

que possuem pressão arterial (PA) controlada. Estratégias de comunicação e auto-afecção da PA podem melhorar o controle, diminuir custos e risco cardiovascular, mas investigações de efetividade apresentam resultados divergentes. Objetivo: Avaliar eficácia de tecnologias de monitoramento por aplicativos para smartphones em relação à redução da PA e mudança de estilo de vida (MEV). Metodologia: Ensaio clínico randomizado (ECR) fatorial em pessoas de 30 a 75 anos, usuários de celular com internet, diagnosticados com HAS, em uso de até 2 medicamentos e PA não controlada: PA sistólica (PAS)>135 ou PA diastólica (PAD)>85 no consultório e PAS>130 ou PAD>80 na monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas. Houve randomização entre 4 grupos: 1 TELEM: emprego de dispositivo oscilométrico para medir PA domiciliar com envio ao centro por aplicativo; 2 TELEMEV: recebimento de mensagens padronizadas e personalizadas para estimular mudanças de estilo de vida (MEV) e aumento da adesão ao tratamento medicamentoso; 3 Grupo Controle: tratamento clínico usual (TCU); 4 TELEM-TELEMEV: recebe monitor e mensagens, como descrito. Todos receberam livreto com orientações de MEV e reforço das mesmas presencialmente. O desfecho primário é a redução da PAS por MAPA de 24 horas. Os desfechos secundários são redução de PAD em MAPA, PAS e PAD em consultório e adesão à MEV. Previsto seguimento de 6 meses e coorte de avaliação da duração do efeito da intervenção 6 meses após encerramento. Protocolo registrado no clinicaltrials.gov (NCT03005470), aprovado pelo CEP-HCPA (GPPG:160187). O termo de consentimento informado foi assinado por todos. Resultados: Estudo em seguimento. Arrolamento encerrado no fim de 2017 com inclusão de 231 participantes, previsão de encerramento até agosto de 2018 e da coorte em janeiro de 2019. Espera-se redução de aproximadamente  $8,8 \pm 13,1$  mmHg da PAS na MAPA de 24h nos grupos TELEM e TELEMEV versus  $3,4 \pm 11,6$  mmHg no TCU. Previsto teste de interação entre as intervenções. Conclusão: Uso de tecnologias móveis e Internet por smartphones pode otimizar o tempo de profissionais de saúde, ampliar a cobertura assistencial e otimizar recursos no controle da HAS. Na ausência de evidências robustas no emprego dessas tecnologias para controle de HAS e MEV, faz-se necessário o desenvolvimento de ECRs de efetividade comparativa. Unitermos: Hipertensão arterial sistêmica; Tecnologias de monitoramento; Redução da pressão arterial.

### P1671

#### **Escore de risco cardiovascular estimado sem dosagens laboratoriais para predição de morbimortalidade cardiovascular: um estudo de coorte**

Alexandre Weber, Victoria Fróis Oss-Emer, Suzi Camey, Caroline Nespolo de David, Leila B. Moreira, Flávio D. Fuchs, Sandra C. Fuchs - UFRGS

Introdução: Um escore para predição de risco cardiovascular (CV) acessível e de baixo custo, sem dosagens laboratoriais, tem valor prognóstico e de estratificação, permitindo maior eficiência na prática clínica. Objetivo: Calcular escore de risco cardiovascular para morbimortalidade utilizando um modelo sem dosagens laboratoriais validado em amostra representativa de base populacional do sul do Brasil. Avaliar a associação entre risco CV e sexo. Métodos: Estudo de coorte com 1091 indivíduos de 18 a 88 anos. Informações demográficas, de história médica pregressa e hábitos de vida coletadas em visita domiciliar. Pressão arterial e avaliação antropométrica medidas segundo recomendações padronizadas. O seguimento ocorreu mais de seis anos após a linha de base, no qual se repetiram as avaliações de fatores de risco CV e se investigou morbidade e mortalidade CV. O modelo preditivo empregou regressão de Cox e foi composto por idade, pressão arterial sistólica, tabagismo, diabetes mellitus e índice de massa corporal (IMC) transformadas logaritmicamente, utilizando morbimortalidade CV como desfecho, obtendo-se coeficientes beta e taxa de sobrevida para cálculo de risco CV independentemente para homens e mulheres. A capacidade preditiva foi avaliada através de área sob a curva (AUC) ROC e IC95%, comparando-se as curvas através do teste DeLong. Avaliou-se a distribuição populacional de risco cardiovascular, utilizando-se 5 intervalos: até 5%, 6-10%, 11-20%, 21-29% e maior ou igual a 30%. Resultados: Os modelos preditivos resultaram em associações estatisticamente significativas para homens e mulheres, respectivamente, de morbimortalidade com: idade ( $\beta$ : 0,111;  $P < 0,001$  e  $\beta$ : 0,052;  $P < 0,001$ ); Lnpressão sistólica ( $\beta$ : 2,613;  $P < 0,02$  e  $\beta$ : 2,398;  $P < 0,007$ ); diabetes mellitus ( $\beta$ : 1,090;  $P < 0,01$  e  $\beta$ : 1,787;  $P < 0,001$ ), tabagismo ( $\beta$ : 0,734;  $P < 0,04$  e  $\beta$ : 0,420;  $P < 0,09$ ). Ln IMC ( $\beta$ : 1,370;  $P < 0,09$  e  $\beta$ : 0,324;  $P < 0,9$ ) teve associação significativa apenas para homens. As AUCs (IC95%) foram de 0,91 (0,87 a 0,95) para homens e 0,85 (0,78 a 0,91) para mulheres, sem diferença entre ambos ( $P = 0,14$ ). A distribuição de risco cardiovascular foi estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ) com 28,3% dos homens tendo risco maior ou igual a 30%, enquanto 28,5% das mulheres estavam nesse patamar. Conclusões: O escore de risco CV sem dosagens laboratoriais apresenta acurácia elevada para predição de morbimortalidade CV para ambos os sexos, e há diferenças na sua distribuição entre eles. Unitermos: Risco cardiovascular.

### P1673

#### **Predição de risco cardiovascular através de escores sem dosagens laboratoriais e utilizando morbimortalidade cardiovascular como desfecho clínico: um estudo de coorte**

Victoria Fróis Oss-Emer, Alexandre Weber, Suzi Camey, Caroline Nespolo de David, Leila B. Moreira, Flávio D. Fuchs, Sandra C. Fuchs - HCPA

Introdução: Doenças cardiovasculares, além de resultarem em alta morbidade, são a principal causa de mortalidade no mundo. A classificação de risco cardiovascular (CV) é essencial para manejo medicamentoso, prevenção e controle de fatores de risco. Assim, uma estimativa de risco sem dados laboratoriais foi validada na população americana, substituindo dosagens séricas por índice de massa corporal (IMC), a fim de reduzir custos e facilitar a predição. Há um esforço, entretanto, para determinar a variável antropométrica mais adequada para substituição. Objetivo: Avaliar acurácia de escores de risco CV ao substituir IMC por circunferência da cintura e por altura na predição de morbimortalidade cardiovascular. Métodos: Estudo de coorte de base populacional arrolou 1091 indivíduos, com 18 a 88 anos. Participantes foram entrevistados no domicílio sobre características demográficas, escolaridade, tabagismo, doença cardiovascular prévia e diabetes mellitus (DM). Avaliaram-se desfechos cardiovasculares fatais e não fatais, incluindo infarto do miocárdio, morte súbita, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, além de revascularização miocárdica, através de necropsia verbal, revisão de prontuários hospitalares e atestados de óbito. Os escores de risco foram calculados utilizando regressão de Cox, separadamente por sexo, incluindo idade, logaritmo de pressão arterial sistólica, tabagismo e diagnóstico prévio de DM. Incluíram-se, separadamente, IMC (kg/m<sup>2</sup>), circunferência da cintura (CC; cm) ou altura (cm), gerando três modelos de sobrevida. Calcularam-se curvas ROC e áreas sob a curva (AUC) ROC para morbimortalidade e análises adicionais exploraram morbidade e mortalidade CV, comparando-se as AUCs através do teste DeLong. Resultados: Os escores de predição de risco para morbimortalidade apresentaram AUCs (IC95%) de 0,879 (0,839 a 0,918), 0,877 (0,838 a 0,917) e 0,879 (0,840 a 0,918) ( $P = 0,7$ ) para IMC, CC e altura, respectivamente. Análise exploratória para predição de morbidade apresentou AUCs, respectivamente, de 0,823 (0,764 a 0,881), 0,823 (0,764 a 0,881) e 0,830 (0,772 a 0,888)  $P = 0,17$ , enquanto para mortalidade foram, respectivamente, de 0,930 (0,897 a 0,962), 0,927 (0,893 a 0,961) e 0,921 (0,883 a 0,958)  $P = 0,13$ .