

- estratificação de risco rápida em pessoas com IAM;
- realização de ECG pré-hospitalar e de teste de estresse no hospital em pessoas com a infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST);
- avaliação de FEVE no hospital em pessoas com IAMCSST;
- avaliação de risco isquêmico para IAMSST.

Indicadores de procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista:

- volume de ICP realizadas, no conjunto e por centro em pessoas com DCC;
- realização de transfusão de sangue em pessoas com DCC;
- realização de angiografia coronariana e/ou testes funcionais e terapia de reperfusão precoce e ICP em pessoas com SCA;
- avaliação e realização de reperfusão**,** realização de ICP e uso de acesso radial em pessoas com IAM.
- modalidade realizada, tempo e oportunidade para reperfusão, início dos sintomas e trombólise, ICP em pessoas com IAMCSST;
- realização de reperfusão em pessoas com IAMSSST;
- tempo para realização de cinecoronariografia ou angiografia em pessoas com IAMSSST.

Indicadores de tratamento de DIC:

- prescrição de terapias para redução de lipídios, para hipertensão arterial e diabetes em pessoas com DCVA;
- prescrição de inibidor da bomba de prótons e de inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 em pessoas com DCVA;
- prescrição de medicamentos: ácido acetilsalicílico para pessoas com DCC, IAM, SCA ou IAMCSST, betabloqueadores para pessoas com DIC, IAM, SCA ou IAMCSST, enzima conversora de angiotensina/bloqueador do receptor da angiotensina II para pessoas com DIC, IAM, SCA ou IAMCSST, inibidor de P2Y12 para pessoas com IAM, SCA ou IAMCSST, estatinas para pessoas com DIC, IAM, SCA ou IAMCSST, anticoagulante parenteral e terapia antiplaquetária dupla para pessoas com IAM, heparinas, heparina de baixo peso molecular ou fondaparinux em pessoas IAMSSST, clopidogrel (coplavix, prasugrel ou ticagrelor para pessoas com SCA, hipolipemiantes e anti-hipertensivos para pessoas com DIC;
- realização e tempo de trombólise/fibrinólise em pessoas com IAMCSST;
- reperfusão pré-hospitalar em pessoas com IAMSSST;
- indicador composto de cinco classes de medicamentos em pessoas com síndrome coronária pós-aguda;
- avaliação de resultados após os tratamentos em pessoas com risco e com DCVA;

Indicadores de educação, promoção da saúde e reabilitação de DIC:

- oferta e encaminhamento para programa de reabilitação cardíaca (RC) para pessoas com DCVA;
- reabilitação cardíaca hospitalar e ambulatorial, encaminhamento na alta, avaliação abrangente (depressão, tabagismo, capacidade para exercícios, adesão a tratamento, qualidade de vida e reavaliação, receber relatório que descreve os fatores de risco e um plano de manejo contínuo individualizado para pessoas com SCA;
- inclusão de pessoas com IAMCSST em programas de reabilitação e participação, incluindo mulheres e pessoas de minorias étnicas;
- encaminhamento na alta e distribuição de material escrito de pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- inscrição antes da alta ou imediatamente após e inscrição e recomendação de RC de pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- comunicação entre médico de referência em pessoa com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- avaliação e educação sobre fatores de risco, hábitos alimentares, uso de tabaco, consumo de álcool, e sobre adesão aos tratamentos para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- reavaliação da capacidade de exercícios seguida de prescrição de exercícios apropriados, incluindo exercícios tradicionais chineses para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- avaliação e tratamento sobre questões psicológicas para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- realização de reuniões multidisciplinares para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- prolongamento do tempo de reabilitação para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- oferta de educação com foco em estilo de vida, automonitoramento da glicemia e pressão arterial, além de objetivos do tratamento, valores e preferências das pessoas com risco para DCVA;
- oferta de programa para cessação de tabagismo para pessoas com DCVA;
- identificação de pessoas que fumam e apoio para tratamento para pessoas com DCC;
- inscrição e participação de pessoas em programa de gerenciamento de DIC e outras doenças;
- aconselhamento e reabilitação para tabagismo para pessoas com IAM ou SCA;
- avaliação da cessação de tabagismo para pessoas com risco para DCVA;
- pessoas com DIC com vacinação contra influenza atualizada.

Indicadores de avaliações econômicas:

A maioria dos estudos de avaliação econômica apresentam resultados, em sua maioria de países de alta renda, de modo que fornecem pistas sobre custo-efetividade das intervenções, porém não servem para embasar a tomada de decisão em países de

baixa renda. Apenas dois estudos foram realizados considerando especificamente o contexto brasileiro. Um estudo analisou, em um hospital público, a probabilidade de a cirurgia de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea ser custo-efetiva em comparação à cirurgia sem circulação extracorpórea, indicando que ela não é custo-efetiva na perspectiva do sistema de saúde pública. O outro estudo investigou a relação custo-utilidade incremental para intervenção coronária percutânea com uso de reserva de fluxo fracionada comparado a ICP guiada por angiografia. A conclusão foi que a ICP guiada pela reserva de fluxo fracionada é custo-efetiva no Sistema Único de Saúde e, que com uma redução mínima de preço do dispositivo essa estratégia pode gerar economia de custos.

REVISÃO RÁPIDA

1. Introdução

O Relatório Mundial de Saúde 2000, da Organização Mundial da Saúde (OMS), trata de forma abrangente o tema da melhoria de desempenho dos sistemas de saúde, destacando que falhas sistêmicas costumam impedir o alcance do objetivo dos sistemas de saúde de tornar o estado de saúde de todas as pessoas o melhor possível ao longo do seu ciclo de vida, levando em conta a mortalidade prematura e a incapacidade[1]

Nesse sentido, a avaliação de desempenho é importante para verificar quão bem um sistema de saúde faz seu trabalho, de modo a comparar as conquistas com o que poderia ser alcançado com os mesmos recursos. Para agir com base em medidas de desempenho, é necessário que os formuladores de políticas tenham clareza quanto às principais funções dos sistemas de saúde - fornecer serviços, prover recursos humanos e físicos que viabilizam a prestação de serviços, obter recursos para garantir os cuidados de saúde; e definir as regras e atuar para que os diferentes atores envolvidos contribuam nesse processo[1].

O desempenho do sistema de saúde tornou-se um foco de interesse mundial, motivado, entre outros fatores, por variações e desigualdades na prática, adoção de intervenções sem que evidências claras de benefício estejam disponíveis, erros médicos, falta de responsabilização, envelhecimento rápido das populações e os crescentes custos da assistência médica[2].

A qualidade do atendimento, ou seja, o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados para indivíduos e populações, tem sido objeto de iniciativas de melhoria contínua da qualidade que buscam monitorar sistemas de saúde para aprimorar seu desempenho. Para esse monitoramento tem-se utilizado medidas de desempenho ou indicadores de qualidade. As medidas de desempenho avaliam o atendimento sem uma inferência necessária sobre a qualidade, enquanto os indicadores de qualidade procuram identificar variações potencialmente inaceitáveis no atendimento por meio da avaliação de domínios conforme o modelo desenvolvido por Donabedian em estrutura, processo ou resultado[2].

As medidas estruturais informam a capacidade, sistemas e processos de um provedor para fornecer assistência de alta qualidade[3]. Refere-se à capacidade física de uma instituição, seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros[4].

As medidas de processo indicam o que um provedor faz para manter ou melhorar a saúde e refletem recomendações geralmente aceitas para a prática clínica. Esse tipo de indicador é o mais frequentemente apresentado nos relatórios públicos[3]. Refere-se aos meios ou técnicas operacionais para alcançar atividades-fins, como serviços ambulatoriais e de emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e internação clínico-cirúrgica[4].

As medidas de resultado refletem o impacto do serviço ou intervenção no estado de saúde das pessoas. Esse tipo de indicador é considerado o "padrão ouro" na medição da qualidade, porém ele depende de vários fatores que estão fora do alcance dos provedores[3]. Refere-se à demonstração dos efeitos da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos relacionados às pessoas ou efeitos de operações técnicas e administrativas de uma instituição[4].

O *Institute of Medicine* propõe uma estrutura analítica para avaliação de qualidade para o sistema de saúde, que inclui seis objetivos: (1) Seguro, de modo a evitar danos às pessoas com o cuidado que se destina a ajudá-los; (2) Eficaz, com fornecimento de serviços baseados em conhecimento científico para todos que poderiam se beneficiar; (3) Centrado na pessoa, por meio de um cuidado que seja respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais da pessoa; (4) Oportuno para reduzir esperas ou atrasos prejudiciais; (5) Eficiente, evitando desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energia; (6) Equitativo, em que o fornecimento de cuidado não varie em qualidade devido a características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico[5].

Para avançar em direção a um atendimento de maior qualidade, considera-se que é necessário contar com mais e melhores informações sobre a provisão existente, as intervenções oferecidas e as principais restrições à implementação do serviço. Por outro lado, é fundamental a realização de um processo público e explícito de definição de prioridades para identificar o conteúdo de um pacote de benefícios que deve refletir as prioridades locais de doenças e a relação custo-efetividade, entre outros critérios. Além disso, protocolos clínicos, processos de registro, treinamento, licenciamento e acreditação precisam ser atualizados e usados rotineiramente[1].

No Canadá, por exemplo, foram desenvolvidos indicadores de qualidade para avaliar o tratamento cardiovascular, por meio de uma metodologia que consistiu em três etapas: (1) planejamento e organização, que teve como finalidade identificar o foco cardiovascular, determinar o objetivo da iniciativa e a população-alvo para os indicadores, e selecionar um grupo de trabalho; (2) desenvolvimento e seleção de indicadores, a partir da geração de um conjunto preliminar de indicadores, seguido por um processo de classificação com base em critérios pré-definidos; e (3)

operacionalização dos indicadores, que envolveu finalizar as especificações técnicas e testagem[6].

Esta revisão teve como objetivo identificar indicadores que possam orientar a avaliação da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS), no estado de São Paulo, para a melhoria da atenção integral às doenças isquêmicas do coração (DIC).

2. Método

A revisão rápida tem como base a revisão sistemática, porém utiliza alguns atalhos para responder em tempo oportuno a uma demanda de gestores e formuladores de políticas[7].

2.1 Protocolo e pergunta de pesquisa

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e validado pela equipe de coordenação do projeto[8], de modo a responder à seguinte pergunta: Quais são os indicadores que podem ser utilizados para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde para as DIC?

2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os processos de busca, seleção de estudos e extração de dados foram realizados levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 1). Foram incluídos estudos primários e secundários publicados nos últimos dez anos, em inglês, espanhol e português, que apresentaram indicadores para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde para DIC. Foram excluídos estudos que não atenderam a esses critérios.

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão, de acordo com a pergunta de interesse.

Acrônimo		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P	Problema	Doenças isquêmicas do coração.	Outras doenças.
I	Fenômeno de interesse	Indicadores de avaliação da capacidade de resposta.	Outros tipos de indicadores.
Co	Contexto	Sistema público de saúde.	Outros sistemas.
S	*Study design*/ desenho de estudo	Estudos primários e revisões, publicados em periódicos científicos, em inglês, português ou espanhol, nos	Outros tipos de publicações, outros idiomas, mais de dez anos.

	últimos dez anos. Google Acadêmico limitado a estudos de 2020 em diante.	

2.3 Bases de dados e estratégias de busca

Foram realizadas buscas nas seguintes fontes de literatura científica: PubMed, Embase, Epistemonikos, BVS - Biblioteca Virtual em Saúde (com exceção de Medline) e Google Acadêmico. As estratégias de busca foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave, estruturada a partir do acrônimo PICoS, usando os termos MeSH (*Medical Subject Headings* e seus *Entry Terms*) no PubMed e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde e seus sinônimos) na BVS, adaptando-os para as demais bases. O termo MeSH "Healthcare Economics and Organizations" foi utilizado apenas para busca em PubMed (Apêndice 1).

2.4 Seleção de estudos

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duplicidade, de forma independente, utilizando-se o gerenciador de referências Rayyan QCRI[9]. As divergências foram resolvidas por consenso ou por outro revisor.

2.5 Extração e análise de dados

Os seguintes dados dos estudos incluídos foram extraídos em planilha eletrônica: autor, ano; desenho do estudo; população; condição de saúde; foco; nome do indicador; método de cálculo do indicador; conflitos de interesses e financiamento. A extração foi realizada por três revisores, porém não em duplicidade, seguida de checagem por uma supervisora. Não foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

3. Resultados

A busca resultou em 2.257 documentos recuperados nas bases de dados. Após a exclusão de duplicados, 2.221 registros foram triados por meio de leitura de título e resumo, sendo excluídos 2.135. Oitenta e seis estudos elegíveis foram lidos na íntegra, dos quais 38 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (Apêndice 2). Dessa forma, foram incluídos e analisados 48 estudos, dos quais 27 sobre indicadores[10-36] e 21 sobre avaliação econômica[37-57](Figura 1).

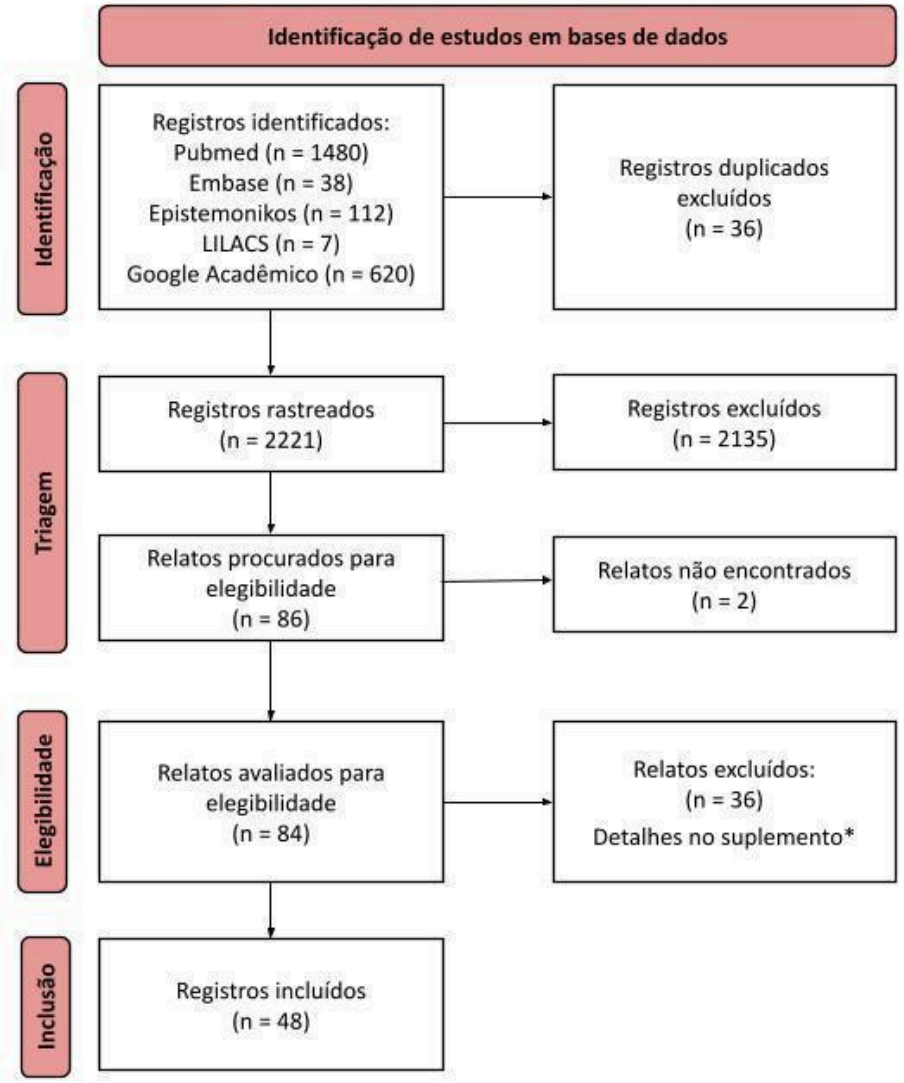

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA 2020[58]. Tradução livre dos autores.

A seguir é apresentada uma síntese dos achados, segundo indicadores para coordenação do cuidado, diagnóstico, tratamento, educação, promoção da saúde e reabilitação em DIC.

Informações adicionais dos estudos, como delineamento de estudo, objetivo, conflitos de interesse e financiamento, bem como fórmula de cálculo (dos estudos que a apresentam), resultados, relevância clínica e conclusão estão disponíveis nos apêndices 3 a 6.

3.1 Indicadores para coordenação do cuidado em DIC

Vinte e dois estudos[10,12,13,14,15,16,19,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,34,35,36] propõem indicadores que podem ser utilizados para mensurar a coordenação do cuidado para DIC.

Esses indicadores estão relacionados às pessoas com as seguintes condições de saúde - risco estabelecido ou alto de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA)[10], fatores de risco estabelecido para DCVA ou com DCVA grave[10], fatores de risco para DCVA ou com DCVA estabelecida[10], risco estabelecido ou alto para DCVA e hipertensão e/ou diabetes[10], DCVA estabelecida[10], doença cardiovascular[25], doença cardíaca coronária (DCC)[16,25], doença isquêmica do coração (DIC)[32], infarto agudo do miocárdio (IAM)[15,30,31], infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST)[13,14,21,24,27,30,34,36], infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST)[13,26,27,28,34,36], infarto agudo do miocárdio[13,27,28,29,30,31,36] ou síndrome coronariana aguda (SCA)[12,19,22,23,34] e síndrome pós-infarto do miocárdio[35].

Os indicadores propostos permitem monitorar e avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde em diferentes aspectos da coordenação do cuidado (Quadro 2).

Indicadores de estrutura:

- centros com disponibilidade de protocolos escritos e equipe multidisciplinar[10];
- centros que utilizam protocolos clínicos[30];
- centros com disponibilidade de sistema pré-hospitalar de eletrocardiograma (ECG)[30];
- centros com disponibilidade de ECG ambulatorial e ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por tomografia computadorizada[10];
- centros com disponibilidade de ensaio de troponina de alta sensibilidade[30];
- centros que participam de programa de registro de dados ou de avaliação da qualidade[10,13,27,28,29,31,31,34,36];
- centros com acesso a um programa de cessação do tabagismo[10];
- centros com pessoal para referenciamento e educação em reabilitação[35];
- disponibilidade e ocupação de leitos[15];
- número de enfermeiros por leito[15];
- disponibilidade de farmacêuticos[16];
- satisfação de médicos com a capacitação[15];
- pressões financeiras[15] .

Indicadores de processo:

- pessoas com DCC registradas[16];
- pessoas com DIC e multimorbidade[32];
- contato de pessoas com diferentes especialistas[32];
- pessoas com DIC tratadas[32];
- tempo entre início dos sintomas e procura de atendimento[22,24];
- tempo entre diagnóstico e passagem do fio[13,27,34];
- tempo desde o primeiro contato médico ou chegada no pronto socorro para realização do ECG[21];

- tempo entre o primeiro contato médico e acesso arterial[36];
- tempo entre o atendimento médico e a intervenção coronária percutânea (ICP) primária[25];
- tempo de transporte para outras clínicas[21], pré-hospitalar[24] e até o hospital[24];
- tempo: porta-agulha[24], porta/diagnóstico-balão[14,24], porta-porta[23], para realização de cinecoronariografia[23,36], reperfusão[22], angiografia[13,27,28,34], tempo de início da reabilitação cardíaca[12];
- tempo de chegada no pronto-socorro até o laboratório de cateterismo e dispositivo[21] e primeiro contato médico até o dispositivo[21];
- avaliação rotineira de tempo para reperfusão[30,36] e outros intervalos relevantes[36];
- tempos de entrada e saída em centros não provedores de ICP[13];
- tempo de resposta pré-hospitalar[24];
- tempo de isquemia[24,26];
- tempo de atraso do sistema[26];
- tempo porta–ECG[23,24];
- tratamento hospitalar completo[26];
- pessoas que receberam carta de alta[30];
- feedback sobre experiência da pessoa[13,27,28,29,30,31,34,36];
- indicadores compostos[13,19,27,28,29,30,31,34,36];
- avaliação de risco de litígio[15];

Indicadores de resultado:

- taxas de mortalidade[10,31,32] e mortalidade hospitalar[15,26] ;
- taxa de mortalidade em 30 dias[13,19,26,27,28,30,31,34,36];
- taxa de readmissão de 30 dias[26];
- taxa de hospitalização[10];
- pessoas com DCV sem hospitalização ou com menos de duas hospitalizações por DIC dentro do ano de observação[32];
- admissão em unidade de terapia intensiva[23] ;
- tempo de hospitalização[23];
- sangramento e IAM não fatal[10];
- taxa de mortalidade e de reinternação em 30 dias após a ICP[25];
- ocorrência de acidente vascular cerebral após ICP[25];
- pontuação geral de satisfação da pessoa[15];
- danos à pessoa[15].

Quadro 2. Indicadores para a coordenação do cuidado conforme a condição de saúde.

Domínio*	Indicador
Pessoas com risco estabelecido ou alto de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA)[10]	

Estrutura	Proporção de centros de saúde que têm acesso a eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, monitoramento ambulatorial de ECG Holter, ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por tomografia computadorizada (TC) para facilitar a avaliação de pessoas com risco estabelecido ou alto de DCVA[10].
Estrutura	Os centros de saúde devem participar de um registro ou banco de dados comum para registrar dados clínicos relevantes para o risco cardiovascular (índice de massa corpórea, pressão arterial (PA), colesterol de lipoproteína de baixa densidade, hemoglobina glicada e função renal) para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA[10].
Pessoas com fatores de risco estabelecido para DCVA ou com DCVA grave[10]	
Estrutura	Centros de saúde que possuem equipe multidisciplinar dedicada à prevenção de doença cardiovascular (DCV) e que ofereça aconselhamento sobre modificação do estilo de vida sobre adesão à medicação para pessoas com fatores de risco para DCVA estabelecida ou com DCVA grave[10].
Pessoas com fatores de risco para DCVA ou com DCVA estabelecida[10]	
Estrutura	Centros de saúde que têm acesso a um programa de cessação do tabagismo para pessoas com fatores de risco para DCVA ou com DCVA estabelecida[10].
Pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA e hipertensão e/ou diabetes[10]	
Estrutura	Centros de saúde que possuem protocolos escritos disponíveis que incentivem e facilitem as pessoas com hipertensão e/ou diabetes realizarem suas próprias medições de PA e glicemia[10].
Pessoas com DCVA estabelecida[10]	
Resultado	Taxa anual de mortalidade por todas as causas[10].
Resultado	Taxa anual de mortalidade cardiovascular[10].
Resultado	Taxa anual de sangramento decorrente de complicações no tratamento que resultam em internação hospitalar[10].
Resultado	Taxa anual de hospitalização cardiovascular[10].
Resultado	Taxa anual de infarto do miocárdio não fatal[10].
Pessoas com doença cardiovascular[25]	
Resultado	Taxa de mortalidade em 30 dias após intervenção coronária percutânea (ICP)[25].
Resultado	Taxa de readmissão em 30 dias após ICP[25].
Resultado	Acidente vascular cerebral após ICP[25].
Pessoas com doença cardíaca coronária (DCC)[16,25]	
Estrutura	Proporção de farmacêuticos de clínica geral por 1.000 pessoas com DCC[16].

Processo	Proporção de pessoas registradas com DCC[16].
Processo	Tempo do primeiro contato médico até o primeiro dispositivo para intervenção ICP primária[25].
Pessoas com doença isquêmica do coração (DIC)[32]	
Processo	Proporção de multimorbidade de pessoas com DCV[32].
Processo	Proporção de pessoas como DIC e pelo menos um contato com um especialista em medicina geral / clínico geral (médico de família) / medicina interna de família / clínico geral / especialista em medicina interna / medicina nuclear / medicina psicossomática e psicoterapia / medicina física e de reabilitação / cardiologia dentro do ano de observação[32].
Processo	Proporção de pessoas com pelo menos um contato com cada um dos grupos de especialistas acima dentro do ano de observação[32].
Processo	Proporção de pessoas com contato em pelo menos a) um, b) dois, c) três d) quatro dos quatro trimestres para os grupos de médicos acima mencionados[32].
Processo	Proporção de pessoas com pelo menos um contato com dois especialistas diferentes entre os grupos de especialistas mencionados acima, dentro do ano de observação[32].
Processo	Número de pessoas com DIC tratados conjuntamente na rede[32].
Resultado	Proporção de pessoas com DCV sem hospitalização por DIC dentro do ano de observação (ajustado ao risco)[32].
Resultado	Proporção de pessoas com menos de duas hospitalizações por DIC dentro do ano de observação (ajustado ao risco)[32].
Resultado	Taxa de mortalidade de pessoas com DCV dentro do ano de observação[32].
Pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM)[15,30,31]	
Estrutura	Número de centros da rede que utilizam protocolos escritos no tratamento de síndrome coronária aguda (SCA)[30].
Estrutura	Disponibilidade do ensaio troponina de alta sensibilidade medido no âmbito do centro[30].
Estrutura	Disponibilidade de sistema para interpretação pré-hospitalar do ECG[30].
Processo	Proporção de pessoas que receberam carta de alta[30].
Resultado	Taxa de mortalidade em 1 ano[31].
Resultado	Mortalidade hospitalar geral[15].
Estrutura	Disponibilização/ocupação de leitos agudos[15].
Estrutura	Proporção de enfermeiro por leito[15].

Estrutura	Pontuação de satisfação dos médicos com a capacitação[15].
Resultado	Pontuação geral de satisfação da pessoa[15].
Estrutura	Pressões financeiras[15].
Processo	Nível de realização da avaliação de risco de litígio da *National Health Service Litigation Authority*[15].
Processo	Indicador de qualidade composto baseado em oportunidades (todos os indicadores são ponderados igualmente) com base em 6 indicadores individuais em pessoas com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≥40%: (1) O centro deve participar de um registro ou programa regular de avaliação de qualidade; (2) infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST): proporção de pessoas com IAMCSST reperfundidas entre as elegíveis (início dos sintomas até o diagnóstico inicial <12horas) ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST): proporção de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas do diagnóstico inicial; (3) Avaliação da FEVE antes da alta hospitalar; (4) Descarga com inibição adequada de P2Y12; (5) Alta com estatinas de alta intensidade; (6) Feedback coletado sistematicamente sobre a experiência da pessoa. Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE<40%[30].
Processo	Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE<40%: (7) alta em uso de Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)/Bloqueador do Receptor da Angiotensina II (BRA); (8) alta em uso de betabloqueador[30].
Resultado	Proporção de pessoas prejudicadas (danos à pessoa)[15].
Pessoas com IAMCSST[13,14,21,24,27,30,34,36]	
Processo	Proporção de centros com avaliação rotineira de intervalos relevantes para o processo de reperfusão (desde a chamada até o primeiro contato médico, primeiro contato médico até a porta, porta até o acesso arterial, e porta-dentro-porta-fora para centros sem laboratório de cateterismo no local)[36].
Processo	Monitoramento regular dos tempos de reperfusão[30].
Processo	Tempo até a procura por atendimento médico[24].
Processo	Proporção de tempo de entrada e saída dentro de 30 minutos (apenas centros não ICP e pessoas com IAMCSST)[13].
Processo	Tempo de resposta do serviço pré-hospitalar[24].
Processo	Tempo total de isquemia[24].
Processo	Tempo de transporte em casos transferidos de outras clínicas[21]. Tempo total de transporte pré-hospitalar[24].

	Tempo de transporte do local de atendimento até o hospital[24].
Processo	Tempo do primeiro contato médico para ECG[21].
Processo	Tempo de chegada do pronto-socorro ao ECG[21].
Processo	Tempo porta-ECG[24].
Processo	Tempo porta-agulha[24].
Processo	Proporção de tempo em minutos desde o diagnóstico até a passagem do fio - IAMCSST[13,27,34].
Processo	Tempo porta-balão <60 minutos[14]
Processo	Tempo diagnóstico-balão <90 minutos[14].
Processo	Tempo porta-balão[24].
Processo	Tempo entre o primeiro contato médico e o acesso arterial (valor absoluto) para ICP primária[36].
Processo	Tempo (minutos) desde a chegada no pronto-socorro até o laboratório de cateterismo[21].
Processo	Tempo (em minutos) desde o primeiro contato médico até o dispositivo[21].
Processo	Tempo (em minutos) desde a chegada no pronto-socorro até o dispositivo[21].
Pessoas com IAMSSST[13,26,27,28,34,36]	
Processo	Tempo isquêmico inferior a 120 minutos[26].
Processo	Tempo de atraso do sistema inferior a 90 minutos[26].
Processo	Proporção de pessoas com IAMSSST e sem contraindicação que realizam cinecoronariografia em até 72 horas após a admissão[36].
Processo	Angiografia coronária recebida dentro de 72 horas (somente pessoas IAMSSST)[13,27,28,34].
Processo	Tratamento hospitalar completo[26].
Resultado	Mortalidade hospitalar[26].
Resultado	Mortalidade de 30 dias[26].
Resultado	Readmissões de 30 dias[26].
Pessoas com IAM[13,27,28,29,30,31,34,36] ou SCA[19]	
Estrutura	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade[13,27,28,29,31,31,34,36].

Processo	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa coletado sistematicamente e de forma organizada, incluindo os seguintes pontos: (1) Recomendação de frequência de programa educativo (reabilitação, cessação tabágica, controlo de peso e aconselhamento dietético); (2) Explicações fornecidas por médicos e enfermeiros (sobre a doença coronariana, benefício/risco do tratamento de alta e acompanhamento médico); (3) Informações de alta sobre o que fazer em caso de recorrência dos sintomas e horário da consulta[13,27,28,29,30,31,34,36] 4) Controle da dor[13,30,36].
Processo	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidade**s**[13,27,28,29,31,34,36] com os seguintes indicadores individuais: (1) O centro faz parte de uma organização em rede; (2) pessoas reperfundidas entre as elegíveis (IAMCSST com primeiro contato médico <12horas após início da dor); (3) Angiografia coronária em pessoas com IAMCSST e IAMSSST com alto risco isquêmico e sem contraindicações; (4) Avaliação do risco isquêmico utilizando o escore de risco GRACE (*Global Registry of Acute Coronary Events*) em pessoas com IAMSSST; (5) Avaliação do risco de sangramento utilizando a pontuação de risco CRUSADE (*Cardiac Risk in Acute ST-elevation Coronary Artery Disease and Non-ST-elevation Acute Coronary Syndrome*) em pessoas com IAMCSST e IAMSSST; (6) Avaliação da FEVE antes da alta; (7) Aspirina em dose baixa (a menos que haja alto risco de sangramento ou anticoagulação oral); (8) Inibição adequada de P2Y12 (conforme definido na seção tratamento durante a hospitalização); (9) IECA (ou BRA, se intolerante) em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40%; (10) Betabloqueadores (a menos que haja contraindicação clara) em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40%; (11) Estatinas de alta intensidade; (12) Feedback sobre a experiência da pessoa e qualidade do atendimento são coletados sistematicamente de todas os pessoas[36].
Processo	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral)[13,27,28,29,31,34].
Processo	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 3 indicadores individuais em pessoas sem insuficiência cardíaca e/ou com FEVE≤40%[13]: (1) Aspirina em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contraindicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade[29,34].
Processo	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 5 indicadores individuais em pessoas com insuficiência cardíaca ou com FEVE ≤40%: (1) AAS em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contraindicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade; (4) IECA (ou BRA se houver intolerância ao IECA); (5) Betabloqueadores (a menos que haja contraindicação clara)[34,36].
Resultado	Taxa de mortalidade em 30 dias[19]. Taxa de mortalidade em 30 dias ajustada pelo escore de risco GRACE 2.0[13,27,34,36]. Taxa de mortalidade de 30 dias[31], ajustada para uma pontuação de risco validada[28,30].
Pessoas com SCA[12,19,22,23]	

Processo	Indicador composto na fase subaguda[19].
Processo	Indicador composto na fase subaguda para pessoas hemodinamicamente comprometidas[19].
Processo	Tempo entre o início dos sintomas e a decisão de procurar atendimento[22].
Resultado	Porcentagem de pessoas admitidas na unidade de terapia intensiva[23].
Resultado	Tempo de internação (dias)[23]**.**
Processo	Tempo porta–eletrocardiograma (ECG) (minutos): <10;11 a 20; 21 a 40;41 a 60 >60[23].
Processo	Tempo entre o primeiro atendimento médico referido pela pessoa até o horário de abertura da ficha de atendimento no local da intervenção - conhecido por tempo porta-porta[22].
Processo	Tempo para realização de cinecoronariografia: até 24 horas, após 24 horas, até 72 horas, após 72 horas[23].
Processo	Tempo de reperfusão[22].
Processo	Tempo de início da reabilitação cardíaca (RC): pessoas internadas elegíveis que iniciam a RC dentro de 28 dias após a alta hospitalar[12].
Pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35]	
Estrutura	Proporção de serviços que empregam pessoal em tempo integral para educar as pessoas sobre RC[35].
Estrutura	Proporção de serviços que empregam pessoal de ligação para RC[35].

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota:** *: Informação sobre o domínio (estrutura-processo-resultado) incluída pelos autores desta revisão; %: porcentagem; <: menor; >: maior; ≤: menor ou igual; ≥: maior ou igual; BRA: Bloqueador do Receptor da Angiotensina II; CRUSADE: *Cardiac Risk in Acute ST-elevation Coronary Artery Disease and Non-ST-elevation Acute Coronary Syndrome* (Risco cardíaco na doença arterial coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST e na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST); DCC: doença cardíaca coronária; DCV: doença cardiovascular; DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; DIC: doença isquêmica do coração; ECG: eletrocardiograma; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events* (Registro Global de Eventos Coronários Agudos); IAM: infarto agudo do miocárdio; IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; ICP: intervenção coronária percutânea; IECA: Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina; PA: pressão arterial; RC: reabilitação cardíaca; SCA: síndrome coronária aguda; TC: tomografia computadorizada.

3.2 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: diagnóstico

Dezessete estudos[10,11,13,19,21,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,34,36] abordaram indicadores relacionados ao diagnóstico. Esses indicadores estão relacionados às seguintes condições de saúde - pessoas com SCA[11,19,23], DCVA[10], DIC[32], doença cardiovascular[25], SCA[11,19], IAM[13,27,28,29,31,31,34,36], IAMCSST[21,26], e IAMSSST[36].

Os indicadores propostos permitem monitorar e avaliar a realização de procedimentos diagnósticos (Quadro 3).

Indicadores de processo em procedimentos diagnósticos não invasivos:

- avaliação de condições como função renal perfil lipídico, diabetes e hipertensão arterial em pessoas com DCVA[10];
- avaliação de níveis de LDL-c (*low-density lipoprotein cholesterol*) e HDL-c (*High-Density Lipoprotein Cholesterol*) em pessoas com DIC[32] e IAM[30];
- avaliação da função renal antes da ICP em pessoas com doença cardiovascular[25];
- avaliação e tratamento de fatores de risco cardiovascular em pessoas com DCVA[10];
- medição precoce de troponina em pessoas com SCA[19];
- avaliação e registro de FEVE em pessoas com SCA ou IAM[11,13,23,27,28,29,31,31,34,36];
- avaliação de risco GRACE[13,27,28] e CRUSADE[13,27,28,34,36] em pessoas com IAM;
- classificação de risco para SCASSST em pessoas com SCA[11];
- avaliação de risco de sangramento em pessoas com IAM[30].
- estratificação de risco rápida em pessoas com IAM[29].
- avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com IAM[30];
- realização de ECG pré-hospitalar[26] e de teste de estresse no hospital em pessoas com IAMCSST[26];
- avaliação de FEVE no hospital em pessoas com IAMCSST[21];
- avaliação de risco isquêmico para IAMSST[36].

Quadro 3. Indicadores relacionados ao diagnóstico para cada condição.

Domínio*	**Indicador**
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA)[10]	
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida cuja função renal [taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e albuminúria] foi verificada pelo menos uma vez e receberam novo tratamento[10].
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que tiveram seu perfil lipídico verificado pelo menos uma vez e receberam novo tratamento[10].
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram examinadas para diabetes [com glicemia de jejum e/ou hemoglobina glicada (HbA1c)] pelo menos uma vez por ano[10].
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram examinadas para hipertensão pelo menos uma vez por ano[10].

Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes cuja HbA1c foi verificada pelo menos uma vez por ano[10].
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida ou com alto risco que foram acompanhadas pelo menos uma vez por ano para avaliar e tratar fatores de risco cardiovascular[10].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com doença isquêmica do coração (DIC)[32]	
Processo	Proporção de pessoas com doenças cardiovasculares (DCV) cujos níveis de LDL-c (L*ow-density lipoprotein cholesterol*) e HDL-c (*High-Density Lipoprotein Cholesterol*) foram examinados pelo menos uma vez no ano de observação[32].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com doença cardíaca coronariana[25]	
Processo	Avaliação da função renal realizada antes da intervenção coronária percutânea não emergencial[25].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas síndrome coronariana aguda (SCA)[11,19]	
Processo	Proporção de pessoas com medição precoce da troponina[19].
Processo	Proporção de perfil de risco de SCA sem Supradesnível do Segmento ST determinado como alto, intermediário ou baixo risco na admissão hospitalar[11].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM) [13,27,28,29,30,34,36]	
Processo	Proporção de avaliação do LDL-c realizada durante a internação[30].
Processo	Proporção de avaliação do risco isquêmico e hemorrágico utilizando um escore de risco validado[30].
Processo	Proporção de pessoas admitidas com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) que têm avaliação de risco de sangramento, por meio do escore CRUSADE (*Cardiac Risk in Acute ST-elevation Coronary Artery Disease and Non-ST-elevation Acute Coronary Syndrome*) (o valor numérico do escore deve ser registrado para todos os pessoas internadas com IAMCSST ou IAMSSST)[36].
Processo	Valor da estratificação de risco rápida[29].
Processo	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em todas as pessoas usando um instrumento validado[30].
Processo	Pontuação de risco GRACE (*Global Registry Acute Coronary Events*) registrada[13,27,28].
Processo	Pontuação de risco CRUSADE registrada[13,27,28,34].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com IAMCSST[21,26]	

Processo	Pessoas com ECG pré-hospitalar realizado[26].
Processo	Pessoas com teste de estresse realizado no hospital[26].
Processo	Avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) realizada no hospital[21].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com IAMSSST[36]	
Processo	Proporção de pessoas com IAMSSST nas quais é realizada avaliação de risco isquêmico usando o escore de risco GRACE (o escore GRACE deve ser avaliado e o valor numérico registrado para todas as pessoas admitidas com suspeita de IAMSSST)[36].
Procedimentos diagnósticos não invasivos em pessoas com SCA[11,19,23] ou em em pessoas com IAM[13,27,28,29,30,31,34,36]	
Processo	Proporção de FEVE avaliada e registrada[11,13,23,27,29,34].
Processo	Avaliação da FEVE antes da alta[19]. Proporção de pessoas em que a FEVE foi avaliada antes da alta hospitalar (a FEVE deve ser avaliada e o valor numérico registrado para todas as pessoas)[28,30,31,36].

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota**: *Informação sobre o domínio (estrutura-processo-resultado) incluída pelos autores desta revisão; CRUSADE: *Cardiac Risk in Acute ST-elevation Coronary Artery Disease and Non-ST-elevation Acute Coronary Syndrome* (Risco cardíaco na doença arterial coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST e na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST); DCV: doença cardiovascular; DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; DIC: doença isquêmica do coração; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events* (Registro Global de Eventos Coronários Agudos); HbA1c: hemoglobina glicada; HDL-c: *High-Density Lipoprotein Cholesterol* (colesterol de lipoproteína de alta densidade); IAM: infarto agudo do miocárdio; IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; LDL-c: *low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de baixa densidade); SCA: síndrome coronária aguda; TFGe: taxa de filtração glomerular estimada.

3.3 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista

Quinze estudos[11,13,15,19,23,24,25,26,27,28,29,30,31,34,36] abordaram indicadores relacionados aos procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista.

Esses indicadores estão relacionados às seguintes condições de saúde - DCC[25], pessoas com SCA[11,19], IAM[15,23,29,30,31,34], IAMCSST[11,13,24,27,28,29,30,34,36], e IAMSSST[26,30].

Os indicadores propostos permitem que serviços de saúde avaliem procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista (Quadro 4).

Indicadores de processo:

- volume de ICP realizadas, no conjunto e por centro em pessoas com DCC[25];
- realização de transfusão de sangue em pessoas com DCC[25];

- realização de angiografia coronariana e/ou testes funcionais[11] e terapia de reperfusão precoce e ICP[19] em pessoas com SCA;
- avaliação[31,34] e realização de reperfusão[23,29,31,34], realização de ICP e uso de acesso radial[15] em pessoas com IAM;
- modalidade realizada[24], tempo e oportunidade para reperfusão[13,27,28,30,36], início dos sintomas e trombólise, ICP[13,34,36] e ICP primária ou ambos[11] em pessoas com IAMCSST;
- realização de reperfusão em pessoas com IAMSSST[36];

Quadro 4. Indicadores relacionados aos procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista para cada condição.

Domínio	Indicador
Procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista em pessoas com doença cardíaca coronariana (DCC)[25]	
Processo	Volume anual de intervenção coronária percutânea (ICP) de acordo com o provedor[25].
Processo	Volume anual de ICP de acordo com o centro[25].
Processo	Transfusão de sangue realizada para intervenção coronária peripercutânea[25].
Procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista em pessoas com síndrome coronariana aguda (SCA)[11,19]	
Processo	Proporção de pessoas com SCA submetidas à angiografia coronariana durante a internação[11].
Processo	Proporção de pessoas com SCA submetidas a angiografia coronariana em 48 horas[11].
Processo	Proporção de pessoas com SCA sem alto risco submetidas a testes funcionais, angiografia ou ambos[11].
Processo	Proporção de terapia de reperfusão precoce realizada[19].
Processo	Número de ICP realizadas por ano[19].
Procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista em pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM)[15,23,29,30,31,34]	
Processo	Proporção de estratégia invasiva realizada ≤ 24 horas[29,31].
Processo	Proporção de avaliação dos momentos-chave para a reperfusão[31,34].
Processo	Proporção de pessoas que receberam reperfusão oportuna (dentro do tempo recomendado)[23,29,34].
Processo	Proporção de reperfusão realizada dentro de 12 horas após a apresentação[34].

Processo	Taxa de reperfusão[29,31].
Processo	Proporção de pessoas que receberam ICP em 90 minutos[15].
Processo	Proporção de uso de acesso radial[30].
Procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista em pessoas com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST)[11,13,24,27,28,29,30,34,36]	
Processo	Taxa de reperfusão dentro de 12 horas após a apresentação de pessoas com IAMCSST[13,27,28] Proporção de pessoas com IAMCSST reperfundidas (início dos sintomas até o diagnóstico <12 horas)[36].
Processo	Proporção de pessoas com reperfusão oportuna (IAMCSST)[13,27,28,36]. Proporção de pessoas com IAMCSST que recebem reperfusão oportuna. Oportuno é definido como: <60 minutos desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial em pessoas que se apresentam em hospitais primários de ICP; <90 minutos desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial em pessoas diagnosticadas em um hospital sem ICP ou em ambiente extra-hospitalar e depois transferidos; início da fibrinólise dentro de 10 minutos após o diagnóstico de IAMCSST em pessoas tratadas com fibrinólise[30].
Processo	Proporção de pessoas com IAMCSST admitidas dentro de 12 horas do início dos sintomas e tratadas com reperfusão (independentemente do momento)[30].
Processo	Proporção ou média de tempos de reperfusão em pessoas com IAMCSST[27,28,29,36].
Processo	Proporção de ICP primária realizada em 60 minutos (somente centros ICP e pessoas com IAMCSST)[13,34,36].
Processo	ICP primária recebida em 120 minutos (somente centros não ICP e pessoas com IAMCSST)[13,34].
Processo	Porcentagem de pessoas com tempo <90 minutos desde o primeiro contato médico até o dispositivo[21].
Processo	Modalidade de terapia de reperfusão realizada[24].
Processo	Proporção de pessoas com IAMCSST que chegaram dentro de 12 horas após o início dos sintomas e receberam trombólise ou ICP primária ou ambos[11].
Procedimentos cirúrgicos e de radiologia intervencionista em pessoas com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST)[26,30]	
Processo	Taxa de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico[30].
Processo	Pessoas com terapia de reperfusão[26].

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota:** * Informação sobre o domínio (estrutura-processo-resultado) incluída pelos autores desta revisão; <: menor; ≤: menor ou igual; DCC: doença cardíaca coronária; h: horas; IAM: infarto agudo do miocárdio;

IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; ICP: intervenção coronária percutânea; SCA: síndrome coronária aguda.

3.4 Indicadores relacionados aos serviços de saúde: tratamento

Vinte e dois estudos[10,11,13,14,16,17,18,19,20,21,23,24,26,27,28,29,30,31,32,33,34,36] abordaram indicadores relacionados ao tratamento.

Esses indicadores estão relacionados às seguintes condições de saúde - pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA[10], DCVA[10] - com alto risco de sangramento[10], entre 40 a 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-c basal[10], diabetes[10], PA ≥140/90 mmHg[10], diabetes e doença renal crônica ou hipertensão[10], DCC[16], DIC[32] e diabetes tipo 2[32] ou hipertensão[32], IAM[13,17,27,28,29,30,31,34,36], SCA[11,19,23,24], IAMCSST[13,14,18,21,33,34,36], IAMSSST[13,26,27,28,29,34,36], e síndrome coronária pós-aguda[20].

Os indicadores propostos permitem que serviços de saúde avaliem tratamentos medicamentosos (Quadro 5):

Indicadores de processo:

- prescrição de terapias para redução de lipídios[10], para hipertensão arterial[10] e diabetes[10] em pessoas com DCVA;
- prescrição de inibidor da bomba de prótons e de SGLT2 em pessoas com DCVA[10];
- prescrição de medicamentos: AAS para pessoas com DCC[16], IAM[17], SCA[11,19,23,24] ou IAMCSST[21,33], betabloqueadores para pessoas com DIC[32], IAM[13,27,28,30,31,34,36], SCA[11,24] ou IAMCSST[21,33], IECA/BRA para pessoas com DIC[32], IAM[13,27,28,29,36], SCA[11,19,23,24] ou IAMCSST[21,33], inibidor de P2Y12 para pessoas com IAM[13,27,28,29,30,31,34,36], SCA[19,24] ou IAMCSST[14,21,33], estatinas para pessoas com DIC[32], IAM[13,27,28,29,30,31,34,36], SCA[11,19,23,24] ou IAMCSST[14,21,33], anticoagulante parenteral[30] e terapia antiplaquetária dupla[13,27,28,29,30,34,36] para pessoas com IAM, heparinas[24], heparina de baixo peso molecular[13] ou fondaparinux[13,27,28,29,34] em pessoas IAMSSST, clopidogrel (coplavix, prasugrel ou ticagrelor[11] para pessoas com SCA, hipolipemiantes[32] e anti-hipertensivos[10] para pessoas com DIC;
- realização e tempo de trombólise/fibrinólise em pessoas com IAMCSST[13,18,34,36];
- reperfusão pré-hospitalar em pessoas com IAMSSST[26];
- indicador composto de cinco classes de medicamentos em pessoas com síndrome coronária pós-aguda[20];

Indicadores de resultado:

- avaliação de resultados após os tratamentos em pessoas com risco e com DCVA[10].

Quadro 5. Indicadores relacionados ao tratamento para cada condição.

Domínio*	Indicador
Tratamento medicamentoso em pessoas com risco estabelecido ou alto para doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA)[10]	
Resultado	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que, após tratamento, têm níveis de LDL-c (*low-density lipoprotein cholesterol*) iguais ou abaixo do recomendado para seu risco cardiovascular estimado[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA[10]	
Resultado	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que, após tratamento, têm sua pressão arterial (PA) bem controlada[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA que apresentam alto risco de sangramento[10]	
Processo	Proporção de pessoas em terapia antiplaquetária para DCVA que apresentam alto risco de sangramento e às quais é prescrito um inibidor da bomba de prótons[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA, entre 40 a 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-c basal[10]	
Processo	Proporção de pessoas de 40 a 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-c basal ≥ 1,8 mmol/L (≥70 mg/dL) às quais é prescrita terapia de redução de lipídios[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA estabelecida e diabetes[10]	
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes tipo 2 que recebem prescrição de inibidor de inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT2) ou de agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1)[10].
Resultado	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes que, após tratamento, apresentam níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) <7,0% (53 mmol/mol)[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA estabelecida e PA ≥140/90 mmHg[10]	
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e PA ≥140/90 mmHg às quais é prescrito tratamento para redução da PA[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA, com diabetes e doença renal crônica ou hipertensão[10]	
Processo	Proporção de pessoas com diabetes e doença renal crônica ou hipertensão que recebem prescrição de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DCVA, com diabetes tipo 2 e doença renal crônica[10]	
Processo	Proporção de pessoas com diabetes tipo 2 e doença renal crônica que recebem

	prescrição de SGLT2[10].
Tratamento medicamentoso em pessoas com doença cardíaca coronariana (DCC)[16]	
Processo	Proporção de pessoas com DCC tratadas adequadamente com ácido acetilsalicílico (AAS) ou agente alternativo[16].
Tratamento medicamentoso em pessoas com doença isquêmica do coração (DIC)[32]	
Processo	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatinas pelo menos uma vez por trimestre durante o ano de observação[32].
Processo	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatinas pelo menos uma vez durante o ano de observação[32].
Processo	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatina, betabloqueador e Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)/Bloqueador do Receptor da Angiotensina II (BRA)[32].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DIC e diabetes tipo 2[32]	
Processo	Proporção de pessoas com DIC e diabetes tipo 2 que receberam prescrição de agentes hipolipemiantes no ano de observação[32].
Tratamento medicamentoso em pessoas com DIC e hipertensão[32]	
Processo	Proporção de pessoas com DIC e hipertensão que receberam prescrição de anti-hipertensivos pelo menos uma vez durante o ano de observação[32].
Tratamento medicamentoso em pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM)[13,17,27,28,29,30,31,34,36]	
Processo	Proporção de pessoas que receberam AAS dentro de 12 meses após o evento[17].
Processo	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ≤40% que receberam alta em uso de betabloqueadores, a menos que haja contraindicação[13,27,28,36]. Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso de betabloqueadores[30,31,34]
Processo	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40% que receberam alta com IECA (ou BRA se intolerante ao IECA), a menos que contraindicado[13,27,28,29,36]. Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso IECA (ou BRA se intolerantes a IECA)[30,31,34].
Processo	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12[13,27,28,29,31,34]. Proporção de pessoas com prescrição adequada de inibidor de P2Y12[30,36].
Processo	Proporção de pessoas com IAM que receberam alta em uso de estatinas, a menos

	que haja contraindicação[36].
Processo	Proporção de pessoas que receberam estatinas dentro de 12 meses após o evento[17].
Processo	Proporção de pessoas tratadas com anticoagulante parenteral durante (ou antes) a admissão[30].
Processo	Estatinas de alta intensidade na alta[13,27,28,29,31,34]. Proporção de pessoas que receberam alta hospitalar em uso de estatinas de alta intensidade (definidas como atorvastatina ≥40 mg ou rosuvastatina ≥20 mg), a menos que contraindicado[30].
Processo	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla[13,27,28,29,34,36]. Proporção de pessoas com alta em uso de terapia antiplaquetária dupla[30].
Processo	Proporção de pessoas com menção à duração da terapia antiplaquetária dupla na carta de alta[30].
Tratamento medicamentoso em pessoas com síndrome coronariana aguda (SCA)[11,19,23,24]	
Processo	Proporção de pessoas que receberam AAS na chegada[19].
Processo	Proporção de pessoas que receberam AAS em até 24 horas após a admissão[23]. AAS administrado nas 24 horas[24].
Processo	AAS administrado na alta[24].
Processo	Proporção de uso de betabloqueadores em pessoas com hemodinâmica grave[19].
Processo	Betabloqueadores administrados nas 24 horas[24].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de betabloqueador [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)][11]. Betabloqueadores administrados na alta[24].
Processo	Proporção de uso de IECA ou BRA para pessoas com hemodinâmica grave[19].
Processo	Proporção de pessoas que receberam BRA ou IECA em até 24 horas após a admissão[23,24].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de IECA ou BRA ou ambos [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)][11]. IECA ou BRA administrada na alta[24].
Processo	Proporção de pessoas com prescrição de inibidor P2Y12[19].

Processo	Inibidores do P2Y12 administrados nas 24 horas[24].
Processo	Inibidores do P2Y administrados na alta[24].
Processo	Proporção de pessoas com prescrição de estatinas mais potentes[19].
Processo	Porcentagem de pessoas que receberam estatinas em até 24 horas após a admissão[23,24].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de estatina [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)][11,24].
Processo	Heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular administrada nas 24 horas[24].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam clopidogrel, coplavix, prasugrel ou ticagrelor intra-hospitalar [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)][11].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de AAS ou coplavix. = Pontuação média de adesão hospitalar (%)[11].
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de clopidogrel ou coplavix, ou prasugrel ou ticagrelor. = Pontuação média de adesão hospitalar (%)[11].
Processo	Pessoas com SCA que receberam alta com terapia médica apropriada, ou seja, em uso de um medicamento de cada uma das quatro categorias: AAS, clopidogrel ou coplavix ou prasugrel ou ticagrelor; estatina; betabloqueador; IECA ou BRA ou ambos [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)][11].
Tratamento medicamentoso em pessoas com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST)[13,14,18,21,33,34,36]	
Processo	Proporção de fibrinólise realizada em 30 minutos [somente centros Intervenção coronária percutânea (ICP) primária e pessoas com IAMCSST][13,34,36].
Processo	Tempo de trombólise apropriado para IAMCSST[18].
Processo	Administração de AAS em até 24 horas[21].
Processo	Prescrição de AAS na alta[21].
Processo	AAS iniciado dentro de 6 horas do contato médico e prescrito na alta hospitalar[33].
Processo	Inibidores de P2Y12 recebidos entre primeiro contato médico e laboratório de cateterismo[21].
Processo	Prescrição de inibidor de P2Y12 na alta[14,21,33].
Processo	Estatinas foram iniciadas dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar[33].
Processo	Prescrição de estatina na alta[14,21].

Processo	IECA iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescritos na alta hospitalar[33].
Processo	Prescrição de IECA para FEVE <40%[21].
Processo	Betabloqueador iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar[33].
Processo	Betabloqueadores na alta[21].
Tratamento medicamentoso em pessoas com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST)[13,26,27,28,29,34,36]	
Processo	Reperfusão Pré-hospitalar[26].
Processo	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux[13,27,28,29,34].
Processo	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux, a menos que sejam candidatas para estratégia invasiva imediata (≤2horas) ou tenham taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) <20 ml/min[36].
Processo	Pessoas com IAMSSST que receberam fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular[13].
Tratamento medicamentoso em pessoas com síndrome coronária pós-aguda[20]	
Processo	Indicador composto de cinco classes de medicamentos: na ausência de uma contraindicação/intolerância documentada, a pessoa deve receber em uso de cada uma das cinco classes de medicamentos: aspirina, um segundo agente antiplaquetário, estatina, IECA/BRA e um betabloqueador[20].

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota:** * Informação sobre o domínio (estrutura-processo-resultado) incluída pelos autores desta revisão; %: porcentagem; <: menor; ≤: menor ou igual; ≥: maior ou igual; AAS: ácido acetilsalicílico; BRA: Bloqueador do Receptor da Angiotensina II; DCC: doença cardíaca coronária; DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; DIC: doença isquêmica do coração; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; GLP-1: agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1; HbA1c: hemoglobina glicada; IAM: infarto agudo do miocárdio; IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; ICP: intervenção coronária percutânea; IECA: Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina; LDL-c: *low-density lipoprotein cholesterol* (colesterol de lipoproteína de baixa densidade); mg: miligramas; mg/dL: miligramas por decilitro; ml/min: milímetros por minuto; mmHg: milímetros de mercúrio; mmol/L: milimoles por litro; mmol: milimoles; PA: pressão arterial; SGLT2: inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2; SCA: síndrome coronária aguda; TFGe: taxa de filtração glomerular estimada.

3.5 Indicadores de educação, promoção da saúde e reabilitação de DIC

Dez estudos[10,11,12,16,19,23,26,31,32,35], abordaram indicadores relacionados à educação, promoção da saúde e reabilitação.

Esses indicadores estão relacionados às seguintes condições de saúde - DIC[32], risco estabelecido ou alto para DCVA[10], DCVA[10], SCA[11,12,19,23], IAM[31], IAMCSST[26], IAMSSST[16], síndrome pós-infarto do miocárdio[35], DCC[16].

Os indicadores propostos abaixo permitem que serviços de saúde avaliem a educação, promoção da saúde e reabilitação (Quadro 6).

Indicadores de processo para reabilitação de DIC:

- oferta e encaminhamento para programa de reabilitação cardíaca (RC) para pessoas com DCVA[10];
- reabilitação cardíaca hospitalar e ambulatorial, encaminhamento na alta[11,12], avaliação abrangente (depressão[12], tabagismo[12], capacidade para exercícios[12], adesão a tratamento[12], qualidade de vida[12] e reavaliação[12], receber relatório que descreve os fatores de risco e um plano de manejo contínuo individualizado[12] para pessoas com SCA;
- inclusão de pessoas com IAMCSST em programas de reabilitação[26] e participação, incluindo mulheres e pessoas de minorias étnicas[16];
- encaminhamento na alta[35] e distribuição de material escrito[35] de pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- inscrição antes da alta ou imediatamente após[35] e inscrição e recomendação de RC de pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35];
- comunicação entre médico de referência em pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35];
- avaliação e educação sobre fatores de risco, hábitos alimentares, uso de tabaco, consumo de álcool, e sobre adesão aos tratamentos para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35];
- reavaliação da capacidade de exercícios[35], seguida de prescrição de exercícios apropriados[35], incluindo exercícios tradicionais chineses[35] para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio;
- avaliação e tratamento sobre questões psicológicas para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35];
- realização de reuniões multidisciplinares para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35];
- prolongamento do tempo de reabilitação para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35].

Indicadores de processo para educação e promoção da saúde:

- oferta de educação com foco em estilo de vida, automonitoramento da glicemia e pressão arterial, além de objetivos do tratamento, valores e preferências[10] das pessoas com risco para DCVA;
- oferta de programa para cessação de tabagismo para pessoas com DCVA;
- identificação de pessoas que fumam e apoio para tratamento para pessoas com DCC[16];
- inscrição e participação de pessoas em programa de gerenciamento de DIC e outras doenças[32];
- aconselhamento e reabilitação para tabagismo para pessoas com IAM ou SCA[31];

Indicadores de resultado para educação e promoção da saúde:

- avaliação da cessação de tabagismo para pessoas com risco para DCVA[10];
- pessoas com DIC com vacinação contra influenza atualizada[32].

Quadro 6. Indicadores de educação, promoção da saúde e reabilitação em DIC.

Domínio*	Indicador
Reabilitação cardíaca (RC) para pessoas com doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA)[10]	
Processo	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram encaminhadas para programa de reabilitação cardíaca após um evento cardiovascular agudo ou um procedimento de revascularização eletiva[10].
RC para pessoas com síndrome coronariana aguda (SCA)[11,1,12,19]	
Processo	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta e foram encaminhadas para prevenção secundária[11].
Processo	Encaminhamento para RC: pessoas internadas elegíveis encaminhadas para RC dentro de 3 dias corridos após a alta hospitalar[12].
Processo	Avaliação abrangente: pessoas que iniciam a RC e recebem uma avaliação abrangente dos fatores de risco cardiovascular[12].
Processo	Triagem de depressão: pessoas que iniciam a RC e são examinadas quanto à depressão na fase inicial e reavaliados e recebem aconselhamento (ou encaminhamento para aconselhamento) se os sintomas forem identificados[12].
Processo	Avaliação de tabagismo: pessoas que iniciam a RC e são avaliadas quanto ao uso de tabagismo na avaliação inicial e recebem aconselhamento para parar de fumar se forem fumantes atuais ou recentes[12].
Processo	Avaliação de adesão à medicação: As pessoas que iniciam a RC e são avaliadas quanto à adesão à medicação na avaliação inicial e na reavaliação[12].
Processo	Avaliação da capacidade de exercício: pessoas que iniciam a RC e passam por uma avaliação inicial e reavaliação para determinar a alteração da capacidade de exercício[12].
Processo	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: pessoas que iniciam a RC passam por uma avaliação inicial e reavaliação para determinar qualquer alteração na qualidade de vida relacionada à saúde[12].
Processo	Reavaliação abrangente: pessoas que participam de RC e recebem uma reavaliação abrangente de seus fatores de risco cardiovascular[12].
Processo	Transição de cuidados: pessoas e prestadores de cuidados contínuos recebem um relatório que descreve os fatores de risco da pessoa e um plano de manejo contínuo individualizado[12].
Processo	RC hospitalar[19].
Processo	RC ambulatorial[19].

RC para pessoas com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST)[26]	
Processo	Pessoas incluídas em programas de reabilitação[26].
RC para pessoas com infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST)[16]	
Processo	Proporção de pessoas com indicação de diretriz e que iniciam RC[16].
Processo	Proporção de pessoas do sexo feminino com indicação de diretriz e que iniciam RC[16].
Processo	Proporção de pessoas de minorias étnicas que iniciam RC[16].
RC para pessoas com síndrome pós-infarto do miocárdio[35]	
Processo	Proporção de pessoas que recebem recomendação de RC na orientação de alta[35].
Processo	Proporção de pessoas elegíveis encaminhadas para RC automaticamente no momento da alta[35].
Processo	Proporção de pessoas que recebem convites por escrito e folhetos do programa de RC[35].
Processo	Proporção de pessoas encaminhadas que recebem inscrição imediata para RC[35].
Processo	Proporção de pessoas que são inscritas em programa de RC antes da alta[35].
Processo	Proporção de inscrição e recomendação de RC como indicador para avaliação de desempenho médico[35].
Processo	Proporção de comunicação entre médico de referência e a pessoa sobre RC[35].
Processo	Proporção de avaliação e educação de pessoas em relação aos fatores de risco de doença coronariana[35].
Processo	Proporção de avaliação e educação de pessoas sobre hábitos alimentares[35].
Processo	Proporção de avaliação e educação de pessoas sobre o consumo de tabaco e álcool[35].
Processo	Proporção de reavaliação da capacidade de exercício[35].
Processo	Proporção de prescrição de exercício com base na avaliação da aptidão física[35].
Processo	Proporção de aplicação de exercícios tradicionais chineses[35].
Processo	Proporção de educação sobre a importância da adesão à medicação prescrita[35].
Processo	Proporção de avaliação e tratamento de questões psicológicas[35].
Processo	Proporção de realização de reuniões multidisciplinares[35].

Processo	Proporção de prolongamento do tempo de reabilitação hospitalar[35].
Educação e promoção da saúde para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA[10]	
Processo	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm uma discussão documentada com um membro da equipe multidisciplinar sobre seus objetivos de tratamento, preferências e valores pelo menos anualmente[10].
Processo	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA cuja satisfação com o controle dos fatores de risco é coletada pelo menos uma vez ao ano[10].
Resultado	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que pararam de fumar[10].
Educação e promoção da saúde para pessoas com doença cardíaca coronariana (DCC)[16]	
Processo	Porcentagem de pessoas de risco identificadas, que fumam e para as quais foram oferecidos apoio e tratamento[16].
Educação e promoção da saúde para pessoas com doença isquêmica do coração (DIC)[32]	
Processo	Proporção de pessoas inscritas no programa de gerenciamento de DIC[32].
Processo	Proporção de pessoas com DIC que participaram de um programa de gerenciamento de doenças[32].
Resultado	Proporção de pessoas com DIC com vacinação contra influenza atualizada[32].
Educação e promoção da saúde para pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM)[31]	
Processo	Proporção de pessoas que receberam aconselhamento e reabilitação para tabagismo[31].
Educação e promoção da saúde para pessoas com SCA[23]	
Processo	Pessoas com SCA que receberam aconselhamento ou orientação verbal sobre tabagismo[23].

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota**: * Informação sobre o domínio (estrutura-processo-resultado) incluída pelos autores desta revisão; DCC: doença cardíaca coronariana; DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; DIC: doença isquêmica do coração; IAM: infarto agudo do miocárdio; IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; RC: reabilitação cardíaca; SCA: síndrome coronariana aguda.

3.6 Evidências de avaliações econômicas

A tomada de decisão em saúde é um processo complexo, que depende de evidências científicas, experiências de profissionais e de gestores, e de anuência de usuários, além da disponibilidade de recursos humanos qualificados e tecnologias apropriadas.

As avaliações econômicas em saúde são técnicas que permitem comparar diferentes alternativas de ação propostas, considerando seus custos e suas

consequências para a saúde. Elas têm sido utilizadas como subsídio para a tomada de decisão de incorporação ou não de tecnologias no sistema de saúde[59].

Nos estudos de custo-efetividade (análises de custo-efetividade ou de custo-utilidade) os resultados são apresentados como razão de custo-efetividade incremental - RCEI (ou ICER, do inglês *Incremental Cost Effectiveness Ratio*), que se refere a uma razão entre a diferença de custo e a diferença do ganho em saúde entre duas alternativas em saúde. Nas análises de custo-utilidade, os resultados são expressos como custo por anos de vida ajustados para qualidade - AVAQ (ou QALY, do inglês *Quality-Adjusted Life Years*). O AVAQ é uma medida que combina sobrevida e qualidade de vida[59,60].

Internacionalmente, o uso de limiares de custo-efetividade (entendido como o valor monetário que seria aceitável para fornecer QALY adicionais para a sociedade) na tomada de decisão em saúde foram adotados por Inglaterra, Canadá, Tailândia, Austrália, Polônia, Alemanha, Irlanda, Japão, Suécia, Nova Zelândia, Holanda e Noruega[60].

No Brasil, a incorporação de tecnologias em saúde é conduzida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), criada em 2011, que elabora um relatório de recomendações com base em evidências científicas sobre eficácia e segurança de uma tecnologia cuja incorporação tenha sido demandada por diversos setores da sociedade. O relatório é submetido a consulta pública e a decisão final sobre incorporar ou não a tecnologia no SUS é feita por uma comissão composta por representantes das partes interessadas[61].

Em 2020, iniciou-se um processo para definição do limiar de custo-efetividade para o SUS, sendo definidos os valores de R$40.000,00 por QALY e R$35.000,00 por "anos de vida ganhos" para o ano de 2022. Esses valores de limiar serão atualizados anualmente conforme variação do PIB per capita brasileiro. Em situações coerentes com a hipótese de limiares alternativos, é aceitável um limiar de até 3 vezes o valor de referência. Não estão incluídas nesta regulamentação as tecnologias gênicas, curativas e para doenças ultrarraras (doença que afeta até 1 pessoa em cada 50.000 indivíduos)[60].

Nesta revisão foram selecionados 21 estudos de avaliação econômica. No quadro 8 é apresentada uma síntese dos resultados desses estudos, realizados em sua maioria em países de alta renda, de modo que fornecem pistas sobre custo-efetividade das intervenções, porém não servem para embasar a tomada de decisão em países de baixa renda.

Apenas dois estudos foram realizados considerando especificamente o contexto brasileiro. Scudeler et al. (2018)[51] analisaram, em um hospital público, a probabilidade de a cirurgia de revascularização do miocárdio com circulação

extracorpórea ser custo-efetiva em comparação à cirurgia sem circulação extracorpórea, indicando que ela não é custo-efetiva na perspectiva do sistema de saúde pública. Stella et al. (2019)[55] estudaram a relação custo-utilidade incremental para intervenção coronária percutânea com uso de reserva de fluxo fracionada comparado a ICP guiada por angiografia. A conclusão foi que a intervenção coronária percutânea guiada pela reserva de fluxo fracionada é custo-efetiva no SUS e, que com uma redução mínima de preço do dispositivo essa estratégia pode gerar economia de custos.

Quadro 8. Intervenções analisadas nos estudos de avaliação econômica.

País	Resultado da avaliação econômica
Pessoas assintomáticas com história familiar de doença arterial coronariana (DAC) prematura[57]	
Estados Unidos[57]	Em comparação com a aplicação de um limite de tratamento com estatina de 7,5%, a estratégia de **cálcio da artéria coronária** (CAC) foi mais cara e mais eficaz com uma razão de custo-efetividade incremental (RCEI) de 15.014 dólares americanos/QALY (*Quality-Adjusted Life Years*). A triagem sistemática de CAC e o tratamento de pessoas com história familiar de DAC prematura e doença subclínica foram mais econômicos do que o tratamento com estatinas.
Pessoas com dor torácica estável[37]	
Irlanda do Norte (duas clínicas de acesso rápido)[37]	A **tomografia computadorizada cardíaca** mostrou-se menos custosa e mais eficaz do que o teste de esforço físico, em um limite de disposição para pagar de 20.000 libras por QALY. Porém isso variou de acordo com a probabilidade de DAC.
Pessoas adultas com angina estável e DAC de vaso único angiograficamente grave em terapia antianginal[48]	
Inglaterra (5 hospitais)[48]	Os resultados mostram um aumento nos custos para o grupo **intervenção coronária percutânea** (ICP) em comparação com o grupo placebo, acompanhado por um ganho de saúde pequeno de 18 QALYs por 1000 pessoas. A ICP foi econômica em comparação com o placebo em apenas 11% das simulações.
Pessoas com DAC[38,39,43 ,45,49,52,54]	
Inglaterra e País de Gales (seis centros de reabilitação)[38]	A probabilidade de **treinamento intervalado de alta intensidade** ser custo-efetivo foi de 96%, em comparação ao treinamento em estado estacionário de intensidade moderada, em um limite de disposição a pagar de 20.000 libras por QALY.

Alemanha (coorte de pessoas do Ludwigshafen Heart Center[43]	O tratamento com **inibidores da proproteína convertase de subtilisina/kexina tipo 9** (PCSK9i) é econômico em DAC estável com um limite de 150.000 euros. O uso amplo desse tratamento teria um impacto disruptivo no orçamento de saúde, devendo ser focado em pessoas de risco muito alto (≥3 comorbidades, risco anual de 10%).
Holanda[54]	O uso de **terapia de hipolipemiante intensiva** (terapia diária com altas doses de estatina ou a combinação de ezetimiba com estatinas usuais ou em altas doses) para todas as pessoas com DAC resulta no maior ganho geral de QALY em relação aos custos aceitáveis.
Estados Unidos, Reino Unido, países europeus, Brasil, Alemanha, Suíça (revisão sistemática)[39]	A **ressonância magnética cardíaca** (RMC) mostrou-se mais econômica quando comparada à tomografia computadorizada por emissão de fóton único, angiografia por tomografia computadorizada coronária e angiografia coronária. A RMC é mais econômica quando comparada a estratégias invasivas e não invasivas, principalmente em populações do mundo real com prevalência baixa a intermediária da doença.
Países europeus, Austrália, Suíça, Alemanha (revisão de literatura)[52]	A **RMC** em pessoas com DAC com probabilidade pré-teste abaixo de um certo limite pode ser mais custo-efetiva em comparação a pessoas com probabilidade pré-teste mais alta.
Estados Unidos, Brasil, Suíça, México, República Tcheca, Áustria, Argentina, Holanda, Inglaterra e País de Gales (revisão sistemática)[45]	Os estudos relataram várias faixas da relação custo-efetividade incremental. O maior custo por QALY foi observado nos Estados Unidos para **ICP** versus terapia medicamentosa. O menor custo por QALY foi observado no Brasil para **cirurgia de revascularização do miocárdio** (CRVM) versus terapia medicamentosa.
Holanda (quatro centros)[49]	O **stent de sirolimus** teve maior probabilidade de ser custo-efetivo para cada limite de disposição a pagar até 100.000 euros por QALY, em comparação com stent de zotarolimus. Os resultados sugerem que, devido ao alto volume geral de implante de stents coronários, o uso de stent de sirolimus pode resultar em economias substanciais, complementadas por pequenos benefícios adicionais à saúde.
Pessoas com DAC e um nível basal de LDL-c (*low-density lipoprotein cholesterol*) de 70-100 mg/dL[47]	
Taiwan (com populações hipotéticas)[47]	O uso de **estatina de intensidade moderada** para prevenção secundária (um regime de tratamento esperado para atingir LDL-c <70 mg/dL), em comparação ao não uso de estatinas, apresentou probabilidades de ser econômico em limite de disposição para pagar de um e três produtos internos brutos per capita por QALY, de 51,1% e 94,2%, respectivamente. Reduzir o nível alvo de LDL-c de 100 para 70 mg/dL entre pessoas com DAC sem tratamento prévio pode ser

	econômico, dados os benefícios à saúde decorrentes da prevenção de eventos cardiovasculares e mortes.
Pessoas elegíveis para ICP primária[56]	
Reino Unido[56]	O modelo 1 (doença multiarterial) comparou dois métodos diferentes de teste de isquemia, **RMC ou reserva de fluxo fracionada** (FFR), versus ecocardiografia de estresse. O modelo 2 (sem obstrução de artérias) comparou **RMC com ecocardiografia** padrão versus ecocardiografia padrão sozinha. Os custos incrementais e QALYs em ambos os modelos foram pequenos. A precisão diagnóstica dos testes foi o principal impulsionador da relação custo-benefício para ambos os grupos de pessoas.
Pessoas com DAC submetidos CRVM e ICP com stents medicamentosos[44]	
Irã (hospitais de Shiraz)[44]	Do ponto de vista das pessoas, do *Seattle Angina questionnaire*, e do instrumento *short form of 36 items*, a **CRVM** economizou custos, em comparação com a ICP com stent medicamentoso.
Pessoas com doença isquêmica do coração ou insuficiência cardíaca[40,42]	
França (Hospital Universitário de Nice)[40]	Mobilidade, atividades habituais e desconforto melhoraram significativamente em ambos os grupos (**atividade física** progressivamente autônoma comparada a atividade física supervisionada). Um programa de atividade física é economicamente viável para proporcionar melhor qualidade de vida e reduzir o consumo de cuidados de saúde em pessoas cardiovasculares.
Região da Dinamarca Central (três hospitais)[42]	A probabilidade de que estratégias de **educação para aprendizagem e enfrentamento**, comparada a educação padrão em reabilitação cardíaca, seria custo-efetiva mostrou-se improvável numa perspectiva social, dentro de cinco meses de acompanhamento.
Pessoas com DAC multiarterial[46,51,55]	
Japão (população do registro *Coronary Revascularization Demonstrating Outcome* Kyoto)[46]	A probabilidade da relação custo-benefício do **inibidor de PCSK9 mais estatina**, em comparação à terapia padrão (monoterapia com estatina), mostrou boa relação custo-efetividade para pessoas com DAC de três vasos e hipercolesterolemia familiar mal controlada.
Brasil (um hospital público)[51]	A probabilidade de que a **CRVM com circulação extracorpórea** seja custo-efetiva em comparação à cirurgia sem circulação extracorpórea, foi <1% para um limite de disposição a pagar de 3.212 dólares por QALY ganho, e de 35% para o limite de 10.122 dólares por QALY. Os resultados sugerem que a cirurgia com circulação extracorpórea não é

	custo-efetiva na perspectiva do sistema de saúde pública.
Brasil (perspectiva do Sistema Único de Saúde - SUS)[55]	A relação custo-utilidade incremental para **ICP com uso de RFF**, comparado a ICP guiada por angiografia, foi de 2.780 dólares internacionais/QALY. A ICP guiada por RFF é custo-efetiva no SUS; com uma redução mínima de preço do dispositivo, a RFF pode gerar economia de custos.
Pessoas com infarto agudo do miocárdio e DAC multiarterial complicada por choque cardiogênico[50]	
Países europeus (ensaio com pessoas de 83 centros)[50]	A **ICP do vaso-alvo** com revascularização adicional em estágios, comparada a ICP multiarterial imediata, mostrou-se custo-efetiva >64% em um limite de 30.000 euros. A custo-efetividade melhorou com a idade da pessoa e para aqueles sem diabetes.
Pessoas com mais de 75 anos com DAC submetidos a ICP por angina estável, isquemia silenciosa ou síndrome coronariana aguda[41]	
França, Inglaterra, Espanha, Bélgica e Suíça (ensaio multicêntrico)[41]	O uso de **stents de liberação de drogas** em vez de stents metálicos convencionais, combinados com uma curta duração de terapia antiplaquetária dupla, em pessoas idosas, induziu um custo mais alto para maior eficácia em cada um dos cinco países estudados. Assumindo uma disposição de pagar de 50.000/QALY, houve 40% a 50% de chance de que o uso do stent eluidor seja econômico em quatro países.
Pessoas com DAC ou com DAC e doença arterial periférica combinadas, ou pessoas com DAC e infarto do miocárdio prévio e insuficiência renal, ou pessoas com DAC e insuficiência cardíaca[53]	
Holanda[53]	As análises econômicas mostraram efeitos benéficos em pessoas tratadas com **rivaroxabana combinada a ácido acetilsalicílico (AAS)**, com redução na mortalidade cardiovascular e ocorrência reduzida de acidente vascular cerebral. A rivaroxabana em combinação com AAS é uma opção de tratamento custo-efetiva em pessoas com DAC estável, sendo ainda mais custo-efetiva em subgrupos de alto risco.

Fonte: Elaboração dos autores. **Nota:** %: porcentagem; <: menor; >: maior; ≥: maior ou igual; AAS: ácido acetilsalicílico; CAC: cálcio da artéria coronária; CRVM: cirurgia de revascularização do miocárdio; DAC: doença arterial coronariana; ICP: intervenção coronária percutânea; LDL-c: *low-density lipoprotein cholesterol*; mg/dL: miligramas por decilitro; PCSK9: inibidores da pró-proteína convertase de subtilisina/kexina tipo 9; QALY: *Quality-Adjusted Life Years*; RCEI: relação custo-efetividade incremental;RFF: reserva de fluxo fracionada; RMC: ressonância magnética cardíaca; SUS: Sistema Único de Saúde.

4. Referências

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems – improving performance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. 215 p. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true.

2. Cox JL. Why We Need More and Better Cardiovascular Disease Quality Indicators. Can J Cardiol [Internet]. 2017 Apr;33(4):416-419. Epub 2016 Nov 3. doi: 10.1016/j.cjca.2016.10.027. Disponível em: https://onlinecjc.ca/action/showPdf?pii=S0828-282X%2816%2931080-7

3. Agency for Healthcare Research and Quality. Types of Health Care Quality Measures [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015 Jul [Acesso em: 07 fev. 2025]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html

4. Nogueira OJ, Bittar V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde [Internet]. Rev Adm Saúde. 2001 Jul–Set;3(12). Disponível em: https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf

5. Agency for Healthcare Research and Quality. Six Domains of Healthcare Quality [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2022 Dec [Acesso em 07 fev 2025]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html.

6. Tu JV, Abrahamyan L, Donovan LR, Boom N; Canadian Cardiovascular Society Quality Indicators Steering Committee. Best practices for developing cardiovascular quality indicators. Can J Cardiol. 2013 Nov;29(11):1516-9. doi: 10.1016/j.cjca.2013.05.012.

7. Haby MM, Clark R. Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências. BIS [Internet] 2016; p.32-42. [Acesso em: 7 fev 2025]. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024035/bis-v17n1-politicas-de-saude-32-42.pdf

8. Silva LALB, Domene FM, Silva JL, Poderoso RE, Toma TS. PROTOCOLO DE REVISÃO RÁPIDA - Doenças isquêmicas do coração: indicadores de capacidade de resposta do sistema de saúde. ResearchGate, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/386453956_PROTOCOLO_DE_REVISAO_RAPIDA_-_Doencas_isquemicas_do_coracao_indicadores_de_capacidade_de_resposta_do_sistema_de_saude

9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016; 5: 210.

10. Aktaa S, Gencer B, Arbelo E, Davos CH, Désormais I, Hollander M, Abreu A, Ambrosetti M, Bäck M, Carballo D, Crawford C, Deaton C, Dendale P, Eijsvogels TMH, Galbraith M, Piepoli MF, Salzwedel A, Smulders Y, Wilhelm M, Biondi-Zoccai G, Mach F, Visseren FLJ, Gale CP. European Society of Cardiology Quality Indicators for Cardiovascular Disease Prevention: developed by the Working Group for Cardiovascular Disease Prevention Quality Indicators in collaboration with the European Association for Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol. 2022b May 25;29(7):1060-1071. doi: 10.1093/eurjpc/zwab160. Erratum in: Eur J Prev Cardiol. 2024 Sep 20;31(13):e102. doi: 10.1093/eurjpc/zwad397.

11. Aliprandi-Costa B, Sockler J, Kritharides L, Morgan L, Snell LC, Gullick J, Brieger D, Ranasinghe I. The contribution of the composite of clinical process indicators as a measure of hospital performance in the management of acute coronary syndromes-insights from the CONCORDANCE registry. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2017 Jan 1;3(1):37-46. doi: 10.1093/ehjqcco/qcw023.

12. Astley CM, Beleigoli A, Tavella R, Hendriks J, Gallagher C, Tirimacco R, Wilson G, Barry T, Clark RA. Assessing the quality of cardiac rehabilitation programs by measuring adherence to the Australian quality indicators. BMC Health Serv Res. 2022 Feb 28;22(1):267. doi: 10.1186/s12913-022-07667-2.

13. Bebb O, Hall M, Fox KAA, Dondo TB, Timmis A, Bueno H, Schiele F, Gale CP. Performance of hospitals according to the ESC ACCA quality indicators and 30-day mortality for acute myocardial infarction: national cohort study using the United Kingdom Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP) register. Eur Heart J. 2017 Apr 1;38(13):974-982. doi: 10.1093/eurheartj/ehx008.

14. Bosmans S, Sluyts Y, Lysens de Oliveira E Silva-Van Acker J, Van Caenegem O, Sinnaeve PR, Dubois P, Vranckx P, Gevaert S, Coussement P, Beauloye C, Evrard P, Argacha JF, De Raedt H, Wouters K, Claeys MJ. Adherence to quality indicators for ST-elevation myocardial infarction and its relation to mortality: a hospital network analysis from the Belgian STEMI database. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2021 Oct 28;7(6):601-607. doi: 10.1093/ehjqcco/qcaa067.

15. Cecil E, Bottle A, Esmail A, Vincent C, Aylin P. What is the relationship between mortality alerts and other indicators of quality of care? A national cross-sectional study. J Health Serv Res Policy. 2020 Jan;25(1):13-21. doi: 10.1177/1355819619847689.

16. Gale C, Arden C, Bakhai A, Grothier L, Gray HH, Williams H. Development of delivery indicators and delivery enablers for cardiovascular disease in the UK: a modified Delphi study. BMJ Open Qual. 2024 Feb 26;13(1):e002634. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002634.

17. Huber CA, Scherer M, Rapold R, Blozik E; Swiss Quality Indicator for Primary Care (SQIPRICA) Working Group members were. Evidence-based quality indicators for primary healthcare in association with the risk of hospitalisation: a population-based cohort study in Switzerland. BMJ Open. 2020 Apr 23;10(4):e032700. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032700.

18. Jones P, Le Fevre J, Harper A, Wells S, Stewart J, Curtis E, Reid P, Ameratunga S. Effect of the Shorter Stays in Emergency Departments time target policy on key indicators of quality of care. N Z Med J. 2017 May 12;130(1455):35-44.

19. Kanaoka K, Iwanaga Y, Nakai M, Nishioka Y, Myojin T, Kubo S, Okada K, Soeda T, Noda T, Sakata Y, Miyamoto Y, Saito Y, Imamura T. Hospital- and Patient-Level Analysis of Quality Indicators in Acute Coronary Syndrome Care: A Nationwide Database Study. Can J Cardiol. 2023 Apr;39(4):515-523. doi: 10.1016/j.cjca.2022.12.001.

20. Kasargod C, Devlin G, Lee M, White HD, Kerr AJ. Prescribing Performance Post-Acute Coronary Syndrome Using a Composite Medication Indicator: ANZACS-QI 24. Heart Lung Circ. 2020 Jun;29(6):824-834. doi: 10.1016/j.hlc.2019.05.179.

21. Mahmoud MS, Hassan AKM. Adherence to Quality Indicators for ST-Elevation Myocardial Infarction Management: An Egyptian Experience. Curr Probl Cardiol. 2024 Jan;49(1 Pt A):102035. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.102035.

22. Maier GSO, Martins EA, Dellaroza MS. Indicadores pré-hospitalares na avaliação da qualidade da assistência ao pessoa com síndrome coronariana aguda [Pre hospital indicators in assessing the quality of care for patients with acute coronary syndrome]. Rev Gaucha Enferm. 2015 Sep;36(3):49-55. Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2015.03.50869.

23. Maier GSO, Martins EA. Health care for patients with acute coronary syndrome according to quality indicators. Rev Bras Enferm. 2016 Jul-Aug;69(4):757-64. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167.2016690420i.

24. Marino BC, Marcolino MS, Reis Júnior Rdos S, França AL, Passos PF, Lemos TR, Antunes Ide O, Ferreira CG, Antunes AP, Ribeiro AL. Epidemiological Profile and Quality Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome in Northern Minas

Gerais - Minas Telecardio 2 Project. Arq Bras Cardiol. 2016 Aug;107(2):106-15. doi: 10.5935/abc.20160095.

25. Quraishi AU, Lambert LJ, Madan M, Gong Y, Forsey A, Galbraith D, Gill N, Oakes GH, Lavoie A, Carere RG, Welsh RC; PCI Quality Indicator Working Group. Quality of Care for Percutaneous Coronary Intervention: Development of Canadian Cardiovascular Society Quality Indicators. Can J Cardiol. 2016 Dec;32(12):1570-1573. doi: 10.1016/j.cjca.2016.07.511.

26. Rodríguez-Ramos MA, Santos-Medina M, Dueñas-Herrera A, Prohías Martínez JA, Rivas-Estany E. A collaborative approach to develop indicators for quality of care for ST segment Elevation Myocardial Infarction in networks without coronary intervention: A position paper. Int J Risk Saf Med. 2024;35(1):91-100. doi: 10.3233/JRS-220057.

27. Rossello X, Medina J, Pocock S, Van de Werf F, Chin CT, Danchin N, Lee SW, Huo Y, Bueno H. Assessment of quality indicators for acute myocardial infarction management in 28 countries and use of composite quality indicators for benchmarking. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020 Dec;9(8):911-922. doi: 10.1177/2048872620911853.

28. Rossello X, Massó-van Roessel A, Perelló-Bordoy A, Mas-Lladó C, Ramis-Barceló MF, Vives-Borrás M, Pons J, Peral V. Assessment of the ESC quality indicators in patients with acute myocardial infarction: a systematic review. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2021 Oct 27;10(8):878-889. doi: 10.1093/ehjacc/zuab042.

29. Schiele F, Gale CP, Simon T, Fox KAA, Bueno H, Lettino M, Tubaro M, Puymirat E, Ferrières J, Meneveau N, Danchin N. Assessment of Quality Indicators for Acute Myocardial Infarction in the FAST-MI (French Registry of Acute ST-Elevation or Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) Registries. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017 Jun;10(6):e003336. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003336.

30. Schiele F, Aktaa S, Rossello X, Ahrens I, Claeys MJ, Collet JP, Fox KAA, Gale CP, Huber K, Iakobishvili Z, Keys A, Lambrinou E, Leonardi S, Lettino M, Masoudi FA, Price S, Quinn T, Swahn E, Thiele H, Timmis A, Tubaro M, Vrints CJM, Walker D, Bueno H; ESC Scientific Document Group; Halvorsen S, Jernberg T, Jortveit J, Blöndal M, Ibanez B, Hassager C. 2020 Update of the quality indicators for acute myocardial infarction: a position paper of the Association for Acute Cardiovascular Care: the study group for quality indicators from the ACVC and the NSTE-ACS guideline group. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2021 Apr 8;10(2):224-233. doi: 10.1093/ehjacc/zuaa037.

31. Schiele F, Gale CP, Simon T, Fox KAA, Bueno H, Lettino M, Tubaro M, Puymirat E, Ferrières J, Ecarnot F, Danchin N, Meneveau N. The 2020 ESC-ACVC quality

indicators for the management of acute myocardial infarction applied to the FAST-MI registries. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2021a Apr 8;10(2):207-215. doi: 10.1093/ehjacc/zuab010.

32. Schüttig W, Flemming R, Mosler CH, Leve V, Reddemann O, Schultz A, Brua E, Brittner M, Meyer F, Pollmanns J, Martin J, Czihal T, von Stillfried D, Wilm S, Sundmacher L. Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. BMC Health Serv Res. 2022 Aug 9;22(1):1015. doi: 10.1186/s12913-022-08327-1.

33. Sedra B, Fakher M, Sabri S, Elsherif A, Kamer LA. Assessment of Hospital Performance Using Quality of Care Indicators in Patients with Acute Coronary Syndrome. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2022 Mar. 19 [cited 2025 Jan. 8];10(B):1230-41. Disponível em: https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/8594

34. Wilkinson C, Bebb O, Dondo TB, Munyombwe T, Casadei B, Clarke S, Schiele F, Timmis A, Hall M, Gale CP. Sex differences in quality indicator attainment for myocardial infarction: a nationwide cohort study. Heart. 2019 Apr;105(7):516-523. doi: 10.1136/heartjnl-2018-313959. Epub 2018 Nov 23.

35. Zheng X, Zhang M, Zheng Y, Zhang Y, Wang J, Zhang P, Yang X, Li S, Ding R, Siqin G, Hou X, Chen L, Zhang M, Sun Y, Wu J, Yu B. Quality indicators for cardiac rehabilitation after myocardial infarction in China: a consensus panel and practice test. BMJ Open. 2020 Dec 30;10(12):e039757. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039757.

36. Zusman O, Bebb O, Hall M, et al. International comparison of acute myocardial infarction care and outcomes using quality indicators. Heart 2019;105:820-825.

37. **Agus** AM, McKavanagh P, Lusk L, Verghis RM, Walls GM, Ball PA, Trinick TR, Harbinson MT, Donnelly PM. The cost-effectiveness of cardiac computed tomography for patients with stable chest pain. Heart. 2016 Mar;102(5):356-62. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308247.

38. Albustami M, Hartfiel N, Charles JM, Powell R, Begg B, Birkett ST, Nichols S, Ennis S, Hee SW, Banerjee P, Ingle L, Shave R, McGregor G, Edwards RT. Cost-effectiveness of High-Intensity Interval Training (HIIT) vs Moderate Intensity Steady-State (MISS) Training in UK Cardiac Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2024 Apr;105(4):639-646. doi: 10.1016/j.apmr.2023.09.005.

39. Azari S, Pourasghari H, Fazeli A, Ghorashi SM, Arabloo J, Rezapour A, Behzadifar M, Khorgami MR, Salehbeigi S, Omidi N. Cost-effectiveness of cardiovascular

magnetic resonance imaging compared to common strategies in the diagnosis of coronary artery disease: a systematic review. Heart Fail Rev. 2023 Nov;28(6):1357-1382. doi: 10.1007/s10741-023-10334-1.

40. Bailly L, Mossé P, Diagana S, Fournier M, d'Arripe-Longueville F, Diagana O, Gal J, Grebet J, Moncada M, Domerego JJ, Radel R, Fabre R, Fuch A, Pradier C. "As du Coeur" study: a randomized controlled trial on quality of life impact and cost effectiveness of a physical activity program in patients with cardiovascular disease. BMC Cardiovasc Disord. 2018 Dec 6;18(1):225. doi: 10.1186/s12872-018-0973-3.

41. Bulsei J, Butel T, Varenne O, Cook S, Cuisset T, Carrié D, Hovasse T, Morice MC, Sinnaeve PR, Durand-Zaleski I; SENIOR Trial Participants. Cost-Effectiveness of Drug-Eluting Stents in Elderly Patients With Coronary Artery Disease: The SENIOR Trial. Value Health. 2019 Dec;22(12):1355-1361. doi: 10.1016/j.jval.2019.07.008.

42. Dehbarez, N.T., Lynggaard, V., May, O. et al. Learning and coping strategies versus standard education in cardiac rehabilitation: a cost-utility analysis alongside a randomised controlled trial. BMC Health Serv Res 15, 422 (2015). doi: 10.1186/s12913-015-1072-0

43. Dressel A, Schmidt B, Schmidt N, Laufs U, Fath F, Chapman MJ, Grammer TB, März W. Cost effectiveness of lifelong therapy with PCSK9 inhibitors for lowering cardiovascular events in patients with stable coronary artery disease: Insights from the Ludwigshafen Risk and Cardiovascular Health cohort. Vascul Pharmacol. 2019 Sep;120:106566. doi: 10.1016/j.vph.2019.106566.

44. Fakhrzad N, Barouni M, Goudarzi R, Kojuri J, Jahani Y, Tasavon Gholamhoseini M. Cost-effectiveness analysis of coronary arteries bypass grafting (CABG) and percutaneous coronary intervention (PCI) through drug stent in iran: a comparative study. Cost Eff Resour Alloc. 2023 Feb 15;21(1):16. doi: 10.1186/s12962-023-00426-y.

45. Gholami SS, Azar FEF, Rezapour A, Tajdini M. Cost-effectiveness of coronary artery bypass graft and percutaneous coronary intervention compared to medical therapy in patients with coronary artery disease: a systematic review. Heart Fail Rev. 2019 Nov;24(6):967-975. doi: 10.1007/s10741-019-09811-3.

46. Kodera S, Morita H, Kiyosue A, Ando J, Takura T, Komuro I. Cost-Effectiveness of PCSK9 Inhibitor Plus Statin in Patients With Triple-Vessel Coronary Artery Disease in Japan. Circ J. 2018 Sep 25;82(10):2602-2608. doi: 10.1253/circj.CJ-17-1455.

47. Lin FJ, Shyu KG, Hsieh IC, Huey-Herng Sheu W, Tu ST, Yeh SJ, Chen CI, Lu KC, Wu CC, Shau WY, Inocencio TJ, Wen YC, Yeh HI. Cost-effectiveness of statin therapy for secondary prevention among patients with coronary artery disease and baseline LDL-C 70-100 mg/dL in Taiwan. J Formos Med Assoc. 2020 May;119(5):907-916. doi: 10.1016/j.jfma.2020.01.010.

48. McCreanor V, Nowbar A, Rajkumar C, Barnett AG, Francis D, Graves N, Boden WE, Weintraub WS, Al-Lamee R, Parsonage WA. Cost-effectiveness analysis of percutaneous coronary intervention for single-vessel coronary artery disease: an economic evaluation of the ORBITA trial. BMJ Open. 2021 Feb 9;11(2):e044054. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044054.

49. Ploumen, E.H., Wolcherink, M.J.O., Buiten, R.A. et al. Cost-Effectiveness of Three Different New-Generation Drug-Eluting Stents in the Randomised BIO-RESORT Trial at 3 Years. PharmacoEconomics Open (2024). doi: 10.1007/s41669-024-00539-x

50. Robles-Zurita JA, Briggs A, Rana D, Quayyum Z, Oldroyd KG, Zeymer U, Desch S, de Waha-Thiele S, Thiele H. Economic evaluation of culprit lesion only PCI vs. immediate multivessel PCI in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: the CULPRIT-SHOCK trial. Eur J Health Econ. 2020 Nov;21(8):1197-1209. doi: 10.1007/s10198-020-01235-3

51. Scudeler TL, Hueb WA, Farkouh ME, Maron DJ, de Soárez PC, Campolina AG, Takiuti ME, Rezende PC, Godoy LC, Hueb AC, Lima EG, Garzillo CL, Ramires JAF, Kalil Filho R. Cost-effectiveness of on-pump and off-pump coronary artery bypass grafting for patients with coronary artery disease: Results from the MASS III trial. Int J Cardiol. 2018 Dec 15;273:63-68. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.08.044.

52. Siddiqui TA, Chamarti KS, Tou LC, Demirjian GA, Noorani S, Zink S, Umair M. The Merits, Limitations, and Future Directions of Cost-Effectiveness Analysis in Cardiac MRI with a Focus on Coronary Artery Disease: A Literature Review. J Cardiovasc Dev Dis. 2022 Oct 17;9(10):357. doi: 10.3390/jcdd9100357.

53. Spoorendonk JA, Briere JB, Bowrin K, Millier A, Coppens M, Tempelaar S, Verheggen B. Clinical implications and cost-effectiveness analysis of rivaroxaban in patients with coronary artery disease or peripheral arterial disease in the Netherlands. J Med Econ. 2021 Jan-Dec;24(1):1231-1239. doi: 10.1080/13696998.2021.1997024.

54. Stam-Slob MC, van der Graaf Y, Greving JP, Dorresteijn JA, Visseren FL. Cost-Effectiveness of Intensifying Lipid-Lowering Therapy With Statins Based on

Individual Absolute Benefit in Coronary Artery Disease Patients. J Am Heart Assoc. 2017 Feb 18;6(2):e004648. doi: 10.1161/JAHA.116.004648.

55. Stella SF, Polanczyk CA, Arvandi M, Siebert U. Cost utility of fractional flow reserve-guided percutaneous coronary intervention in multivessel coronary artery disease in Brazil. Int J Qual Health Care. 2019 Nov 30;31(9):676-681. doi: 10.1093/intqhc/mzy240.

56. Stokes EA, Doble B, Pufulete M, Reeves BC, Bucciarelli-Ducci C, Dorman S, Greenwood JP, Anderson RA, Wordsworth S. Cardiovascular magnetic resonance in emergency patients with multivessel disease or unobstructed coronary arteries: a cost-effectiveness analysis in the UK. BMJ Open. 2019 Jul 11;9(7):e025700. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025700.

57. Venkataraman P, Kawakami H, Huynh Q, Mitchell G, Nicholls SJ, Stanton T, Tonkin A, Watts GF, Marwick TH; CAUGHT-CAD investigators. Cost-Effectiveness of Coronary Artery Calcium Scoring in People With a Family History of Coronary Disease. JACC Cardiovasc Imaging. 2021 Jun;14(6):1206-1217. doi: 10.1016/j.jcmg.2020.11.008.

58. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Syst Rev 2021; 10: 89.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 132 p.

60. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. O uso de limiares de custo-efetividade nas decisões em saúde: recomendações da comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. Brasília – DF, 2022.

61. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 28 abr. 2011. Seção 1, p. 1

Apêndices

Apêndice 1. Estratégias de busca nas fontes de informação de literatura científica realizadas em 19/11/2024

Base	Termos e estratégias de busca	Número de referências
Pubmed	((((((((((((((("Myocardial Ischemia"[MeSH Terms]) OR ("Heart Disease Ischemic"[MeSH Terms])) OR ("Disease, Ischemic Heart"[MeSH Terms])) OR ("Diseases, Ischemic Heart"[MeSH Terms])) OR ("Heart Diseases, Ischemic"[MeSH Terms])) OR ("Ischemic Heart Diseases"[MeSH Terms])) OR ("Ischemia, Myocardial"[MeSH Terms])) OR ("Ischemias, Myocardial"[MeSH Terms])) OR ("Myocardial Ischemias"[MeSH Terms])) OR ("Ischemic Heart Disease"[MeSH Terms])) OR ("Myocardial Ischemia"[Title/Abstract])) OR ("Heart Disease Ischemic"[Title/Abstract])) OR ("Ischemic Heart Diseases"[Title/Abstract])) OR ("Myocardial Ischemias"[Title/Abstract])) OR ("Ischemic Heart Disease"[Title/Abstract])) OR ((((((((((((((((((((((("Coronary Artery Disease"[MeSH Terms]) OR ("Artery Disease, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Artery Diseases, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Artery Diseases"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Arteriosclerosis"[MeSH Terms])) OR ("Arterioscleroses, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Arterioscleroses"[MeSH Terms])) OR ("Arteriosclerosis, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Atherosclerosis, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Atheroscleroses, Coronary"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Atheroscleroses"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Atherosclerosis"[MeSH Terms])) OR ("Left Main Coronary Artery Disease"[MeSH Terms])) OR ("Left Main Coronary Disease"[MeSH Terms])) OR ("Left Main Disease"[MeSH Terms])) OR ("Left Main Diseases"[MeSH Terms])) OR ("Coronary Artery Disease"[Title/Abstract])) OR ("Coronary Artery Diseases"[Title/Abstract])) OR ("Coronary Arteriosclerosis"[Title/Abstract])) OR ("Coronary Arterioscleroses"[Title/Abstract])) OR ("Coronary Atheroscleroses"[Title/Abstract])) OR ("Coronary Atherosclerosis"[Title/Abstract])) OR ("Left Main Coronary Artery Disease"[Title/Abstract])) OR ("Left Main Coronary Disease"[Title/Abstract])) OR ("Left Main Disease"[Title/Abstract])) OR ("Left Main Diseases"[Title/Abstract]))) AND ((((((((((((((((((((("Quality Indicators, Health Care"[MeSH Terms]) OR ("Quality Indicators, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Indicator"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Indicators"[MeSH Terms])) OR ("Indicator, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Indicators, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Quality Indicator, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Global Trigger Tool, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Global Trigger Tool"[MeSH Terms])) OR ("Health Metrics"[MeSH Terms])) OR ("Health Metric"[MeSH Terms])) OR ("Metrics, Health"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Indicator"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Global Trigger Tool"[Title/Abstract])) OR ("Health Metrics"[Title/Abstract])) OR ("Health Metric"[Title/Abstract])) OR ((((((((("Health Care Evaluation Mechanisms"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Evaluation Mechanisms"[MeSH Terms])) OR ("Evaluation Mechanism, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Evaluation Mechanisms, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Evaluation Mechanism"[MeSH Terms])) OR ("Mechanism, Healthcare Evaluation"[MeSH Terms])) OR ("Mechanisms, Healthcare Evaluation"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Evaluation Mechanisms"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Evaluation Mechanisms"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Evaluation Mechanism"[Title/Abstract]))) OR (("Health Care Quality, Access, and Evaluation"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Quality, Access, and Evaluation"[MeSH Terms]))) OR ((((((((((((((("Process Assessment, Health Care"[MeSH Terms]) OR	1.480

	("Process Assessment (Health Care)"[MeSH Terms])) OR ("Assessment, Process (Health Care)"[MeSH Terms])) OR ("Assessments, Process (Health Care)"[MeSH Terms])) OR ("Process Assessments (Health Care)"[MeSH Terms])) OR ("Assessment, Process"[MeSH Terms])) OR ("Assessments, Process"[MeSH Terms])) OR ("Process Assessment"[MeSH Terms])) OR ("Process Assessments"[MeSH Terms])) OR ("Process Measures"[MeSH Terms])) OR ("Measure, Process"[MeSH Terms])) OR ("Measures, Process"[MeSH Terms])) OR ("Process Measure"[MeSH Terms])) OR ("Process Assessments"[Title/Abstract])) OR ("Process Assessment"[Title/Abstract])) OR ("Process Measures"[Title/Abstract])) OR ("Process Measure"[Title/Abstract]))) OR ((((((((((((((((((((("Quality Assurance, Health Care"[MeSH Terms]) OR ("Health Care Quality Assurance"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Assurance"[MeSH Terms])) OR ("Assurance, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Assurances, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Assurances"[MeSH Terms])) OR ("Quality Assurances, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Quality Assurance, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Assessment"[MeSH Terms])) OR ("Assessment, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Assessments, Healthcare Quality"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Quality Assessments"[MeSH Terms])) OR ("Quality Assessments, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Quality Assessment, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Quality Assessment, Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Quality Assessment"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Quality Assurance"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Quality Assurance"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Quality Assurances"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Quality Assessment"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Quality Assessments"[Title/Abstract])) OR ("Health Care Quality Assessment"[Title/Abstract]))) OR (("Quality-Adjusted Life Years"[MeSH Terms]) OR ("Life Year, Quality-Adjusted"[MeSH Terms])) OR ("Life Years, Quality-Adjusted"[MeSH Terms])) OR (QALYs[MeSH Terms])) OR (QUALYs[MeSH Terms])) OR (QUALY[MeSH Terms])) OR ("Quality Adjusted Life Year"[MeSH Terms])) OR ("Quality-Adjusted Life Year"[MeSH Terms])) OR ("Quality Adjusted Life Years"[MeSH Terms])) OR ("Adjusted Life Years"[MeSH Terms])) OR ("Adjusted Life Year"[MeSH Terms])) OR ("Life Year, Adjusted"[MeSH Terms])) OR ("Life Years, Adjusted"[MeSH Terms])) OR ("Years, Adjusted Life"[MeSH Terms])) OR ("Healthy Years Equivalents"[MeSH Terms])) OR ("Healthy Years Equivalent"[MeSH Terms])) OR ("Equivalents, Healthy Years"[MeSH Terms])) OR ("Quality-Adjusted Life Years"[Title/Abstract])) OR (QALYs[Title/Abstract])) OR (QUALYs[Title/Abstract])) OR (QUALY[Title/Abstract])) OR ("Quality Adjusted Life Year"[Title/Abstract])) OR ("Quality-Adjusted Life Year"[Title/Abstract])) OR ("Quality Adjusted Life Years"[Title/Abstract])) OR ("Adjusted Life Years"[Title/Abstract])) OR ("Adjusted Life Year"[Title/Abstract])) OR ("Healthy Years Equivalents"[Title/Abstract])) OR ("Healthy Years Equivalent"[Title/Abstract]))) OR ((((((((((("Disability-Adjusted Life Years"[MeSH Terms]) OR ("Disability-Adjusted Life Year"[MeSH Terms])) OR ("Disability Adjusted Life Years"[MeSH Terms])) OR ("Life Year, Disability-Adjusted"[MeSH Terms])) OR ("Life Years, Disability-Adjusted"[MeSH Terms])) OR (DALYs[MeSH Terms])) OR ("Years Lived With Disability"[MeSH Terms])) OR ("Disability-Adjusted Life Years"[Title/Abstract])) OR ("Disability-Adjusted Life Year"[Title/Abstract])) OR ("Disability Adjusted Life Years"[Title/Abstract])) OR (DALYs[Title/Abstract])) OR ("Years Lived With Disability"[Title/Abstract]))) OR ((((((((((((((((((((((("Healthcare Economics and Organizations"[MeSH Terms]) OR ("Health Care Economics and Organizations"[MeSH Terms])) OR ("Health Economics"[MeSH Terms])) OR ("Economic, Health"[MeSH Terms])) OR ("Health Economic"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Economics"[MeSH Terms])) OR ("Care Economic, Health"[MeSH Terms])) OR ("Economic, Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Economics, Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Economic"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Economics"[MeSH Terms])) OR ("Economic, Healthcare"[MeSH Terms])) OR ("Healthcare Economic"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Economics and Organizations"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Economics and Organizations"[Title/Abstract])) OR ("Health Economics"[Title/Abstract])) OR ("Economic, Health"[Title/Abstract])) OR ("Health	

	Economic"[Title/Abstract])) OR ("Health Care Economics"[Title/Abstract])) OR ("Care Economic, Health"[Title/Abstract])) OR ("Economic, Health Care"[Title/Abstract])) OR ("Economics, Health Care"[Title/Abstract])) OR ("Health Care Economic"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Economics"[Title/Abstract])) OR ("Economic, Healthcare"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare Economic"[Title/Abstract]))))) AND ((indicator[Title]) OR (indicators[Title])) Filters: in the last 10 years	
Embase	Embase session results (29 Nov 2024) No. Query Results #16 #15 AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) 38 #15 #6 AND #13 289 #14 #6 AND #13 289 #13 #11 AND #12 12822 #12 #9 OR #10 1070413 #11 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #7 OR #8 432716 #10 'coronary artery disease'/exp OR 'coronary artery disease' OR 'coronary artery diseases' OR 'coronary arteriosclerosis'/exp OR 'coronary arteriosclerosis' OR 'coronary arterioscleroses' OR 'coronary atheroscleroses' OR 'coronary atherosclerosis'/exp OR 'coronary atherosclerosis' OR 'left main coronary artery disease'/exp OR 'left main coronary artery disease' OR 'left main coronary disease' OR 'left main disease'/exp OR 'left main disease' OR 'left main diseases' 485746 #9 'heart muscle ischemia'/exp OR 'heart muscle ischemia' OR 'myocardial ischemia'/exp OR 'myocardial ischemia' OR 'ischemic heart disease'/exp OR 'ischemic heart disease' OR 'heart disease ischemic'/exp OR 'heart disease ischemic' OR 'ischemic heart diseases' 851728 #8 'disability-adjusted life year'/exp OR 'disability-adjusted life year' OR 'disability adjusted life years'/exp OR 'disability adjusted life years' OR 'dalys'/exp OR 'dalys' OR 'years lived with disability'/exp OR 'years lived with disability' 11312 #7'quality adjusted life year'/exp OR 'quality adjusted life year' OR 'quality-adjusted life years'/exp OR 'quality-adjusted life years' OR 'qalys' OR 'qualys' OR 'qualy' OR 'adjusted life years' OR 'adjusted life year' OR 'healthy years equivalents' OR 'healthy years equivalent' 53151 #6 'indicator'/exp OR 'indicator' 327681 #5 'health care quality assurance' OR 'healthcare quality assurance' OR 'healthcare quality assurances' OR 'healthcare quality assessment' OR 'healthcare quality assessments' OR 'health care quality assessment' 2459 #4 'process assessment' OR 'process assessments' OR 'process measures' OR 'process measure' 5556 #3 'health care evaluation':de OR 'health care access':de 100514 #2 'health care quality' OR 'health care evaluation mechanisms':de OR 'healthcare evaluation mechanisms':ti,ab OR 'healthcare evaluation mechanism':ti,ab 290315 #1 'healthcare quality indicator':de OR 'healthcare quality indicators':de OR 'healthcare global trigger tool':de OR 'health metrics':de OR 'health metric':de OR 'health care quality' 290373	38

Epistemonikos	(title:("Myocardial Ischemia" OR "Heart Disease Ischemic" OR "Ischemic Heart Diseases" OR "Myocardial Ischemias" OR "Ischemic Heart Disease" OR "Coronary Artery Disease" OR "Coronary Artery Diseases" OR "Coronary Arteriosclerosis" OR "Coronary Arterioscleroses" OR "Coronary Atheroscleroses" OR "Coronary Atherosclerosis" OR "Left Main Coronary Artery Disease" OR "Left Main Coronary Disease" OR "Left Main Disease" OR "Left Main Diseases") OR abstract:("Myocardial Ischemia" OR "Heart Disease Ischemic" OR "Ischemic Heart Diseases" OR "Myocardial Ischemias" OR "Ischemic Heart Disease" OR "Coronary Artery Disease" OR "Coronary Artery Diseases" OR "Coronary Arteriosclerosis" OR "Coronary Arterioscleroses" OR "Coronary Atheroscleroses" OR "Coronary Atherosclerosis" OR "Left Main Coronary Artery Disease" OR "Left Main Coronary Disease" OR "Left Main Disease" OR "Left Main Diseases")) AND (title:("Healthcare Quality Indicator" OR "Healthcare Global Trigger Tool" OR "Health Metrics" OR "Health Metric" OR "Healthcare Evaluation Mechanism" OR "Healthcare Evaluation Mechanisms" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Health Care Evaluation" OR "Health Care Access" OR "Process Assessments" OR "Process Assessment" OR "Process Measures" OR "Process Measure" OR "Health Care Quality Assessment" OR "Health Care Quality Assurance" OR "Healthcare Quality Assurance" OR "Healthcare Quality Assurances" OR "Healthcare Quality Assessment" OR "Healthcare Quality Assessments" OR "Health Care Quality Assessment" OR "quality adjusted life year" OR "quality-adjusted life years" OR qalys OR qualys OR qualy OR "adjusted life years" OR "adjusted life year" OR "healthy years equivalents" OR "healthy years equivalent" OR "disability-adjusted life year" OR "disability adjusted life years" OR "disability adjusted life years" OR dalys OR dalys OR "years lived with disability" OR "years lived with disability") OR abstract:("Healthcare Quality Indicator" OR "Healthcare Global Trigger Tool" OR "Health Metrics" OR "Health Metric" OR "Healthcare Evaluation Mechanism" OR "Healthcare Evaluation Mechanisms" OR "Health Care Evaluation Mechanisms" OR "Health Care Evaluation" OR "Health Care Access" OR "Process Assessments" OR "Process Assessment" OR "Process Measures" OR "Process Measure" OR "Health Care Quality Assessment" OR "Health Care Quality Assurance" OR "Healthcare Quality Assurance" OR "Healthcare Quality Assurances" OR "Healthcare Quality Assessment" OR "Healthcare Quality Assessments" OR "Health Care Quality Assessment" OR "quality adjusted life year" OR "quality-adjusted life years" OR qalys OR qualys OR qualy OR "adjusted life years" OR "adjusted life year" OR "healthy years equivalents" OR "healthy years equivalent" OR "disability-adjusted life year" OR "disability adjusted life years" OR "disability adjusted life years" OR dalys OR dalys OR "years lived with disability" OR "years lived with disability")) Filters: Publication year Last 10 years	112
Lilacs (via BVS)	((("Isquemia Miocárdica") OR ("Myocardial Ischemia") OR ("Cardiopatia Isquêmica") OR ("Doença Isquêmica do Coração")) OR (("Doença da Artéria Coronariana") OR ("Enfermedad de la Arteria Coronaria") OR ("Coronary Artery Disease") OR ("Doença Arterial Coronariana") OR ("Arteriosclerose Coronária") OR ("Aterosclerose Coronária") OR ("Doença da Artéria Coronária Esquerda") OR ("Doença de Tronco de Coronária Esquerda") OR ("Doença do Tronco da Coronária Esquerda") OR ("Doença Principal Esquerda"))) AND ((("Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde") OR ("Indicadores de Calidad de la Atención de Salud") OR ("Quality Indicators, Health Care") OR ("Indicadores da Eficiência do Sistema de Saúde") OR ("Indicadores de Qualidade da Assistência à Saúde") OR ("Métrica de Saúde") OR ("Métricas de Saúde") OR ("Meta") OR ("Metas de Saúde")) OR (("Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde") OR ("Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud") OR ("Health Care Evaluation Mechanisms") OR ("Funcionamento dos Serviços") OR ("Mecanismos de Avaliação em Cuidados de Saúde")) OR (("Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência	7

	à Saúde") OR ("Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud") OR ("Health Care Quality, Access, and Evaluation") OR ("Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde")) OR (("Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde") OR ("Evaluación de Procesos, Atención de Salud") OR ("Process Assessment, Health Care") OR ("Avaliação de Processos") OR ("Avaliação Concorrente") OR ("Avaliação de Processo") OR ("Avaliação de Processos") OR ("Avaliações de Processos") OR ("Monitoramento no Processo") OR ("Avaliação de Processos, Cuidados de Saúde") OR ("Avaliação de Processos, Assistência Médica") OR ("Medição de Processos")) OR (("Anos de Vida Ajustados por Qualidade de Vida") OR ("Años de Vida Ajustados por Calidad de Vida") OR ("Quality-Adjusted Life Years") OR ("Anos de Vida Ajustados por Qualidade de Vida (AVAQ)") OR (AVAQ) OR ("Ano de Vida Ajustado pela Qualidade") OR ("Ano de Vida Ajustado pela Qualidade de Vida") OR ("Ano de Vida Ajustado por Qualidade de Vida") OR (QALYs) OR (AVAQs) OR (QUALYs) OR ("Equivalente em Anos Saudáveis") OR ("Equivalência em Anos Saudáveis") OR ("Ano de Vida Ajustado")) OR (("Anos de Vida Ajustados por Deficiência") OR ("Años de Vida Ajustados por Discapacidad") OR ("Disability-Adjusted Life Years") OR ("Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade") OR (AVPI) OR ("Anos de Vida Perdidos por Incapacidade") OR (DALYs) OR ("Anos Vividos com Deficiência")) OR (("Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde") OR ("Garantía de la Calidad de Atención de Salud") OR ("Quality Assurance, Health Care") OR ("Garantia de Qualidade dos Cuidados de Saúde") OR ("Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde")))) AND ((indicador) OR (indicator)) Filtros aplicados Limpar todos Base de dados IBECS LILACS Sec. Est. Saúde SP WPRIM (Pacífico Ocidental) Coleção completa BVS Intervalo de ano de publicação Últimos 10 anos	
Google Acadêmico	(("Myocardial Ischemia" OR "Ischemic Heart Diseases" OR "Isquemia Miocárdica" OR "Doença Isquêmica do Coração" OR "Coronary Artery Disease" OR "Coronary Arteriosclerosis" OR "Coronary Arteriosclerosis" OR "Coronary Atherosclerosis" OR "Left Main Coronary Artery Disease" OR "Left Main Coronary Disease" OR "Left Main Disease" OR "Doença da Artéria Coronariana" OR "Doença Arterial Coronariana" OR "Arteriosclerose Coronária" OR "Aterosclerose Coronária" OR "Doença da Artéria Coronária Esquerda" OR "Doença de Tronco de Coronária Esquerda" OR "Doença do Tronco da Coronária Esquerda" OR "Doença Principal Esquerda")) AND (("Healthcare Quality Indicator" OR "Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde" OR "Process Assessment" OR "Process Measures" OR "Health Care Quality Assurance" OR "Healthcare Quality Assurance" OR "Métrica de Saúde" OR "Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde" OR "Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde" OR "Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde" OR "Anos de Vida Ajustados por Qualidade de Vida" OR Quality-Adjusted Life Years OR AVAQ OR QALYs OR AVAQs OR QUALYs OR "Equivalente em Anos Saudáveis" OR "Equivalência em Anos Saudáveis" OR "Ano de Vida Ajustado" OR "Anos de Vida Ajustados por Deficiência" OR "Disability-Adjusted Life Years" OR "Anos de Vida Perdidos por Incapacidade" OR DALYs OR "Anos Vividos com Deficiência")) AND (indicator OR indicador*) Filtros: Pesquisar páginas em Português Período específico 2020-2025 Artigos de revisão Sem citações	620

Total	2.257

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** Duplicações removidas pelo endnote automaticamente, antes de incluir os arquivos de referências no Rayyan.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Não aborda o problema de interesse	
1	Abdin A, Wilkinson C, Aktaa S, Böhm M, Polovina M, Rosano G et al. European Society of Cardiology quality indicators update for the care and outcomes of adults with heart failure. The Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2024 Sep;26(9):1867-1875. doi: 10.1002/ejhf.3376.
2	Aktaa S, Abdin A, Arbelo E, Burri H, Vernooy K, Blomström-Lundqvist C et al. European Society of Cardiology Quality Indicators for the care and outcomes of cardiac pacing: developed by the Working Group for Cardiac Pacing Quality Indicators in collaboration with the European Heart Rhythm Association of the European Society of Cardiology. Europace. 2022a Jan 4;24(1):165-172. doi: 10.1093/europace/euab193.
3	Aktaa S, Polovina M, Rosano G, Abdin A, Anguita M, Lainscak M et al. European Society of Cardiology quality indicators for the care and outcomes of adults with heart failure. Developed by the Working Group for Heart Failure Quality Indicators in collaboration with the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2022c Jan;24(1):132-142. doi: 10.1002/ejhf.2371.
4	Austin PC, Fang J, Yu B, Kapral MK. Examining Hospital Variation on Multiple Indicators of Stroke Quality of Care. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2020 Dec;13(12):e006968. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006968.
5	Fu R, Feng S, Wu Y, He F, Lin Z, Jiang Y, Hu Z. Association between compliance with quality indicators and hospitalisation expenses in patients with heart failure: a retrospective study using quantile regression model in China. BMJ Open. 2020 Jul 23;10(7):e033926. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033926.
6	Guler PH. Patient Experience: A Critical Indicator of Healthcare Performance. Front Health Serv Manage. 2017 Spring;33(3):17-29. doi: 10.1097/HAP.0000000000000003.
7	Hameed AS, Modre-Osprian R, Schreier G. Identification of Cost Indicators with Significant Economic Impact on the Total Treatment Costs of Chronic Heart Failure Patients - A Meta-Analysis. Stud Health Technol Inform. 2017;236:161-168.
8	He X, Wang J, Liang Y. Developing integrated person-centered care quality indicators for home health agencies in Shanghai, China: A modified Delphi-analytic hierarchy process study. Geriatric nursing, 2024, 58, 1-7.
9	Kemp E, Trivitt J, Davis C. Evidence-Based Performance Indicators of Positive Inpatient Experiences. J Healthc Manag. 2023 Mar-Apr 01;68(2):106-120. doi: 10.1097/JHM-D-22-00147.
10	Kim SK, Hwang YS, Ock M, Jo HS. Development of Items for Transitional Care Service and Outcome Indicators of Discharged Patients for Improvement in Quality of Care. J Korean Med Sci. 2023 Aug 14;38(32):e246. doi: 10.3346/jkms.2023.38.e246.
11	Lambert MF. Assessing potential local routine monitoring indicators of reach for the NHS health checks programme. Public Health. 2016 Feb;131:92-8. doi: 10.1016/j.puhe.2015.10.019.
12	Lindner O, Schäfer W, Rischpler C, Silber S, Burchert W; Working Group "Cardiovascular Nuclear Medicine" of the German Society for Nuclear Medicine. Myocardial perfusion SPECT in Germany from 2012 to 2021: insights into development and quality indicators. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2023 May;50(6):1621-1628. doi: 10.1007/s00259-023-06129-z.
13	Maximo T, Clift L. Assessing Service Delivery Systems for Assitive Technology in Brazil using HEART Study quality indicators. Stud Health Technol Inform. 2015;217:478-84.
14	Oluoch D, Molyneux S, Boga M, Maluni J, Murila F, Jones C et al. Not just surveys and indicators: narratives capture what really matters for health system strengthening. Lancet Glob Health. 2023 Sep;11(9):e1459-e1463. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00281-4.
15	Postma J, Zuiderent-Jerak T. Beyond Volume Indicators and Centralization: Toward a Broad Perspective on Policy for Improving Quality of Emergency Care. Ann Emerg Med. 2017 Jun;69(6):689-697.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.02.020.
16	Santana MJ, Ahmed S, Lorenzetti D, Jolley RJ, Manalili K, Zelinsky S et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. BMJ Open. 2019 Jan

	7;9(1):e023596. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023596.
17	Santana M, Ahmed S, Fairie P, et al Co-developing patient and family engagement indicators for health system improvement with healthcare system stakeholders: a consensus study BMJ Open 2023;13:e067609. doi: 10.1136/bmjopen-2022-067609
18	Verulava T, Jorbenadze R. Analysis of Critical Incident Reporting System as an indicator of quality healthcare in a cardiology center in Tbilisi, Georgia. J Healthc Qual Res. 2022 Mar-Apr;37(2):85-91. doi: 10.1016/j.jhqr.2021.10.002.
19	Coute RA, Nathanson BH, Mader TJ, McNally B, Kurz MC. Trend analysis of disability-adjusted life years following adult out-of-hospital cardiac arrest in the United States: A study from the CARES Surveillance Group. Resuscitation. 2021 Jun;163:124-129. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.10.048.
20	Minami HR, Itoga NK, George EL, Garcia-Toca M. Cost-effectiveness analysis of ankle-brachial index screening in patients with coronary artery disease to optimize medical management. J Vasc Surg. 2021 Dec;74(6):2030-2039.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2021.05.049.
21	Soini E, Virtanen O, Väätäinen S, Briere JB, Bowrin K, Millier A. Cost-Effectiveness of Coronary and Peripheral Artery Disease Antithrombotic Treatments in Finland. Adv Ther. 2020 Jul;37(7):3348-3369. doi: 10.1007/s12325-020-01398-8.
Não aborda o fenômeno de interesse	
22	Asaria M, Walker S, Palmer S, Gale CP, Shah AD, Abrams KR et al. Using electronic health records to predict costs and outcomes in stable coronary artery disease. Heart. 2016 May 15;102(10):755-62. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308850.
23	de Carvalho Costa IMNB, da Silva DG, Oliveira JLM, Silva JRS, de Andrade FA, de Góes Jorge J et al. Quality of Life among Patients with Acute Coronary Syndromes Receiving Care from Public and Private Health Care Systems in Brazil. Clin Pract. 2022 Jul 8;12(4):513-526. doi: 10.3390/clinpract12040055.
24	de la Torre Hernández JM, Lozano González M, García Camarero T, Serrano Lozano D, Cid B, Ojeda S, et al. Interregional variability in the use of cardiovascular technologies (2011-2019). Correlation with economic indicators, admissions, and in-hospital mortality. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022 Oct;75(10):805-815. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2022.02.016.
25	Fanta K, Daba FB, Tegene E, Melaku T, Fekadu G, Chelkeba L. Management quality indicators and in-hospital mortality among acute coronary syndrome patients admitted to tertiary hospitals in Ethiopia: prospective observational study. BMC Emerg Med. 2021 Mar 31;21(1):41. doi: 10.1186/s12873-021-00433-3.
26	Fernández de Larrea-Baz, N., Morant-Ginestar, C., Catalá-López, F., Gènova-Maleras, R., & Álvarez-Martín, E. (2015). Años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cardiopatía isquémica en España. Revista Española de Cardiología, 68(11), 968–975. doi:10.1016/j.recesp.2014.11.027
Não aborda o contexto de interesse	
27	Barros e Silva PG, Baruzzi AC, Ramos DL, Okada MY, Garcia JC, Cardoso Fde A et al. Improving Indicators in a Brazilian Hospital Through Quality-Improvement Programs Based on STS Database Reports. Braz J Cardiovasc Surg. 2015 Nov-Dec;30(6):660-3. doi: 10.5935/1678-9741.20150075.
Não aborda o idioma de interesse	
28	Andres E, Bleek J, Stock J, Bader E, Günter A, Wambach V et al. Messen, Bewerten, Handeln: Qualitätsindikatoren zur Koronaren Herzkrankheit im Praxistest [Measuring, assessing, acting: A practice test of quality indicators for coronary heart disease]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2018 Nov;137-138:9-19. German. doi: 10.1016/j.zefq.2018.08.003.
29	Menditto VG, Marasca S. Patient-reported outcomes measures (PROM): definizioni e prospettive per il loro impiego quali indicatori di qualità nei Pronto Soccorso [Patient reported outcomes measures (PROMs): definitions and perspectives for their use as quality indicators in emergency rooms.]. Recenti Prog Med. 2021 Jul-Aug;112(7):510-515. Italian. doi: 10.1701/3638.36186.
Não apresenta desenho de estudo de interesse	
30	Carvalho GAC. Indicadores utilizados para avaliar desfechos econômicos em pessoas com doenças crônicas que contribuem para o risco cardiovascular atendidos por farmacêuticos em ambulatório. 2022. 104 f. Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2022.
31	de Barros PGM, Ribeiro HB, Lopes RD, Macedo TA, Conejo F, do Amaral Baruzzi AC et al. Improvement in quality indicators using NCDR® registries: First international experience. Int J Cardiol. 2018 Sep 15;267:13-15. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.05.102.
32	Navani RV, Dawson L, Andrew E, Nehme Z, Bloom J, Cox S et al. Variation in health-care quality and outcomes according to time of chest pain presentation: a state-wide prospective cohort study, European

	Heart Journal, Volume 43, Issue Supplement_2, October 2022, ehac544.1474, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.1474
33	Welsh RC, MacFarlane K, Quraishi AUR; Canadian Cardiovascular Society Percutaneous Coronary Intervention Quality Working Group. Canadian Cardiovascular Society and Canadian Institute of Health Information Public Reporting of Percutaneous Coronary Intervention Quality Indicators. Can J Cardiol. 2018 Dec;34(12):1539-1540. doi: 10.1016/j.cjca.2018.10.010.
34	Dogan, M, Jung, Y, Frisvold, D. et al. COST UTILITY ANALYSES OF AN INTEGRATED GENETIC-EPIGENETIC TEST FOR ASSESSING RISK FOR CORONARY HEART DISEASE. JACC. 2021 May, 77 (18_Supplement_1) 3230. https://doi.org/10.1016/S0735-1097(21)04584-8
Texto completo indisponível	
35	Miranda R, Silvério R, Baptista FM, Oliveira MD. Unlocking Continuous Improvement in Heart Failure Remote Monitoring: A Participatory Approach to Unveil Value Dimensions and Performance Indicators. Telemed J E Health. 2024 Jun;30(7):e1990-e2003. doi: 10.1089/tmj.2023.0560.
36	Sección Hemodinamica y Cardiologia, Intervencionista. Costs, Effectiveness, QALYs, and Efficiency of Bioabsorbable Devices in Daily Clinical Practice. clinicaltrials.gov. 2016.
Atualização incluída	
37	Schiele F. Quality indicators for acute myocardial infarction. Eur Heart J. 2016 Dec 21;37(48):3549-3550. doi: 10.1093/eurheartj/ehw552.
38	Schiele F, Gale CP, Bonnefoy E, Capuano F, Claeys MJ, Danchin N et al. Quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2017 Feb;6(1):34-59. doi: 10.1177/2048872616643053.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 3. Características dos estudos incluídos que apresentam indicadores

Estudo e desenho	Objetivo	Conflito de interesses e financiamento
Aktaa et al., 2022[10] Revisão de literatura seguida de julgamento de especialistas	Desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade (IQs) para avaliação do atendimento e dos resultados da prevenção da doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA).	Um autor relatou receber apoio financeiro de empresas farmacêuticas diversas. Outro era financiado pela European Society of Cardiology.
Aliprandi-Costa et al., 2017[11] Análise exploratória de uma coorte de registro observacional	Demonstrar a importância da adesão a indicadores baseados em evidências, quantificando as relações entre um escore composto de adesão de qualidade em nível hospitalar e múltiplos resultados ajustados ao risco em nível da pessoa. O objetivo é utilizar a pontuação composta de qualidade para; 1) Medir a variação na adesão aos Indicadores de Processo Clínico baseados em evidências entre hospitais; e 2) Determinar se altos níveis de adesão (conforme medido pelo escore composto de qualidade) estão associados a eventos clínicos hospitalares observados e ajustados ao risco mais baixos, morte hospitalar e readmissão hospitalar por síndrome coronariana aguda (SCA) e morte em seis meses.	Não há conflitos a declarar. O autor foi apoiado pelo Prêmio de Pós-Graduação da Universidade de Sydney. O Registro CONCORDANCE é financiado por doações irrestritas da Heart Foundation of Australia, Sanofi Aventis, Astra Zeneca, Eli Lilly, Boehringer Ingelheim e Merck Sharp and Dohme Joint Venture.
Astley et al., 2022[12] Pesquisa transversal	Avaliar até que ponto todos os programas da Austrália do Sul aderem à medição dos IQs nacionais na entrega de conteúdo de Reabilitação Cardíaca (RC). Descrever e comparar as características dos programas e pessoal de RC nacionais e metropolitanos, por telefone e presencial. Medir o nível de desempenho dos programas de RC com base na adesão aos indicadores de qualidade australianos. Comparar a adesão aos indicadores nacionais de qualidade entre programas nacionais e	Os autores declaram não ter conflitos de interesse. O projeto mais amplo Country Heart Attack Prevention é financiado por: Conselho Nacional de Pesquisa Médica e Saúde do Governo da Comunidade da Austrália, Subsídio de Parceria com parceiros incluindo: Associação Australiana de Saúde e Reabilitação Cardiovascular, produtos farmacêuticos AstraZeneca, Country Health South Australia Primary Health Network, Cardiac Society

	metropolitanos e modos de entrega.	of Australia and New Zealand, Exercise Sport Science Australia, The Flinders University Foundation, National Heart Foundation of Australia, Novartis Pharmaceuticals Royal Australian College of General Practitioners e a Unidade de Qualidade de Dados e Bem-estar do Departamento de Saúde da Austrália do Sul.
Bebb et al., 2017 Estudo de coorte[13]	Investigar a aplicação dos IQs da Associação Europeia de Cardiologia para infarto agudo do miocárdio para o estudo do desempenho hospitalar e mortalidade em 30 dias.	Nenhum declarado. Dois autores foram financiados pela British Heart Foundation como assistente de pesquisa e pesquisador associado, respectivamente.
Bosmans et al., 2021[14] Não informam desenho	Descrever a adesão aos IQs para as diferentes redes de infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) na Bélgica e a relação entre essa adesão e a mortalidade. Além disso, o estudo buscou identificar as lacunas mais importantes no desempenho da rede que afetam o resultado e que podem ajudar a classificar os IQs estabelecidos para o gerenciamento de IAMCSST.	Conflito de interesses: não declarado. O Banco de Dados Nacional IAMCSST é apoiado financeiramente pelo governo belga.
Cecil et al., 2020[15] Estudo transversal	Avaliar se os alertas de mortalidade, desencadeados por mortalidade hospitalar sustentada maior do que o esperado, estão associados a outros indicadores potenciais de qualidade hospitalar relacionados a fatores de estrutura hospitalar, processo clínico e resultados das pessoas.	Dois autores declaram que são parcialmente financiados por bolsas da Dr Foster Intelligence, uma empresa independente de informações sobre saúde. Outro relata financiamento da Health Foundation for Research e Haelo (uma organização comercial de inovação e melhoria científica) para trabalho de consultoria. Dois autores declaram não ter apoio de nenhuma organização para o trabalho submetido; nenhuma relação financeira com nenhuma organização que possa ter interesse no trabalho submetido nos 3 anos anteriores; e nenhuma outra relação ou atividade que possa parecer ter influenciado o trabalho submetido. Este estudo foi financiado pelo Instituto Nacional de

		Pesquisa em Saúde, Programa de Pesquisa em Serviços de Saúde e Entrega.
Gale et al., 2024[16] Estudo Delphi modificado	Desenvolver uma gama qualificada de indicadores de qualidade que poderiam ajudar as redes clínicas cardíacas a avaliar sua entrega e progresso em direção aos objetivos de doenças cardiovasculares.	Muitos autores declaram receber financiamento e/ou apoio da indústria farmacêutica.. O programa foi totalmente financiado pela Bayer PLC e desenvolvido por um grupo clínico especializado com o apoio da Wilmington Healthcare. O apoio à redação médica de Jemma Lough foi financiado pela Wilmington Healthcare Ltd pela Bayer.
Huber et al., 2020[17] Estudo de coorte retrospectivo	Avaliar o conjunto recentemente apresentado de 24 IQs na atenção primária com base em um banco de dados nacional de reclamações de saúde em nível da pessoa em um dos maiores seguros de saúde da Suíça e determinar a associação entre cada IQ e o risco de hospitalização no ano seguinte ao nível da pessoa.	Nenhum declarado. Os autores não declararam uma concessão específica para esta pesquisa de nenhuma agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.
Jones et al., 2017[18] Estudo retrospectivo pré e pós-intervenção	Determinar se a implementação de uma meta nacional de saúde chamada *Shorter Stays in Emergency Departments* impactou nos marcadores clínicos de qualidade do atendimento.	Durante seu tempo como pesquisador associado neste estudo, um autor foi membro eleito no conselho distrital de saúde. Este potencial interesse concorrente foi declarado a todas as partes relevantes antes do início das atividades de pesquisa, e seu trabalho foi supervisionado diretamente pelo autor correspondente. As partes relevantes e todos os outros autores ficaram satisfeitos que este potencial conflito não influenciou as contribuições do autor para o trabalho submetido. Nenhum outro autor tem qualquer conflito de interesse a declarar. Não informam financiamento.
Kanaoka et al., 2023[19]	Esclarecer as variações na qualidade do atendimento prestado para pessoas com SCA e investigar a associação entre qualidade do atendimento e mortalidade tanto em nível hospitalar quanto	Os autores não têm conflitos de interesse a declarar. Pesquisa financiada por bolsas do Labour Research Grant oferecidas pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar

Estudo de coorte retrospectivo	de pessoas com o uso de um banco de dados nacional.	do Japão.
Kasargod et al., 2020 Estudo de coorte	Desenvolver um indicador composto de medicação pós-alta apropriado para identificação de lacunas no uso de medicamentos em toda a Nova Zelândia para facilitar a melhoria do atendimento e dos resultados.	Não informam conflito. Pesquisa apoiada em parte pelo Health Research Council of New Zealand. O registro ANZACS-QI recebe financiamento do Ministério da Saúde da Nova Zelândia.
Mahmoud & Hassan, 2024[21] Estudo de centro único	Avaliar a adesão aos indicadores de qualidade para o tratamento do IAMCSST em nosso centro como um exemplo de um país em desenvolvimento.	Os autores declaram não ter interesses financeiros concorrentes ou relacionamentos pessoais conhecidos que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.
Maier et al., 2015[22] Estudo descritivo e longitudinal com abordagem quantitativa	Avaliar os indicadores de qualidade para o tempo pré-hospitalar para pessoas com SCA.	Não informado.
Maier et al., 2016[23] Estudo longitudinal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa e amostra não probabilística de conveniência	Avaliar a assistência intra-hospitalar à pessoa com SCA, segundo indicadores de qualidade.	Não informado.

Marino et al., 2016[24] Estudo quasi-experimental	Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos casos de SCA na Região Ampliada Norte de Minas Gerais, com ênfase na avaliação dos desfechos das pessoas atendidas no sistema hospitalar de urgência e seus indicadores de qualidade, como parte do Projeto Minas Telecardio 2.	Declaram não haver conflito de interesses pertinentes. O presente estudo foi financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Financiadora de Estudos e Projetos.
Quraishi et al., 2016[25] Revisão da literatura	Desenvolver um conjunto de Indicadores de Qualidade de intervenções coronárias percutâneas que seriam relevantes, cientificamente aceitáveis e viáveis para medir e relatar.	Declaram não possuir. Receberam bolsa da Agência de Saúde Pública do Canadá.
Rodríguez-Ramos et al., 2024[26] Revisão sistemática e painel de especialistas	Desenvolver um conjunto de marcadores de medidas de desempenho e de qualidade para pessoas com IAMCSST nesses países.	Declaram não possuir. Esta pesquisa não recebeu nenhuma bolsa específica de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos. setores.
Rossello et al., 2020[27] Avaliação de duas coortes	Avaliar seu grau de realização, valor prognóstico e uso potencial para benchmarking central em uma grande coorte internacional.	Alguns autores declaram não possuir conflitos de interesse. E alguns autores declaram receber financiamento e/ou apoio de indústrias farmacêuticas. Dois estudos foram financiados pela AstraZeneca. Outro foi parcialmente apoiado por uma bolsa competitiva do Instituto Carlos III de Saúde-Fondo de Investigacion Sanitaria e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, do Ministério Espanhol da Ciência, Inovação e Universidades e da Fundação Pro-CNIC e é um Centro de Excelência Severo Ochoa. Um autor recebeu apoio de programa de bolsas.
Rossello et al.,	Ajudar a melhorar a qualidade do atendimento em pessoas com	Declaram não possuir.

2021[28] Revisão sistemática	infarto agudo do miocárdio, a Sociedade Europeia de Cardiologia definiu 20 indicadores de qualidade.	Financiamento não informado.
Schiele et al., 2017[29] Coorte	Avaliar as taxas de implementação dos IQs da *Acute Cardiovascular Care Association* no Registro Francês de Infarto do Miocárdio com Elevação do ST Agudo ou Sem Elevação do ST 2005 e 2010, investigar a associação entre esses IQs e mortalidade em 3 anos e categorizar os centros de acordo com o IQ composto baseado em oportunidades.	Não informado.
Schiele et al., 2021[30] Revisão de literatura seguida de julgamento de especialistas	Realizar uma atualização dos indicadores de qualidade para infarto agudo do miocárdio à luz da experiência acumulada e das mudanças nas evidências de apoio.	Declaram conflito de interesse. A maioria dos autores relatou receber apoio financeiro pessoal de empresas farmacêuticas diversas.
Schiele et al., 2021a[31] Coorte	Estimar os IQs da Sociedade Europeia de Cardiologia Aguda de 2020 para o manejo do infarto agudo do miocárdio, a partir de três registros existentes para determinar a viabilidade da avaliação, espaço para melhorias, associação com resultados e adequação para benchmarking do centro.	A maioria dos autores relatou receber apoio financeiro pessoal de empresas farmacêuticas diversas. Financiamento: não informado.
Schüttig et al., 2022[32] Revisão da literatura e opiniões de especialistas	Desenvolver um conjunto de indicadores para servir em discussões interdisciplinares dentro de reuniões de rede ou círculos de qualidade com o objetivo de melhorar a coordenação entre os médicos.	Declaram não possuir. Financiamento de acesso aberto habilitado e organizado pelo Projekt DEAL. O estudo é totalmente financiado pelo Comitê Conjunto Federal Alemão. O financiador não teve nenhum papel no desenho e organização do estudo; coleta, gerenciamento, análise e interpretação dos dados; preparação, análise ou aprovação do manuscrito; ou decisão de submeter o manuscrito para publicação. Os

		autores e suas contribuições para o manuscrito são independentes do financiador.
Sedra et al., 2022[33] Estudo descritivo por meio de revisão de prontuários médicos	Avaliar a qualidade da assistência prestada às pessoas com SCA e comparar os resultados com os de outros estudos semelhantes e padrões internacionais.	Declaram não possuir. Não receberam financiamento.
Wilkinson et al., 2019[34] Coorte	Investigar as diferenças sexuais nos cuidados indicados pela diretriz de infarto agudo do miocárdio, conforme definido pelos indicadores de qualidade da Associação de Cuidados Cardiovasculares Agudos da Sociedade Europeia de Cardiologia.	Três autores declaram que receberam apoio financeiro de empresas farmacêuticas. A maioria dos autores não têm nada a divulgar. Dois autores foram financiados pela British Heart Foundation como assistente de pesquisa e pesquisador. Um autor era financiado pelo Wellcome Trust como bolsista de pós-doutorado Sir Henry Wellcome.
Zheng et al., 2020[35] Revisão de literatura seguida de painel de consenso	Descrever IQs candidatos e testar sua viabilidade e aplicabilidade para fornecer uma base para estratégias futuras para melhorar as taxas de participação e conformidade da RC em pessoas chinesas pós-infarto do miocárdio.	Nenhum declarado. Este trabalho foi apoiado pelo Programa Nacional de P&D da China, pela Fundação Nacional de Ciências Naturais da China e pelo Laboratório Principal de Isquemia Miocárdica, Universidade Médica de Harbin, Ministério da Educação.
Zusman et al., 2019[36] Cruzamento de dados usando informações do	Comparar as mudanças temporais na obtenção do IQ do infarto agudo do miocárdio da Sociedade Europeia de Cardiologia no Reino Unido e em Israel.	Nenhum declarado. Os autores não declararam uma subvenção específica para esta pesquisa de qualquer agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Myocardial Ischaemia National Audit Project e do Acute Coronary Syndrome in Israel Survey		

Fonte: Elaboração própria. **Acrônimos:** DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; IAMCSST: infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IQ: indicador de qualidade; RC: reabilitação cardíaca; SCA: síndrome coronariana aguda.

Apêndice 4. Fórmulas de cálculo dos indicadores e resultados dos estudos que os descrevem

Autor, ano	Indicador	Fórmula de cálculo	Resultado da aplicação
Aktaa et al., 2022[10]	Proporção de centros de saúde que têm acesso a eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, monitoramento ambulatorial de ECG Holter, ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por tomografia computadorizada (TC) para facilitar a avaliação de pessoas com risco estabelecido ou alto de doença cardiovascular aterosclerótica (DCVA).	Numerador: número de centros de saúde ou unidades que têm acesso a ECG de 12 derivações, monitoramento ambulatorial de ECG Holter, ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por TC. Denominador*: número de centros de saúde ou unidades envolvidas no tratamento de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA.	Não informado.
	Centros de saúde que possuem equipe	Numerador: número de centros ou unidades de saúde envolvidos no	Não informado.

	multidisciplinar dedicada à prevenção de DCVA e que ofereça aconselhamento sobre modificação do estilo de vida sobre adesão à medicação para pessoas com fatores de risco para DCVA estabelecida ou com DCVA grave.	tratamento de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que possuem uma equipe multidisciplinar dedicada.	
	Centros de saúde que têm acesso a um programa de cessação do tabagismo para pessoas com fatores de risco para DCVA ou com DCVA estabelecida.	Numerador: número de centros ou unidades de saúde envolvidos no tratamento de pessoas com risco estabelecido ou elevado de DCVA que tenham acesso a um programa de cessação tabágica.	Não informado.
	Centros de saúde que possuem protocolos escritos disponíveis que incentivem e facilitem as pessoas com hipertensão e/ou diabetes realizarem suas próprias medições de pressão arterial (PA) e glicemia.	Numerador: número de centros ou unidades de saúde envolvidos no tratamento de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que possuem protocolos escritos disponíveis para incentivar e facilitar que pessoas com hipertensão e/ou diabetes realizem suas próprias medições de PA e glicemia.	Não informado.
	Os centros de saúde devem participar de um registro ou banco de dados comum para registrar dados clínicos relevantes para o risco cardiovascular [índice de	Numerador: Centros ou unidades de saúde envolvidos no tratamento de pessoas com risco estabelecido ou alto de DCVA que participaram de um registro ou banco de dados comum para registrar IMC, PA, LDL-c, HbA1c e	Não informado.

	massa corporal (IMC), PA, *low-density lipoprotein cholesterol* (LDL-c), hemoglobina glicada (HbA1c) e função renal] para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA.	função renal das pessoas. Sem denominador.	
	Taxa anual de mortalidade por todas as causas.	Não se aplica.	Não informado.
	Taxa anual de mortalidade cardiovascular.	Não se aplica.	Não informado.
	Taxa anual de sangramento decorrente de complicações no tratamento que resultam em internação hospitalar.	Não informado.	Não informado.
	Taxa anual de hospitalização cardiovascular.	Não se aplica.	Não informado.
	Taxa anual de infarto do miocárdio não fatal.	Não se aplica.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida cuja função renal [taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e albuminúria] foi verificada pelo menos uma vez e receberam novo tratamento.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida que tiveram sua TFGe e albuminúria verificadas pelo menos uma vez e receberam novo tratamento. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida.	Não informado.

	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que tiveram seu perfil lipídico verificado pelo menos uma vez e receberam novo tratamento.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida que tiveram seu perfil lipídico verificado pelo menos uma vez e receberam novo tratamento. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram examinadas para diabetes (com glicemia de jejum e/ou HbA1c) pelo menos uma vez por ano.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida que não têm diabetes conhecida e cuja glicemia de jejum e/ou HbA1c foram verificadas pelo menos uma vez por ano. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida que não têm diabetes conhecida.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram examinados para hipertensão pelo menos uma vez por ano.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida que não têm hipertensão conhecida e cuja PA foi medida pelo menos uma vez por ano. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida que não têm hipertensão conhecida.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes cuja HbA1c foi verificada pelo menos uma vez por ano.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes cuja HbA1c foi verificada pelo menos uma vez por ano. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida ou alto	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida ou alto risco para	Não informado.

	risco para DCVA que foram acompanhadas pelo menos uma vez por ano para avaliar e tratar fatores de risco cardiovascular.	DCVA que foram acompanhadas pelo menos uma vez por ano para avaliar e abordar os fatores de risco cardiovascular. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida ou alto risco para DCVA.	
	Proporção de pessoas de 40 a 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-c basal ≥1,8 mmol/L (≥70 mg/dL), às quais é prescrita terapia de redução de lipídios.	Numerador: número de pessoas entre 40 e 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-C basal ≥1,8 mmol/L (≥70 mg/dL) que receberam prescrição de terapia hipolipemiante. Denominador: número de pessoas entre 40 e 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-C basal ≥ 1,8 mmol/L (≥70 mg/dL) que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância à terapia hipolipemiante.	Não informado.
	Proporção de pessoas com diabetes e doença renal crônica ou hipertensão que recebem prescrição de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona.	Numerador: número de pessoas com diabetes e doença renal crônica ou hipertensão que recebem prescrição de inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Denominador: número de pessoas com diabetes e doença renal crônica ou hipertensão que não apresentam contraindicação, recusa ou história de intolerância aos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona.	Não informado.

	Proporção de pessoas com diabetes tipo 2 e doença renal crônica que recebem prescrição de inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT2).	Numerador: número de pessoas com diabetes tipo 2 e doença renal crônica que receberam prescrição de inibidores do SGLT2. Denominador: número de pessoas com diabetes tipo 2 e doença renal crônica que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância aos inibidores do SGLT2.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes tipo 2 que recebem prescrição de inibidor de SGLT2 ou de agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1).	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes tipo 2 que receberam prescrição de inibidor de SGLT2 ou agonista de GLP-1. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes tipo 2 que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância ao inibidor de SGLT2 e ao agonista GLP-1.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e PA ≥140/90 mmHg, às quais é prescrito tratamento para redução da PA.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida e PA documentada ≥140/90 mmHg que receberam prescrição de tratamento para redução da PA. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida e PA documentada ≥140/90 mmHg que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância ao tratamento para redução da PA.	Não informado.
	Proporção de pessoas em	Numerador: número de pessoas em	Não informado.

	terapia antiplaquetária para DCVA que apresentam alto risco de sangramento e às quais é prescrito um inibidor da bomba de prótons.	terapia antiplaquetária para DCVA e com alto risco de sangramento, que receberam prescrição de um inibidor da bomba de prótons. Denominador: número de pessoas em terapia antiplaquetária para DCVA e com alto risco de sangramento, sem contraindicação, recusa ou histórico de intolerância ao inibidor da bomba de prótons.	
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que, após tratamento, têm níveis de LDL-c iguais ou abaixo do recomendado para seu risco cardiovascular estimado.	Numerador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto de DCVA que, após o tratamento, apresentaram níveis de LDL-c iguais ou inferiores aos recomendados para seu risco cardiovascular estimado. Denominador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância a estatinas, ezetimiba e inibidores de pro-proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9).	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes que, após tratamento, apresentam níveis de HbA1c <7,0% (53 mmol/mol).	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes que, após o tratamento, apresentaram níveis de HbA1c <7,0% (53 mmol/mol). Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância ao controle	Não informado.

		glicêmico ideal.	
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que, após tratamento, têm sua PA bem controlada.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida e hipertensão que, após o tratamento, atingiram seus níveis alvo de PA. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida e hipertensão que não apresentam contraindicação, recusa ou histórico de intolerância ao controle ideal da PA.	Não informado.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm uma discussão documentada com um membro da equipe multidisciplinar sobre seus objetivos de tratamento, preferências e valores pelo menos anualmente.	Numerador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm uma discussão documentada sobre seus objetivos, preferências e valores de tratamento com um membro da equipe multidisciplinar pelo menos uma vez por ano. Denominador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA.	Não informado.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA cuja satisfação com o controle dos fatores de risco é coletada pelo menos uma vez ao ano.	Numerador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm sua satisfação sobre o controle dos fatores de risco coletada pelo menos uma vez ao ano. Denominador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA.	Não informado.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que pararam de	Numerador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que referiram ter deixado de fumar.	Não informado.

	fumar.	Denominador: número de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que previamente se identificaram como fumantes.	
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que foram encaminhadas para programa de reabilitação cardíaca (RC) após um evento cardiovascular agudo ou um procedimento de revascularização eletiva.	Numerador: número de pessoas com DCVA estabelecida que foram encaminhadas para programa de RC no momento da alta hospitalar após evento cardiovascular agudo ou procedimento eletivo de revascularização. Denominador: número de pessoas com DCVA estabelecida após evento cardiovascular agudo ou procedimento de revascularização eletivo que não recusaram encaminhamento para programa de RC.	Não informado.
Aliprandi-Costa et al., 2017[11]	Proporção de perfil de risco de síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST) determinado como alto, intermediário ou baixo risco na admissão hospitalar.	Numerador: número de pessoas que receberam uma classificação de risco SCASSST. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 287/3016; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 9,5 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 352/2527; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 13,9 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 185/1901; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 9,7 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: -0,2; Valor p: 0,8025
	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de betabloqueador	Numerador: número de pessoas que receberam cada processo de cuidado necessário.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2434/2928; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 83,1

	[=Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1914/2431; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 78,7 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1270/1732; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 73,3 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 9,8; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueador do Receptor da Angiotensina II (BRA) ou ambos [=Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Numerador: número de pessoas que receberam cada processo de cuidado necessário. Denominador: número total de pessoas elegíveis para este processo .	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2292/2871; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 79,8 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1789/2415; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 74,1 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1193/1723; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 69,2 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 10,6; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA que receberam clopidogrel, coplavix, prasugrel ou ticagrelor intra-hospitalar [=Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Numerador: número de pessoas que receberam cada processo de cuidado necessário. Numerador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2617/2788; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 93,9 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1954/2180; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 89,6 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1341/1623; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 82,6 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 11,3; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de ácido acetilsalicílico	Numerador: número de pessoas que recebem cada processo de cuidado necessário.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2763/2928; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 94,4

	(AAS) ou coplavix [=Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2224/2430; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 91,5 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1549/1732; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 89,4 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 5; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de clopidogrel ou coplavix, ou prasugrel ou ticagrelor [=Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Numerador: número de pessoas que recebem cada processo de cuidado necessário. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo .	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2144/2705; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 79,3 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1535/2088; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 73,5 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1029/1466; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 70,2 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 9,1; Valor p: <0,0001
	Pessoas com SCA que receberam alta com terapia médica apropriada, ou seja, em uso de um medicamento de cada uma das quatro categorias: AAS, clopidogrel ou coplavix ou prasugrel ou ticagrelor; estatina; betabloqueador; IECA ou BRA ou ambos [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Numerador: número de pessoas que receberam cada processo de cuidado necessário. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1827/2928; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 62,4 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1353/2431; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 55,7 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 805/1732; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 46,5 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 15,9; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com	Numerador: número de pessoas que	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis

	SCA que receberam alta e foram encaminhados para prevenção secundária.	receberam cada processo de cuidado necessário. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	para cuidado: 2304/2928; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 78,7 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1441/2431; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 59,3 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 855/1732; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 49,4 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 29,3; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA submetidas à angiografia coronariana durante a internação.	Numerador: número de pessoas que foram submetidas à angiografia coronariana durante a internação. Denominador: número total de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2583/2788; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 92,6 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1756/2180; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 80,6 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1163/1623; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 71,7 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 20,9; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com SCA submetidas a angiografia coronariana em 48 horas.	Numerador: número de pessoas que foram submetidas à angiografia coronariana em 48 horas. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1797/2578; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 69,7 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1080/1738; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 62,1 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 688/1149; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 59,9 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 9,8; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com	Numerador: número de pessoas	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis

	SCA sem alto risco submetidas a testes funcionais, angiografia ou ambos.	elegíveis que foram submetidas a testes funcionais, angiografia ou ambos Denominador: número de pessoas elegíveis (sem alto risco).	para cuidado: 176/228; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 77,2 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 144/347; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 41,5 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 147/278; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 52,9 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 24,3; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com IAMCSST que chegaram dentro de 12 horas após o início dos sintomas e receberam trombólise ou intervenção coronária percutânea (ICP) primária ou ambos.	Numerador: número de pessoas elegíveis que receberam cada processo de cuidado necessário. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 946/1135; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 83,3 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 507/702; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 72,2 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 326/467; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 69,8 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 13,5; Valor p: <0,0001
	Proporção de fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) avaliada e registrada .	Número de pessoas elegíveis que recebem cada processo de cuidado necessário (numerador) em relação ao número total de pessoas elegíveis para este processo (denominador): pessoas que receberam atendimento/pessoas elegíveis para cuidados = Pontuação média de adesão hospitalar (%).	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2761/3016; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 91,5 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2317/2527; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 91,7 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1644/1901; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 86,5 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 5; Valor p: <0,0001
	Proporção de pessoas com	Numerador: número de pessoas que	- Tercil 1: pessoas receberam cuidados/elegíveis

	SCA que receberam alta em uso de estatina [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	receberam cada processo de cuidado necessário. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	para cuidado: 2741/2928; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 93,6 - Tercil 2: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 2201/2430; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 90,6 - Tercil 3: pessoas receberam cuidados/elegíveis para cuidado: 1515/1732; Pontuação média de adesão hospitalar (%): 87,5 - % Diferença Tercil 1-Tercil 3: 6,1; Valor p: <0,0001
Astley et al., 2022[12]	Encaminhamento para RC: pessoas internados elegíveis encaminhados para RC dentro de 3 dias corridos após a alta hospitalar.	Para medir e classificar o nível de desempenho de cada programa de RC, foi aplicado um processo de pontuação quantitativa relacionado às respostas às perguntas do indicador. Um grupo independente de especialistas em conteúdo e análise de RC se reuniu para desenvolver os critérios de pontuação. Cada indicador, seus subcomponentes e quatro outras perguntas de processo receberam uma ponderação numérica, com o propósito de priorizar os indicadores de qualidade com a base de evidências mais forte. Este método foi desenvolvido pelo consenso de um grupo de especialistas, que foi então aplicado às respostas de cada programa, para produzir uma pontuação de 16.	Não avaliaram a adesão a este indicador, pois atualmente não há uma infraestrutura de dados coordenada na Austrália do Sul para permitir que os programas meçam isso.
	Tempo de início da RC: pessoas internadas elegíveis	Para medir e classificar o nível de desempenho de cada programa de RC,	43,5% de adesão ao indicador de qualidade

	que iniciam a RC dentro de 28 dias após a alta hospitalar.	foi aplicado um processo de pontuação quantitativa relacionado às respostas às perguntas do indicador. Um grupo independente de especialistas em conteúdo e análise de RC se reuniu para desenvolver os critérios de pontuação. Cada indicador, seus subcomponentes e quatro outras perguntas de processo receberam uma ponderação numérica, com o propósito de priorizar os indicadores de qualidade com a base de evidências mais forte. Este método foi desenvolvido pelo consenso de um grupo de especialistas, que foi então aplicado às respostas de cada programa, para produzir uma pontuação de 16.	
	Avaliação abrangente: pessoas que iniciam a RC e recebem uma avaliação abrangente dos fatores de risco cardiovascular.	As pessoas que iniciam RC recebem uma avaliação abrangente do risco cardiovascular?	91,3% de adesão ao indicador de qualidade
	Triagem de depressão: pessoas que iniciam a RC e são examinadas quanto à depressão na fase inicial e reavaliados e recebem aconselhamento (ou encaminhamento para aconselhamento) se os	As pessoas que iniciam RC recebem triagem para depressão na consulta inicial? Se positivo para depressão, as pessoas recebem aconselhamento (ou são encaminhadas para aconselhamento)?	95,6% de adesão ao indicador de qualidade

	sintomas forem identificados.		
	Avaliação de tabagismo: pessoas que iniciam a RC e são avaliadas quanto ao uso de tabagismo na avaliação inicial e recebem aconselhamento para parar de fumar se forem fumantes atuais ou recentes.	As pessoas que iniciam RC recebem uma avaliação do status de tabagismo na consulta inicial? Se positivo para tabagismo (fumantes atuais ou recentes), as pessoas recebem aconselhamento para parar de fumar (ou são encaminhados para aconselhamento)?	100% de adesão ao indicador de qualidade
	Avaliação de adesão à medicação: As pessoas que iniciam a RC e são avaliadas quanto à adesão à medicação na avaliação inicial e na reavaliação.	As pessoas que iniciam RC recebem uma avaliação de adesão à medicação na consulta inicial? 2. Como é medida a adesão? As pessoas que iniciam a RC recebem uma avaliação da adesão à medicação na consulta de reavaliação?	95,6% de adesão ao indicador de qualidade
	Avaliação da capacidade de exercício: pessoas que iniciam a RC e passam por uma avaliação inicial e reavaliação para determinar a alteração da capacidade de exercício.	As pessoas que iniciam RC têm uma avaliação da capacidade de exercício na consulta inicial? As pessoas que iniciam RC passam por uma reavaliação da capacidade de exercício na consulta de reavaliação?	91,3% de adesão ao indicador de qualidade
	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: pessoas que iniciam a RC passam por uma avaliação inicial e reavaliação para	As pessoas que iniciam RC recebem uma avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde? 2. Como é medida a qualidade de vida? As pessoas que iniciam a RC recebem	21,7% de adesão ao indicador de qualidade

	determinar qualquer alteração na qualidade de vida relacionada à saúde.	uma avaliação da qualidade de vida na consulta de reavaliação?	
	Reavaliação abrangente: pessoas que participam de RC e recebem uma reavaliação abrangente de seus fatores de risco cardiovascular.	As pessoas que participam da RC recebem uma reavaliação abrangente dos fatores de risco cardiovascular?	73,9% de adesão ao indicador de qualidade
	Transição de cuidados: pessoas e prestadores de cuidados contínuos recebem um relatório que descreve os fatores de risco da pessoa e um plano de manejo contínuo individualizado.	As pessoas e seu médico de família recebem um relatório que descreve os fatores de risco da pessoa e um plano de tratamento contínuo e individualizado?	82,6% de adesão ao indicador de qualidade
Bebb et al., 2017[13]	Pessoas com infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) que receberam fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular (HBPM).	Não informado.	O uso de fondaparinux foi baixo (50,3%, n=30.737) e exibiu a maior variação hospitalar [mediana de 66,8%, interquartile range (IQR) 0,4–84,7%]. No entanto, quando fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular foram considerados, o desempenho melhorou e a variação reduziu (mediana de 90,3%, IQR 84,2–94,6%).
	Proporção de tempo de entrada e saída dentro de 30 minutos (apenas centros não ICP e pessoas com IAMCSST).	Não informado.	Para pessoas com IAMCSST, 74,6% (n=20.815) receberam reperfusão oportuna. O tempo mediano do primeiro contato médico com IAMCSST até a passagem do fio para toda a coorte foi de 185 (IQR 135–284) minutos, o que foi semelhante ao tempo mediano para os hospitais, embora a variação tenha

			sido menor (188 min, IQR 170–210 min).
	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Não informado.	Para os componentes restantes do indicador de qualidade (IQ) principal e ambos os IQs secundários, o nível de obtenção para pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM) foi de 100% (n=118.075).
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa coletado sistematicamente e de forma organizada, incluindo os seguintes pontos: (1) Recomendação de frequência de programa educativo (reabilitação, cessação tabágica, controlo de peso e aconselhamento dietético); (2) Explicações fornecidas por médicos e enfermeiros (sobre a doença coronariana, benefício/risco do tratamento de alta e acompanhamento médico); (3) Informações de alta sobre o que fazer em caso de recorrência dos sintomas e horário da consulta 4) Controle da dor.	Não informado.	Não houve registros de dados sobre a satisfação da pessoa durante o período do estudo. No entanto, 81,7% (n=108.110) das pessoas foram encaminhadas para RC, 77,4% (n=105.603) receberam aconselhamento dietético e 74,4% (n=37.443) dos fumantes atuais receberam aconselhamento para cessação. Em todos os hospitais, 85,5% das pessoas foram encaminhadas para RC (IQR 70,5–94,9), 86,5% dos fumantes receberam aconselhamento para cessação (IQR 54,7–90,5%) e 86,5% receberam aconselhamento dietético (IQR 55,3–95,9%).
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	Não informado.	De acordo com o escore composto baseado em oportunidade, as pessoas receberam 83,3% (n=118.071) das intervenções para as quais eram

			elegíveis. O alcance hospitalar foi alto, mas variou entre os hospitais (mediana de 82,8%, IQR 77,5–88,7%).
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	Não informado.	Para o escore composto tudo ou nada, 83,1% das pessoas receberam todas as intervenções para as quais eram elegíveis, o que variou mais entre as pessoas com insuficiência cardíaca ou fração de ejeção ≤ 0,40 do que entre aqueles sem (IQR 69,5–87,0 vs. 81,8–93,3).
	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 3 indicadores individuais em pessoas sem insuficiência cardíaca e com FEVE>40%: (1) Aspirina em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contraindicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade.	Não informado.	Para o escore composto tudo ou nada, 83,1% das pessoas receberam todas as intervenções para as quais eram elegíveis, o que variou mais entre as pessoas com insuficiência cardíaca ou fração de ejeção ≤ 0,40 do que entre aqueles sem (IQR 69,5–87,0 vs. 81,8–93,3).
	Taxa de mortalidade em 30 dias ajustada pelo escore de risco *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) 2.0.	Não informado	Para a coorte, a mortalidade ajustada de 30 dias pelo escore de risco GRACE mediana foi de 2,7% (IQR 0,9–8,1%). No nível hospitalar, a variação foi limitada (mediana 6,7%, IQR 5,4–7,9%).
	Proporção de FEVE avaliada e registrada.	Não informado	A avaliação da FEVE foi registrada em 54,5% (n=56.680) das pessoas elegíveis e demonstrou obtenção subótima que variou por hospital (mediana 54,5%, IQR 32,7–73,2%).

	Pontuação de risco GRACE registrada.	Não informado.	A pontuação de risco GRACE não pode ser avaliada porque o Myocardial Ischaemia National Audit Project não coletou essas informações.
	Pontuação de risco CRUSADE (*Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes*) registrada.	Não informado.	A pontuação de risco CRUSADE não pode ser avaliada porque o Myocardial Ischaemia National Audit Project não coletou essas informações.
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE≤40% que receberam alta em uso de betabloqueadores, a menos que haja contraindicação.	Numerador: número de pessoas com IAM que apresentam insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40% e recebem betabloqueador antes da alta. Denominador: todos as pessoas com IAM que apresentam insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40% e são elegíveis para betabloqueadores (sem evidência de estado de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênico, intervalo > 0,24 segundos, segundo ou terceiro grau bloqueio cardíaco, asma ativa ou doença reativa das vias aéreas).	Para o outro IQs secundário, 95,8% (n=32.728) com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ≤ 0,40 receberam um β-bloqueador. A obtenção hospitalar foi alta, mas variou entre os hospitais (IQR 89,1–98,4 e 92,0–99,0, respectivamente).
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ≤40% que receberam alta com IECA (ou BRA se intolerante ao IECA), a menos que contraindicado.	Não informado.	Para um dos IQs secundários, 94,2% (n=31.569) das pessoas com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ≤ 0,40 receberam um IECA ou BRA. A obtenção hospitalar foi alta, mas variou entre os hospitais (IQR 89,1–98,4 e 92,0–99,0, respectivamente).

	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12.	Não informado.	A prescrição de inibição adequada de P2Y12 na alta foi alcançada em 87,1% (n=92.501), mas variou entre os hospitais (mediana de 89,3%, IQR 83,8–93,5).
	Estatinas de alta intensidade na alta.	Não informado.	A prescrição de estatinas de alta intensidade na alta hospitalar não pode ser avaliada porque o Myocardial Ischaemia National Audit Project não coletou essas informações. No total, 96,5% (n=84.421) das pessoas elegíveis para terapia de redução de lipídios receberam prescrição de estatina no momento da alta hospitalar.
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Não informado.	O IQ secundário descobriu que 88,1% (n = 89.488) das pessoas elegíveis com IAM receberam alta com terapia antiplaquetária dupla.
	Taxa de reperfusão dentro de 12 horas após a apresentação de pessoas com IAMCSST.	Não informado.	Para pessoas com IAMCSST, 89,3% (n=33.151) receberam reperfusão <12h do início dos sintomas.
	Proporção de pessoas com reperfusão oportuna (IAMCSST).	Não informado.	Para pessoas com IAMCSST, 74,6% (n=20.815) receberam reperfusão oportuna. O tempo mediano do primeiro contato médico com IAMCSST até a passagem do fio para toda a coorte foi de 185 (IQR 135–284) min, o que foi semelhante ao tempo mediano para os hospitais, embora a variação tenha sido menor (188 min, IQR 170–210 min).
	Proporção de ICP primária realizada em 60 minutos	Não informado.	Para pessoas com IAMCSST, 74,6% (n=20.815) receberam reperfusão oportuna. O tempo mediano

	(somente centros ICP e pessoas com IAMCSST).		do primeiro contato médico com IAMCSST até a passagem do fio para toda a coorte foi de 185 (IQR 135–284) min, o que foi semelhante ao tempo mediano para os hospitais, embora a variação tenha sido menor (188 min, IQR 170–210 min).
	ICP primária recebida em 120 min (somente centros não ICP e pessoas com IAMCSST).	Não informado.	Para pessoas com IAMCSST, 74,6% (n=20.815) receberam reperfusão oportuna. O tempo mediano do primeiro contato médico com IAMCSST até a passagem do fio para toda a coorte foi de 185 (IQR 135–284) min, o que foi semelhante ao tempo mediano para os hospitais, embora a variação tenha sido menor (188 min, IQR 170–210 min).
	Proporção de tempo desde o diagnóstico até a passagem do fio - IAMCSST, em minutos.	Não informado.	O tempo mediano do primeiro contato médico com pessoas com IAMCSST até a passagem do fio para toda a coorte foi de 185 (IQR 135–284) min, o que foi semelhante ao tempo mediano para os hospitais, embora a variação tenha sido menor (188 min, IQR 170–210 min).
	Proporção de fibrinólise realizada em 30 minutos (somente centros ICP primária e pessoas com IAMCSST).	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux.	Não informado.	O uso de fondaparinux foi baixo (50,3%, n=30.737) e exibiu a maior variação hospitalar (mediana de 66,8%, IQR 0,4–84,7%). No entanto, quando fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular foram considerados, o desempenho melhorou e a variação reduziu (mediana de 90,3%, IQR

			84,2–94,6%).
	Angiografia coronária recebida dentro de 72 horas (somente pessoas IAMSSST).	Não informado.	Para pessoas com infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAMSSST), o desempenho da angiografia coronária foi baixo e variou entre os hospitais (mediana, 52,0%, IQR 39,1–73,2%) e 61,3% (n=17.895) receberam angiografia coronária <72 h de hospitalização.
Bosmans et al., 2021[14]	Prescrição de estatina na alta.	Não informado.	O uso de estatinas foi alto 96% (IQR 93–98).
	Tempo porta-balão <60 minutos.	Não informado.	O tempo mediano porta-balão foi de 58 min [intervalo interquartil (IQR) 45–74 min]. Nas diferentes redes, as recomendações de <60 min foram alcançadas por 67% (IQR 50–78)
	Tempo diagnóstico-balão <90 minutos	Não informado.	O tempo mediano do diagnóstico ao balão foi de 93 min (IQR 79–106 min). Nas diferentes redes, as recomendações para diagnóstico ao balão <90 min foram alcançadas em 68% (IQR 53–71). A análise de regressão por etapas revelou que, entre os IQs individuais, o tempo do diagnóstico ao balão foi o preditor independente mais importante de mortalidade hospitalar. A análise de sensibilidade para dados ausentes levou às mesmas conclusões. Há uma tendência para uma melhor qualidade de adesão em hospitais que recebem pessoas com um perfil de risco mais alto (p=0,1 para o escore de risco *Thrombolysis in Myocardial Infarction* (TIMI) e p=0,07 para parada cardíaca).
	Prescrição de inibidor de	Não informado.	O uso de inibidores de P2Y12 foi alto, 97% (IQR

	P2Y12 na alta.		96–98).
Cecil et al., 2020[15]	Disponibilização/ocupação de leitos agudos.	Numerador: número de dias de cama, para cada prestador de cuidados de saúde, disponíveis para as pessoas que receberem tratamento ou cuidados, em um período de três meses. Denominador: disponibilidade trimestral de camas.	O número médio de leitos em todos os trusts foi de 591 (intervalo interquartil, 393 a 817), enquanto o número médio de internações foi de 513 (345 a 719). Entre 2011 e 2013, a ocupação aguda de leitos foi alta (mediana: 88 (83 a 92) em trusts não alertadores). No mesmo trimestre em que o alerta ocorreu, as taxas de ocupação aguda de leitos em nível de trust foram, em média, 2,2 pontos percentuais maiores em trusts alertadores em comparação com trusts não alertadores ($p = 0,001$). Para um alerta de IAM, as taxas de ocupação aguda de leitos foram, em média, 7,7 pontos percentuais maiores ($p < 0,001$).
	Proporção de enfermeiro por leito.	Numerador: número médio de pessoal de enfermagem qualificado, ao longo de um período de três meses. Denominador: disponibilidade trimestral de camas.	No mesmo trimestre de um alerta, a proporção de enfermeiros por leito foi, em média, 0,28 pontos menor em alertas em comparação com os fundos não alertadores ($p < 0,001$).
	Pontuação de satisfação dos médicos com a capacitação.	Objetivo: garantir que a educação e o treinamento médicos atendam aos padrões estabelecidos para apoiar cuidados médicos de alta qualidade e segurança da pessoa em todo o Reino Unido.	As pontuações de satisfação do estagiário do nível de confiança foram, em média, menores na confiança de alerta em comparação com a confiança sem alerta; no entanto, a variabilidade foi muito alta para estabelecer uma diferença estatisticamente significativa. A análise de sensibilidade usando pontuações não ponderadas, mas ignorando dados ausentes, encontrou resultados semelhantes. Houve uma associação negativa entre as confianças que alertaram para IM e as confianças sem alerta: −2,7 (−4,50 a –0,90).

	Pressões financeiras.	Confiança nos dados financeiros: As informações sobre dados financeiros fiduciários foram obtidas e combinadas de duas fontes.	O número de trusts que estavam em déficit (até o final do ano fiscal) aumentou ao longo do período do estudo de 14,4% (23/160) em 2011/2012 para 34,2% (54/158) em 2013/2014. Houve evidências limítrofes de que no ano de um alerta um trust estava em déficit, com 26% dos trusts que haviam alertado ao longo do período do estudo estando em déficit. Apenas 13% dos trusts que nunca tiveram um alerta estavam em déficit. A taxa de risco de estar em déficit se o trust tivesse alertado alguma vez em comparação com aqueles trusts que não tinham alertado foi de 2,33 (1,24 a 4,12) (p = 0,009).
	Nível de realização da avaliação de risco de litígio da *National Health Service* (NHS) *Litigation Authority.*	Autoridade de litígio do NHS: é uma entidade sem fins lucrativos do NHS que trata de negligência e outras reclamações contra o NHS em Inglaterra, que realiza uma avaliação de gestão de risco para cada hospital e atribui uma classificação de acordo com um conjunto de padrões de gestão de risco.	Não houve evidência estatisticamente significativa de que o desempenho da avaliação de risco diferiu entre os fundos de alerta e os fundos sem alerta.
	Mortalidade hospitalar geral.	Índice resumido de mortalidade hospitalar: estatísticas anuais de mortalidade padronizadas são geradas usando períodos de provedores vinculados aos dados de mortalidade do Office for National Statistics.	Os *Summary Hospital-level Mortality Indicator* de nível de confiança anual foram em média 0,1 pontos mais altos (p = 0,022) em trusts de alerta de IAM; no entanto, após o ajuste para taxa de descoberta falsa, deixou de haver uma diferença estatisticamente significativa. Não houve evidência de associação entre o ano de um alerta de IAM e *Hospital Standardized Mortality Ratio*.

	Pontuação geral de satisfação da pessoa.	Pesquisa Nacional de pessoas Internadas: é administrado pelo *Picker Institute Europe* em nome da *Care Quality Commission*. As opiniões das pessoas sobre os cuidados que receberam recentemente de todos os prestadores de cuidados de saúde do NHS em Inglaterra têm sido sistematicamente recolhidas desde 2005.	As pontuações de satisfação da pessoa em nível de confiança variaram de 67,4% a 88,2%. No ano de um alerta, as pontuações de satisfação da pessoa em nível de confiança foram em média 1,3 pontos percentuais menores em alertas em comparação com trusts sem alerta (p = 0,002). Não houve evidência de associação entre o ano de um alerta de IAM e as pontuações de satisfação da pessoa (p = 0,065).
	Proporção de pessoas prejudicadas (danos à pessoa).	Termômetro de Segurança do NHS: é uma ferramenta projetada para apoiar a segurança e a melhoria da pessoa. A ferramenta centra-se em quatro danos em que há consenso clínico de que eles são largamente evitáveis por meio de cuidados de boa qualidade a pessoa - lesões por pressão, quedas, infecções do trato urinário em pessoas com cateter, e novos tromboembolismos venosos.	A proporção de pessoas prejudicadas por mês variou de 0% a 54%, mas não houve evidência de diferença na proporção de pessoas prejudicadas em um fundo de alerta em comparação com fundos sem alerta.
	Proporção de pessoas que receberam ICP em 90 minutos.	Proporção de pessoas que receberam ICP primária nos 90 minutos após a chegada ao centro de ataque cardíaco.	A proporção de pessoas que receberam ICP em 90 minutos variou de 78% a 100% entre os centros de assistência para o paciente do NHS com centros de tratamento de ataque cardíaco; no entanto, houve apenas dois alertas de IAM nesses centros, e não pudemos avaliar a relação entre os alertas de IAM e a proporção de pessoas que receberam ICP em 90 minutos.
Gale et al., 2024[16]	Proporção de farmacêuticos	Numerador: número de farmacêuticos	Não informado.

	de clínica geral por 1.000 pessoas com doença coronariana crônica (DCC).	clínicos relatados no ano passado no sistema de cuidados integrados x 1.000. Denominador: número de pessoas com DCC por 1.000 no último ano no sistema de cuidados integrados.	
	Proporção de pessoas registradas com DCC.	Numerador: Número de pessoas com DCC em registros de clínica geral no último ano no sistema de cuidados integrados. Denominador: Número estimado de pessoas com DCC no último ano no sistema de cuidados integrados.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCC tratadas adequadamente com AAS ou agente alternativo.	Numerador: número de pessoas com DCC com registro de uso de aspirina, terapia antiplaquetária alternativa ou anticoagulante nos últimos 12 meses. Denominador: número de pessoas com DCC registradas nos últimos 12 meses.	Não informado.
	Porcentagem de pessoas de risco identificadas que fumam e para as quais foi oferecido apoio e tratamento.	Numerador: número de pessoas com qualquer das seguintes condições: DCC, doença arterial periférica, acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório (AIT), hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica (DRC), asma, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar ou outras psicoses, registrados como fumantes atuais e que	Não informado.

		receberam oferta de apoio e tratamento nos últimos 12 meses. Denominador: número de pessoas com qualquer ou qualquer combinação das seguintes condições: DCC, doença arterial periférica, AVC ou AIT, hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, DRC, asma, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar ou outras psicoses, registrados como fumantes atuais nos últimos 12 meses.	
	Proporção de pessoas com indicação de diretriz e que iniciam RC.	Numerador: número de pessoas que iniciaram RC no último ano no sistema de cuidados integrados Denominador: número de pessoas identificadas com RC indicada pela diretriz (IAMSSST, ICP, cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) e insuficiência cardíaca) no último ano no sistema de cuidados integrados.	Não informado.
	Proporção de pessoas do sexo feminino com indicação de diretriz e que iniciam RC.	Numerador: número de pessoas do sexo feminino que iniciara RC no último ano em sistema de cuidados integrados. Denominador: número de pessoas do sexo feminino identificadas com RC indicada pela diretriz (IAMSSST, ICP, CRVM e IC) no último ano no sistema de cuidados integrados	Não informado.

	Proporção de pessoas de minorias étnicas que iniciam RC.	Numerador: número de pessoas de minorias étnicas que iniciaram RC no ano passado em sistema de cuidados integrados Denominador: número de pessoas de minorias étnicas identificados com RC indicado pela diretriz (IAMSSST, ICP, CRVM e IC) no último ano em sistema de cuidados integrados	Não informado.
Huber et al., 2020[17]	Proporção de pessoas que receberam AAS dentro de 12 meses após o evento.	Numerador: número de pessoas hospitalizadas por IAM que receberam ASS por ano. Denominador: número de pessoas hospitalizadas por IAM por ano.	Descrição do desfecho (hospitalização) para cada subamostra utilizada para o cálculo dos indicadores de qualidade: pessoas hospitalizada (2016) para IAM: n(%) 459 (35,7); A proporção de pessoas com boa adesão aos IQs foi alta para a prevenção secundária de infarto do miocárdio (uso de aspirina, 94%). Prevalência de IQs específicos da doença: ASS e estatinas foram administrados na maioria das pessoas após um infarto agudo do miocárdio (~90%). Associação entre IQs e hospitalização no ano seguinte entre pessoas de alto risco: pessoas com ≥2 condições crônicas: OR: 0.67, IC95%: 0.38-1.16; pessoas com custos elevados e ≥2 condições crônicas: OR: 0.82, IC95%: 0.38-1.78
	Proporção de pessoas que receberam estatinas dentro de 12 meses após o evento.	Numerador: número de pessoas hospitalizadas por IAM que receberam estatinas por ano. Denominador: número de pessoas hospitalizadas por IAM por ano.	Associação entre IQs e hospitalização no ano seguinte entre pessoas de alto risco: pessoas com ≥2 condições crônicas: OR: 0.76, IC95%: 0.52-1.12. pessoas com custos elevados e ≥2 condições crônicas: OR: 0.71, IC95%: 0.41-1.25.

Jones et al., 2017[18]	Tempo de trombólise apropriado para IAMCSST.	Trombólise administrada dentro de 12 horas para pessoas com IAMCSST sem contraindicação, ou trombólise não administrada quando há contraindicação.	Tempo para tratamento de IAMCSST (IC 95%): Diferença clinicamente importante (n=15) pré 36,9 (28–49) vs pós 47,6 (36–63) minutos p= 0,14.
Kanaoka et al., 2023[19]	Indicador composto na fase subaguda.	Numerador: Soma dos indicadores (Proporção de pessoas com prescrição de inibidor P2Y12; Proporção de pessoas com prescrição de estatinas mais potentes; Avaliação da FEVE antes da alta; RC hospitalar; RC ambulatorial). Denominador: número de pessoas com SCA que receberam alta com vida.	Não informado.
	Indicador composto na fase subaguda para pessoas hemodinamicamente comprometidas.	Numerador: Soma dos indicadores (Proporção de uso de betabloqueadores; Proporção de uso de IECA ou BRA; Proporção de pessoas com prescrição de inibidor P2Y12; Proporção de pessoas com prescrição de estatinas mais potentes; Avaliação da função da FEVE antes da alta; RC hospitalar; RC ambulatorial). Denominador: número de pessoas com SCA que receberam catecolamina ou suporte mecânico e receberam alta com vida.	Uma pontuação de indicador de qualidade (IQ) composta mais alta (C2 e C3) para pessoas que receberam alta vivos foi associada a uma mortalidade menor em 2 anos nos grupos de pontuação moderada e alta.
	Proporção de pessoas com medição precoce da troponina.	Numerador: Número de pessoas com troponina medida dentro de 1 dia após admissão.	A proporção média de troponina no dia da admissão foi de 87% (IQR 68%-94%) em 2014 e 93% (85%-96%) em 2017.

		Denominador: Número de pessoas com SCA.	
	Proporção de pessoas que receberam AAS na chegada.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de aspirina dentro de 2 dias após a admissão. Denominador: número de pessoas com SCA admitidos.	A adesão ao uso de aspirina na chegada foi alta ao longo dos 4 anos.
	Proporção de uso de betabloqueadores em pessoas com hemodinâmica grave.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de betabloqueadores durante a hospitalização. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam catecolamina ou suporte mecânico e receberam alta com vida.	A adesão em nível hospitalar a betabloqueadores não mudou ao longo dos 4 anos.
	Proporção de uso de IECA ou BRA para pessoas com hemodinâmica grave.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de IECA ou BRA durante hospitalização. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam catecolamina ou suporte mecânico e receberam alta com vida.	A adesão em nível hospitalar a IECA ou BRA não mudou ao longo dos 4 anos.
	Proporção de pessoas com prescrição de inibidor P2Y12.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de inibidor de P2Y12 durante a hospitalização. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam alta com vida.	A adesão ao uso do inibidor P2Y12 foi alta ao longo dos 4 anos.
	Proporção de pessoas com	Numerador: número de pessoas que	A proporção de prescrições de estatinas fortes no

	prescrição de estatinas mais potentes.	receberam prescrição de estatinas mais potentes durante a hospitalização. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam alta com vida.	nível hospitalar foi > 80%.
	RC hospitalar.	Numerador: número de pessoas submetidas à RC durante hospitalização. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam alta com vida.	A adesão hospitalar à RC hospitalar variou entre os hospitais e aumentou de 2014 a 2017 (de 50% [0%-78%] em 2014 para 70% [9,5%-85%] em 2017; p para tendência < 0,05).
	RC ambulatorial.	Numerador: número de pessoas submetidas a RC em 90 dias após a alta. Denominador: número de pessoas com SCA que receberam alta com vida e estavam disponíveis para acompanhamento em 90 dias.	A RC ambulatorial foi realizada com menos frequência do que a RC hospitalar (1,7% [0%-16%] em 2017).
	Proporção de terapia de reperfusão precoce realizada.	Numerador: número de terapia de reperfusão realizada no dia da admissão. Denominador: número de pessoas com SCA.	A taxa de implementação de ICP no dia da admissão foi alta na maioria dos hospitais ao longo do ano (proporção mediana de 94% em 2017).
	Número de ICP realizada por ano.	Numerador: número de ICP realizada para SCA por ano.	O número mediano de casos de ICP aumentou de 41 (intervalo interquartil (IQR) 22-72) casos por ano em 2014 para 47 (25-79) casos por ano em 2017.
	Taxa de mortalidade em 30 dias.	Numerador: número de mortes em 30 dias. Denominador: número de pessoas com SCA disponíveis para	A taxa de mortalidade mediana de 30 dias no nível hospitalar foi de 4,9% (IQR 2,3%-8,0%) em 2017 e não mudou ao longo dos 4 anos. Um total de 55.620 pessoas em 1.050 hospitais com SCA que foram

		acompanhamento.	hospitalizados e submetidos a ICP pela primeira vez em 2016 foram analisados. Dessas pessoas, 1.417 (2,8%) tinham doença renal em estágio terminal, e a duração mediana da internação hospitalar foi de 12 dias (IQR 8-17 dias). Na análise em nível hospitalar, a pontuação IQ composta aguda foi de 0 pontos para 107 hospitais, 1 ponto para 258 hospitais, 2 pontos para 314 hospitais, 3 pontos para 266 hospitais e 4 pontos para 105 hospitais. O modelo de regressão linear mostrou que uma pontuação IQ composta aguda mais alta foi associada à redução na mortalidade ajustada em 30 dias (b ¼ 0,92 IC95%; 1,19 a 0,65; p < 0,001). Na análise em nível da pessoa, a mortalidade em 30 dias foi de 5,2% (n ¼ 2898) e o período mediano de acompanhamento após a alta foi de 837 dias (IQR 737-950 dias). Os 4 IQs de fase aguda e 6 IQs de fase subaguda foram inversamente associados à mortalidade em 30 dias e à mortalidade por todas as causas em 2 anos (todos p < 0,001). Na fase aguda, as pessoas com SCA foram divididos em 3 grupos de acordo com sua pontuação IQ composta (IQ C1; pontuação baixa [0-2 pontos; n ¼ 4319], pontuação moderada [3 pontos; n ¼ 16.872] e pontuação alta [4 pontos; n ¼ 34.429]). O aumento da adesão ao IQ foi associado a uma menor mortalidade em 30 dias (OR 0,40 IC 95% 0,33-0,48; p < 0,001) para pontuação moderada e 0,19 [IC 95% 0,15-0,22; p < 0,001] para pontuação alta). Uma pontuação IQ composta mais alta (IQ C2 (IQ composto na fase subagudo) e C3 (IQ composto na fase subaguda para hemodinamicamente pessoas

			comprometidos)) para pessoas que receberam alta com vida foi associada a uma menor mortalidade em 2 anos nos grupos de pontuação moderada e alta. Análise de sensibilidade: Usando os dados de pessoas com SCA que passaram por ICP pela primeira vez em 2015, realizamos uma análise de sensibilidade. Um total de 54.465 pessoas foram incluídas na análise. Para a análise em nível hospitalar para desfechos agudos, o modelo de regressão linear mostrou que uma pontuação IQ aguda mais alta foi associada a uma mortalidade ajustada reduzida em 30 dias (b ¼ 0,78 [IC 95% 1,05 a 0,50]; p < 0,001). Para a análise em nível da pessoa, os resultados foram consistentes com os da análise original; o aumento da adesão ao IQ C1 (IQ composto na fase aguda) composto foi inversamente associado à mortalidade em 30 dias (OR ajustados 0,48 [IC 95% 0,41-0,55; p < 0,001] para uma pontuação moderada e 0,20 [IC 95% 0,18-0,24; p < 0,001] para uma pontuação alta) e mortalidade em 2 anos (IQ C2: IQ composto na fase subagudo) (razões de risco ajustadas 0,75 [IC 95% 0,68-0,82; p < 0,001] para uma pontuação moderada e 0,52 [IC 95% 0,47-0,82; p < 0,001] para uma pontuação alta).
	Avaliação da FEVE antes da alta.	Numerador: Número de pessoas submetidas a ecocardiografia transtorácica durante a hospitalização. Denominador: Número de pessoas com SCA que receberam alta com vida.	A proporção média de ecocardiografia transtorácica foi de 95% (89%-100%) em 2017. A adesão à ecocardiografia transtorácica foi alta ao longo dos 4 anos (mediana de 95% [89%-100%] em 2017).

Kasargod et al., 2020[20]	Indicador composto de cinco classes de medicamentos: na ausência de uma contraindicação/intolerância documentada, a pessoa deve receber em uso de cada uma das cinco classes de medicamentos: aspirina, um segundo agente antiplaquetário, estatina, IECA/BRA e um betabloqueador.	Não informado.	Indicador 1 (Cinco classes de medicamentos por Conselhos de saúde distritais): O desempenho nacional no indicador de cinco classes de medicamentos foi de 65%, com uma variação entre DHBs de 48% a 77%.
Mahmoud & Hassan, 2024[21]	Tempo de transporte em casos transferidos de outras clínicas.	Tempo de transporte (minutos) de pessoas encaminhadas.	Cerca de 59% das pessoas foram apresentadas diretamente ao nosso centro. Outras pessoas foram transferidas para nós de centros não habilitados para ICP com um tempo médio de transporte de 52,6 ± 46,7 minutos. Para pessoas transferidas para nós de outros centros, o tempo de primeiro contato médico para dispositivo foi maior, em torno de 108,2 ± 63,5 minutos, resultando em apenas 77,2% de todas as pessoas com tempo de primeiro contato médico para dispositivo < 90 minutos.
	Tempo do primeiro contato médico para ECG.	Primeiro contato médico para ECG (em minutos).	A média do tempo de primeiro contato médico para ECG foi de 13,2 - 16,1 minutos.
	Tempo de chegada do pronto-socorro ao ECG.	Tempo de chegada ao pronto socorro para o ECG (em minutos).	A média de tempo de chegada do pronto-socorro ao ECG em minutos foi de 12.8 ± 3.9.
	Avaliação da FEVE realizada no hospital.	Não informado.	867 (99,6%).

	Administração de AAS em até 24 horas.	Não informado.	828 (95%).
	Prescrição de AAS na alta.	Não informado.	Aspirina, foi prescrita em mais de 95% de pessoas: 835 (95,9).
	Inibidores de P2Y12 recebidos entre primeiro contato médico e laboratório de cateterismo.	Não informado.	864 (99,3%).
	Prescrição de estatina na alta.	Não informado.	Estatina foi prescrito em mais de 95% de pessoas: 830 (95,4).
	Prescrição de IECA para FEVE <40%.	Não informado.	IECA foram prescritos em quase 92% das pessoas com FEVE menor que 40%
	Betabloqueadores na alta.	Não informado.	Betabloqueadores foram prescritos para 62% das pessoas: 542 (62.3 %).
	Tempo (minutos) desde a chegada no pronto-socorro até o laboratório de cateterismo	Não informado.	O tempo médio da chegada ao nosso centro até o laboratório de cateterismo foi de 34 ± 22,8 minutos.
	Tempo (em minutos) desde o primeiro contato médico até o dispositivo.	Não informado.	A média do tempo de primeiro contato médico para dispositivo foi de 61,2 ± 42,8 minutos.
	Tempo (em minutos) desde a chegada no pronto-socorro até o dispositivo.	Não informado.	A média do tempo de chegada ao dispositivo foi de 49,6 ± 22,5 minutos.
	Porcentagem de pessoas com	Não informado.	672 (77.2).

	tempo <90 minutos desde o primeiro contato médico até o dispositivo.		
	Prescrição de inibidor de P2Y12 na alta.	Não informado.	Inibidor P2Y12 foi prescrito em mais de 95% de pessoas: 835 (95,9%).
Maier et al., 2015[22]	Tempo entre o início dos sintomas e a decisão de procurar atendimento.	Não informado.	Entre os indicadores relativos a tempo, obteve-se a maior média o intervalo entre o início dos sintomas até a decisão da pessoa em procurar ajuda, sendo de 1022 minutos ou 17h3min (desvio padrão [DP] 343,13), com coeficiente de variação de 33,6%.
	Tempo entre o primeiro atendimento médico referido pela pessoa até o horário de abertura da ficha de atendimento no local da intervenção - conhecido por tempo porta-porta.	Não informado.	Tempo porta-porta: média de 805 min. DP 181,78.
	Tempo de reperfusão.	Tempo decorrido entre o primeiro atendimento médico até a conclusão da ICP primária em pessoas com IAMCSST.	Reperfusão: média de 455 min, DP 364,8.
Maier et al., 2016[23]	Proporção de pessoas admitidas na Unidade de Terapia Intensiva.	Não informado.	Uma das menores taxas foi a de admissão em UTI, com 2,1%, (n=2)
	Tempo porta–ECG (minutos): <10;11 a 20; 21 a 40;41 a 60 >60.	Não informado.	Identificou-se que tanto o tempo porta-eletrocardiograma como o porta–balão estiveram acima do recomendado, sendo que

			somente 7,4% das pessoas realizaram ECG nos primeiros dez minutos de chegada ao pronto-socorro. O tempo porta–ECG foi de média geral: 68,3, DP: 104,3 min, p: 0,37.
	Tempo de internação (dias).	Não informado.	As variáveis tempo de internamento e tempo de permanência no pronto-socorro foram analisadas pelo teste Mann-Whitney e apresentaram significância, sendo esse tempo maior para o sexo feminino, com p<0,05. As demais variáveis não tiveram significância estatística.
	Taxa de mortalidade hospitalar.	Não informado.	n=11, 11,7%.
	Proporção de pessoas que receberam AAS em até 24 horas após a admissão.	Não informado.	Um dos indicadores de qualidade que alcançou maior taxa foi AAS em 77,8%, (n=73).
	Proporção de pessoas que receberam BRA ou IECA em até 24 horas após a admissão.	Não informado.	Um dos indicadores de qualidade que alcançou maior taxa foi o bloqueadores da angiotensina e IECA em 62,8%. (n=59).
	Porcentagem de pessoas que receberam estatinas em até 24 horas após a admissão.	Não informado.	Um dos indicadores de qualidade que alcançou maior taxa foi de administração de estatinas, com 78,7%, (n=74).
	Pessoas com SCA que receberam aconselhamento ou orientação verbal sobre	Numerador: número de pessoas com SCA que receberam aconselhamento ou orientação verbal sobre tabagismo.	Uma das menores taxas foi a de orientação verbal antitabágica, que totalizou 53,3% (n=16).

	tabagismo.	Denominador: número de pessoas com SCA que se identificaram como fumantes.	
	Tempo para realização de cinecoronariografia: até 24h, após 24h, até 72h, após 72h.	Número relativo ao número de pessoas submetidas a cinecoronariografias.	Somente 12,0% das pessoas realizaram cinecoronariografia nas primeiras 24 horas de admissão (n=6). Após 24 h até 72h: n=19, 38,0% a 50% fizeram o cateterismo após três dias de internação: acima de 72h: (n=25).
	Proporção de FEVE avaliada e registrada	Numerador: número de pessoas que foram avaliados para FEVE. Denominador: número de pessoas elegíveis para este processo.	O indicador de qualidade que alcançou maior taxa foi o de avaliação da FEVE, realizado em 83,0% das pessoas n=78.
	Proporção de pessoas que receberam reperfusão oportuna.	Numerador: número de pessoas que receberam reperfusão oportuna. Denominador: número de pessoas com IAMCSST.	Uma das menores taxas foi a de reperfusão oportuna, com 62,5% (n=20).
Marino et al., 2016[24]	Tempo de resposta do serviço pré-hospitalar.	Tempo decorrido (minutos) entre a chamada e a chegada ao local de atendimento.	Todas as pessoas (n = 204): 80 (24-177); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 112 (40-198); Sem óbito (n = 169): 80 (23-178); p 0,79.
	Tempo total de isquemia.	Tempos decorridos (minuto): tempo de início da dor até atendimento médico mais tempo porta-balão ou porta-agulha.	Todas as pessoas (n = 204): 683 (391-1963); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 587 (346-2283); Sem óbito (n = 169): 691 (393-1934); p 0,91.
	Tempo até a procura por atendimento médico.	Tempo decorrido (minutos) desde os sintomas até a procura por atendimento médico.	Todas as pessoas (n = 204): 486 (248-1657); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 414 (215-1521); Sem óbito (n = 169): 549 (249-1521); p 0,63.

	Tempo total de transporte pré-hospitalar.	Tempos decorridos (minutos): tempo de resposta do serviço pré-hospitalar mais tempo do local atendimento até um hospital.	Todas as pessoas (n = 204): 177 (50-312); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 201 (140-334); Sem óbito (n = 169): 171 (48-304); p 0,32.
	Tempo de transporte do local de atendimento até o hospital.	Tempo decorrido (minutos) no transporte do local de atendimento até o hospital.	Todas as pessoas (n = 204): 45 (18-84); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 61 (32-145); Sem óbito (n = 169): 45 (15-71) ; p 0,47.
	Tempo porta-ECG.	Tempo decorrido (minutos): entre a realização do ECG e a admissão hospitalar.	Todas as pessoas (n = 204): 27 (11-70); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 15 (10-31); Sem óbito (n = 169): 30 (11-77); p 0,36.
	AAS é administrado nas 24 horas.	Não informado.	Em relação aos antiplaquetários nas pessoas com IAMCSST, 95,1% receberam AAS nas 24 horas; 94,5% nas pessoas com IAMSSST e 98,0% em pessoas com Angina instável. Todas pessoas 563 (96,6%).
	AAS administrado na alta.	Não informado.	Dez pessoas com SCA apresentaram complicações hemorrágicas, nove com sangramento maior segundo a classificação de TIMI e um com AVC hemorrágico; essas pessoas receberam alta sem AAS ou inibidores do P2Y. As seguintes pessoas receberam antiplaquetários AAS na alta: 93,5% das pessoas com IAMCSST, 94,1% IAMSSST, 92,8 angina instável e 492 (93,2%) de todas as pessoas.
	Betabloqueadores administrados nas 24 horas.	Não informado.	Das 181 pessoas com SCA que não receberam betabloqueador nas primeiras 24 horas, 39 (21,5%) apresentavam contra-indicações: 15 por choque cardiogênico, 12 por estarem em Killip 2 e 12 por apresentarem uma frequência cardíaca (FC) < 60

			batimentos/minuto. As demais 142 (78,5%) pessoas se encontravam em Killip I ou apresentavam angina instável e frequência cardíaca > 60 batimentos/minuto. Das 48 (31,9%) pessoas IAMCSST que não receberam betabloqueadores, 30 não apresentavam contraindicação para isto e se encontravam em Killip I. Dentro das 24 horas receberam um betabloqueador: 68,1% pessoas com IAMCSST, 71,2 IAMSSST, 69% Angina instável, 402 (69,0%) de todos os pessoas.
	Betabloqueadores administrados na alta.	Não informado.	Os betabloqueadores foram administrados na alta em 411 (77,8%) de todas as pessoas, 80,5% nas pessoas com IAMCSST, 82,4% IAMSSST e 75,5% com angina instável.
	Proporção de pessoas que receberam BRA ou IECA em até 24 horas após a admissão.	Não informado.	Receberam IECA ou BRA dentro das 24 h: 64,2% das pessoas com IAMCSST, 61,6% IAMSSST, 70,3% Angina instável e 391 (67,1%) de todas as pessoas.
	IECA ou BRA administrada na alta.	Não informado.	IECA ou BRA foram administrados na alta em 337 (63,8%) de todas as pessoas, 64,5% nas pessoas com IAMCSST, 61,8% IAMSSST e 63,9% com angina instável.
	Inibidores do P2Y12 administrados nas 24 horas.	Não informado.	Em relação aos antiplaquetários nas pessoas com IAMCSST, o inibidor do P2Y12 foi administrado dentro de 24 horas em 88,7% das pessoas, em 89% nas pessoas IAMSSST, 83,3% com angina instável. Todas as pessoas: 501 (85,9%).

	Inibidores do P2Y administrados na alta.	Não informado.	Dez pessoas com SCA apresentaram complicações hemorrágicas, nove com sangramento maior segundo a classificação de TIMI e um com AVC hemorrágico; essas pessoas receberam alta sem AAS ou inibidores do P2Y. O inibidor do P2Y12 foi administrado na alta em 362 (68,6%) de todas as pessoas, 75,1% nas pessoas com IAMCSST, 67,6% IAMSSST e 62,9% em pessoas com Angina instável.
	Porcentagem de pessoas que receberam estatinas em até 24 horas após a admissão.	Não informado.	Receberam estatinas dentro das 24 h: 82,4% das pessoas com IAMCSST, 80,8% IAMSSST, 80,7% Angina instável e 474 (81,3%) de todas as pessoas.
	Heparina não fracionada ou heparina de baixo peso molecular administrada nas 24 horas.	Não informado.	Dentro das 24 horas receberam heparina: 73,1% das pessoas com IAMCSST, 79,5% IAMSSST, Angina instável 52,3%, em todas as pessoas 372 (63,8%).
	Tempo porta-agulha.	Tempo decorrido (minutos) entre o primeiro ECG e o início da infusão de trombolítico*.	Todas as pessoas (n = 204): 67 (49-73); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 0 ; Sem óbito (n = 169): 67 (49-73).
	Tempo porta-balão.	Tempo decorrido (minutos) entre chegada ao hospital e realização da revascularização.	Todas as pessoas (n = 204): 94 (41-386); Óbitos intra-hospitalar (n = 35): 90 (31-392); Sem óbito (n = 169): 94 (45-384) ; p 0,62.
	Modalidade de terapia de reperfusão realizada.	Não informado.	Em pessoas com IAMCSST, 57,5% apresentavam tempo de dor menor que 12 horas e 46,0% foram submetidos à terapia de reperfusão, com 88 angioplastias primárias e seis casos de trombólise. Nas pessoas elegíveis para revascularização, a reperfusão ocorreu em 70,6% dos casos.

	Proporção de pessoas com SCA que receberam alta em uso de estatina [= Pontuação média de adesão hospitalar (%)].	Não informado.	Estatinas foram administradas na alta em 452 (85,6%) de todas as pessoas, 88,2% nas pessoas com IAMCSST, 91,2% IAMSSST e 82,8% com angina instável.
Quraishi et al., 2016[25]	Taxa de mortalidade em 30 dias após ICP.	Não informado.	Não informado.
	Taxa de readmissão em 30 dias após ICP.	Não informado.	Não informado.
	AVC após ICP.	Não informado.	Não informado.
	Avaliação da função renal realizada antes da ICP não emergencial.	Não informado.	Não informado.
	Tempo do primeiro contato médico até o primeiro dispositivo para ICP primária.	Não informado.	Não informado.
	Volume anual de ICP de acordo com o provedor.	Não informado.	Não informado.
	Volume anual de ICP de acordo com o centro.	Não informado.	Não informado.
	Transfusão de sangue realizada para ICP.	Não informado.	Não informado.
Rodríguez-Ramos et al., 2024[26]	Tempo isquêmico inferior a 120 minutos.	Não informado.	Não informado.

	Tempo de atraso do sistema inferior a 90 minutos.	Não informado.	Não informado.
	Tratamento hospitalar completo.	Não informado.	Não informado.
	Mortalidade hospitalar.	Não informado.	Não informado.
	Mortalidade de 30 dias.	Não informado.	Não informado.
	Readmissões de 30 dias.	Não informado.	Não informado.
	Pessoas com ECG pré-hospitalar realizado.	Não informado.	Não informado.
	Pessoas com teste de estresse realizado no hospital.	Não informado.	Não informado.
	Reperfusão Pré-hospitalar.	Não informado.	Não informado.
	Pessoas incluídas em programas de reabilitação.	Não informado.	Não informado.
	Pessoas com terapia de reperfusão.	Não informado.	Não informado.
Rossello et al., 2020[27]	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde um indicador era aplicável.	Todos os centros participaram de um registro regular, indicando 100% de conformidade, mas limitando a avaliação da associação entre o IQ e a mortalidade.

	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa coletado sistematicamente e de forma organizada: controle da dor.	Experiência relatada pela pessoa.	Na alta, o controle da dor foi registrada em 18.117 pessoas (98,9%). Entre elas, 13.883 (77,5%) não tinham dor, 3.781 (21,1%) tinham dor moderada e 251 (1,4%) tinham dor extrema. Na análise não ajustada, dor moderada [*hazard ratio* (HR)=1,91, IC 95%=1,67-2,18; p<0,001)] e dor intensa (HR=3,41, IC 95%=2,45-4,75; p<0,001) foram significativamente associadas a maior mortalidade em 2 anos, quando comparadas à ausência de dor (grupo de referência).
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	A pontuação composta de tudo ou nenhum (0 se alguma intervenção não for fornecida, 1 se todos os IQs forem fornecidos) foi calculada da seguinte forma: a) para aqueles com FEVE >40% e sem evidência de insuficiência cardíaca, as medidas incluíram tratamento com aspirina de baixa dose, inibição de P2Y12 e estatina de alta dose; b) para aqueles com FEVE >40% ou evidência clínica de insuficiência cardíaca, as medidas também incluíram o recebimento de betabloqueadores e IECA/BRA.	O indicador tudo ou nada estava disponível para 99,5% de pessoas e foi alcançado em 92,6%.
	Taxa de mortalidade em 30 dias ajustada pelo escore de risco GRACE 2.0.	A frequência cardíaca de admissão e a pressão arterial sistólica não estavam disponíveis para calcular a pontuação de mortalidade GRACE de 30 dias . Em vez disso, usaram a pontuação de risco *long-tErm follow-uP of antithrombotic*	O escore de risco de dois anos do EPICOR foi usado para ajustar a mortalidade por fatores de confusão.

		management patterns In acute CORonary syndrome patients (EPICOR) para estimar o risco de mortalidade ajustado de dois anos, previamente derivado das coortes EPICOR e EPICOR Ásia e, portanto, melhor ajustado para previsão de risco nesta coorte. Este modelo de risco contém 18 preditores de mortalidade de dois anos disponível na alta: 21 idade, *Left Ventricular Systolic Dysfunction* (LVSD) na alta, falta de revascularização ou trombolise coronária, creatinina sérica elevada na admissão, dimensões pobres do escore EuroQol-5 (EQ-5D), baixo nível de hemoglobina, doença anterior, doença pulmonar obstrutiva crônica anterior, glicose no sangue elevado na admissão, em diuréticos na alta, sexo masculino, nível educacional mais baixo, em inibidor de aldosterona na alta, baixo índice de massa corporal, complicações cardíacas durante a hospitalização do índice, diagnóstico de IAMCSST, classe e região de Killip. Esta pontuação já foi usada para ajuste de mortalidade em estudos anteriores.	
	Proporção de FEVE avaliada e registrada.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que atendem o indicador. Denominadores: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais	A FEVE foi relatada em 74,24% das pessoas.

		onde um indicador é aplicável.	
	Pontuação de risco GRACE registrada.	Documentação da pontuação de risco GRACE.	As pontuações GRACE e CRUSADE e alguns preditores-chave não foram registrados prospectivamente em nossas coortes.
	Pontuação de risco CRUSADE e registrada.	Documentação da pontuação de risco CRUSADE.	As pontuações GRACE e CRUSADE e alguns preditores-chave não foram registrados prospectivamente em nossas coortes.
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	Numerador: número de indicadores alcançados. Denominador: número de indicadores para os quais a pessoa era elegível ou que o hospital podia fornecer.	De acordo com o escore composto baseado em oportunidade, as pessoas receberam 83,3% (n=118.071) das intervenções para as quais eram elegíveis. O alcance hospitalar foi alto, mas variou entre os hospitais (mediana de 82,8%, IQR 77,5–88,7%).
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE⩽40% que receberam alta em uso de betabloqueadores.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	A prescrição de estatinas, betabloqueadores e IECA/BRA foi registrada, mas não o tipo, a dose e as possíveis contra indicações ou intolerância. As estatinas foram prescritas em 91,3% das pessoas. Foi relatado FEVE ⩽40% ou insuficiência cardíaca em 2844 pessoas (15,7%). Entre eles, 74,3% e 77,2% receberam IECA/BRA e betabloqueadores na alta, respectivamente. Os dados estavam disponíveis para >99% deste subconjunto de pessoas.
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que receberam alta com IECA (ou BRA se intolerante ao IECA), a menos	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o	A prescrição de estatinas, betabloqueadores e IECA/BRA foi registrada, mas não o tipo, a dose e as possíveis contra indicações ou intolerância. As estatinas foram prescritas em 91,3% das pessoas. Foi relatado FEVE ⩽40% ou insuficiência cardíaca em 2844 pessoas (15,7%). Entre eles, 74,3% e 77,2%

	que contraindicado.	indicador é aplicável.	receberam IECA/BRA e betabloqueadores na alta, respectivamente. Os dados estavam disponíveis para >99% deste subconjunto de pessoas.
	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que atenderam o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	A indicação e o uso de inibidores de P2Y12 (clopidogrel, prasugrel e ticagrelor) mudaram ao longo do tempo. O uso de prasugrel e ticagrelor foi escasso nesta coorte. Portanto, consideramos o uso de qualquer inibidor de P2Y12 como inibição adequada de P2Y12 na descarga.
	Estatinas de alta intensidade na alta.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	A prescrição de estatinas, betabloqueadores e IECA/BRA foi registrada, mas não o tipo, a dose e as possíveis contra indicações ou intolerância. As estatinas foram prescritas em 91,3% das pessoas. Foi relatado FEVE ⩽40% ou insuficiência cardíaca em 2844 pessoas (15,7%). Entre eles, 74,3% e 77,2% receberam IECA/BRA e betabloqueadores na alta, respectivamente. Os dados estavam disponíveis para >99% deste subconjunto de pessoas.
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde um indicador era aplicável.	Entre todas as pessoas com IAMCSST e IAMSSST, 89,8% receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.
	Taxa de reperfusão dentro de 12 horas após a apresentação de pessoas com IAMCSST.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador. Denominador: número de pessoas ou a	A taxa de reperfusão dentro de 12 horas após o início dos sintomas foi de 56,9%.

		proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	
	Proporção de pessoas com reperfusão oportuna (IAMCSST).	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Entre as pessoas IAMCSST admitidas em centros com capacidade de ICP, a reperfusão oportuna ocorreu em 26,3%.
	Proporção ou média de tempos de reperfusão em pessoas com IAMCSST.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominadores: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	O tempo para reperfusão estava disponível em 90,0% das pessoas com IAMCSST.
	Proporção de tempo desde o diagnóstico até a passagem do fio - IAMCSST, em minutos.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável	Apenas as pessoas foram avaliadas porque os horários de porta em porta não estavam disponíveis para pessoas transferidas. O tempo desde o primeiro contato médico até o acesso arterial (o tempo para o balão foi usado como proxy) estava disponível em 17,4% das pessoas: mediana de 2,8h (QIR: 1,4–13,2).
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	No geral, 94,0% das pessoas receberam qualquer inibidor de P2Y12 (dados disponíveis em 99,9%). Apenas 13,3% das pessoas com IAMSSST receberam pelo menos uma injeção de fondaparinux, enquanto 65,2% receberam fondaparinux ou heparina de baixo peso molecular.
	Angiografia coronária	Numerador: número ou proporção de	Entre as pessoas com IAMSSST, 67,5% foram

	recebida dentro de 72 horas (somente pessoas IAMSSST).	pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	submetidas a uma estratégia invasiva dentro de 72 horas após a apresentação (dados disponíveis em 98,4%).
Rossello et al., 2021[28]	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa.	Não informado.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	Não informado.	Não informado.
	Taxa de mortalidade de 30 dias ajustada para uma pontuação de risco validada.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas em que a FEVE foi avaliada antes da alta hospitalar (a FEVE deve ser avaliada e o valor numérico registrado para todas as pessoas).	Não informado.	Não informado.
	Pontuação de risco GRACE registrada.	Não informado.	Não informado.
	Pontuação de risco CRUSADE	Não informado.	Não informado.

	registrada.		
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE⩽40% que receberam alta em uso de betabloqueadores.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que receberam alta com IECA.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12.	Não informado.	Não informado.
	Estatinas na alta.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Não informado.	Não informado.
	Taxa de reperfusão dentro de 12 horas após a apresentação de pessoas com IAMCSST.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com	Não informado.	Não informado.

	reperfusão oportuna (IAMCSST).		
	Proporção ou média de tempos de reperfusão em pessoas com IAMCSST.	Não informado.	Não informado.
	Angiografia coronária recebida dentro de 72 horas.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux.	Não informado.	Não informado.
	Angiografia coronária recebida dentro de 72 horas (somente pessoas IAMSSST).	Não informado.	Não informado.
Schiele et al., 2017[29]	Valor da estratificação de risco rápida.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Proporção de estratégia invasiva realizada ≤ 24h.	Numerador - número de pessoas que foram submetidas a estratégia invasiva, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador é aplicável.	A taxa de pessoas com IAMCSST submetidas à estratégia invasiva dentro de 72 horas após a apresentação foi de 79% em 2005 e 92% em 2010.
	Taxa de reperfusão.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis.	A elegibilidade para reperfusão foi determinada de acordo com o tempo entre os sintomas (<12 horas) e o primeiro contato médico em pessoas com

		Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	IAMCSST. Apenas 35% da população foi elegível para os IQs relacionados aos tempos de reperfusão com ICP primária, e essa proporção foi de 40% para a avaliação da reperfusão oportuna, considerando fibrinólise ou ICP primária. As taxas de reperfusão entre as pessoas elegíveis foram de 71% e 81% em 2005 e 2010, respectivamente. O tempo desde o primeiro contato médico até a reperfusão estava disponível em todas as pessoas tratadas com fibrinólise (primeiro contato médico com agulha) e em 100% e 91% das pessoas tratadas por ICP primária em 2005 e 2010, respectivamente.
	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Todos os centros cumpriram o IQ referente à participação voluntária em registros para avaliar a qualidade do atendimento.
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador (número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	Em pessoas com FEVE >40% e sem evidência de insuficiência cardíaca: como a proporção de pessoas que preenchem todos os 3 elementos de pontuação, ou seja, aspirina em baixas	O indicador tudo ou nada foi direcionado (calculado em 1) em 49% das pessoas em 2005 e 75% em 2010. Entre as pessoas com função ventricular esquerda prejudicada, o IQ de tudo ou nada foi calculado em 1 em 72 (20%) pessoas em 2005 e em

		doses, P2Y inibidor e estatinas de alta intensidade.	251 (53%) em 2010. Em resumo, 12/17 indicadores individuais puderam ser avaliados: 9 diretamente, 2 calculados e 1 estimado, enquanto 4 IQ não foram registrados, seja por indisponibilidade de tratamento ou simplesmente porque a variável não foi registrada.
	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 3 indicadores individuais em pessoas sem insuficiência cardíaca e com FEVE>40%: (1) Aspirina em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contra indicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade.	Calculado como a proporção de pessoas que preenchem todos os 3 elementos de pontuação.	O valor médio do IQ baseado em oportunidades foi de 0,52±0,30 calculado a partir de 1004 (39%) pessoas em 2005 e 0,72±0,31 de 2042 (51%) pessoas em 2010. O IQ tudo ou nada foi direcionado (calculado em 1) em 49% das pessoas em 2005 e 75% em 2010. Entre as pessoas com FEVE prejudicada, o IQ de tudo ou nada foi calculado em 1 em 72 (20%) pessoas em 2005 e em 251 (53%) em 2010. Em resumo, 12/17 IQs individuais puderam ser avaliados: 9 diretamente, 2 calculados e 1 estimado, enquanto 4 IQ não foram registrados, seja por indisponibilidade de tratamento ou simplesmente porque a variável não foi registrada.
	Proporção de FEVE registrada.	Numerador (número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis). Denominador: número e proporção de pessoas em que o indicador é aplicável.	O valor da FEVE estava diretamente disponível em 76% e 85% das pessoas em 2005 e 2010, respectivamente.
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	Numerador: número de vezes que determinados processos de cuidados foram realizados para cada pessoa. Denominador: número de oportunidades que a pessoa teve para receber esse processo ou o número de	O valor médio do IQ baseado em oportunidades foi de 0,52±0,30 calculado a partir de 1004 (39%) pessoas em 2005 e 0,72±0,31 de 2042 (51%) pessoas em 2010.

		oportunidades que o hospital teve para fornecer o processo, conforme apropriado. O indicador é apresentado como média ± desvio-padrão.	
	Proporção de pessoas que receberam reperfusão oportuna.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	A elegibilidade para reperfusão foi determinada de acordo com o tempo entre os sintomas (<12 horas) e o primeiro contato médico em pessoas com IAMCSST. Apenas 35% da população foi elegível para os IQs relacionados aos tempos de reperfusão com ICP primária, e essa proporção foi de 40% para a avaliação da reperfusão oportuna, considerando fibrinólise ou ICP primária. As taxas de reperfusão entre as pessoas elegíveis foram de 71% e 81% em 2005 e 2010, respectivamente. O tempo desde o primeiro contato médico até a reperfusão estava disponível em todas as pessoas tratadas com fibrinólise (primeiro contato médico com agulha) e em 100% e 91% das pessoas tratadas por ICP primária em 2005 e 2010, respectivamente.
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que receberam alta com IECA (ou BRA se intolerante ao IECA), a menos que contraindicado.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	A taxa de pessoas com FEVE ≤0,40 ou insuficiência cardíaca durante a internação foi comparável em 2005 (17%) e 2010 (15%); A taxa de prescrição de inibidor da enzima conversora de angiotensina (ou bloqueador do receptor de angiotensina) nessas pessoas foi de 64% em 2005 e 82% em 2010. Como as contraindicações potenciais (como hipotensão ou agravamento da disfunção renal) não foram registradas, é possível que a não prescrição tenha sido justificada na prática.
	Proporção de pessoas com	Numerador: número ou proporção de	A inibição foi calculada a partir de dados existentes

	inibição adequada do P2Y12.	pessoas ou hospitais que atenderam o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	em pessoas vivas na alta para o registro de 2010. Prescrição adequada de P2Y12 inibidores foi observada em 57% das pessoas em 2010.
	Estatinas de alta intensidade.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	As estatinas foram prescritas em 2717 (74%) pessoas em 2005 e em 3710 (92%) em 2010 e em alta intensidade em 1183 (35%) e 2022 (49%) pessoas, respectivamente. A taxa de pessoas com FEVE ≤0,40 ou insuficiência cardíaca durante a internação foi comparável em 2005 (17%) e 2010 (15%); A taxa de prescrição de betabloqueadores e inibidor da enzima conversora de angiotensina (ou bloqueador do receptor de angiotensina) nessas pessoas foi de 59% e 64% em 2005 e 89% e 82% em 2010, respectivamente. Como as contraindicações potenciais (como hipotensão ou agravamento da disfunção renal) não foram registradas, é possível que a não prescrição tenha sido justificada na prática.
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	A proporção de pessoas com P2Y adequada. A inibição foi calculada a partir de dados existentes em pessoas vivas na alta para o registro de 2010. Prescrição adequada de P2Y12 inibidores foi observada em 57% das pessoas em 2010.
	Proporção ou média de tempos de reperfusão em	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador,	O tempo para reperfusão estava disponível em >80% das pessoas com IAMCSST.

	pessoas com IAMCSST.	entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Apenas 12% dos doentes não tratados com IAMCSST não submetidos a angiografia imediata receberam pelo menos 1 injeção de fondaparinux.
Schiele et al., 2021[30]	Número de centros da rede que utilizam protocolos escritos no tratamento de SCA.	Numerador: número de centros participantes de uma rede para manejo de pessoas com IAMCSST e IAMSSST com protocolos escritos.	Não informado.
	Disponibilidade do ensaio troponina de alta sensibilidade medido no âmbito do centro.	Numerador: Disponibilidade do ensaio de troponina de alta sensibilidade no centro. Denominador: sem denominador (por centro).	Não informado.
	Disponibilidade de sistema para interpretação pré-hospitalar do ECG.	Numerador: Disponibilidade de sistema para interpretação de ECG pré-hospitalar e decisões de transferência. Denominador: sem denominador (por centro).	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam carta de alta.	Numerador: número de pessoas com IM que receberam uma carta de alta. Denominador: número de pessoas com	Não informado.

		IAM que receberam alta hospitalar.	
	Indicador de qualidade composto baseado em oportunidades (todos os indicadores são ponderados igualmente) com base em 6 indicadores individuais em pessoas com FEVE≥40%: (1) O centro deve participar de um registro ou programa regular de avaliação de qualidade; (2) IAMCSST: proporção de pessoas com IAMCSST reperfundidas entre os elegíveis (início dos sintomas até o diagnóstico inicial <12h) ou IAMSSST: proporção de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas do diagnóstico inicial; (3) Avaliação da FEVE antes da alta hospitalar; (4) Descarga com inibição adequada de P2Y12; (5) Alta com estatinas de alta intensidade; (6) Feedback coletado sistematicamente sobre a experiência da pessoa. Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de	Numerador: número de pessoas com IAM que receberam as intervenções: soma dos pontos (um ponto para cada indicador individual). Denominador: número de pessoas com IAM que receberam alta hospitalar: soma dos pontos (um ponto para cada indicador aplicável, de acordo com as características da pessoa e do centro).	Não informado.

	insuficiência cardíaca ou FEVE<40%.		
	Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE<40%: (7) alta em uso de IECA/BRA; (8)alta em uso de betabloqueador.	Numerador: número de pessoas com IAM que receberam as intervenções: soma dos pontos (um ponto para cada indicador individual). Denominador: número de pessoas com IAM que receberam alta hospitalar: soma dos pontos (um ponto para cada indicador aplicável, de acordo com as características da pessoa e do centro).	Não informado.
	Monitoramento regular dos tempos de reperfusão.	Numerador: Monitoramento de rotina de tempos de reperfusão relevantes em programas de ICP primária. Denominador: sem denominador.	Não informado.
	Proporção de avaliação do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) realizada durante a internação.	Numerador: número de pessoas que tiveram colesterol LDL-c medido durante a internação. Denominador: Número de pessoas com diagnóstico de IAM.	Não informado.
	Proporção de avaliação do risco isquêmico e hemorrágico utilizando um escore de risco validado.	Numerador: número de pessoas que foram estratificadas de acordo com um escore de risco validado. Denominador: Número de pessoas com diagnóstico de IAM.	Não informado.
	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em todas as pessoas usando um	Numerador: número de pessoas com IAM vivas no momento da alta hospitalar que tiveram sua qualidade	Não informado.

	instrumento validado.	de vida relacionada à saúde avaliada durante a internação por meio de instrumento validado. Denominador: número de pessoas com IAM que receberam alta hospitalar. Especificação da medida: medida complexa, numerador-denominador fácil de definir. Viabilidade da medição: fora do controle dos médicos, utilizável, alta carga de pessoas, coleta de dados viável, baixa complexidade, mas variável não registrada nos registros atuais.	
	Proporção de pessoas tratadas com anticoagulante parenteral durante (ou antes) a admissão.	Numerador: número de pessoas tratadas com um anticoagulante parenteral até a revascularização coronariana. Denominador: Todos as pessoas elegíveis.	Não informado.
	Proporção de pessoas com menção à duração da terapia antiplaquetária dupla na carta de alta.	Numerador: número de pessoas para as quais a duração da terapia antiplaquetária dupla está especificada no documento de alta. Denominador: número de pessoas com prescrição de dupla antiagregação plaquetária no momento da alta hospitalar.	Não informado.
	Proporção de uso de acesso radial.	Numerador: número de pessoas que receberam angiografia coronária	Não informado.

		invasiva por acesso radial. Denominador: número de pessoas que receberam angiografia coronária invasiva	
	Proporção de pessoas com IAMCSST admitidas dentro de 12 horas do início dos sintomas e tratadas com reperfusão (independentemente do momento).	Numerador: Número de pessoas com IAMCSST admitidas <12 horas do início dos sintomas e submetidas a reperfusão (independentemente do momento). Denominador: número de pessoas com IAMCSST elegíveis para reperfusão e sem contraindicações.	Não informado.
	Taxa de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico.	Numerador: número de pessoas com IAMSSST que receberam angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico. Denominador: pessoas com IAMSSST sem contraindicações para angiografia.	Não informado.
	Taxa de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico.	Numerador: número de pessoas com IAMSSST que receberam angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico. Denominador: pessoas com IAMSSST sem contraindicações para angiografia.	Não informado.
	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Numerador: Centros que participam regularmente em registros de qualidade locais, regionais, nacionais ou internacionais.	Não informado.

	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa coletado sistematicamente e de forma organizada, incluindo os seguintes pontos: (1) Recomendação de frequência de programa educativo (reabilitação, cessação tabágica, controlo de peso e aconselhamento dietético); (2) Explicações fornecidas por médicos e enfermeiros (sobre a doença coronariana, benefício/risco do tratamento de alta e acompanhamento médico); (3) Informações de alta sobre o que fazer em caso de recorrência dos sintomas e horário da consulta 4) Controle da dor.	Numerador: número de pessoas das quais o feedback foi coletado. Denominador: número de pessoas que receberam alta hospitalar com vida.	Não informado.
	Taxa de mortalidade de 30 dias ajustada para uma pontuação de risco validada.	Numerador: número de pessoas com IAM que faleceram nos primeiros 30 dias após a admissão. Denominador: número de pessoas com diagnóstico de IAM.	Não informado.
	Proporção de pessoas em que a FEVE foi avaliada antes da alta hospitalar (a FEVE deve ser avaliada e o valor numérico registrado para	Numerador: número de pessoas que tiveram a FEVE medida antes da alta hospitalar. Denominador: número de pessoas com diagnóstico de IAM.	Não informado.

	todas as pessoas).		
	Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso de betabloqueadores.	Numerador: número de pessoas com FEVE <40%, que receberam prescrição de betabloqueador no momento da alta hospitalar. Denominador: número de pessoas com FEVE <40% e vivas no momento da alta hospitalar elegíveis para betabloqueadores.	Não informado.
	Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso IECA (ou BRA se intolerantes a IECA).	Numerador: número de pessoas com FEVE <40%, prescritas IECA/BRA no momento da alta hospitalar. Denominador: número de pessoas com FEVE <40% e vivas no momento da alta hospitalar que são elegíveis para IECA/BRA (sem insuficiência renal grave, hipercalemia, outra contraindicação, recusa, efeitos colaterais ou alergia).	Não informado.
	Proporção de pessoas com prescrição adequada de inibidor de P2Y12.	Numerador: número de pessoas que receberam alta hospitalar com prasugrel, ticagrelor ou clopidogrel. Denominador: número de pessoas elegíveis.	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam alta hospitalar em uso de estatinas de alta intensidade (definidas como	Numerador: número de pessoas que receberam terapia com estatinas de alta intensidade no momento da alta hospitalar.	Não informado.

	atorvastatina ⩾40 mg ou rosuvastatina ⩾20 mg), a menos que contraindicado.	Denominador: número de pessoas vivas no momento da alta hospitalar e sem contraindicações, recusa, efeitos colaterais ou história de intolerância à terapia com estatinas de alta intensidade.	
	Proporção de pessoas com alta em uso de terapia antiplaquetária dupla.	Numerador: número de pessoas com prescrição de dupla antiagregação plaquetária no momento da alta hospitalar. Denominador: pessoas vivas no momento da alta hospitalar que tenham indicação de dupla antiagregação plaquetária e sem contraindicações.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAMCSST que recebem reperfusão oportuna. Oportuno é definido como: <60 minutos desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial em pessoas que se apresentam em hospitais primários de ICP;<90 minutos desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial em pessoas diagnosticadas em um hospital sem ICP ou em ambiente extra-hospitalar e	Numerador: número de pessoas com IAMCSST submetidas à reperfusão oportuna com ICP primária ou fibrinólise. Denominador: pessoas com IAMCSST elegíveis para reperfusão.	Não informado.

	depois transferidos; início da fibrinólise dentro de 10 minutos após o diagnóstico de IAMCSST em pessoas tratadas com fibrinólise.		
Schiele et al., 2021a[31]	Taxa de mortalidade em 1 ano.	As associações entre indicadores compostos e mortalidade foram avaliadas por análise multivariada.	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam aconselhamento e reabilitação para tabagismo.	Numerador - número de pessoas que receberam aconselhamento e reabilitação para tabagismo. Denominador - número de pessoas para as quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Proporção de estratégia invasiva realizada ≤ 24h.	Numerador - pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de avaliação dos momentos-chave para a reperfusão.	Numerador - pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Taxa de reperfusão.	Numerador: pessoas que satisfazem o indicador, entre os elegíveis. Denominador: pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.

	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Numerador: pessoas que satisfazem o indicador, entre os elegíveis. Denominador: pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa.	Numerador - número de pessoas que atenderam o indicador. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	As associações entre indicadores compostos e mortalidade foram avaliadas por análise multivariada.	Não informado.
	Taxa de mortalidade de 30 dias.	As associações entre indicadores compostos e mortalidade foram avaliadas por análise multivariada.	Não informado.
	Proporção de pessoas em que a FEVE foi avaliada antes da alta hospitalar.	Numerador - pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	As associações entre indicadores compostos e mortalidade foram avaliadas por análise multivariada.	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam reperfusão oportuna.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número e proporção de	Não informado.

		pessoas nas quais o indicador é aplicável.	
	Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso de betabloqueadores.	Numerador - número de pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso IECA (ou BRA).	Numerador - número de pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que atenderam o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Não informado.
	Estatinas de alta intensidade na alta.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável	Não informado.
Schüttig et al., 2022[32]	Proporção de multimorbidade de pessoas com doença cardiovascular	Numerador: número de pessoas com mais de uma doença. Denominador: número de pessoas com	Não informado.

	(DCV).	doenças cardíacas isquêmicas.	
	Proporção de pessoas com doença isquêmica do coração (DIC) e pelo menos um contato com um especialista em medicina geral / clínico geral (médico de família) / medicina interna de família / clínico geral / especialista em medicina interna / medicina nuclear / medicina psicossomática e psicoterapia / medicina física e de reabilitação / cardiologia dentro do ano de observação.	Numerador: número de pessoas que receberam atendimento de pelo menos um especialista no respectivo grupo de especialidades. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com pelo menos um contato com cada um dos grupos de especialistas acima dentro do ano de observação.	Numerador: número de pessoas com pelo menos um contato com cada um dos grupos de especialistas acima, dentro do ano de observação. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com contato em pelo menos a) um, b) dois, c) três d) quatro dos quatro trimestres para os grupos de médicos acima mencionados.	Numerador: número de pessoas com contato em pelo menos a) um, b) dois, c) três d) quatro dos quatro trimestres para os grupos de médicos mencionados acima. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.

	Proporção de pessoas com pelo menos um contato com dois especialistas diferentes entre os grupos de especialistas mencionados acima, dentro do ano de observação.	Numerador: número de pessoas com pelo menos um contato com dois especialistas diferentes entre os grupos de especialistas mencionados acima, dentro do ano de observação. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Número de pessoas com DIC tratados conjuntamente na rede.	Numerador: número de pessoas com DIC tratados conjuntamente na rede com um grupo de pessoas com outras doenças. Sem denominador.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DCV sem hospitalização por DIC dentro do ano de observação (ajustado ao risco).	Numerador: número de pessoas sem internação hospitalar no ano de observação devido a DIC. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com menos de duas hospitalizações por DIC dentro do ano de observação (ajustado ao risco).	Numerador: número de pessoas com menos de duas hospitalizações por DIC . Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Taxa de mortalidade de pessoas com DCV dentro do ano de observação.	Numerador: número de pessoas que morreram dentro do período de observação. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com	Numerador: número de pessoas que	Não informado.

	DCV cujos níveis de LDL-c e *High-Density Lipoprotein Cholesterol* (HDL-c) foram examinadas pelo menos uma vez no ano de observação.	foram examinadas quanto aos níveis de LDL-c e HDL-c pelo menos uma vez ao ano. Denominar: número de pessoas com DIC.	
	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatinas pelo menos uma vez por trimestre durante o ano de observação.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de estatinas a cada trimestre. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatinas pelo menos uma vez durante o ano de observação.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de estatinas pelo menos uma vez ao ano. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DIC que receberam prescrição de estatina, betabloqueador e IECA/BRA.	Numerador: número de pessoas que receberam prescrição de estatina, betabloqueador e IECA/BRA. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DIC e diabetes tipo 2 que receberam prescrição de agentes hipolipemiantes no ano de observação.	Numerador: número de pessoas com DCV e diabetes tipo 2 que receberam prescrição de agentes hipolipemiantes pelo menos uma vez durante o ano de observação. Denominador: número de pessoas com DIC e diabetes (com pelo menos dois diagnósticos confirmados 2 em	Não informado.

		ambulatórios ou um de internação).	
	Proporção de pessoas com DIC e hipertensão que receberam prescrição de anti-hipertensivos pelo menos uma vez durante o ano de observação.	Numerador: número de pessoas com DIC e hipertensão que receberam pelo menos uma prescrição de anti-hipertensivos no ano de observação. Denominador: número de pessoas com DIC e hipertensão.	Não informado.
	Proporção de pessoas inscritas no programa de gerenciamento de DIC.	Numerador: número de pessoas inscritas no programa de gerenciamento de DIC. Denominador: número de pessoas com DIC.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DIC que participaram de um programa de gerenciamento de doenças.	Numerador: número de pessoas com DIC para as quais foi registrada a participação no programa*. Denominador: número de pessoas com cardiopatia isquêmica inscritas no programa de gerenciamento de doenças.	Não informado.
	Proporção de pessoas com DIC com vacinação contra influenza atualizada.	Numerador: número de pessoas com DIC, cuja vacinação contra influenza está atualizada. Denominador: número de pessoas com DIC.	
Sedra et al., 2022[33]	AAS iniciado dentro de 6 horas do contato médico e prescrito na alta hospitalar.	Não informado.	AAS iniciado dentro de 6 horas do contato médico e prescrito na alta hospitalar: Nas primeiras 6 horas, o AAS foi prescrito em 100% (N = 621) dos casos

			elegíveis, 91,0% dos casos com alta (N = 564) foram tratados com AAS.
	Estatinas foram iniciadas dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar.	Não informado.	As estatinas foram iniciadas dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar: Nas primeiras 24 h, as estatinas foram prescritas em 99,4% dos casos (n = 617). O estudo mostrou que 0,6% (n =4) o total de casos elegíveis não tinham estatinas prescritas, enquanto na alta, as estatinas foram prescritas em 90,8% dos casos (n = 564); dos, 51 morreram durante o curso hospitalar. O estudo mostrou que 1,0% (n = 6) do total de casos elegível não tinha estatinas prescritas na alta.
	IECA iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescritos na alta hospitalar.	Não informado.	IECA/BRA iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescritos na alta hospitalar: Nas primeiras 24 horas, IECA/BRAs foram prescritos em 73,4% dos casos (n = 456), enquanto contraindicações para eles foram registrados em 119 pessoas. O estudo avaliado que 7,4% (n = 46) do total de casos elegíveis não tiveram IECA/BRAs prescritos dentro de 24 horas da entrega, enquanto na alta, os IECA/BRA foram prescritos em 82,8% dos casos (n = 14); dos restantes, 51 morreram durante o curso hospitalar, e 8 casos tiveram contraindicações registradas na alta. O estudo avaliado indicou que 7,7% (n = 48) do total de casos elegíveis não tiveram IECA/BRA prescritos na alta.
	Betabloqueador iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar.	Não informado.	Betabloqueador iniciado dentro de 24 horas após a admissão e prescrito na alta hospitalar: Nas primeiras 24h, os beta-bloqueadores foram prescritos em 65,9% dos casos (n = 409), enquanto a

			contraindicações para ele foram registradas em 133 pessoas (21,4%) na admissão. O estudo mostrou que 12,7% (n = 79) do total de casos elegíveis não tiveram beta-bloqueadores prescritos dentro de 24 horas da admissão, enquanto na alta, os beta-bloqueadores foram prescritos em 78,3% dos casos (n = 486); dos, 49 casos morreram durante o curso hospitalar e 15 casos tiveram contra indicações registradas na alto. O estudo mostrou que 11,4% (n = 71) do total de casos elegíveis não tinham beta-bloqueadores prescritos na alta.
Wilkinson et al., 2019[34]	Proporção de avaliação dos momentos-chave para a reperfusão.	Numerador: pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador: pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um programa de avaliação da qualidade.	Numerador: pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador: pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 5 indicadores individuais em pessoas com insuficiência cardíaca ou com FEVE≤40%: (1) AAS em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contra indicação documentada); (3) Estatinas	A pontuação foi categorizada quanto ao recebimento do cuidados em: a) ótimo (todas as intervenções recebidas); b) subótimo (perdeu uma ou mais intervenções de cuidados para as quais a pessoa era elegível).	Não informado.

	de alta intensidade; (4) IECA (ou BRA se houver intolerância ao IECA); (5) Betabloqueadores (a menos que haja contra indicação clara).		
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa.	Numerador - número de pessoas que atenderam o indicador. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, tudo ou nada (pontuação geral).	A pontuação composta de tudo ou nada foi derivada categorizando o recebimento de cuidados em ótimo (todas as intervenções recebidas) ou subótimo (perdeu uma ou mais intervenções de cuidados para as quais a pessoa era elegível). Para pessoas sem insuficiência cardíaca, as medidas incluídas foram o recebimento de aspirina em baixas doses, inibidor de P2Y e estatina. Para aqueles com insuficiência cardíaca (definida como uma FEVE <40% ou presença de sintomas de insuficiência cardíaca), o recebimento de betabloqueadores e IECA/BRA foram incluídos, perfazendo cinco variáveis no total.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 3 indicadores	A pontuação foi categorizada quanto ao recebimento do cuidados em: a) ótimo (todas as intervenções	Não informado.

	individuais em pessoas sem insuficiência cardíaca e com FEVE>40%: (1) Aspirina em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contraindicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade.	recebidas); b) subótimo (perdeu uma ou mais intervenções de cuidados para as quais a pessoa era elegível).	
	Taxa de mortalidade ajustada pelo escore de risco GRACE 2.0.	Não informado.	Não informado.
	Proporção de FEVE avaliada e registrada.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que atendem o indicador. Denominadores: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais onde um indicador é aplicável.	Não informado.
	Pontuação de risco CRUSADE registrada.	Numerador - pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades.	Numerador: número de intervenções recebidas pela pessoa. Denominador: número de intervenções para as quais a pessoa era elegível.	Não informado.
	Proporção de pessoas que receberam reperfusão oportuna.	Numerador: número e porcentagem de pessoas que satisfazem o indicador, entre os aplicáveis.	Não informado.

		Denominador: número e proporção de pessoas nas quais o indicador é aplicável.	
	Proporção de reperfusão realizada dentro de 12 horas após a apresentação.	Numerador - pessoas que foram submetidas a reperfusão dentro de 12 horas. Denominador - pessoas nas quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Proporção de pessoas com FEVE <40% que receberam alta hospitalar em uso de betabloqueadores.	Numerador - número de pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de pessoas com FEVE que receberam alta hospitalar em uso IECA ou BRA.	Numerador - número de pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - número de pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de pessoas com inibição adequada do P2Y12.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que atenderam o indicador, entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Não informado.
	Estatinas de alta intensidade na alta.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis.	Não informado.

		Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Numerador: pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	Proporção de ICP primária realizada em 60 minutos (somente centros ICP e pessoas com IAMCSST).	Numerador: pessoas que satisfizeram o indicador, entre os elegíveis. Denominador - pessoas nas quais o indicador pode ser medido.	Não informado.
	ICP primária recebida em 120 min (somente centros não ICP e pessoas com IAMCSST).	Numerador: número ou proporção de pessoas que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção para os quais o indicador é aplicável.	Não informado.
	Proporção de tempo desde o diagnóstico até a passagem do fio - IAMCSST, em minutos.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Não informado.
	Proporção de fibrinólise realizada em 30 minutos (somente centros ICP primária e pessoas com IAMCSST).	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o	Não informado.

		indicador é aplicável.	
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux.	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	Não informado.
	Angiografia coronária recebida dentro de 72 horas (somente pessoas IAMSSST).	Numerador: número ou proporção de pessoas ou hospitais que satisfazem o indicador entre os aplicáveis. Denominador: número de pessoas ou a proporção dentro dos hospitais onde o indicador é aplicável.	
Zheng et al., 2020[35]	Proporção de serviços que empregam pessoal em tempo integral para educar as pessoas sobre RC.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 44,4.
	Proporção de serviços que empregam pessoal de ligação para RC.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 31,7.
	Proporção de pessoas que recebem recomendação de RC na orientação de alta.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 86,1 Um dos IQs que alcançaram bom desempenho (mínimo–máximo: 72,1%–86,1%) foi 'recomendação de RC na orientação de alta'.
	Proporção de pessoas elegíveis encaminhadas para RC automaticamente no	Numerador/denominador.	Desempenho %: 34,4.

	momento da alta.		
	Proporção de pessoas que recebem convites por escrito e folhetos do programa de RC.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 29,7 Houve vários IQs de baixo desempenho (mínimo–máximo: 9,9%–29,7%), incluindo 'fornecimento de convites por escrito e folhetos do programa para as pessoas'.
	Proporção de pessoas encaminhadas que recebem inscrição imediata para RC.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 18,9 Houve vários IQs de baixo desempenho (mínimo–máximo: 9,9%–29,7%), incluindo 'inscrição imediata em RC para pessoas encaminhadas'.
	Proporção de pessoas que são inscritas em programa de RC antes da alta.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 41,4.
	Proporção de inscrição e recomendação de RC como indicador para avaliação de desempenho médico.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 18,3 Houve vários IQs de baixo desempenho (mínimo–máximo: 9,9%–29,7%), incluindo 'frequência de registro e recomendação de RC como para avaliar o desempenho do médico'.
	Proporção de comunicação entre médico de referência e pessoa sobre RC.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 60,5.
	Proporção de avaliação e educação de pessoas em relação aos fatores de risco de doença coronariana.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 47,9.
	Proporção de avaliação e educação de pessoas sobre	Numerador/denominador.	Desempenho %: 49,1.

	hábitos alimentares.		
	Proporção de avaliação e educação de pessoas sobre o consumo de tabaco e álcool.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 72,1 Um dos IQs que alcançaram bom desempenho (mínimo–máximo: 72,1%–86,1%) foi 'avaliação e educação de pessoas sobre consumo de tabaco e álcool'.
	Proporção de reavaliação da capacidade de exercício.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 43.
	Proporção de prescrição de exercício com base na avaliação da aptidão física.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 52,1.
	Proporção de aplicação de exercícios tradicionais chineses.	Numerador/denominador.	Não informado.
	Proporção de educação sobre a importância da adesão à medicação prescrita.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 55,2.
	Proporção de avaliação e tratamento de questões psicológicas.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 51,5.
	Proporção de realização de reuniões multidisciplinares.	Numerador/denominador.	Desempenho %: 9,9 Houve vários IQs de baixo desempenho (mínimo–máximo: 9,9%–29,7%), incluindo 'realização de reuniões multidisciplinares'.
	Proporção de prolongamento	Numerador/denominador.	Não informado.

	do tempo de reabilitação hospitalar.		
Zusman et al., 2019[36]	Proporção de centros com avaliação rotineira de intervalos relevantes para o processo de reperfusão (desde a chamada até o primeiro contato médico, primeiro contato médico até a porta, porta até o acesso arterial, e porta-dentro-porta-fora para centros sem laboratório de cateterismo no local).	Numerador: número de centros com avaliação rotineira de intervalos relevantes para o processo de reperfusão. Denominador: número de centros.	Não informado.
	Proporção de pessoas admitidas com IAMCSST ou IAMSSST que têm avaliação de risco de sangramento, por meio do escore CRUSADE (o valor numérico do escore deve ser registrado para todas os pessoas internadas com IAMCSST ou IAMSSST).	Numerador: número de pessoas com IAMCSST ou IAMSSST que foram estratificados de acordo com o escore de sangramento CRUSADE. Denominador: número de pessoas com IAMCSST ou IAMSSST.	Não informado.
	Proporção de pessoas com IAMSSST nas quais é realizada avaliação de risco isquêmico usando o escore de risco GRACE (o escore GRACE deve ser avaliado e o valor numérico registrado	Numerador: número de pessoas com IAMSSST que foram estratificadas de acordo com o escore de risco GRACE. Denominador: número de pessoas com IAMSSST.	A pontuação GRACE foi menor para pessoas em Israel em comparação com o Reino Unido (110,5 vs 121,0). Isto foi impulsionado por um menor risco isquêmico basal para IAMCSST (96,6 vs 122,3) em vez de IAMSSST (123,1 vs 120,2) e, por sua vez, influenciado por uma idade mais elevada para IAMCSST no Reino Unido do que em Israel (idade

	para todos as pessoas admitidas com suspeita de IAMSSST).		média de 65,8 anos vs 61,5 anos).
	Proporção de pessoas com IAMSSST tratadas com fondaparinux, a menos que sejam candidatas para estratégia invasiva imediata (≤2h) ou tenham TFGe<20 ml/min.	Numerador: número de pessoas com IAMSSST e TFGe ≥20 ml/min, não candidatas a estratégia invasiva urgente, tratadas com fondaparinux. Denominador: número de pessoas com IAMSSST com TFGe ≥20 ml/min, não candidatas à estratégia invasiva urgente.	Em 2013, o fondaparinux foi raramente utilizado em Israel, com taxas de utilização mais elevadas, embora modestas, no Reino Unido (2,4% vs 49,5%).
	Tempo entre o primeiro contato médico e o acesso arterial (valor absoluto) para ICP primária.	Não informado.	No Reino Unido, entre 2006 e 2013, o tempo e o intervalo de tempo para obter acesso arterial para ICP foram reduzidos em pelo menos metade (80,4 (IQR 135) vs 40,2 (31) min) em comparação com Israel, onde permaneceram estáveis (70,3 (68) vs 67,0 (72) min).
	Proporção de pessoas com IAMSSST e sem contraindicação que realizam cinecoronariografia em até 72 horas após a admissão.	Numerador: número de pessoas com IAMSSST com risco isquêmico alto-intermediário submetidas à cinecoronariografia em até 72 horas após o diagnóstico. Denominador: pessoas com IAMSSST com risco isquêmico alto-intermediário sem contraindicações e que aceitam o procedimento	Em Israel, uma elevada proporção de IAMSSST recebeu angiografia coronária oportuna (83,8% vs 64,1% no Reino Unido em 2013).
	Número ou proporção de centros que participam de um registo regular ou um	Numerador: centros participantes de um registro. Denominador: todos os centros.	Não informado.

	programa de avaliação da qualidade.		
	Indicador de qualidade composto tudo ou nada baseado em 5 indicadores individuais em pessoas com insuficiência cardíaca ou com FEVE≤40%: (1) AAS em baixas doses; (2) Inibidor P2Y12 (a menos que haja contraindicação documentada); (3) Estatinas de alta intensidade; (4) IECA (ou BRA se houver intolerância ao IECA); (5) Betabloqueadores (a menos que haja contraindicação clara).	Não informado.	O desempenho dos cuidados de saúde medidos pelos indicadores compostos aumentou no Reino Unido de 1,0% em 2006 para 86,0% em 2013 (7,2, pontuação de tudo ou nada), com aumento em 7,2 em Israel (70,2% vs 78,0%).
	Proporção de feedback sobre a experiência da pessoa coletado sistematicamente e de forma organizada, incluindo os seguintes pontos: (1) Recomendação de frequência de programa educativo (reabilitação, cessação tabágica, controlo de peso e aconselhamento dietético); (2) Explicações fornecidas por médicos e enfermeiros (sobre a doença	Numerador: número de pessoas com IAMCSST e IAMSSST das quais o feedback foi coletado. Denominador: pessoas com IAMCSST e IAMSSST que receberam alta com vida.	Não informado.

	coronariana, benefício/risco do tratamento de alta e acompanhamento médico); (3) Informações de alta sobre o que fazer em caso de recorrência dos sintomas e horário da consulta; 4) Controle da dor.		
	Taxa de mortalidade em 30 dias ajustada pelo escore de risco GRACE 2.0.	Numerador: número de pessoas com IAM que faleceram em até 30 dias após a admissão, com avaliação do escore de risco GRACE. Denominador: número de pessoas com IAM com avaliação do escore de risco GRACE e acompanhamento de 30 dias.	As taxas brutas de mortalidade em 30 dias e em 1 ano diminuíram mais entre 2006 e 2013 no Reino Unido do que em Israel (30 dias: -3,2 vs -1,6%; 1 ano: -11,9% vs -2,3%), embora no final do período de estudo fossem maiores no Reino Unido do que em Israel em 30 dias (7,8% vs 3,8%) e em 1 ano (10,1% vs 8,6%). Após o ajuste para o risco isquêmico basal (GRACE), as taxas de mortalidade em 30 dias diminuíram igualmente durante o período do estudo nos dois países (-0,6% e -0,5%, respectivamente) e foram mais altas no Reino Unido em comparação com Israel em 2013 (7,6% vs 4,2%). Em Israel, o aumento da obtenção do IQ composto baseado em oportunidades, de baixo para intermediário e alto, foi associado à diminuição da mortalidade em 30 dias (61,0% vs 21,8% vs 2,0% de mortalidade em 30 dias, p<0,001 para diferença). Da mesma forma, maior obtenção de IQ composto baseado em oportunidade foi associada a menor mortalidade em 30 dias ajustada pelo GRACE (OR 0,95; IC95% 0,95 a 0,97, p<0,001) com a magnitude e direção da associação permanecendo após ajuste adicional para o ano de hospitalização (OR 0,98; IC95% 0,97 a 0,98, p<0,001).

			Este padrão foi espelhado no Reino Unido com uma redução na mortalidade bruta em 30 dias (43,2% vs 6,2% vs 2,9%;p<0,001 para desempenho baixo, intermediário e alto, respectivamente) e mortalidade em 1 ano (53,8% vs 17,0% vs 6,4%;p<0,001,respectivamente). Da mesma forma, a obtenção do IQ baseado em oportunidade foi associada à diminuição da mortalidade em 30 dias ajustada pelo GRACE (OR 0,97; IC95% 0,96 a 0,97, p<0,001), que também permaneceu após o ajuste para o ano de hospitalização (OR 0,97; IC95% 0,95 a 0,97, p<0,001). Resultados semelhantes foram observados ao examinar a mortalidade em 1 ano em sobreviventes de 30 dias em relação à porcentagem de realização de IQ (OR 0,98; IC95% 0,97 a 0,98, p<0,001 para ambas as coortes).
	Proporção de pessoas em que a FEVE foi avaliada antes da alta hospitalar (a FEVE deve ser avaliada e o valor numérico registrado para todas as pessoas).	Numerador: número de pessoas com IAM com FEVE medida. Denominador: Todas as pessoas com IAM.	A avaliação da FEVE na alta foi maior em Israel (72,2% em 2013), apesar das melhorias temporais no Reino Unido (50,1% em 2013 vs 22,1% em 2006).
	Indicador de qualidade composto, baseado em oportunidades. com os seguintes indicadores individuais: (1) O centro faz parte de uma organização em rede; (2) pessoas reperfundidas entre os elegíveis (IAMCSST com	Numerador: número de pessoas com IAM que receberam alta: soma dos pontos (um ponto para cada indicador individual). Denominador: número de pessoas com IAM que receberam alta: somatório de pontos (um ponto para cada indicador aplicável, de acordo com as características do pessoa e do centro).	O desempenho dos cuidados de saúde medido pelos IQs compostos aumentou no Reino Unido de 46,2% em 2006 para 80,0% em 2013 (7,1, pontuação baseada em oportunidades), sem alteração em 7,1 (86,8% vs 85,9%).

	primeiro contato médico<12h após início da dor); (3) Angiografia coronária em pessoas com IAMCSST e IAMSSST com alto risco isquêmico e sem contraindicações; (4) Avaliação do risco isquêmico utilizando o escore de risco GRACE em pessoas com IAMSSST; (5) Avaliação do risco de sangramento utilizando a pontuação de risco CRUSADE em pessoas com IAMCSST e IAMSSST; (6) Avaliação da FEVE antes da alta; (7) Aspirina em dose baixa (a menos que haja alto risco de sangramento ou anticoagulação oral); (8) Inibição adequada de P2Y12 (conforme definido na seção tratamento durante a hospitalização); (9) IECA (ou BRA, se intolerante) em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40%; (10) Betabloqueadores (a menos que haja contraindicação clara) em pessoas com evidência clínica de		

	insuficiência cardíaca ou FEVE⩽40%; (11) Estatinas de alta intensidade; (12) Feedback sobre a experiência da pessoa e qualidade do atendimento são coletados sistematicamente de todas os pessoas.		
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE⩽40% que receberam alta em uso de betabloqueadores, a menos que haja contraindicação.	Numerador: número de pessoas com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que receberam alta com betabloqueador. Denominador: número de pessoas com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que são elegíveis para betabloqueadores (sem evidência de estado de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênico, intervalo > 0,24 s, segundo ou terceiro grau bloqueio cardíaco, asma ativa ou doença reativa das vias aéreas).	A prescrição de medicamentos indicados pelas diretrizes no momento da alta hospitalar (para sobreviventes hospitalares) variou - sendo mais alta no Reino Unido para beta-bloqueadores (86,5% vs. 79,4%).
	Proporção de pessoas com IAM e evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% que receberam alta com IECA (ou BRA se intolerante ao IECA), a menos que contraindicado.	Numerador: número de pessoas com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% e que receberam alta com IECA/BRA. Denominador: número de pessoas com IAM e insuficiência cardíaca ou FEVE ⩽40% e que são elegíveis para IECA/BRA (sem hipotensão, insuficiência renal aguda, hipercalemia,	A prescrição de medicamentos indicados pelas diretrizes no momento da alta hospitalar (para sobreviventes hospitalares) variou - sendo mais alta no Reino Unido para IECA/BRA (84,7% vs 76,1%).

		contraindicações, recusa, efeitos colaterais ou alergia).	
	Proporção de pessoas com prescrição adequada de inibidor de P2Y12.	Numerador: número de pessoas com IAMCSST e IAMSSST em uso de inibidor de P2Y12 adequado na alta. Denominador: pessoas com IAMCSST e IAMSSST vivos na alta e sem contraindicações para inibidores P2Y12.	A prescrição de inibidores P2Y12 no Reino Unido aumentou de 1,1% em 2006 para 94,9% em 2013, em comparação com 77,4% e 86,3% em Israel nos respectivos períodos.
	Proporção de pessoas com IAM que receberam alta em uso de estatinas, a menos que haja contraindicação.	Numerador: número de pessoas com IAM que receberam terapia com estatinas de alta intensidade na alta. Denominador: número de pessoas com IAMCSST e IAMSSST vivas na alta e sem contraindicações, recusa, efeitos colaterais, alergia ou história de intolerância à terapia com estatinas de alta intensidade.	Para o IQ (prevenção secundária com altas doses de estatinas), a alta com estatinas foi utilizada para todas as pessoas ou não foram registradas como substituto.
	Proporção de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla.	Numerador: número de pessoas que receberam alta em terapia antiplaquetária dupla. Denominador: pessoas com IAM, sem contraindicações para a terapia antiplaquetária dupla.	Não calculado.
	Proporção de pessoas com IAMCSST reperfundidas (início dos sintomas até o diagnóstico <12 horas).	Numerador: pessoas com IAMCSST que receberam terapia de reperfusão em intervalo <12 horas desde o início dos sintomas até o diagnóstico.	As taxas de uma estratégia coronária invasiva (angiografia coronária (87,6% vs 64,8%), ICP (70,3% vs 41,0%) e CRVM (5,3% vs 2,0%) foram mais altas em Israel em comparação com o Reino Unido

		Denominador: pessoas com IAMCSST elegíveis para reperfusão, sem contraindicação ou recusa da pessoa.	
	Proporção de pessoas com reperfusão oportuna (IAMCSST).	Numerador: número de pessoas com IAMCSST tratadas com ICP primária dentro dos atrasos acima. Denominador: todas as pessoas com IAMCSST elegíveis para reperfusão por ICP primária (início dos sintomas até o diagnóstico <12 h, sem contraindicação ou recusa da pessoa).	Não informado.
	Proporção ou média de tempos de reperfusão em pessoas com IAMCSST.	Numerador: todos os centros com avaliação rotineira dos intervalos relevantes para o processo de reperfusão. Denominador: todos os centros.	Não informado.
	Proporção de ICP primária realizada em 60 minutos (somente centros ICP e pessoas com IAMCSST).	Numerador: número de pessoas com IAMCSST tratadas com ICP primária dentro de 60 minutos. Denominador: pessoas com IAMCSST elegíveis para reperfusão por ICP primária (início dos sintomas até o diagnóstico <12 horas, sem contraindicação ou recusa).	Não informado.
	Proporção de fibrinólise realizada em 30 minutos (somente centros ICP primária e pessoas com	Numerador: número de pessoas com IAMCSST tratadas com ICP primária dentro dos atrasos acima. Denominador: todas as pessoas com	Não informado.

	IAMCSST).	IAMCSST elegíveis para reperfusão por ICP primária (início dos sintomas até o diagnóstico <12 h, sem contraindicação ou recusa da pessoa).	

Fonte: Elaboração própria. **Acrônimos:** %: porcentagem; =: igual; ~: aproximadamente; <: menor; >: maior; ≤ : menor ou igual; ≥: maior ou igual; ±: mais ou menos; AAS: ácido acetilsalicílico; AIT: ataque isquêmico transitório; AVC: acidente vascular cerebral; BRA - Bloqueador do Receptor da Angiotensina II; CRUSADE: *Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes*; CRVM: cirurgia de revascularização miocárdica; DCC: doença cardíaca coronariana; DCV: doença cardiovascular; DCVA: doença cardiovascular aterosclerótica; DIC: doença isquêmica do coração; DP: desvio padrão; DRC: doença renal crônica; ECG: eletrocardiograma; EPICOR: *long-tErm follow-uP of antithrombotic management patterns In acute CORonary syndrome patients*; FEVE: fração de ejeção do ventrículo esquerdo; GLP-1: agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1; GRACE: *Global Registry of Acute Coronary Events*; h: horas; HbA1c: hemoglobina glicada; HBPM: heparina de baixo peso molecular; HDL-c: *High-Density Lipoprotein Cholesterol*; HR: *hazard ratio;* IAM: infarto agudo do miocárdio; IAMCSST: infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; IAMSSST: infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST; IC: intervalo de confiança; ICP: intervenção coronária percutânea; IECA: Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina; IMC: índice de massa corporal; IQ: indicador de qualidade; IQR: interquartile range; LDL-c: *low-density lipoprotein cholesterol*; LVSD: *Left Ventricular Systolic Dysfunction*; mg: miligramas; mg/dL: miligramas por decilitro; min: minutos; mmHg: milímetros de mercúrio; mmol/L: milimoles por litro; mmol/mol: milimoles por mol; n: número; NHS: *National Health Service*; OR: *odds ratio*; p: significância estatística; PA: pressão arterial; PCSK9: pro-proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9; RC: reabilitação cardíaca; SCA: síndrome coronariana aguda; SCASSST: síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST; SGLT2: inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2; TC: tomografia computadorizada; TFGe: taxa de filtração glomerular estimada; TIMI: *Thrombolysis in Myocardial Infarction*; UTI: unidade de terapia intensiva, vs: versus.

Apêndice 5. Resultados dos estudos que descrevem a relevância clínica

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
Aktaa et al., 2022[10]	Os centros de saúde devem ter acesso a uma equipe multidisciplinar dedicada à prevenção de DCV que ofereça aconselhamento sobre modificação do estilo de vida (incluindo dieta, exercícios e consumo de álcool) e aconselhamento sobre adesão à medicação para pessoas com fatores de risco para DCVA estabelecida ou com DCVA grave.	Os indicadores de qualidade (IQs) principais capturam a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar dedicada à prestação de aconselhamento sobre modificação do estilo de vida e aconselhamento sobre adesão à medicação para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA, que são aspectos fundamentais da proteção contra doenças cardiovasculares
	Os centros de saúde devem ter acesso a um programa de cessação do tabagismo para pessoas com fatores de risco para DCVA ou com DCVA estabelecida.	Os IQs principais capturam a disponibilidade de programas de cessação do tabagismo para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA, que são aspectos fundamentais da proteção contra doenças cardiovasculares.

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	Os centros de saúde devem ter acesso a ECG de 12 derivações, monitoramento ambulatorial de ECG Holter, ecocardiograma transtorácico e pontuação de cálcio por TC para facilitar a avaliação de pessoas com risco estabelecido ou alto de DCVA.	Os IQs principais capturam a disponibilidade de investigações incluindo um eletrocardiograma de 12 derivações, monitoramento Holter, ecocardiografia transtorácica e pontuação de cálcio por TC para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA, que são aspectos fundamentais da proteção contra doenças cardiovasculares.
	Os centros de saúde devem participar de um registro ou banco de dados comum para registrar dados clínicos relevantes para o risco cardiovascular (IMC, PA, LDL-c, HbA1c e função renal) para pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA.	Avalia a participação do centro de saúde em um registro que permite a captura de dados relevantes para a DCVA, dado o papel vital que os bancos de dados longitudinais têm no monitoramento de padrões de fatores de risco da DCVA e resultados.
	Os centros de saúde devem ter protocolos escritos disponíveis que incentivem e facilitem a automedição da doença para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.	Além disso, o automonitoramento da doença para pessoas com diabetes e/ou hipertensão tem um papel na melhoria da adesão e do controle do tratamento.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida cuja função renal (TFGe [taxa de filtração glomerular estimada] e albuminúria) foi verificada pelo menos uma vez e se receberam novo tratamento ou evento.	A estimativa do risco é a pedra angular da prevenção da DCVA porque determina a adequação das intervenções preventivas necessárias. Para pessoas com DCVA estabelecida, a medição anual da função renal pode ajudar a identificar aqueles com modificação subótima do fator de risco e que requerem otimização do tratamento.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que tiveram seu perfil lipídico verificado pelo menos uma vez e se receberam novo tratamento ou evento.	A estimativa do risco é a pedra angular da prevenção da DCVA porque determina a adequação das intervenções preventivas necessárias. Para pessoas com DCVA estabelecida, a medição anual do perfil lipídico pode ajudar a identificar aqueles com modificação subótima do fator de risco e que requerem otimização do tratamento.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que são examinadas para diabetes (com glicemia de jejum e/ou HbA1c) pelo menos anualmente.	A estimativa do risco é a pedra angular da prevenção da DCVA porque determina a adequação das intervenções preventivas necessárias. Para pessoas com DCVA estabelecida, a triagem para diabetes pode

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		ajudar a identificar aquelas com modificação subótima do fator de risco e que requerem otimização do tratamento.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que são examinadas para hipertensão pelo menos anualmente.	A estimativa do risco é a pedra angular da prevenção da DCVA porque determina a adequação das intervenções preventivas necessárias. Para pessoas com DCVA estabelecida, a medição anual da hipertensão pode ajudar a identificar aquelas com modificação subótima do fator de risco e que requerem otimização do tratamento.
	Proporção de pessoas com diabetes que têm sua HbA1c verificada pelo menos anualmente.	O controle glicêmico em pessoas com diabetes mellitus que não têm histórico de DCVA estabelecida tem implicações prognósticas no desenvolvimento de complicações cardiovasculares e, portanto, o monitoramento regular da hemoglobina glicada (HbA1c) neste grupo de pessoas pode ser usado como um indicador da qualidade do atendimento.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que são acompanhadas pelo menos anualmente para avaliar e tratar fatores de risco cardiovascular.	O fornecimento de sistemas que permitam o acompanhamento de pessoas com DCVA estabelecida e aquelas com alto risco de DCVA facilita a implementação dessas medidas de monitoramento/triagem, mas pode não ser viável em todos os sistemas de saúde.
	Proporção de pessoas de 40 a 70 anos de idade com risco muito alto de DCVA e LDL-c basal ≥ 1,8 mmol/L (≥70 mg/dL) às quais é prescrita terapia de redução de lipídios.	Várias medidas preventivas primárias têm um papel no retardo do início de eventos cardiovasculares e na melhoria dos resultados clínicos em indivíduos com alto ou muito alto risco de DCVA. Para pessoas entre 40 e 70 anos de idade com risco muito alto de desenvolvimento de DCVA (por exemplo, com diabetes) que têm níveis de colesterol de lipoproteína de baixa densidade ≥ 1,8 mmol/L (≥70 mg/dL), a terapia de redução de lipídios demonstrou ser eficaz na redução de eventos vasculares importantes.
	Proporção de pessoas com diabetes e doença renal	A prescrição de inibidores do sistema

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	crônica ou hipertensão que recebem prescrição de inibidores do sistema renina angiotensina aldosterona.	renina-angiotensina-aldosterona para pessoas com diabetes que têm doença renal crônica concomitante e/ou hipertensão demonstrou melhorar os resultados cardiovasculares.
	Proporção de pessoas com diabetes tipo 2 e doença renal crônica que recebem prescrição de inibidores de SGLT2 (sodium/glucose cotransporter-2).	Os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT2) surgiram recentemente como agentes cardioprotetores para pessoas com diabetes que têm doença renal crônica.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes tipo 2 que recebem prescrição de inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA (glucagon-like peptide-1 receptor agonists).	Para pessoas com DCVA estabelecida, medidas intensivas são necessárias para prevenir eventos cardiovasculares adicionais. Embora essas medidas sejam inicialmente baseadas em modificações no estilo de vida, como cessação do tabagismo, as farmacoterapias desempenham um papel em retardar e/ou atrasar a progressão da doença e prevenir resultados desfavoráveis. Como tal, os IQs dentro deste domínio se concentram em intervenções médicas para pessoas com DCVA estabelecida. Essa é a prescrição de: (i) inibidores de SGLT2 ou agonista do receptor de peptídeo semelhante ao glucagon-1 para pessoas com diabetes.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e PA ≥140/90 mmHg as quais é prescrito tratamento para redução da PA.	As farmacoterapias desempenham um papel em retardar e/ou atrasar a progressão da doença e prevenir resultados desfavoráveis. Como tal, os IQs dentro deste domínio se concentram em intervenções médicas para pessoas com DCVA estabelecida. Essa é a prescrição de: (iii) tratamento para redução da pressão arterial para pessoas com leituras ≥140/90 mmHg.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que participam de um programa de reabilitação cardíaca após um evento cardiovascular agudo ou um procedimento de revascularização eletiva.	A reabilitação cardíaca tem um papel importante na prevenção secundária após um evento cardiovascular agudo e revascularização coronária eletiva.

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	Proporção de pessoas em terapia antiplaquetária para DCVA que apresentam alto risco de sangramento e às quais é prescrito um inibidor da bomba de prótons.	As farmacoterapias desempenham um papel em retardar e/ou atrasar a progressão da doença e prevenir resultados desfavoráveis. Como tal, os IQs dentro deste domínio se concentram em intervenções médicas para pessoas com DCVA estabelecida. Essa é a prescrição de: (v) inibidores da bomba de prótons para aqueles em terapia antiplaquetária e que têm alto risco de sangramento gastrointestinal.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm uma discussão documentada com um membro da equipe multidisciplinar sobre seus objetivos de tratamento, preferências e valores pelo menos anualmente.	A tomada de decisão compartilhada sobre o benefício do tratamento, modificadores de risco e mudanças no estilo de vida de acordo com as preferências da pessoa é um elemento essencial da prevenção da DCVA. Assim, registrar a entrega da educação da pessoa para aquelas com risco estabelecido ou alto para DCVA sobre suas metas de tratamento, preferência é um IQ.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA cuja satisfação com o controle dos fatores de risco é medida pelo menos anualmente.	A avaliação da satisfação da pessoa com a qualidade do atendimento também é um indicador da qualidade do atendimento.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que têm níveis de LDL-c iguais ou abaixo do recomendado para seu risco cardiovascular estimado.	A coleta de medidas de resultados pertinentes à DCVA ou seu tratamento fornece informações sobre a eficácia e a segurança da estratégia de gerenciamento. Para pessoas com DCVA estabelecida, atingir os níveis-alvo de colesterol de lipoproteína de baixa densidade tem um papel na determinação do sucesso do tratamento e na melhoria dos resultados clínicos.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida e diabetes que apresentam níveis de HbA1c <7,0% (53 mmol/mol).	Para pessoas com DCVA estabelecida, atingir o nível-alvo de HbA1c na presença de diabetes tem um papel na determinação do sucesso do tratamento e na melhoria dos resultados clínicos.
	Proporção de pessoas com risco estabelecido ou alto para DCVA que param de fumar.	Para pessoas com DCVA estabelecida, a cessação do tabagismo tem um papel na determinação do sucesso do tratamento e na melhoria

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		dos resultados clínicos.
	Proporção de pessoas com DCVA estabelecida que têm sua PA bem controlada.	Para pessoas com DCVA estabelecida, controlar a pressão arterial tem um papel na determinação do sucesso do tratamento e na melhoria dos resultados clínicos. A obtenção do controle da pressão arterial foi proposta como um IQ secundário, dadas as preocupações dos membros do Grupo de Trabalho sobre a viabilidade da medição deste IQ, que carrega o mesmo nível de relevância clínica que os outros IQs principais dentro deste domínio.
	Taxa anual de mortalidade por todas as causas.	O registro de taxas anuais de mortalidade por todas as causas fornece informações sobre os resultados do tratamento. No entanto, ajustes para risco basal e outras características da pessoa podem ser necessários ao interpretar os resultados de tal IQ de resultado. Além disso, embora a duração da medição para esse IQ seja de 12 meses, um acompanhamento mais longo pode ser necessário para capturar eventos suficientes, especialmente em populações de menor risco.
	Taxa anual de mortalidade cardiovascular.	O registro de taxas anuais de mortalidade cardiovascular fornece informações sobre os resultados do tratamento. No entanto, ajustes para risco basal e outras características da pessoa podem ser necessários ao interpretar os resultados de tal IQ de resultado. Além disso, embora a duração da medição para esse IQ seja de 12 meses, um acompanhamento mais longo pode ser necessário para capturar eventos suficientes, especialmente em populações de menor risco.
	Taxa anual de hospitalização cardiovascular.	O registro de taxas anuais de hospitalização cardiovascular fornece informações sobre os resultados do tratamento. No entanto, ajustes para risco basal e outras características da pessoa podem ser necessários ao interpretar os resultados de tal IQ de resultado. Além disso, embora a duração da medição para esse IQ seja de 12 meses,

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		um acompanhamento mais longo pode ser necessário para capturar eventos suficientes, especialmente em populações de menor risco.
	Taxa anual de infarto do miocárdio não fatal.	O registro de taxas anuais de infarto do miocárdio não fatal fornece informações sobre os resultados do tratamento. No entanto, ajustes para risco basal e outras características da pessoa podem ser necessários ao interpretar os resultados de tal IQ de resultado. Além disso, embora a duração da medição para esse IQ seja de 12 meses, um acompanhamento mais longo pode ser necessário para capturar eventos suficientes, especialmente em populações de menor risco.
	Taxa anual de sangramento resultando em internação hospitalar.	O registro de taxas anuais de eventos hemorrágicos graves hospitalizados fornece informações sobre os resultados do tratamento. No entanto, ajustes para risco basal e outras características da pessoa podem ser necessários ao interpretar os resultados de tal IQ de resultado. Além disso, embora a duração da medição para esse IQ seja de 12 meses, um acompanhamento mais longo pode ser necessário para capturar eventos suficientes, especialmente em populações de menor risco.
Cecil et al., 2020[15]	Disponibilização/Ocupação de leitos agudos.	Altos níveis de ocupação de leitos podem indicar escassez de leitos e fluxo de pessoas ruim, o que implica que as pessoas não estão recebendo o cuidado ou o leito de que precisam, o que por sua vez pode levar a resultados piores e potencialmente mais pessoas do que o esperado morrendo. Estudos internacionais já relacionaram alta ocupação de leitos com piores resultados para as pessoas, incluindo mortalidade.
	Proporção de enfermeiro por leito.	Uma baixa proporção de enfermeiros por leito pode ser um indicador de pressões de pessoal. A pressão sobre o pessoal provavelmente impactará nos cuidados básicos de enfermagem, levando a uma

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		menor adesão aos processos clínicos básicos, o que, por sua vez, pode levar a resultados piores e potencialmente mais pessoas morrendo no hospital do que o esperado. Uma ligação entre o pessoal de enfermagem do hospital e a mortalidade da pessoa foi relatada anteriormente.
	Pontuação de satisfação da Pesquisa Nacional de Treinamento do General Medical Council (GMC).	Uma pontuação baixa de satisfação na Pesquisa Nacional de Treinamento do General Medical Council (GMC) pode ser um indicador de que os médicos não estão recebendo o treinamento ou o suporte necessário para que possam trabalhar com competência. Isso pode impactar na qualidade do atendimento, o que por sua vez pode levar a resultados piores e potencialmente mais pessoas morrendo do que o esperado.
	Pressões financeiras.	Trusts que estão em déficit financeiro podem tomar medidas para economizar dinheiro reduzindo pessoal, atrasando o tratamento ou cortando serviços. Essas ações podem impactar no atendimento fornecido, o que por sua vez pode levar a resultados piores e potencialmente mais pessoas do que o esperado morrendo no trust. Há pouca pesquisa que tenha explorado a associação entre o nível de déficits financeiros e os resultados das pessoas. Há evidências provisórias de que quedas nos padrões de atendimento (tempo de espera para tratamento de câncer; tempos de espera em A&E e encaminhamento para tratamento; tempos de espera para atendimento eletivo) coincidiram com um número crescente de trusts do NHS com déficits.
	Nível de realização da avaliação de risco da NHS Litigation Authority.	A NHS Litigation Authority conduz uma avaliação de gerenciamento de risco dentro de cada trust hospitalar. Trusts que alcançam avaliações de gerenciamento de risco mais altas são aqueles que têm mais probabilidade de ter tomado medidas razoáveis para evitar

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		danos às pessoas e funcionários, resultando potencialmente em melhores resultados, incluindo menos pessoas do que o esperado morrendo no trust.
	Intervenções coronárias percutâneas (ICP) em 90 minutos (%).	Diretrizes nacionais e internacionais recomendam que o tratamento de emergência de pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM) com elevação do segmento ST, ICP deve ser realizado dentro de 90 minutos da chegada da pessoa ao centro de ataque cardíaco. Trusts hospitalares que acham difícil aderir a essa medida de processo clínico podem ter resultados piores e potencialmente mais pessoas do que o esperado morrendo de IAM. A baixa adesão também pode indicar que o trust é incapaz de lidar com as pressões de demanda em todo o sistema, resultando potencialmente em resultados piores e mais pessoas do que o esperado morrendo no trust.
	Pontuação geral de satisfação da pessoa.	A satisfação da pessoa com o serviço que recebe em um hospital do NHS é coletada como parte do Programa de Pesquisa de pessoas do NHS. Um declínio na qualidade do atendimento fornecido por um hospital (seja nos fatores organizacionais, por exemplo, o treinamento ou a disponibilidade da equipe, ou nos fatores do processo clínico, a maneira como o atendimento é fornecido) provavelmente será refletido pela forma como as pessoas respondem à pesquisa da pessoa. A satisfação da pessoa pode, portanto, estar associada à mortalidade da pessoa, mas não diretamente ligada a esse resultado. Foi descoberto que pessoas em hospitais com melhores ambientes avaliam seu hospital muito bem.
	Proporção de pessoas prejudicadas [danos à pessoa (%)].	O termômetro de segurança da pessoa mede a incidência de quatro danos, que o consenso clínico define como amplamente preveníveis por meio de cuidados de boa qualidade à pessoa. Trusts onde há falha no atendimento básico à pessoa provavelmente terão

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		pontuações mais altas de danos à pessoa. Danos à pessoa podem, portanto, estar associados à mortalidade da pessoa, mas não diretamente ligados a esse resultado.
	Mortalidade hospitalar geral.	SHMI (do inglês Summary Hospital Mortality Index) e HSMR (do inglês Hospital Standardised Mortality Ratio) são estatísticas anuais padronizadas de mortalidade em um provedor/trust. As duas medidas resumidas diferem em suas metodologias de ajuste de risco. Uma taxa de mortalidade sustentada maior do que a esperada para um diagnóstico ou procedimento específico (disparando um alerta) pode estar destacando problemas de qualidade em uma unidade/departamento hospitalar específico. Se os problemas de qualidade que causam um alerta forem sistêmicos, esperaríamos ver uma associação entre medidas resumidas de mortalidade e alertas de mortalidade.
Quraishi et al., 2016[25]	Volume anual de intervenção coronária percutânea de acordo com o provedor.	Estudos observacionais sugeriram que o baixo volume de operadores (< 75 casos por ano) está associado a uma taxa maior de eventos adversos, incluindo mortalidade entre pessoas submetidas a ICP, especialmente em um ambiente complexo e de emergência.1 A análise preliminar do Instituto Canadense de Informações sobre Saúde indica que a maioria dos cardiologistas intervencionistas no Canadá está realizando > 75 casos por ano, mas esse indicador nunca foi medido ou relatado nacionalmente.
	Volume anual de intervenção coronária percutânea de acordo com o centro.	A literatura existente sugere que a incidência de eventos adversos é maior entre os centros que realizam < 400 ICPs por ano. Portanto, o volume anual foi proposto como um indicador de qualidade, com um limite mínimo de 400 casos de ICP por ano. Embora uma análise preliminar do CIHI tenha indicado que a maioria dos centros canadenses realiza > 400 casos de ICP por ano, a medição e o relato

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		nacional do volume foram considerados importantes devido ao estabelecimento contínuo de novos centros de ICP.
	Tempo do primeiro contato médico ao primeiro dispositivo para intervenção coronária percutânea primária.	Historicamente, o tempo da porta ao balão tem sido usado como um IQ para centros que realizam ICP primária (ICPP). No entanto, o tempo do primeiro contato médico ao primeiro dispositivo (FDT) é um QI mais apropriado porque é uma medida da eficiência de todo o sistema, incluindo os serviços médicos de emergência (EMS), os centros de referência sem instalações de ICPP e o centro que realizou o ICPP. Após a revisão da literatura disponível, diretrizes e ampla discussão, foi acordado que a proporção de pessoas tratadas dentro de cada um dos seguintes tempos deve ser relatada por todos os centros com a meta de que o atraso do tratamento esteja dentro do máximo em pelo menos 75% dos casos: Primeiro contato médico para primeiro contato médico ao primeiro dispositivo < 90 minutos para pessoas que se apresentam diretamente aos centros de ICP e < 120 minutos para aquelas que requerem transferência de centros não ICP. Primeiro contato médico para primeiro contato médico ao primeiro dispositivo deve ser < 90 minutos para transferências diretas de serviços médicos de emergência para centros de ICP, mas até 120 minutos é aceitável, especialmente quando um laboratório de cateterismo cardíaco atende uma área geográfica maior.
	Avaliação da função renal antes da intervenção coronária percutânea não emergencial.	O conhecimento da função renal basal (creatinina sérica e/ou medição da taxa de filtração glomerular estimada) é útil para definir o risco de nefropatia induzida por contraste. É recomendado que todas as pessoas submetidas a uma ICP não emergencial tenham uma

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		avaliação documentada da função renal pelo menos uma vez dentro de 3 meses antes do procedimento, desde que a condição clínica da pessoa permaneça inalterada. Para pessoas que apresentaram deterioração clínica ou necessitaram de hospitalização, a avaliação da função renal deve ser realizada dentro de 48 horas do procedimento. Todos os centros devem desenvolver e seguir um protocolo padronizado para minimizar a nefropatia induzida por contraste e a proporção de pessoas com documentação da função renal basal deve ser monitorada.
	Mortalidade em 30 dias após intervenção coronária percutânea.	A mortalidade em curto prazo é uma importante medida de resultado geral para ICP. Anualmente, a taxa de mortalidade hospitalar de 30 dias é relatada pelo CIHI para a maioria das instalações no Canadá, exceto aquelas na província de Quebec. O CIHI usa um modelo de ajuste de risco validado que inclui sexo, idade e diagnóstico de diabetes com complicações, insuficiência cardíaca/edema pulmonar, insuficiência renal, choque, disritmias cardíacas, infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, angina instável e doença arterial coronária estável antes do índice ICP. As limitações das análises do CIHI são dados ausentes para pessoas que morrem fora do hospital e historicamente falta de poder estatístico devido à incidência geralmente baixa de mortalidade.
	Taxa de readmissão em 30 dias após intervenção coronária percutânea.	A readmissão não planejada de 30 dias após ICP por motivos de infarto agudo do miocárdio, revascularização do vaso-alvo, enxerto de revascularização da artéria coronária (CABG) não planejado ou outros eventos adversos é uma medida de resultado importante para ICP. Na maioria das circunstâncias, a readmissão de 30 dias é sugestiva de um resultado adverso relacionado ao procedimento e isso tem que ser diferenciado de uma admissão planejada para ICP ou CABG. No entanto, para fins de viabilidade, foi acordado que o IQ seria a taxa de

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		todas as readmissões dentro de 30 dias da alta hospitalar porque esse IQ pode ser medido pelo CIHI. O ajuste de risco apropriado será necessário para levar em conta as diferenças nas populações de pessoas entre os centros de ICP e outros potenciais fatores de confusão.
	Transfusão de sangue para intervenção coronária peripercutânea.	A transfusão de sangue é um marcador substituto de sangramento grave durante ou após um procedimento de ICP. Sangramento grave está associado a maior mortalidade e maior risco de eventos adversos após ICP. O Comitê foi da opinião de que seria proibitivamente desafiador relatar a incidência de sangramento no local de acesso principal ou não após ICP. Portanto, a transfusão de sangue não relacionada à CABG na hospitalização de índice foi escolhida como o IQ para medir complicações graves de sangramento pós-ICP. A incidência de transfusão de sangue após ICP depende de múltiplos fatores e o ajuste de risco é necessário para o relato apropriado deste QI. Este indicador é reportável pelo CIHI usando dados do Discharge Abstract Database, mas incluiria todas as transfusões de sangue dadas antes ou depois do ICP.
	AVC após intervenção coronária peripercutânea.	AVC é usado como um termo abrangente que inclui qualquer hemorragia ou infarto intracerebral/tronco cerebral e hemorragia subaracnóidea. O diagnóstico inicial é clínico porque geralmente há um atraso para evidências radiológicas, especialmente no caso de um AVC não hemorrágico. Embora a incidência de AVC seja baixa entre pessoas submetidas a cateterismo cardíaco e ICP, é um resultado clinicamente importante e potencialmente debilitante. A recomendação é relatar a taxa ajustada ao risco de AVC dentro do mesmo episódio de tratamento para pessoas adultas submetidas a ICP. As fontes de dados administrativos clínicos (CIHI-Discharge Abstract Database, Hospital Morbidity Database) têm a capacidade de

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		identificar AVC durante a internação hospitalar para ICP.
Schiele et al., 2021[30]	Medida de organização de rede para gerenciamento de SCA, incluindo protocolos escritos e avaliação dos componentes essenciais de sistemas eficazes de tratamento de IAMCST.	No cenário da síndrome coronária aguda (SCA), uma organização de rede tem um impacto benéfico por meio da disponibilidade de diferentes capacidades, como o uso de um único número de telefone de emergência, identificação precoce da SCA, transporte com ambulâncias com capacidade de suporte básico ou avançado de vida, acesso direto ao laboratório de cateterismo e prestação de cuidados seguindo protocolos escritos. Essa organização facilita a seleção da estratégia de reperfusão apropriada e reduz os tempos de reperfusão em pessoas com infarto do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCST). Além disso, protocolos escritos locais, regionais ou nacionais podem ajudar a reduzir atrasos, reduzir variações na qualidade do atendimento e melhorar a qualidade da prevenção secundária em cenários pós-alta. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Disponibilidade do ensaio troponina de alta sensibilidade (hs-cTn do inglês 'high-sensitivity' cardiac troponin) medido no âmbito do centro.	A elevação da troponina cardíaca (cTn) é uma característica diagnóstica e prognóstica fundamental na SCA sem elevação do segmento ST (IAMSST). Apenas os ensaios de troponina cardíaca de "alta sensibilidade" (hs-cTn) têm imprecisão de <10% no 99º percentil do limite de referência superior e têm a capacidade de quantificar os níveis de cTn em >50% dos indivíduos aparentemente saudáveis. Os dados mostraram que ensaios de troponina cardíaca mais sensíveis, como o ensaio de hs-troponina, aumentam a precisão diagnóstica com maior e mais rápida capacidade de "descartar" ou "não descartar" o infarto do miocárdio. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização.

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Interpretação pré-hospitalar do eletrocardiograma (ECG).	O diagnóstico oportuno para pessoas com IAMCST é determinante para os resultados clínicos. As diretrizes para IAMCST recomendam adquirir e interpretar um ECG de 12 derivações o mais rápido possível após o primeiro contato médico para facilitar o diagnóstico precoce e a estratificação de risco. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, baixo nível de evidência.
	Participação num registo regular ou num programa de avaliação da qualidade.	A participação em um registro para avaliação de qualidade melhora a adesão às diretrizes. Grandes melhorias no desempenho hospitalar e nas taxas de mortalidade foram relatadas em curtos períodos de tempo, estreitando a lacuna entre a qualidade do atendimento prestado entre hospitais e a associação entre a participação em um programa de qualidade para terapia de reperfusão oportuna e melhora clínica foi demonstrada. Além disso, a avaliação dos tempos de reperfusão para pessoas com IAMCST é um componente importante e mensurável do atendimento dessa condição de saúde. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, baixo nível de evidência.
	Monitoramento regular dos tempos de reperfusão.	A terapia de reperfusão deve ser administrada a todas as pessoas elegíveis que se apresentam com IAMCSST. A intervenção coronária percutânea primária (ICP) é a opção preferida, desde que possa ser realizada rapidamente. Com base em evidências consideráveis, as diretrizes recomendam metas de tempo para a terapia de reperfusão com base na estratégia usada e na unidade de saúde inicial na qual a pessoa com IAMCSST foi admitida. Como tal, o tempo entre o

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		diagnóstico de IAMCSST e a passagem do fio é recomendado como <60 min para pessoas que se apresentam em um hospital primário de ICP, enquanto deve ser <90 min para pessoas diagnosticadas em um hospital sem ICP ou em ambiente extra-hospitalar. Para pessoas tratados por fibrinólise, o tempo recomendado entre o diagnóstico de IAMCSST e o início da fibrinólise é <10 min. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, baixo nível de evidência.
	Proporção de pessoas com IAMCSST admitidas dentro de 12 horas do início dos sintomas e tratados com reperfusão (independentemente do momento).	A terapia de reperfusão deve ser administrada a todas as pessoas elegíveis que apresentam IAMCSST. A intervenção coronária percutânea primária (ICP) é a opção preferida, desde que possa ser realizada rapidamente. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Proporção de pessoas com IAMCSST que recebem reperfusão oportuna. Oportuno é definido como: Para pessoas que se apresentam em hospitais primários de ICP: <60 minutos desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial relacionado ao infarto. Para pessoas diagnosticadas em um hospital sem ICP ou em ambiente extra-hospitalar e depois transferidos para um centro com capacidade para ICP: <90 min desde o diagnóstico inicial de IAMCSST até a passagem do fio arterial relacionado ao infarto; Para pessoas tratadas com fibrinólise, início da fibrinólise dentro de 10 minutos após o diagnóstico de IAMCSST.	Com base em evidências consideráveis, as diretrizes recomendam metas de tempo para a terapia de reperfusão com base na estratégia utilizada e na unidade de saúde inicial na qual a pessoa com IAMCSST foi admitida. Como tal, o tempo entre o diagnóstico de IAMCSST e o cruzamento do fio é recomendado para ser <60 min para pessoas que se apresentam em um hospital primário de ICP, enquanto deve ser <90 min para pessoas diagnosticadas em um hospital sem ICP ou em ambiente extra-hospitalar. Para pessoas tratadas por fibrinólise, o tempo recomendado entre o diagnóstico de IAMCSST e o início da fibrinólise é <10 min. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	Taxa de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas após o diagnóstico.	Pessoas com IAMSSST estão no espectro de alto risco e, portanto, elegíveis para uma abordagem invasiva. O benefício de uma rotina sobre uma abordagem invasiva seletiva foi demonstrado em pessoas de alto risco e o momento da estratégia é dividido em imediato (para pessoas com características de risco muito alto, como dor torácica persistente), precoce (<24 h após a admissão para pessoas com características de alto risco, incluindo aquelas com diagnóstico de IAMSSST) ou <72 h. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Uso de acesso radial.	Justifica-se pela redução de sangramento e complicações vasculares alcançadas com a abordagem radial, principalmente nas SCA. É provável que este indicador seja fácil de avaliar e seja aplicável à maioria das pessoas, tanto com IAMCSST quanto com IAMSSST. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Proporção de pessoas que fazem avaliação da FEVE antes da alta hospitalar (a FEVE deve ser avaliada e o valor numérico registrado para todas as pessoas).	A avaliação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é importante tanto por razões prognósticas quanto terapêuticas. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, baixo nível de evidência.
	Avaliação do LDL-colesterol realizada durante a internação.	O colesterol LDL (LDL-c) é considerado um fator causal para aterosclerose. A redução precoce e intensa do LDL-c o mais rápido possível após a admissão demonstrou ser eficaz. A utilidade da avaliação do LDL-c não é, portanto, para a prescrição de estatinas, mas sim para ter um valor de referência inicial (chamado de "linha de

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		base", ou seja, sem o efeito da terapia de redução do LDL-C) e para estimar a probabilidade potencial de atingir a meta das diretrizes, com vistas ao uso de terapias adicionais, como a combinação com ezetimiba ou a introdução precoce (dentro de 4–6 semanas após a alta) de um inibidor da proproteína convertase subtilisina–kexina tipo 9 (PCSK9). Importância: impacto clínico significativo. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: alto nível de evidência.
	Avaliação do risco isquêmico e hemorrágico utilizando um escore de risco validado.	A estratificação da pessoa usando escores validados é importante, tanto para riscos isquêmicos quanto hemorrágicos. Assim, o uso de um escore de risco validado é recomendado pelas Diretrizes para prognóstico. Importância: lacuna de desempenho. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, baixo nível de evidência.
	Proporção de pessoas com “inibição P2Y12 adequada” definida como: (número de pessoas que receberam alta com prasugrel, ticagrelor ou clopidogrel)/(pessoas elegíveis). Elegível é definido da seguinte forma: Para ticagrelor: pessoas com IAM sem acidente vascular cerebral hemorrágico prévio, alto risco de sangramento, fibrinólise ou anticoagulação oral. Para prasugrel: pessoas com IAM tratadas com ICP sem acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico prévio, alto risco de sangramento (pessoas ⩾75 anos e/ou <60 kg de peso corporal também são consideradas como características de alto risco de sangramento), fibrinólise ou anticoagulação oral.	Em pessoas com IAM, a terapia antiplaquetária dupla (TAPD) é recomendada o mais rápido possível quando há suspeita de SCA. Entre as pessoas elegíveis para TAPD, a escolha entre clopidogrel, prasugrel e ticagrelor é principalmente sugrel e ticagrelor, e o risco de sangramento. A "inibição adequada de P2Y12" é definida como a seleção apropriada do inibidor de P2Y12 de acordo com as Diretrizes: • o uso de ticagrelor em pessoas sem contraindicação (por exemplo, acidente vascular cerebral hemorrágico prévio, alto risco de sangramento, tratamento com fibrinólise ou uso concomitante de anticoagulação oral); • o uso de prasugrel em pessoas com IAM tratadas com ICP sem acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico prévio, alto risco de sangramento (pessoas com 75 anos de idade e/ou com peso corporal < 60 kg), fibrinólise ou anticoagulação

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	Para clopidogrel: sem indicação de prasugrel ou ticagrelor e sem alto risco de sangramento.	oral; • o uso de clopidogrel quando não há indicação para prasugrel ou ticagrelor. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização e uso excessivo. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Anticoagulante parenteral durante (ou antes) a admissão.	A anticoagulação parenteral é recomendada no IAM desde o momento do diagnóstico até a ICP, a menos que indicado de outra forma. Diferentes agentes anticoagulantes (heparina não fracionada, enoxaparina, fondaparinux ou bivalirudina) podem ser usados nesse cenário. A anticoagulação parenteral é recomendada para todas as pessoas, além da terapia antiplaquetária, no momento do diagnóstico. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização e uso excessivo. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Pessoas com alta para terapia antiplaquetária dupla.	A necessidade de TAPD é um pilar fundamental do tratamento do IAM no momento da admissão e alta hospitalar, a menos que a pessoa seja considerada de alto risco para sangramento. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Menção a duração da terapia antiplaquetária dupla na carta de alta.	Embora a duração padrão do TAPD após IAM seja de 12 meses, ela deve ser determinada de acordo com o risco da pessoa e o perfil isquêmico, podendo variar de 1 a 48 meses. Na alta, pode ser proposto um encurtamento ou prolongamento da duração do TAPD de acordo com ferramentas específicas, dependendo das características da pessoa, anatomia coronária, extensão da doença arterial coronária ou procedimento de ICP. Cartas de alta de baixa

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		qualidade representam um déficit na comunicação entre especialistas hospitalares e médicos de atenção primária. O documento de alta pós-IAM é um elemento crucial para garantir a transmissão de informações médicas ao médico correspondente ou à pessoa, incluindo o risco isquêmico e hemorrágico conforme percebido durante a hospitalização aguda. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: nenhuma recomendação, baixo nível de evidência.
	Proporção de pessoas que receberam alta hospitalar em uso de estatinas de alta intensidade (definidas como atorvastatina ⩾40 mg ou rosuvastatina ⩾20 mg), a menos que contraindicado.	As estatinas são fundamentais para o tratamento da aterosclerose. No cenário de IAM, as estatinas de alta intensidade são seguras e fornecem melhor prevenção em comparação com a intensidade moderada, independentemente do LDL-c na admissão. Apesar do conjunto de evidências sobre os efeitos benéficos da redução do LDL-c pelas estatinas (sozinhas ou em combinação com ezetimiba ou inibidores de PCSK9), seu uso em registros atuais permanece subótimo e a proporção de pessoas com meta de LDL-c é baixa: 32% em homens e 23% em mulheres no registro EuroAspire V. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Proporção de pessoas com fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40% que recebem alta hospitalar em uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) (ou antagonistas do receptor da angiotensina se intolerantes a IECA).	Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) melhoram a sobrevivência em pessoas com função sistólica do VE prejudicada, definida por uma FEVE <40%. O início de IECA [ou antagonistas do receptor da angiotensina (BRAs) em pessoas intolerantes a IECA] e a prescrição no momento da alta hospitalar são benéficos entre pessoas com FEVE <40%. Importância: alto impacto.

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Proporção de pessoas com fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40% que recebem alta hospitalar em uso de betabloqueadores.	Os betabloqueadores continuam sendo um padrão de tratamento após IAM, no entanto, a evidência foi baseada em estudos realizados antes da era da reperfusão. Em um estudo observacional recente em larga escala, um benefício com betabloqueador em pessoas pós-IAM foi demonstrado, mas apenas entre pessoas com disfunção do VE. Importância: alto impacto. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: recomendado, alto nível de evidência.
	Feedback sobre a experiência da pessoa coletada sistematicamente e de forma organizada de todas os pessoas. Deve incluir os seguintes pontos: Recomendação de frequência de programa educativo (reabilitação, cessação tabágica, controlo de peso e aconselhamento dietético). Explicações fornecidas por médicos e enfermeiros (sobre a doença coronariana, benefício/risco do tratamento de alta e acompanhamento médico). Informações de alta sobre o que fazer em caso de recorrência dos sintomas e horário da consulta. Controle da dor.	Este indicador inclui encaminhamento para um programa de reabilitação, informações à pessoa sobre a doença, tratamento e controle da dor. Importância: lacuna de desempenho. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: não recomendado, baixo nível de evidência.
	Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em todas os pessoas usando um instrumento validado.	O conceito de "cuidado centrado na pessoa" é baseado no foco do cuidado na pessoa em vez da doença. Nessa abordagem, as pessoas estão ativamente envolvidas em seu próprio cuidado, congruente com o princípio da tomada de decisão compartilhada. Os resultados relatados pela pessoa (RRP que podem ser vistos como uma avaliação do nível percebido de comprometimento, incapacidade e qualidade

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		de vida) e a experiência relatada pela pessoa (REP, que reúne informações sobre o cuidado) podem ser considerados como indicadores de qualidade. Para esse fim, RRP e REP podem ser medidos por meio de questionários de satisfação da pessoa. No cenário de IAM, a satisfação da pessoa está associada a outros índices de qualidade do cuidado. Importância: lacuna de desempenho. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: não recomendado, baixo nível de evidência.
	Carta de alta enviada a pessoa.	Copiar a carta de alta hospitalar para a pessoa é uma parte essencial da comunicação. A UK Academy of Medical Royal Colleges publicou orientações sobre este tópico, considerando que uma excelente comunicação escrita é essencial para uma boa qualidade de atendimento e que a carta seria melhor endereçada à pessoa e não ao médico correspondente ('Escreva para, não sobre'). Esta prática de escrever para a pessoa, comparada com escrever para o clínico, aumenta a satisfação da pessoa, melhora tanto o relacionamento médico-paciente quanto a confiança e reduz a ansiedade. Importância: lacuna de desempenho. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: não recomendado, baixo nível de evidência.
	Taxa de mortalidade de trinta dias ajustada para uma pontuação de risco validada.	A mortalidade por todas as causas é uma avaliação autoevidente da qualidade do atendimento e o indicador mais facilmente interpretável, objetivo e inequívoco. Embora a precisão da mortalidade como uma medida direta da qualidade do atendimento seja controversa, a associação entre o indicador composto e os resultados ajustados ao risco é importante. A mortalidade por todas as causas é fácil de avaliar e essa medida fornece informações essenciais em nível amplo (ou seja, níveis de região, país ou

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		continente). No âmbito do Centro, a interpretação pode ser mais desafiadora e menos generalizável, dependendo do tamanho do denominador. Importância: impacto clínico significativo. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: alto nível de evidência.
	Indicador de qualidade composto baseado em oportunidades (todos os indicadores são ponderados igualmente). Calculado em 6 IQs individuais em pessoas com FEVE≥40%: 1) O centro deve participar de um registro ou programa regular de avaliação de qualidade. 2a) IAMCSST: proporção de pessoas com IAMCSST reperfundidas entre os elegíveis (início dos sintomas até o diagnóstico inicial <12h). 2b) IAMSSST: proporção de pessoas com IAMSSST que recebem angiografia coronária invasiva dentro de 24 horas do diagnóstico inicial. 3) Avaliação da FEVE antes da alta hospitalar. 4) Descarga com inibição adequada de P2Y12. 5) Alta com estatinas de alta intensidade. 6) Feedback coletado sistematicamente sobre a experiência da pessoa. Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE<40%. 7) FEVE <40%: alta em uso de IECA/BRA. 8) FEVE <40%: alta em uso de betabloqueador.	Indicadores de qualidade compostos resumem informações de diferentes domínios em uma única medida. Assim, é possível expandir o escopo da medida incluindo uma ampla gama de indicadores individuais, para fornecer uma única métrica que permita comparações temporais, classificação de centros e demonstração da associação entre o indicador composto e os resultados, uma maneira de tranquilizar os clínicos sobre a validade do processo em vez da avaliação do resultado clínico. Neste indicador, todos os domínios são representados e têm o mesmo peso (exceto em pessoas com FEVE <_40% nas quais são necessários dois itens adicionais, dando mais peso ao domínio de prevenção secundária). Este desenho tem a vantagem de aumentar o número de itens, que pode variar de acordo com as características da pessoa e o banco de dados utilizado. Importância: impacto clínico significativo. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: alto nível de evidência.
	Indicador de qualidade composto design tudo ou nada de 3 ou 5 componentes:	Este indicador tem apenas três indicadores individuais, mas todos os três são considerados clinicamente relevantes: a estratégia de

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
	1a) IAMCSST: pessoas com IAMCSST que recebem reperfusão oportuna, entre os elegíveis. 1b) IAMSSST: pessoas com IAMSSST com angiografia coronária invasiva dentro de 24h do diagnóstico inicial. 2) Descarga com inibição adequada de P2Y12. 3) Recebeu alta com estatinas de alta intensidade. Itens adicionais em pessoas com evidência clínica de insuficiência cardíaca ou FEVE<40%. 4) Alta com betabloqueadores. 5) Alta em IECA ou BRA.	reperfusão ou invasiva oportuna, a prescrição da inibição P2Y12 "apropriada" e estatinas de alta intensidade. Com este indicador, apenas as pessoas que receberam todos os três processos são consideradas um sucesso e, portanto, este método reflete melhor o interesse da pessoa e rastreia a excelência. Importância: impacto clínico significativo. Cuidados adequados: subutilização. Base de evidências: alto nível de evidência.
Zheng et al., 2020[35]	Recomendação de reabilitação cardíaca na orientação de alta.	Recomendar RC na orientação de alta foi fundamental para enfatizar a importância e a necessidade da RC.
	Encaminhar automaticamente todas as pessoas elegíveis no momento da alta.	Encaminhar automaticamente todas as pessoas elegíveis no momento da alta foi uma das melhores maneiras de aumentar a participação na RC.
	Realização de reuniões multidisciplinares.	Vale mencionar que a taxa de conclusão de 'realizar reuniões multidisciplinares' foi muito baixa no teste prático, mas a implementação deste IQ pode melhorar a recuperação em pessoas com múltiplas doenças.
	Fortalecer a aplicação de exercícios tradicionais chineses.	A prática de Tai Chi Chuan foi associada a um aumento de pico de VO2 em pessoas com IM. A terapia com exercícios de Baduanjin em pessoas após IM reduziu a remodelação adversa do ventrículo esquerdo e foi associada a efeitos benéficos em termos de inflamação e organização da matriz extracelular. A terapia sequencial de Baduanjin também pareceu melhorar a qualidade de vida em pessoas com IAM após intervenção coronária percutânea, com benefícios adicionais de redução da circunferência abdominal e índice de massa

Autor, ano	Indicador	Relevância clínica
		corporal e melhora do nível de função cardíaca. Portanto, exercícios tradicionais chineses, como Tai Chi Chuan e Baduanjin, podem constituir formas eficazes de RC em pessoas com IM.

Fonte: Elaboração própria. **Acrônimos:**

Apêndice 6. Características gerais dos estudos de avaliação econômica (custo-efetividade, qaly, daly).

Autor, ano Delineamento	Objetivo	Resultados e conclusão	Conflito de interesses e financiamento
Agus et al., 2016[37] Análise de custo-utilidade	Avaliar a relação custo-eficácia da tomografia computadorizada cardíaca (TCC) em comparação com o teste de esforço físico (TEF) na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com dor torácica estável.	A TCC foi a estratégia dominante, pois era menos custosa (custos totais incrementais − 50,45 libras; IC95% −672,26 a 571,36 libras) e mais eficaz [*Quality-Adjusted Life Years* (QALYs) incrementais 0,02; IC95% −0,02 a 0,050 do que a TEF. Em um limite de disposição para pagar de 20.000 libras por QALY, a probabilidade de a TCC ser custo-efetiva foi de 83%. As análises de subgrupos indicaram que a TCC parece ser mais custo-efetiva em pessoas com probabilidade de doença arterial coronária (DAC) <30%, seguida por 30%–60% e então >60%. A TCC é custo-efetiva em comparação com a TEF e observou-se que a custo-efetividade varia com a probabilidade de DAC. Essa descoberta pode ter implicações importantes para como as pessoas com dor torácica no Reino Unido são avaliadas, no entanto, precisaria ser validada em outros sistemas de saúde.	Declararam não ter conflito. O *South Eastern Health and Social Care Trust* é apoiado pela *Northern Ireland Clinical Trials Unit*, pela *Northern Ireland Cardiovascular Research Network* e pela *Northern Ireland Medical Physics Agency*.
Albustami et al., 2023[38] Análise de	Realizar uma análise de custo-efetividade do treinamento intervalado de alta intensidade	O custo médio combinado de uso e entrega de cuidados de saúde foi de 676 libras por participante para TIAI e 653 libras para TEIM. As mudanças de QALY foram de 0,003 e -0,013,	Dois autores são diretores da Atrium Health Ltd, uma provedora de serviços de

custo-efetividade	(TIAI) em comparação com o treinamento em estado estacionário de intensidade moderada (TEIM) em pessoas com DAC que participam de reabilitação cardíaca (RC).	respectivamente. Para casos completos, a relação custo-eficácia incremental foi de 1448 libras por QALY para TIAI em comparação com TEIM. Em um limite de disposição a pagar de 20.000 libras por QALY, a probabilidade de TIAI ser custo-efetivo foi de 96% (IC95% 0,90 a 0,95). [Estudo com 124 participantes, sendo 59 TIAI e 65 TEIM, que completaram questionários na linha de base, 8 semanas e 12 meses]. Para pessoas com DAC que frequentam RC, o TIAI foi custo-efetivo em comparação com o TEIM. Essas descobertas são importantes para formuladores de políticas, comissários e provedores de serviços em todo o setor de assistência médica.	reabilitação para o *National Health Service* (NHS). Os outros autores não têm nada a revelar. Nenhuma concessão foi dada a pesquisa por qualquer organização financiadora nos setores público, privado ou sem fins lucrativos.
Azari et al., 2023[39] Revisão sistemática sobre custo-efetividade	Avaliar a relação custo-efetividade da ressonância magnética (RM) em comparação com outros métodos diagnósticos para pessoas com DAC ou suspeita de DAC	Em pessoas submetidas a intervenção coronária percutânea (ICP) urgente, a RM ao longo de um horizonte de um ano e ao longo da vida leva a QALYs mais altos em comparação com as estratégias atuais em casos de doença multiarterial. A estratégia baseada em RM é mais econômica (19.273 dólares) quando comparada a métodos padrão, como single-photon emission computed tomography (SPECT) (19.578 dólares), a angiografia por tomografia computadorizada coronária (ATCC) (19.886 dólares) e a angiografia coronária (AC) (20.929 dólares). [Revisão sistemática que incluiu estudos dos Estados Unidos da América (EUA) (2), Reino Unido (3), países europeus (3), Brasil (2), Alemanha (2), Suíça (1)]. Uma estratégia baseada em RM para gerenciar pessoas com suspeita de DAC é considerada mais custo-efetiva do que estratégias invasivas e não invasivas quando implementada em uma amostra de pessoas do mundo real com uma prevalência baixa a intermediária da doença. Em resumo, as descobertas sugerem que a RM fornece melhor precisão	Os autores declaram não haver conflito de interesses. Não informado

		diagnóstica, levando a melhores resultados para as pessoas e custo-efetividade em comparação com estratégias diagnósticas alternativas no gerenciamento de DAC.	
Bailly et al., 2018[40] Análise de qualidade de vida e custo-utilidade de ensaios clínicos randomizados (ECR)	Estabelecer a relação custo-eficácia do programa francês de atividade física "*As du Coeur*", avaliar a eficiência de um programa de atividade física progressivamente autônomo versus um programa padrão de atividade física supervisionada na melhoria da qualidade de vida e verificar a redução no consumo de saúde para pessoas cardiovasculares.	Mobilidade, atividades habituais e desconforto melhoraram significativamente em ambos os grupos. O consumo total de cuidados de saúde diminuiu com a intervenção, de uma média de 4.097 euros por ano antes da intervenção para 2.877 euros por ano depois (p=0,05), em comparação com um consumo de cuidados de saúde de 4.087 euros e 4.180 euros por ano, na população total de pessoas (n=1891) da empresa de seguro de saúde. A relação custo-efetividade incremental foi de 10.928 euros por QALYs. [Atividade física progressivamente autônoma (n=22) comparada a Atividade física supervisionada (n=23)] O estudo demonstrou que um programa de atividade física é custo-efetivo, proporcionando melhor qualidade de vida em pessoas com DAC ou histórico moderado de insuficiência cardíaca, por um custo razoável correspondente à redução do consumo de assistência médica observada 1 ano após a intervenção e, em segundo lugar, que um programa atividade física progressivamente autônoma é mais eficiente do que um programa atividade física supervisionada na melhoria da qualidade de vida.	Os autores declaram não ter conflitos de interesse. A "*Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur*", "*Malakoff Médéric*", " *Mutuelles du Soleil* ", a Fundação "*Française des Jeux* ", a "*Sécurité Sociale des Indépendants*" e uma bolsa da "*Association Nationale de la Recherche et de la Technologie*" e "*Diagana Sport Santé*" apoiaram financeiramente o estudo, mas não tiveram qualquer papel no projeto.
Bulsei et al., 2019[41] Análise de custo-efetividade	Avaliar a eficiência de stents liberadores de fármacos Synergy II em pessoas idosas com DAC para orientar as decisões de política de saúde em 5 países (França, Bélgica, Espanha, Inglaterra e Suíça).	O custo total médio por pessoa foi maior no grupo com stent liberador. O número de eventos cardiovasculares graves e QALYs médios não foram estatisticamente diferentes entre os 2 grupos. A relação custo-efetividade incremental (RCEI) de um ano para cada país de referência variou de 13.752 a 20.511 euros/evento cardiovascular grave evitado e de 42.835 a 68.231/QALY ganho. Assumindo uma disposição de pagar de 50.000/QALY, houve 40% a 50% de chance de que o	Não informado. O financiamento para este estudo foi fornecido pela Boston Scientific.

		uso do stent eluidor seja econômico em quatro países [Estudo com 1.200 participantes, 596 stent de metal e 604 stent eluidor). O uso de stents de liberação de drogas em vez de stents de metal combinado com uma curta duração de duração da terapia antiplaquetária dupla em pessoas idosas induziu um custo mais alto para maior eficácia em cada um dos 5 países estudados.	
Dehbarez et al., 2015[42] Análise de custo-utilidade juntamente com um ECR	Avaliar o custo-utilidade das estratégias de educação de aprendizado e enfrentamento (EAE) em comparação à educação padrão em reabilitação cardíaca (RC) como parte de um programa de reabilitação para pessoas com doença cardíaca isquêmica e insuficiência cardíaca.	Um custo adicional de índice de preços ao consumidor 6.043 (IC 95% −5.697 a 17.783) e um ganho de QALY de 0,005 (IC 95% −0,001 a 0,012) foi estimado para educação de aprendizagem. A probabilidade de que educação de aprendizagem seria custo-efetiva não excedeu 29% para quaisquer valores-limite de disposição a pagar por QALY. [Estratégia de educação de aprendizagem e enfrentamento (n=413) comparado a Educação padrão em reabilitação cardíaca (n=412)]. Neste estudo, demonstramos que não houve diferenças significativas em custos ou resultados entre EAE e métodos de educação padrão de uma perspectiva social durante 5 meses de acompanhamento. Concluímos que EAE não foi uma intervenção custo-efetiva em curto prazo; no entanto, analisar um período mais longo de acompanhamento parece necessário porque um custo mais alto de atendimento ambulatorial em EAE pode resultar em economia de custos futura. Portanto, pode-se sugerir que problemas de saúde podem ser identificados em um estágio mais precoce, resultando, assim, em melhores resultados de saúde.	Os autores declaram não ter conflitos de interesse. O Ministério da Saúde dinamarquês, o Fundo de Pesquisa em Saúde da Região Central da Dinamarca e a fundação dinamarquesa 'TrygFonden' financiaram o ECR.
Dressel et al., 2019[43] Análise de	Buscamos modelar a relação custo-efetividade do tratamento com inibidores da pró proteína	Com uma redução relativa de risco assumido de 32,5% e um preço anual de medicamentos de 8500 euros, os resultados para mulheres e homens, foram respectivamente: QALYs	Não informado.

custo-efetividade	convertase de subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9i) em cima da terapia padrão de estatinas de fundo usando a coorte *Ludwigshafen Risk and Cardiovascular Health Study* de pessoas com doença cardiovascular aterosclerótica estável na Alemanha.	ganhos de 1,23 e 1,20; economias de 2.390 e 2.410 euros; e RCEIs de 112.530 e 108.660 euros. Quando o custo anual deste medicamento foi definido em 1600 euros, as RCEIs correspondentes foram de 21.180 e 20.450 euros. O tratamento PCSK9i é econômico em DAC estável com um limite de 150.000 euros e custos anuais de 8.500 euros. Como o amplo uso da terapia PCSK9i na DAC teria um impacto disruptivo no orçamento de saúde, o tratamento deve ser focado em pessoas de risco muito alto (≥3 comorbidades, risco anual de 10%); alternativamente, e para menor risco, seriam necessárias reduções significativas de custos. O tratamento com PCSK9i parece ser custo-efetivo individualmente em limiares da relação incremental custo-eficácia com custos na faixa de 100.000 a 150.000 euros por QALY; no entanto, o impacto orçamentário absoluto da utilização generalizada desses medicamentos seria proibitivo. Enquanto os custos dos medicamentos forem mantidos nos níveis atuais, consideramos prudente concentrar o uso de PCSK9i em pessoas com DAC com fatores de risco concomitantes de risco muito alto. Com base nas taxas de eventos na coorte, pessoas com risco muito alto são exemplificados por homens que apresentam um risco anual de 10% ou mais para eventos coronários e/ou cerebrovasculares, e mulheres com risco anual de 8% ou mais para tais eventos; tais indivíduos normalmente apresentam três ou mais comorbidades de acordo com a pontuação usada, incluindo hipercolesterolemia familiar. Nessas circunstâncias, o tratamento com PCSK9i deve ser iniciado somente após o uso de outros agentes hipolipemiantes (pelo menos estatinas e ezetimiba) na dose máxima tolerada não conseguir reduzir o LDL-c (*low-density*	

		lipoprotein cholesterol) até a meta.	
Fakhrzad et al., 2023[44] Análise de custo-efetividade	Comparar a relação custo-eficácia da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) e da ICP através do stent medicamentoso usando o índice QALY.	O custo total da intervenção foi maior no grupo CRVM (102.103,8 dólares americanos) em comparação a ICP (71.401,22 dólares), bem como custo da produtividade perdida para CRVM (20.228,68 dólares) comparado a ICP (7.632,11 dólares). Por outro lado, o custo da hospitalização foi menor no CRVM (49.660,97 dólares) em comparação a ICP (67.567,1 dólares), bem como o custo de viagem e estadia em hotel (2.520,12 versus 6.967,82) e o custo da medicação (7.340,18 versus 11.588,01). Do ponto de vista das pessoas e do Seattle Angina questionnaire, a CRVM economizou custos, com uma redução de 16.581 dólares para cada aumento na eficácia. Com base na perspectiva das pessoas e no instrumento *short form of 36 items*, a CRVM economizou custos, com uma redução de 34.543 dólares para cada aumento na eficácia. [Estudo com 410 pessoas, sendo 210 CRVM e 200 ICP]. Os resultados indicaram que a CRVM é mais econômica em comparação com o ICP. Nas mesmas indicações, a intervenção CRVM leva a mais economia de recursos. A análise de sensibilidade revelou que a mudança de probabilidades, custos e eficácia não pode afetar os resultados obtidos.	Não há interesse concorrente relacionado a este estudo. O(s) autor(es) não receberam financiamento específico para este trabalho.
Gholami et al., 2019[45] Revisão sistemática sobre custo-efetividade	Revisar e comparar sistematicamente os estudos conduzidos sobre a relação custo-efetividade das três estratégias de tratamento da doença arterial coronária (tratamento médico, ICP e CRVM).	O maior custo por QALY foi observado nos EUA para ICP versus terapia medicamentosa (212.800 dólares americanos) e o menor custo por QALY foi observado no Brasil para CRVM versus terapia medicamentosa (4.403 dólares americanos). Com base no resultado dos estudos revisados na revisão sistemática, parece que as três estratégias de tratamento para DAC produziram melhorias no QALY. Enquanto CRVM teve os maiores custos iniciais, foi associado a menos	Os autores declaram não haver conflito de interesses. Este estudo foi parte de uma tese de doutorado apoiada pela Universidade de Ciências Médicas do

		eventos clínicos e mais revascularizações, menos medicamentos e, consequentemente, menos custos subsequentes de longo prazo. ICP teve custos iniciais intermediários e maior necessidade de mais revascularizações, mas bons resultados em termos de medidas de qualidade de vida. Finalmente, a terapia médica teve menores custos iniciais, mas foi associado a maiores eventos clínicos e necessidade de medicamentos e medidas de qualidade de vida ligeiramente menores após 5 anos. Nesse sentido, a maioria dos estudos foi projetada e conduzida em países de alta renda; portanto, a aplicação desses resultados em países de baixa e média renda será limitada. Portanto, se os formuladores de políticas e clínicos decidirem usar CRVM ou ICP ou Terapia médica em seu próprio sistema de saúde, eles devem projetar e conduzir estudos especializados de acordo com o nível de renda e o próprio ambiente local com a ajuda de especialistas e especialistas em economia da saúde.	Irã.
Kodera et al., 2018[46] Análise de custo-efetividade	Examinar o custo-efetivo do inibidor de de pró proteína convertase subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) mais estatina em comparação com a terapia padrão (monoterapia com estatina) no tratamento da DAC de três vasos no Japão.	A RCEI do inibidor de PCSK9 mais estatina sobre a terapia padrão foi de 13,5 milhões (IC95% 7,6 a 23,5 milhões) de ienes japoneses por QALY ganho para DAC de vaso triplo. A probabilidade da relação custo-benefício do inibidor de PCSK9 mais estatina em comparação à terapia padrão foi de 0,0008% em um limite de custo-efetividade de 5 milhões de ienes. Em pessoas com hipercolesterolemia familiar mal controlada com DAC de vaso triplo, a RCEI foi de 3,4 milhões de ienes por QALY ganho. A adição do PCSK9 à monoterapia com estatina não foi econômica para o tratamento de pessoas com DAC de vaso triplo no Japão, mas mostrou boa relação custo-benefício para pessoas com DAC de vaso triplo com hipercolesterolemia familiar mal controlada.	Os autores não têm conflitos de interesse para declarar. Estudo não recebeu subsídios de nenhuma agência de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Lin et al., 2020[47] Análise de custo-efetividade	Avaliar a relação custo-efetividade do uso de estatinas para prevenção secundária em pessoas com DAC com um nível pré-tratado de LDL-C de 70 e 100 mg/dL, na perspectiva da *National Health Insurance Administration* de Taiwan, que pode informar a necessidade de futuras modificações das diretrizes de reembolso.	O uso de estatina de intensidade moderada, um regime de tratamento esperado para atingir LDL-c <70 mg/dL no caso base, resultou em um ganho líquido de 562 QALYs, mas com um gasto adicional de 11,4 milhões de dólares americanos por 10.000 pessoas ao longo de dez anos. A RCEI foi de 20.288 dólares por QALY ganho. As probabilidades de ser econômico em limites de disposição para pagar de um e três produtos internos brutos per capita (24.329 dólares em 2017) por QALY foram de 51,1% e 94,2%, respectivamente. O custo anual do medicamento foi o fator mais influente na RCEI. [Estudo que usou um modelo de Markov para simular uma coorte hipotética de pessoas com DAC]. O uso de estatinas como estratégia de prevenção secundária em pessoas com DAC com um nível basal de LDL-C de 70-100 mg/dL pode ser econômico, dado o benefício para a saúde na prevenção de eventos cardiovasculares. Essa análise de custo-efetividade facilitou a tradução das evidências clínicas existentes para o tratamento com estatinas em uma avaliação de benefícios e custos realizável em pessoas com alto risco que foram apenas parcialmente cobertas para reembolso do tratamento pelo atual esquema nacional de seguro de saúde.	A maioria dos autores recebeu apoio financeiro da Pfizer. O estudo foi financiado pela Pfizer Ltd.
McCreanor et al., 2021[48] Análise de custo-utilidade e da relação custo-efetividade da ICP	Avaliar a relação custo-eficácia da ICP em comparação com o placebo em pessoas com DAC de um único vaso e angina, apesar da terapia antianginal.	Os resultados mostram um aumento nos custos para o grupo ICP em comparação com o grupo placebo, que é acompanhado por apenas um ganho de saúde muito pequeno de 18 QALYs por 1000 pessoas. A RCEI é de 90.218 libras por QALY obtido ao usar ICP (muito acima do limite de 30.000 libras usado pelo *National Institute for Health and Care Excellence*). Portanto, nessas pessoas, o uso de ICP não seria considerado econômico [Estudo com 200 pessoas]. Cenário - porcentagem de pessoas do grupo placebo retornando para ICP - A RCEI permanece acima de 30.000	Um autor declara honorários dos palestrantes da Philips Volcano, Menarini Pharmaceuticals, fora deste trabalho. Nenhuma outra divulgação. Apoio do Centro Imperial de Pesquisa Biomédica do

		libras por QALY ganho quando até 80% dos pessoas retornam para se submeter à ICP no primeiro ano após o início da terapia anti-anginal. Cenário - custos mais baixos de terapia médica após a ICP - A RCEI permanece alta, em 85.576 libras por QALY ganho. Os resultados mostram que a ICP foi econômica em comparação com o placebo em apenas 11% das simulações.Nossos resultados mostram que, para pessoas com DAC estável de vaso único e angina em terapia médica, há uma baixa probabilidade de que seja econômico adicionar ICP, mesmo em um sistema de saúde onde a ICP é relativamente barata. Esta conclusão é resistente à possibilidade de que a ICP possa levar a uma redução nos custos a jusante para medicamentos anti-angina e consultas ambulatoriais de cardiologia e/ou um aumento nos procedimentos subsequentes de ICP para sintomas refratários.	*National Institute for Health and Care Research*.
Ploumen et al., 2024[49] Análise de custo-efetividade usando um ECR	Comparar os efeitos na saúde e os custos da ICP com três stents liberadores de fármacos [stent eluidor de sirolimus Orsiro (SES; Biotronik), stent eluidor de everolimus Synergy revestido com polímero biodegradável (EES; Boston Scientific) e stent eluidor de zotarolimus Resolute Integrity revestido com polímero durável (ZES; Medtronic)] retrospectivamente.	Os QALYs médios para cada grupo de stents foram: sirolimus (2.566 euros), everolimus (2.551 euros) e zotarolimus (2.550 euros). Os custos médios por estratégia foram: sirolimus (14.670 euros), everolimus (14.946 euros) e zotarolimus (15.069 euros). O sirolimus teve a maior probabilidade de ser custo-efetivo para cada limite de disposição a pagar até 100.000 euros por QALY. Além disso, em 79% dos cenários de modelagem, o sirolimus foi mais eficaz e mais barato que o zotarolimus. [Estudo com sirolimus (n=1.169), everolimus (n=1.172), zotarolimus (n=1.173)]. No acompanhamento de 3 anos, a ICP com o SES teve a maior probabilidade de ser custo-efetiva devido à maior eficácia e menores custos em comparação com o ZES e o EES. Essas descobertas sugerem que, devido ao alto volume geral de stents coronários na prática clínica, o uso de SES pode	Um autor relata que o departamento de pesquisa do Thoraxcentrum Twente recebeu bolsas de pesquisa institucionais fornecidas pela Abbott Vascular, Biotronik, Boston Scientific e Medtronic. Todos outros autores declararam que não têm conflitos. Um ensaio foi igualmente financiado pela Biotronik, Boston Scientific e

		resultar em economias de custo substanciais, complementadas por leves benefícios adicionais à saúde.	Medtronic. As fontes de financiamento não tiveram nenhum papel no design, execução ou interpretação do estudo.
Robles-Zurita et al., 2020[50] Análise de custo-utilidade e de custo-efetividade	Realizar análise de custo-efetividade e análise de custo-utilidade para estimar as consequências nos resultados médicos, QALYs e custos de ICP somente do vaso culpado com revascularização adicional em estágios, se indicada, comparado a ICP multiarterial imediata para pessoas com choque cardiogênico complicando infarto agudo do miocárdio.	O custo-utilidade ao longo da vida mostrou uma RCEI 7.010 euros por QALY e uma probabilidade da ICP do vaso-alvo ser a estratégia mais custo-efetiva >64% em um limite de 30.000 euros. O custo incremental por caso de morte/insuficiência renal evitada no acompanhamento de 30 dias foi de 9.010 euros. A custo-efetividade melhorou com a idade da pessoa e para aqueles sem diabetes. [ICP somente no vaso-alvo, com revascularização adicional em estágios, se indicada (n=344) comparado a ICP multiarterial imediata (n=342)]. Em média, os resultados favorecem a estratégia ICP do vaso culpado como a estratégia mais econômica se o valor monetário de um QALY for maior que 7.010 euros. No entanto, a incerteza substancial permanece mesmo em um limite de 30.000 euros por QALY, principalmente devido à extrapolação de parâmetros de longo prazo dos dados do teste. Essa incerteza seria amplamente reduzida se tivéssemos certeza de que não houve efeito direto do tratamento após o período do teste em parâmetros-chave como mortalidade de longo prazo, insuficiência cardíaca ou principais eventos cardíacos adversos. Finalmente, os resultados mostram que a relação custo-efetividade melhora com a idade das pessoas e para os grupos sem diabetes.	Não informam. CULPRIT-SHOCK é um Projeto de Colaboração financiado pela União Europeia no âmbito do 7º Programa-Quadro, sob o acordo de subvenção n.º 602202 NCT01927549 (Identificador ClinicalTrials.gov).
Scudeler et al., 2018[51] Análise de custo-efetividade	Avaliar os resultados econômicos a longo prazo e a qualidade de vida da CRVM com circulação	Aos 5 anos, ao comparar os grupos de CRVM com e sem circulação extracorpórea, não foram encontradas diferenças nos anos de vida cumulativos (4,851 e 4,766 anos, p=0,319) e	Os autores não relatam relacionamentos que possam ser interpretados

usando um ECR	extracorpórea (CEC) e da CRVM sem CEC aplicando um modelo de Markov.	QALY ganhos (4,150 e 4,105 QALYs, p=0,332). O custo médio em dólares americanos por pessoa durante o estudo não diferiu significativamente entre os grupos com e sem circulação extracorpórea (5.890,29 e 5.674,75; p=0,409). Ao longo de um horizonte de vida, a RCEI de CRVM com circulação extracorpórea versus sem circulação extracorpórea foi de 12.576 dólares por QALY ganho, o que está acima do limite de custo-efetividade sugerido (de 3.210 a 10.122 dólares). Na análise de sensibilidade, a probabilidade de que a CRVM com circulação extracorpórea seja custo-efetiva em comparação à cirurgia sem circulação extracorpórea para um limite de disposição a pagar de 3.212 dólares por QALY ganho foi <1% e de 35% para o limite de 10.122 dólares por QALY. [Estudo com circulação extracorpórea (n=153) e sem circulação extracorpórea (n=155)]. Esta análise atual da perspectiva do sistema público de saúde brasileiro sugere que, apesar de fornecer maiores taxas de revascularização completa, a CRVM com CEC não é custo-efetivo quando comparado à CRVM sem CEC. Os resultados econômicos num estudiI foram consistentes com os resultados clínicos, que mostram que a CRVM sem CEC é tão seguro e eficaz quanto a CRVM com CEC. Este relatório fornece informações importantes para a saúde pública, otimizando os gastos com saúde e poupando despesas.	como conflito de interesses. Este trabalho foi parcialmente apoiado por uma bolsa de pesquisa da Fundação Zerbini, São Paulo, Brasil.
Siddiqui et al., 2022[52] Revisão da literatura sobre custo-efetividade	Nesse sentido, conduzimos uma revisão de literatura sobre a análise de custo-efetividade da RM na determinação do diagnóstico e prognóstico de várias patologias cardíacas.	A RM pode ser custo-efetiva em QALYs em populações selecionadas com várias patologias cardíacas. Especificamente, o uso de RM em pessoas com DAC com probabilidade pré-teste abaixo de um certo limite pode ser mais custo-efetivo em comparação a pessoas com probabilidade pré-teste mais alta, embora seu uso possa ser limitado com base na localização geográfica, diretrizes de	Os autores declaram não haver conflito de interesses. Esta pesquisa não recebeu financiamento externo.

		sociedades profissionais e diferentes padrões de reembolso. Além disso, uma combinação gradual de diferentes modalidades de imagem, com a conjunção de diretrizes, pode aumentar ainda mais a relação custo-efetividade da RM. Com um número crescente de investigações elucidando sua relação custo-eficácia, a RM tem grande potencial para ser utilizada como uma modalidade de imagem padronizada para confirmar condições cardíacas de isquemia/infarto, miocardite e distúrbios cardíacos infiltrativos. Dada sua sensibilidade e especificidade aumentadas para avaliação de DAC e muitas outras patologias cardíacas, a RM demonstrou relação custo-eficácia para essas condições cardíacas dependendo das diferenças regionais em incidência e prevalência e limites de probabilidade pré-teste usados.	
Spoorendonk et al., 2021[53] Análise de custo-efetividade usando um ECR	Fornecer insights sobre as consequências clínicas e econômicas do tratamento com rivaroxabana de uma perspectiva social holandesa.	Pessoas tratadas com rivaroxabana em combinação com ácido acetilsalicílico (AAS) têm maior expectativa de vida descontada e QALYs. As análises econômicas mostraram efeitos benéficos em pessoas tratadas com rivaroxabana combinada a AAS, com redução na mortalidade cardiovascular e ocorrência reduzida de acidente vascular cerebral (AVC). A análise de custo-efetividade resultou em um custo incremental por QALY de 12.033 euros ao longo de um horizonte de tempo de vida. A análise de custo-efetividade mostrou que rivaroxabana em combinação com AAS é uma opção de tratamento custo-efetiva em pessoas com DAC ou doença arterial periférica estáveis. Rivaroxabana em combinação com AAS é ainda mais custo-efetiva em subgrupos de alto risco.	Três autores são funcionários da OPEN Health, que recebeu honorários de consultoria da Bayer Netherlands durante a condução do estudo. Dois autores são funcionários da Bayer. Um autor é funcionário da Creativ-Ceutical que recebeu honorários de consultoria da Bayer. Outro relata subsídios e honorários pessoais da Bayer, da Daiichi Sankyo, da Pfizer e da Leo Pharma, fora do trabalho

			submetido. Um revisor deste manuscrito revelou que alguns anos atrás eles estiveram envolvidos na avaliação econômica do apixaban. Os outros revisores pares deste manuscrito não têm outras relações financeiras relevantes ou de outra forma a revelar. O trabalho foi apoiado pela Bayer AG e pela Bayer Netherlands.
Stam-Slob et al., 2017[54] Análise de custo-eficácia	Avaliar se direcionar a terapia intensiva de terapia hipolipemiante para pessoas com DAC com o maior benefício absoluto previsto é custo-efetivo em comparação com o tratamento de todos com terapia hipolipemiante padrão ou todos com terapia hipolipemiante intensiva.	Com terapia padrão de hipolipemiante intensiva para aqueles com ≥3% de redução do risco absoluto de eventos cardiovasculares graves de 5 anos (13% das pessoas), 380 QALYs foram obtidos por 2.423 euros/QALY. Usando um limite de ≥2,3% de risco absoluto de eventos cardiovasculares graves (26% das pessoas), 630 QALYs foram obtidos por 5.653 euros/QALY. Usando um limite de ≥1,5% risco absoluto de eventos cardiovasculares graves (56% das pessoas), 1.020 QALYs foram obtidos por 10.960 euros/QALY. Ao tratar todos intensamente, 1.410 QALYs foram obtidos (0,14 QALY por pessoa) por 17.223 euros/QALY. Com o tratamento baseado em benefícios, 0,16 a 0,17 QALY foi ganho por pessoa tratada. A terapia hipolipemiante intensiva com estatinas para todas as pessoas com DAC resulta no maior ganho geral de QALY	Declaram não possuir O trabalho foi financiado pela ZonMw, a Organização Holandesa para Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. Dois ensaios foram financiados pela Pfizer. Os patrocinadores desses ensaios não desempenharam nenhum papel na análise estatística.

		em relação aos custos aceitáveis. No entanto, o número de QALYs ganhos com terapia hipolipemiante intensivo por estatinas em pessoas individuais pode ser aumentado com tratamento seletivo baseado em benefícios.	
Stella et al., 2019[55] Análise de custo-utilidade	Avaliar a utilidade de custo da reserva de fluxo fracionada (RFF) em ICP sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).	Os custos de um ano foram de 8.931 dólares para a ICP guiada por angiografia e 8.968 dólares para a ICP guiada por RFF, resultando em um custo incremental de 37 dólares. A eficácia durante 1 ano foi de 0,798 QALYs para ICP guiada por angiografia e 0,811 para ICP guiada por RFF, resultando em uma eficácia incremental de 0,013 QALYs. A relação custo-utilidade incremental para ICP com uso de RFF, comparado a ICP guiada por angiografia, foi de 2.780 dólares internacionais/QALY. Os resultados de economia de custos são alcançados com uma redução de preço RFF de pelo menos 2,2%. Os países em desenvolvimento devem dar atenção às estratégias comprovadamente econômicas em outros sistemas de saúde. Em nossa análise, a ICP guiada por RFF é muito custo-efetiva no SUS brasileiro e, com uma redução mínima do preço do dispositivo, a RFF pode trazer uma economia de custos.	Não informado. Este trabalho foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Fundação do Ministério da Educação, Brasil, e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Ciência e Tecnologia, Brasil.

Stokes et al., 2019[56] Análise de custo-efetividade. Modelos de decisão econômica para dois subgrupos de pessoas preenchidos a partir de fontes secundárias, cada um com um horizonte de tempo de 1 ano da perspectiva do Serviço Nacional de Saúde e serviços sociais pessoais no Reino Unido.	Identificar os principais fatores de custo-efetividade para RM cardiovascular quando as pessoas ativam a via de ICP primária.	Em ambos os modelos, os custos incrementais e QALYs entre RM cardiovascular (ou RFF, Modelo 1) versus sem RM cardiovascular (ecocardiografia de estresse, Modelo 1 e ecocardiografia padrão, Modelo 2) foram pequenos (RM cardiovascular: -64 libras (IC 95% −232 a 187)/RFF: 360 libras (IC 95% −116 a 844) e RM cardiovascular/RFF: 0,0012 QALYs (IC 95% −0,0076 a 0,0093)) e (98 libras (IC 95% IC −199 a 488) e 0,0005 QALYs (IC 95% −0,0050 a 0,0077)), respectivamente. A precisão diagnóstica dos testes foi o principal impulsionador da relação custo-benefício para ambos os grupos de pessoas. Se a RM cardiovascular fosse introduzida para todos os subgrupos de pessoas que ativam a via ICP primária, é provável que a precisão do diagnóstico fosse um determinante fundamental de sua relação custo-eficácia. Mais pesquisas são necessárias para responder definitivamente se a revascularização guiada por RM cardiovascular ou RFF leva a diferentes resultados clínicos em pessoas com síndrome coronariana aguda com doença multivascular.	Uma autora recebeu honorários da Circle Cardiovascular Imaging. Outra relata ser ex-membro do Conselho de Comissionamento de Avaliação de Tecnologia da Saúde e do Conselho de Projetos de Estudo Eficiente de Avaliação de Tecnologia da Saúde. Também relata a adesão atual ao Grupo de Métodos de Avaliação de Tecnologia da Saúde e ao Grupo Consultivo do Programa de Revisões Sistemáticas. Ttodos os autores não têm interesses concorrentes. Este estudo foi financiado pelo *National Institute for Health and Care Research*.

Venkataraman et al., 2021[57] Análise de custo-efetividade	Avaliar a relação custo-efetividade do cálcio da artéria coronária (CAC) em comparação com a predição tradicional baseada em fatores de risco isoladamente em pessoas com história familiar de DAC prematura.	As estatinas foram indicadas em 45% da coorte usando a estratégia CAC e 27% usando estratégias de tratamento do American College of Cardiology/American Heart Association (2019). Em comparação com a aplicação de um limite de tratamento com estatina de 7,5%, a estratégia de CAC foi mais cara (145 dólares americanos) e mais eficaz (0,0097 QALY) com uma taxa de custo-efetividade incremental (RCEI) de 15.014 dólares/QALY. A RCEI de CAC foi impulsionada pela aquisição de CAC e pelo custo da prescrição de estatinas e melhorou com certos subgrupos de pessoas: masculino, idade >60 anos e risco de 10 anos ≥7.5%. A cintilografia por CAC de pessoas de baixo risco (risco de 10 anos <5%) ou aqueles com 40 a 50 anos de idade não foi custo-efetiva. A triagem sistemática de CAC e o tratamento de pessoas com história familiar de doença arterial coronariana prematura e doença subclínica foram mais custo-efetivos do que o manejo usando limiares de tratamento com estatinas, no sistema de saúde dos EUA.	Declaram não possuir. Apoiado em parte por uma bolsa de projeto e uma bolsa de pós-graduação do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica, Canberra, Austrália.

Fonte: Elaboração própria. **Acrônimos:** %: porcentagem; =: igual; <: menor; >: maior; ≥: maior ou igual; AAS: ácido acetilsalicílico; AC: angiografia coronária; ATCC: angiografia por tomografia computadorizada coronária; AVC: acidente vascular cerebral; CAC: cálcio da artéria coronária; CEC: circulação extracorpórea; DAC: doença arterial coronariana; EAE: educação de aprendizado e enfrentamento; ECR: ensaio clínico randomizado; EES: stent eluidor de everolimus Synergy revestido com polímero biodegradável; EUA: Estados Unidos da América; IC: intervalo de confiança; ICP: intervenção coronária percutânea; LDL-c: *low-density lipoprotein cholesterol*; mg/dL: miligramas por decilitro; n: número; NHS: *National Health Service*; p: significância estatística; PCSK9: inibidores da pró proteína convertase de subtilisina/kexina tipo 9i; QALY: *Quality-Adjusted Life Years*; RC: reabilitação cardíaca; RCEI: relação custo-efetividade incremental; RFF: reserva de fluxo fracionada; RM: ressonância computadorizada cardíaca; SUS: Sistema Único de Saúde; TEF: teste de esforço físico; TEIM: treinamento em estado estacionário de intensidade moderada; TIAI: treinamento intervalado de alta intensidade; ZES: stent eluidor de zotarolimus Resolute Integrity revestido com polímero durável.