

AJUSTANDO A FORÇA DE PREENSÃO MANUAL AO TAMANHO CORPORAL: ANÁLISES EM 6 PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA

Pedro P. Abdalla PhDa,b,c,*,
Lucimere Bohn PhDb,c,d,
André P. dos Santos PhDa,
Marcio Fernando Tasinafo Junior BSc e,
Leonardo S.L. da Silva BSc e,
José Augusto G. Marini MSc e,
Ana Claudia R. Venturini MSc a,
Anderson dos S. Carvalho PhD f,
Gustavo André Borges PhD g,
Nilo Cesar Ramos PhD h,
Jorge Mota PhDa,b,
**Dalmo Roberto L.
Machado PhDa,b,c,e**

a. University of São Paulo, College of Nursing at Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto, Brazil
b. University of Porto, Faculty of Sports (FADEUP), Porto, Portugal
c. Research Center in Physical Activity, Health and Leisure (CIAFEL) and Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health (ITR), Faculty of Sport (FADEUP), University of Porto, Porto, Portugal
d. Lusófona University of Porto, Faculty of Psychology, Education and Sport, Porto, Portugal
e. University of São Paulo, School of Physical Education and Sport of Ribeirão Preto (EEFERP-USP), Ribeirão Preto, Brazil
f. Paulista University (UNIP), Physical Education Course, São José do Rio Preto, Brazil
g. The Western Paraná State University (UNIOESTE), Physical Education Course, Marechal Cândido Rondon, Brazil
h. Coastal Carolina University (CCU), Spadoni College of Education and Social Sciences, Conway, South Carolina, United States

INTRODUÇÃO:

A força absoluta de preensão manual absoluta e ajustada pelo índice de massa corporal são úteis para identificar condições relacionadas a idade. No entanto, esses valores não são precisos para idosos com tamanho corporal extremo devido à relação não linear entre força, estatura e a massa corporal. Assim, o objetivo desse estudo foi determinar os pontos de corte para as condições relacionadas à idade de idosos a partir da força de preensão normalizada pelo tamanho do corpo.

MÉTODO:

Estudo transversal com dados de 13.235 idosos do Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE)-realizadas em 6 países de baixa e média renda. Expoentes alométricos específicos por país e sexo para variáveis de tamanho corporal (massa corporal e estatura) foram calculados com modelos log-lineares. A correlação parcial verificou se a normalização alométrica removeu efeito do tamanho do corpo na força de preensão manual. Foram estabelecidos pontos de corte (<20º percentil) para força de preensão ajustada alometricamente.

RESULTADOS:

Expoentes allométricos para normalização da força de preensão foram fornecidos para variáveis de tamanho corporal, variando de 0,19 a 2,45. A normalização alométrica removeu o efeito do tamanho do corpo na força de preensão ($r < 0,30$). No geral, as frequências de baixa força de preensão manual foram superestimadas com critérios internacionais em comparação com os pontos de corte propostos neste estudo.

Country	Grip strength	Female				Male					
		Mean	SD	95% CI	Cut-off points (<20th percentile)	Mean	SD	95% CI	Cut-off points (<20th percentile)		
China	Absolute Grip Strength	20.5	8.0	20.2	20.8	14.0	31.6	9.9	31.2	32.0	23.0
	Grip Strength/body mass ^{0.40}	4.14	1.6	4.8	4.2	2.74	6.17	1.9	6.0	6.1	4.46
	Grip strength/height ^{1.70}	9.97	3.8	9.8	10.1	6.64	13.62	4.1	13.5	13.8	10.09
Ghana	Absolute grip strength	21	8.7	20.4	21.6	14.0	28.3	10.8	27.6	29.0	20.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	4.24	1.8	4.1	4.4	2.85	5.57	2.1	5.4	5.7	3.95
	Grip strength/height ^{1.70}	9.81	4.1	9.5	10.1	6.68	11.97	4.5	11.7	12.3	8.49
India	Absolute grip strength	15.5	5.2	15.2	15.8	11.0	23.8	7.2	23.4	24.2	18.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	3.41	1.1	3.3	3.5	2.42	4.92	1.4	4.8	5.0	3.73
	Grip strength/height ^{1.70}	7.85	2.6	7.7	8.0	5.67	10.41	3.1	10.3	10.6	7.94
Mexico	Absolute grip strength	17.0	5.7	16.6	17.5	12.0	26.5	7.4	25.8	27.2	20.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	3.23	1.1	3.1	3.3	2.29	4.81	1.3	4.7	4.9	3.53
	Grip strength/height ^{1.70}	8.56	2.8	8.3	8.8	6.14	11.47	3.2	11.2	11.8	8.62
Russian Federation	Absolute grip strength	21.9	7.1	21.4	22.5	15.0	35.9	9.8	34.8	36.9	27.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	3.93	1.3	3.8	4.0	2.81	6.31	1.7	6.1	6.5	4.80
	Grip strength/height ^{1.70}	9.93	3.1	9.7	10.1	7.19	14.61	4.0	14.2	15.0	11.01
South Africa	Absolute grip strength	28.7	13.9	27.6	29.8	18.0	36.4	18.2	34.7	38.0	22.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	5.31	2.6	5.1	5.5	3.37	6.65	3.3	6.3	6.9	4.06
	Grip strength/height ^{1.70}	13.62	6.6	13.1	14.1	8.45	15.79	7.5	15.1	16.5	9.71
All countries	Absolute grip strength	20.2	8.9	20.0	20.5	13.0	29.5	11.0	29.2	29.7	20.0
	Grip strength/body mass ^{0.40}	4.01	1.7	4.0	4.1	2.64	5.7	2.0	5.6	5.7	4.06
	Grip strength/height ^{1.70}	9.76	4.1	9.7	9.9	6.43	12.7	4.6	12.5	12.8	9.00

Tabela 1 – Média específica por sexo, desvio padrão e intervalo de confiança a 95% para força de preensão absoluta ou ajustada alometricamente, e pontos de corte para baixa força muscular

Figura 1 – Relação entre força de preensão manual e massa corporal (a) e estatura (b) em idosas (círculos) e idosos (triângulos) do Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE)

CONCLUSÃO:

Os expoentes alométricos propostos normalizaram a força de preensão manual com variáveis de tamanho corporal. Esses expoentes melhoraram a precisão na identificação de condições relacionadas à idade em idosos com tamanho corporal extremo. A variabilidade entre força revela a necessidade de desenvolver pontos de corte específicos para países de baixa a média renda. Novos pontos de corte com aplicabilidade automatizada foram propostas para uso dos prestadores de cuidados de saúde na prática clínica.

COMO O ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO ESTÃO RELACIONADOS COM AS DOENÇAS CRÔNICAS AUTORREFERIDAS POR TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE SANTA CATARINA?

Tiago Boff Pedro - SESI SC
Luiza Oliveira da Costa Fabris - SESI SC
Rafael Comini Barcelos - SESI SC
Sendi Locks Lopes - SESI SC

INTRODUÇÃO:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos principais problemas de saúde pública, em virtude de sua carga na mortalidade e impacto na mortalidade precoce. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um grupo de fatores de risco responde por grande parte da incidência e dos óbitos por DCNT, destacando-se a inatividade física, a alimentação inadequada, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo.

OBJETIVOS:

Para orientar as indústrias sobre a gestão dos programas de promoção de saúde, realizou-se um mapeamento da situação dos trabalhadores para obtenção de informações estratégicas úteis no planejamento de longo prazo e antecipação de riscos e tendências futuras. O objetivo deste trabalho é identificar a relação entre o estilo de vida, faixas etárias e a presença de doenças crônicas entre os trabalhadores.

METODOLOGIA:

Os dados foram obtidos via questionários de avaliação de saúde e bem-estar. As avaliações ocorreram entre 2020 e 2022, em períodos distintos, com 5.869 trabalhadores (41,10% mulheres e 58,90% homens), totalizando 22 empresas. Não houve acompanhamento das métricas ao longo dos anos. Foi utilizado o Índice Geral de Estilo de Vida (IGEV), que integra indicadores de estilo de vida e estresse psicossocial. As doenças crônicas foram analisadas através de diagnósticos autorreferidos, sendo elas: colesterol alto, diabetes, depressão, hipertensão arterial e obesidade.

RESULTADOS:

Observou-se que o percentual de DCNT cresce com o aumento da idade e diminui com a melhora do estilo de vida, além disso, o nº de DCNT acumuladas por pessoa diminui quando o IGEV aumenta.

CONCLUSÃO:

Este trabalho reforça as evidências e corrobora o conhecimento preestabelecido de que hábitos de estilo de vida e comportamentos estão diretamente relacionados às doenças crônicas e que, a implantação de programas de promoção da saúde nas empresas pode contribuir na prevenção e no não agravamento das doenças, impactando nos custos com saúde, afastamentos e outros.

O PAPEL DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM UM MODELO DE REMUNERAÇÃO BASEADO EM VALOR EM OPERADORAS DE SAÚDE

Autora: Prof. Dra. Priscila Mimary
Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.
Orientador: Prof. Dr. Alberto Luiz Albertin, FGV, albertin@fgv.br.

INTRODUÇÃO

A literatura traz várias causas para o aumento do custo global, sendo um deles o modelo tradicional (MT), o fee-for-service. Apesar dos modelos baseados em valor (MV) serem um tema antigo, ainda não alcançaram todo potencial, seja por soluções fragmentadas, ou pelo fracasso em medir e gerenciar os custos.

Diante deste cenário, o MV sendo uma solução para sustentabilidade, a pergunta é como a TI pode contribuir para implantação de MV em operadoras de saúde? O objetivo é identificar o papel da TI na implementação de um MV nas operadoras, identificar macroprocessos, e respectivos papéis e usos da TI.

METODOLOGIA

A pesquisa foi qualitativa, exploratória, estudo de caso. Escolhidas duas operadoras de saúde que participassem da Oficina da ANS. A OPS A, é uma cooperativa médica, e a OPS B, seguradora em saúde. O público-alvo foi a alta gestão da área de negócio e da TI, todos responsáveis por implantar MV.

A partir da revisão de literatura, foi montada a estrutura conceitual, e as entrevistas para avaliar as dimensões de TI (infraestrutura, transacional e informacional) (WEILL; BROADBENT; CLAIR, 1994), comparativamente entre os modelos.

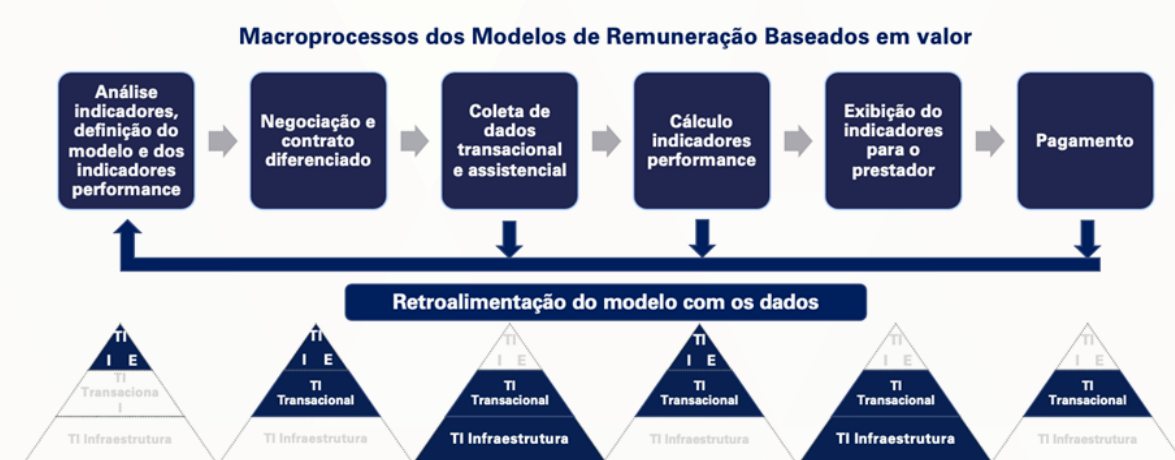


Fig 1: Macroprocesso do MV e o uso da TI em cada processo.

RESULTADOS

- A TI é extremamente importante na implantação do MV.
- Dimensão Infraestrutura e Informacional da TI: é imprescindível a integração entre sistemas no MV e o compartilhamento de dados.
- Dimensão Transacional da TI: necessita de novos processos no MV.
- Estruturas conceituais: com as entrevistas, compilados e feitos ajustes por operadora.
- Macroprocessos do MT e MV: foram identificados com êxito.

CONCLUSÃO

A importância da TI na implantação do MV foi unânime quanto a sua importância. Além disso, o papel da TI preponderante no MV é integração, automação e compartilhamento de dados, além de ser necessária uma nova arquitetura de TI, conforme proposições confirmadas.

Identificamos com êxito os macroprocessos dos MT e MV, os papéis da TI, e os possíveis usos de TI, **figura 1**.

Além disso, a estrutura conceitual pré-desenhada para o MV foi validada e ajustada conforme as entrevistas, **figura 2**.

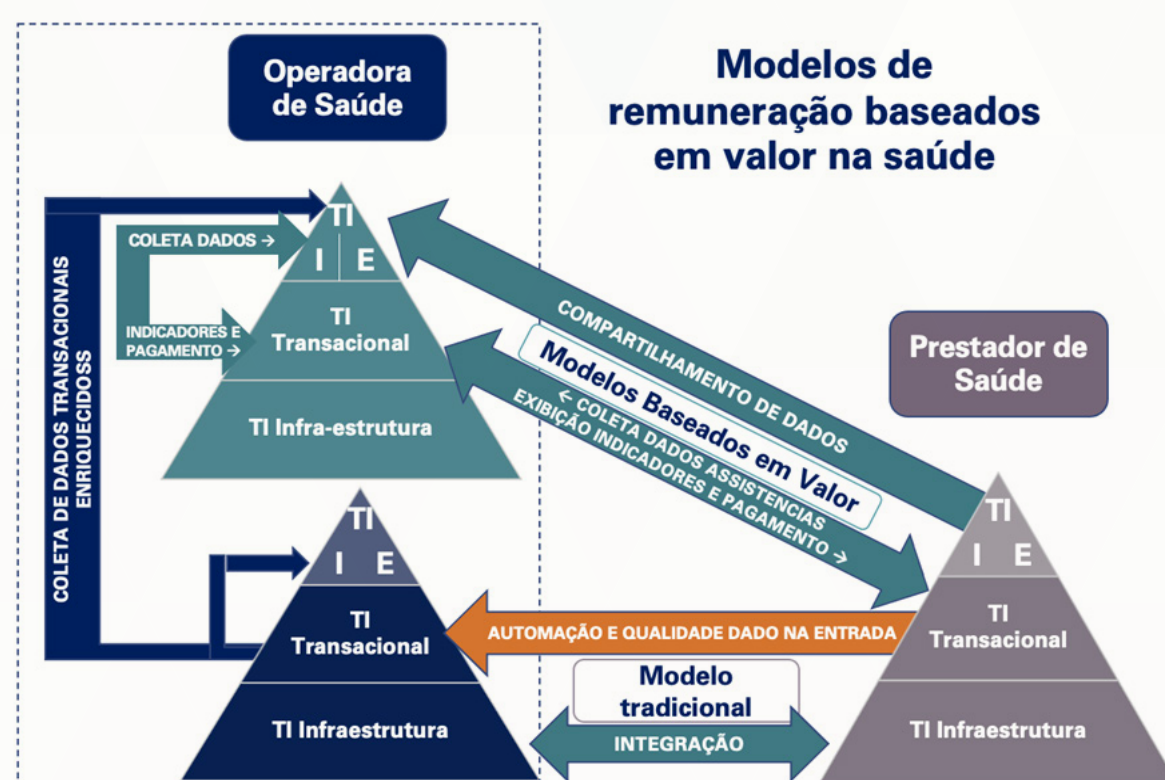


Fig 2: Representação das dimensões e papéis da TI entre Operadora e Prestador no MV.

O TRATAMENTO DE DADOS SENSÍVEIS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E A LGPD: A COMPETÊNCIA DA ANS E OS DIÁLOGOS COM A ANPD

Gabriel Fernandes dos Santos
Escola Superior Dom Helder Câmara

A saúde suplementar no Brasil possui previsão ampla na Constituição Federal de 1988, com regulação específica na forma de lei ordinária (Lei 9656/98), bem como lei que dispõe sobre a agência reguladora da matéria no contexto brasileiro: a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Há, portanto, uma série de discussões possíveis acerca do tema. Dentre os variados debates, cita-se a questão do tratamento de dados pelos agentes de saúde suplementar, sobretudo a partir da vigência da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

O objetivo da presente pesquisa é analisar o contexto de tratamento de dados por parte dos planos de saúde, não destoando do fato de que esse uso é inerente às atividades de saúde, porém, isso não significa que o uso seja desmedido. Desse modo, visa compreender se a plena competência fiscalizatória é da ANPD ou ANS. A pesquisa que se propõe, na classificação de Gustin, Dias e Nicácio (2020), pertence à vertente metodológica jurídico-sociológica. No tocante ao tipo de investigação, foi escolhido o tipo jurídico-interpretativo.

O raciocínio desenvolvido na pesquisa será predominantemente dialético. Acerca da ANPD, tal autarquia federal deve agir preventiva e reativamente, sendo o principal órgão no Estado brasileiro com deveres diante da LGPD. Por outro lado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, de acordo com a Lei 9961/95 possui um vasto rol de competências que estão relacionados às relações entre prestadores e servidores. Recentemente, no dia 28 de junho, a ANS editou a resolução administrativa nº 80 de 2022.

Segundo tal ato administrativo, a ANS possui uma atuação ativa na proteção de dados. Dessa forma, o presente trabalho defende que a ANPD é a principal responsável por estabelecer as diretrizes e competência dessa atividade, inclusive na saúde suplementar. No entanto, ampliando a competência da ANS, essa deve também atuar de forma significativa. Assim, a partir dos resultados analisados, depreende-se que compete à ANS agir conjuntamente à ANPD