



APLICAÇÃO DO IVCF-20 ADAPTADO PARA O TELEFONE COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO EM TEMPOS DE COVID-19

APPLICATION OF THE IVCF-20 ADAPTED FOR THE PHONE AS AN EVALUATION STRATEGY IN TIMES OF COVID-19

 Renata Silva Rosa¹

 Daniel da Silva Constante²

 Fábio Luiz Cheche Pina³

Comitê de Ética em Pesquisa/CAAE: 98572718.4.0000.5231

Autor correspondente:

Fábio Luiz Cheche Pina
fabiocheche@hotmail.com
Avenida Maringá, 478 apto. 106. Londrina, Paraná, Brasil.
CEP: 86060-000.

¹Profissional de Educação Física.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.
Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
renata.silva.rosa@uel.br

²Profissional de Educação Física.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.
Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
daniel.constante@uel.br

³Doutor em Educação Física.
Departamento de Educação Física.
Centro de Educação Física e Esportes.
Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
fabiocheche@hotmail.com

Resumo

Introdução: o risco de fragilidade em idosos é algo que deve ser monitorizado, sendo importante seu acompanhamento pelo sistema de saúde, especialmente durante uma pandemia.

Objetivo: estimar o risco de fragilidade em idosos comunitários adscritos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a pandemia de COVID-19 com a aplicação do questionário de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) adaptado para telefone.

Métodos: estudo transversal com 152 idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia em Saúde da Família referente a uma UBS na região urbana de Londrina-PR. A coleta de dados foi realizada em etapa única, durante contato telefônico, utilizando para o registro de informações o IVCF-20, sendo realizadas três tentativas de contato telefônico.

Resultados: 68,4% dos idosos eram hipertensos e 24,3% diabéticos. Com relação à moradia, 94,7% dos idosos “não” moram sozinhos e 70,4% possuem uma “boa percepção de saúde”. Para classificação do IVCF-20, 73,0% dos homens são classificados como “robustos”, quando comparados às mulheres (51,7%).

Conclusão: a aplicação do IVCF-20 por telefone apresenta capacidade de uso em momentos de risco para a saúde pública, como a pandemia de COVID-19.

Palavras-chaves: Assistência a idosos. Capacidade residual funcional. Assistência integral a saúde. SARS-CoV-2. Desempenho físico funcional.

Abstract

Introduction: The risk of frailty in the elderly is something that must be monitored, and its monitoring by the health system is important, especially during a pandemic.

Objective: to estimate the risk of frailty in community-dwelling elderly people enrolled in a Basic Health Unit (BHU) during the COVID-19 pandemic with the application of the Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (CFVI-20) questionnaire adapted for telephone use.

Methods: cross-sectional study with 152 elderly (≥ 60 years) of both sexes, registered in the Family Health Strategy referring to a BHU in the urban region of Londrina-PR. Data collection was carried out in a single step, during telephone contact, using the CFVI-20 to record information, with three telephone contact attempts being made.

Results: 68.4% of the elderly were hypertensive and 24.3% diabetic. With regard to housing, 94.7% of the elderly “don’t” live alone and 70.4% have a “good perception of health”. For the CFVI-20 classification, 73.0% of men are classified as “robust” when compared to women (51.7%).

Conclusion: the application of the CFVI-20 by telephone is capable of being used in moments of risk to public health, such as the COVID-19 pandemic.

Keywords: Old age assistance. Functional residual capacity. Comprehensive health care. SARS-CoV-2. Physical functional performance.

Cite como

Vancouver

Rosa, RS, Constante, DS, Pina, FLC. Aplicação do IVCF-20 adaptado para o telefone como estratégia de avaliação em tempos de Covid-19. *Conscientiae Saúde* 2022;21(1):1-12, e21473. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v21n1.21473>.



Introdução

No Brasil a transição demográfica que ocorre desde a década de 1950, alterando a taxa de mortalidade, natalidade e fecundidade, indica a prevalência predominante de indivíduos com mais de 60 anos. O processo de envelhecimento resulta em modificações no corpo do indivíduo como um todo, gerando alterações biológicas e psicossociais. A identificação e caracterização da população possibilita uma adequação dos serviços de saúde ofertados, para que estes realmente atendam às necessidades da configuração populacional¹.

Países em desenvolvimento tendem a apresentar maior dificuldade no planejamento de ações estratégicas, visto que as taxas citadas acima possuem um declínio mais rápido quando comparado a países desenvolvidos. Esta transição leva a modificações no perfil epidemiológico, configurando o aumento de doença crônicas não transmissíveis, que necessitam de um acompanhamento longitudinal devido às limitações funcionais que o envelhecimento pode causar. Também estão atreladas a barreiras em relação ao convívio social diminuído, que pode tornar-se um fator de risco para institucionalização ou até mesmo morte desta população².

Ações de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde são direitos garantidos pela Constituição de 1988, que devem ser oferecidos pelo Estado³. Logo, o Sistema Único de Saúde é organizado em níveis de atenção orientados para abranger a totalidade do sujeito. A atenção básica é responsável pela regulação dos pacientes, sendo a porta de entrada e a viabilizadora do cuidado horizontalizado⁴. A avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) da população idosa permite identificar as condições clínicas-funcionais destes pacientes, estabelecendo as prioridades, otimizando a utilização dos serviços disponíveis, instituindo de forma segura os fluxos de atendimento, que compreendam as necessidades do usuário o quanto antes, garantindo uma assistência otimizada^{5,6}.

Em março de 2020, a pandemia de COVID-19 que atingiu todo mundo, trouxe consigo uma crise sanitária e a necessidade de organização dos fluxos para enfrentamento desta emergência. Diversas medidas de prevenção foram orientadas, entre elas o isolamento social e o cancelamento das consultas eletivas em Londrina-PR. Todavia, o acompanhamento da população não poderia perder a continuidade, assim o questionário de vulnerabilidade IVCF-20 foi adaptado para ser aplicado através do telefone. O acompanhamento através de meio remoto é definido como telessaúde, já sendo utilizado anteriormente ao início da pandemia e conquistou mais relevância neste período^{7,8}.

Idosos, no geral, apresentam piores condições de saúde quando comparados à população em geral⁹. Essa informação foi exacerbada no contexto de pandemia, onde as situações vivenciadas promovem declínio nestas variáveis⁹. Portanto, analisar a condição de saúde de idosos durante a pandemia da COVID-19 pode ser importante no sentido de fornecer informações para que profissionais e gestores de saúde possam planejar de forma mais adequada ações de saúde direcionadas à saúde dos idosos.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo estimar o risco de fragilidade em idosos comunitários adscritos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a pandemia de COVID-19 com a aplicação do IVCF-20 adaptado para telefone. A hipótese é de que os idosos referem uma piora em sua percepção de saúde, e que, conseqüentemente, apresentem uma maior fragilidade.

Materiais e métodos

Estudo transversal, realizado com idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia em Saúde da Família (ESF) referente a uma UBS na região urbana de Londrina-PR, que, atualmente, é campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A seleção da amostra foi realizada por conveniência com 479 idosos. Os critérios de inclusão foram: possuir 60 anos ou mais; residir na área de abrangência da unidade; ter capacidade cognitiva para responder ao questionário ou apresentar um cuidador que responda.

A coleta de dados foi realizada em etapa única, durante contato telefônico, utilizando para o registro de informações um roteiro semiestruturado e adaptado para aplicação em tempos de pandemia^{7,9}. Assim, para reduzir o número de perdas, o questionário foi aplicado de maio de 2020 a fevereiro de 2021, sendo realizadas três tentativas de contato telefônico.

O questionário de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Assim, o IVCF-20 considera a seguinte estratificação: 0 a 6 pontos como baixo risco (robusto) e podem ter acompanhamento clínico rotineiro, seguindo as recomendações de programas e/ou diretrizes

com base em condições crônicas específicas; 7 a 14 pontos moderado (pré-frágil) com vulnerabilidade clínico-funcional e que poderiam ser submetidos a uma avaliação geriátrica ampla intermediária (por profissional de saúde) e maior que 15 pontos alto risco (frágil) com necessidade de cuidado especializado na atenção secundária^{5,6}. O presente estudo seguiu os princípios éticos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (98572718.4.0000.5231), de acordo com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Análise estatística

Para análise da associação entre as variáveis categóricas como sexo (homens e mulheres), atividades da vida diária, cognição, estado de humor, capacidade de comunicação, mobilidade e classificação do IVCF-20, foi realizado o teste qui-quadrado. As análises ajustadas foram conduzidas via Regressão Logística Multinomial, para a estimativa da razão de chance (OR) e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Os dados foram processados no pacote estatístico SPSS (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Dos 479 idosos cadastrados na ESF referente a uma UBS na região urbana de Londrina-PR, apenas 152 idosos participaram do presente estudo, sendo 63 homens e 89 mulheres quando estratificados pelo sexo. Dentre os motivos para a perda amostral (327 idosos) encontram-se: idosos que não quiseram participar; idosos que não possuíam o número ativo contido no cadastro ou cuidadores que não possuíam poder legal para responder aos questionamentos referentes aos idosos.

As características de idade, moradia e percepção de saúde são apresentadas na Tabela 1. Vale considerar que 68,4% dos idosos eram hipertensos, 24,3% diabéticos, 15,8% possuíam doenças cardiorrespiratórias (DPOC, asma, insuficiência cardíaca, etc.), 3,3% possuíam Alzheimer e 4,6% câncer. Para a idade, 59,2% dos idosos entrevistados encontram-se na faixa etária dos 60 aos 74 anos, sem associação entre as faixas etárias e sexo ($\chi^2 = 0,13$ e $p = 0,94$). Com relação à moradia, 94,7% dos idosos “não” moram sozinhos ($\chi^2 = 0,94$ e $p = 0,33$), sendo que os idosos possuíam 2,21 vezes mais chance (OR) de “não” morar sozinho (IC95%: 0,43 – 11,30). Para a percepção de saúde, os idosos possuem uma “boa percepção de saúde” (70,4%,

$\chi^2 = 0,36$ e $p = 0,55$). Deve-se ainda frisar que 6,6% das respostas foram realizadas por “cuidadores” dos idosos.

Tabela 1 - Idade (anos), moradia e percepção de saúde de idosos ($n = 152$) estratificados por sexo (homens e mulheres) de uma UBS no município de Londrina-PR. Dados apresentados em porcentagem (número de participantes)

<i>Variáveis</i>	<i>Homens (n = 63)</i>	<i>Mulheres (n = 89)</i>	<i>Total (n = 152)</i>
Faixa Etária			
• 60-74 anos	60,3%(38)	58,4%(52)	59,2%(90)
• 75-84 anos	30,2%(19)	30,3%(27)	30,3%(46)
• ≥ 85 anos	09,5%(06)	11,2%(10)	10,5%(16)
Mora Sozinho			
• Sim	03,2%(02)	06,7%(06)	05,3%(08)
• Não	96,8%(61)	93,3%(83)	94,7%(144)
Percepção de Saúde			
• Excelente, muito boa ou boa	73,0%(46)	68,5%(61)	70,4%(107)
• Regular ou ruim	27,0%(17)	31,5%(28)	29,6%(45)

Fonte: Autores.

As atividades de vida diária (capacidade de realizar as compras, controlar o próprio dinheiro, realizar pequenas atividades domésticas e tomar banho sozinho), cognição (esquecimento, piora no esquecimento e impedimento das atividades cotidianas), estado de humor (desânimo/tristeza/desesperança e perda de interesse), capacidade de comunicação (problemas de visão e problemas de audição) e mobilidade (elevação de braço, manuseio de pequenos objetos, capacidade aeróbia/muscular, marcha, quedas e incontinência urinária) de idosos estratificados por sexo de uma UBS no município de Londrina-PR são apresentados na Tabela 2. Foi encontrada associação significativa entre o estado de humor e sexo ($\chi^2 = 5,99$ e $p < 0,01$), observando que 71,0% dos homens assumem não estarem desanimados/tristes e/ou desesperançosos, quando comparado às mulheres (51,7%). Os homens possuíam 2,34 vezes mais chance (OR) de “não” estarem desanimados/tristes e/ou desesperançosos (IC95%: 1,18 – 4,64). Para as demais variáveis (atividades de vida diária, cognição, capacidade de comunicação e mobilidade de idosos) não foi observado associação ($p > 0,05$) com relação ao sexo.

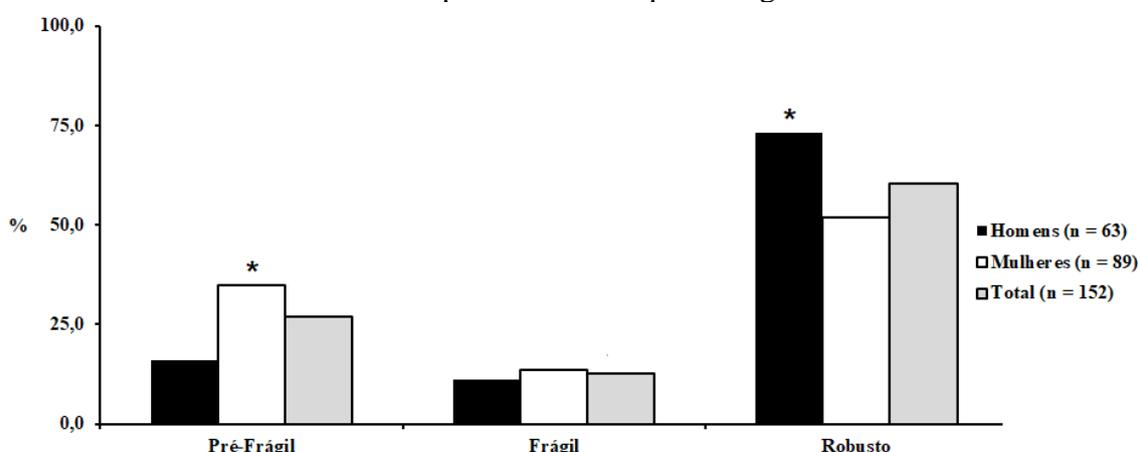
Tabela 2 - Atividades de vida diária, cognição, estado de humor, capacidade de comunicação e mobilidade de idosos (n = 152) estratificados por sexo (homens e mulheres) de uma UBS no município de Londrina-PR. Dados apresentados em porcentagem (número de participantes)

<i>Variáveis</i>	<i>Homens (n = 63)</i>	<i>Mulheres (n = 89)</i>	<i>Total (n = 152)</i>
Dificuldade em realizar compras			
• Sim	11,1%(07)	21,3%(19)	17,1%(26)
• Não	88,9%(56)	78,7%(70)	82,9%(126)
Dificuldade em controlar o dinheiro			
• Sim	06,3%(04)	12,4%(11)	09,9%(15)
• Não	93,7%(59)	87,6%(78)	90,1%(137)
Dificuldade em realizar trabalhos domésticos			
• Sim	14,3%(09)	15,7%(14)	15,1%(23)
• Não	85,7%(54)	84,3%(75)	84,9%(129)
Dificuldade em banhar-se sozinho			
• Sim	01,6%(01)	03,4%(03)	02,6%(04)
• Não	98,4%(62)	96,6%(86)	97,4%(148)
Esquecimento			
• Sim	22,2%(14)	33,7%(30)	28,9%(44)
• Não	77,8%(49)	66,3%(59)	71,1%(108)
Piora no esquecimento			
• Sim	07,9%(05)	14,6%(13)	11,8%(18)
• Não	92,1%(58)	85,4%(76)	88,2%(134)
Impedimento de atividades do cotidiano			
• Sim	06,3%(04)	06,7%(06)	06,6%(10)
• Não	93,7%(59)	93,3%(83)	93,4%(142)
Desânimo/tristeza/desesperança			
• Sim	28,6%(18)	48,3%(43)	40,1%(61)
• Não	71,4%(45)	51,7%(46)	59,9%(91)
Perda de interesse			
• Sim	07,9%(05)	09,0%(08)	08,6%(13)
• Não	92,1%(58)	91,0%(81)	91,4%(139)
Problemas de visão			
• Sim	07,9%(05)	13,5%(12)	11,2%(17)
• Não	92,1%(58)	86,5%(77)	88,8%(135)
Problemas de audição			
• Sim	14,3%(09)	11,2%(10)	12,5%(19)
• Não	85,7%(54)	88,8%(79)	87,5%(133)
Incapacidade de elevar os braços			
• Sim	06,3%(04)	12,4%(11)	09,9%(15)
• Não	93,7%(59)	87,6%(78)	90,1%(137)
Incapacidade de manusear pequenos objetos			
• Sim	03,2%(02)	01,1%(01)	02,0%(03)
• Não	96,8%(61)	98,9%(88)	98,0%(149)
Incapacidade aeróbia/muscular			
• Sim	25,4%(16)	38,2%(34)	32,9%(50)
• Não	74,6%(47)	61,8%(55)	67,1%(102)
Incapacidade de caminhar			
• Sim	23,8%(15)	31,5%(28)	28,3%(43)
• Não	76,2%(48)	68,5%(61)	71,7%(109)
Teve queda no último ano			
• Sim	12,7%(08)	19,1%(17)	16,4%(25)
• Não	87,3%(55)	80,9%(72)	83,6%(127)
Incontinência urinária			
• Sim	27,0%(17)	37,1%(33)	32,9%(50)
• Não	73,0%(46)	62,9%(56)	67,1%(102)

Fonte: Autores.

Com relação à classificação do IVCF-20 de idosos (Figura 1) estratificados por sexo há associação significativa entre a classificação do IVCF-20 ($\chi^2 = 7,85$ e $p < 0,01$), sendo observado que 73,0% dos homens são classificados como “robustos”, quando comparado às mulheres (51,7%). Para a classificação “pré-frágil”, as mulheres (34,8%) apresentaram maior incidência do IVCF-20 quando comparado aos homens (15,9%). Vale considerar que 60,5% dos idosos de ambos os sexos estão classificados como “robustos”.

Figura 1 - Classificação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional de idosos (n = 152) estratificados por sexo (homens e mulheres) de uma UBS no município de Londrina-PR. Dados apresentados em porcentagem



Fonte: Autores.

Discussão

Os principais resultados deste estudo foram: (1) a grande totalidade dos idosos “não” mora sozinho; (2) dois terços possuem alguma doença cardiorrespiratória, vascular ou metabólica; (3) os homens referem um melhor estado de humor e robustez quando comparado às mulheres; (4) dois terços dos idosos apresentam boa percepção de saúde. Os achados do presente estudo refutam nossa hipótese de que os idosos referem uma piora em sua percepção de saúde, e que, conseqüentemente, apresentariam uma maior fragilidade durante a pandemia de COVID-19.

Frequentemente os inquéritos de saúde incluem módulos referentes ao acesso, à utilização de serviços e ao estado de saúde, gerando informações fundamentais para a atuação dos profissionais inseridos neste contexto. O estado ou o perfil de necessidades de saúde é um importante determinante da procura por serviços diretamente ligados ao bem-estar geral das pessoas. Assim, o inquérito por telefone possui vários atrativos, como baixo custo operacional e rapidez no processo de divulgação dos resultados, quando comparado ao Inquérito Domiciliar,

especialmente nesse período de isolamento social^{8,10}. No entanto, o inquérito por telefone expõe algumas questões: a validade das estimativas obtidas em inquérito por telefone, devido à exclusão de domicílios sem telefone fixo; o aumento de ausência nas respostas e os procedimentos metodológicos para obtenção de estimativas válidas^{10,11}. Todavia, em momentos de isolamento social, o uso de informações relacionadas à saúde por inquérito telefônico demonstra maior segurança e acompanhamento pelos usuários do sistema de saúde.

Os dados obtidos revelam que 94,7% dos idosos moram com outras pessoas. No Brasil, os últimos anos demonstram um aumento em relação ao número de familiares que prestam algum tipo de cuidado aos indivíduos com mais de 60 anos¹². Os dados do IBGE em 2019 revelam que 83,2% dos idosos, no território brasileiro, residem com outras pessoas no domicílio¹³. Os idosos que são assistidos por familiares, amigos ou algum outro indivíduo recebem auxílio nas suas incapacidades referente às atividades de vida diária, ampliando as chances de sobrevivência por um maior período, diminuindo conseqüentemente assim, os custos com assistência hospitalar e institucional^{13,14}. Durante a pandemia de COVID-19 esta população necessita de mais auxílio, sendo esse apoio para o suporte em saúde, obtenção de alimento, entre outros¹⁵.

Dentre as doenças relatadas pelos indivíduos, a hipertensão esteve presente em 68% dos idosos, seguida da diabetes com 24,3%. Essas condições estão relacionadas com os principais riscos de mortalidade no mundo, além de serem estabelecidas como fatores de risco para outras doenças, como por exemplo as doenças cardiovasculares¹⁶. As doenças do aparelho circulatório representam a maior causa de morte em idosos de ambos os sexos no Brasil¹⁶. Assim, o isolamento social, somado a situação de pandemia, pode fragilizar a capacidade das pessoas de lidar com doenças, distanciando-as do tratamento adequado para o seu controle. A predominância de mulheres na pesquisa (58,2%) corrobora os dados presentes na literatura, onde a maioria da população idosa é representada por mulheres. Estas costumam acessar com mais frequência os serviços de saúde, isto pode estar atrelado ao papel social da mulher, que pode ser vinculado ao cuidado, também se relaciona com o contexto de oferta de programas e serviços em saúde que contemplam o acompanhamento de todo ciclo de vida feminino¹⁷. Este acesso regular possibilita atualização dos dados cadastrais na unidade de referência, viabilizando ações de assistência¹⁸.

As mulheres apresentaram maior incidência para classificação “pré-frágil” (34,8%), enquanto os homens possuem uma incidência de 76% para classificação robusta. Os homens também assumem o comportamento de estarem menos desanimados (71,0%). De acordo com os dados nacionais, onde os homens apresentaram uma melhor autoavaliação de sua saúde,

70,4% dos homens declaram sua saúde como boa ou muito boa¹⁹. Levando em consideração informações encontradas na literatura^{15,19,20} realizadas durante este período de isolamento, afirmam que os idosos apresentam maior suscetibilidade aos efeitos psicológicos, sentimentos de tristeza e ansiedade e até mesmo o choro²⁰. Ressaltando a importância de realizar estudos de acompanhamento aos idosos, mesmo que remotamente. Estar atento aos sinais e sintomas que podem ser indícios no desenvolvimento de algum transtorno, possibilita um planejamento de ações buscando a redução de danos²¹.

Com relação à percepção de saúde, quanto maior a faixa etária menor é a porcentagem avaliada como “boa ou muito boa”. Em idosos de 60 a 64 anos o valor obtido foi de 52%, já na faixa etária de 65 a 74 anos o resultado foi de 47%. A autopercepção em saúde foi analisada em diversos estudos, revelando um resultado em torno de 20% para percepção negativa, principalmente com o avançar da idade^{22,23}.

Entende-se que idosos classificados como robustos (60,5%) possuem maior facilidade na realização de Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), com maior nível de autonomia e independência podem aderir a um comportamento mais ativo, fator importante considerando a prevenção de doenças²². O declínio cognitivo foi relatado por 22,2% dos idosos. No contexto mundial, o declínio cognitivo obtém a prevalência de 5% a 30% considerando as variáveis de sexo e idade e pode estar associado ao comportamento sedentário²¹.

O instrumento se mostra importante como triagem inicial para identificação do idoso em risco ou em fragilidade, que necessita de cuidados em saúde de forma especializada e/ou multiprofissional, permitindo a aplicabilidade de qualquer profissional de saúde. A partir do instrumento, torna-se possível a elaboração de um projeto terapêutico singular (PTS), planejamento de ações e medidas preventivas com a participação interdisciplinar e multiprofissional com fins de melhoria da autonomia e de aspectos funcionais, evitando declínio, institucionalização e óbito.

Todavia, deve-se considerar algumas limitações do presente estudo. A aplicação de questionário por telefone restringe a aplicação de instrumentos que analisam o estado cognitivo de idosos, especialmente por utilizarem de tarefas motoras para aferirem os aspectos cognitivos (Ex.: Minimental). Além disso, a baixa adesão por parte dos idosos inscritos na referida UBS, em virtude de ser uma comunidade de baixa renda per capita (R\$ 2.520,00) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH = 0,578) quando comparado à renda per capita e IDH do município de Londrina-PR, fragilizou a extrapolação dos dados possivelmente pela falta de acesso a meios de comunicação (telefone fixo ou móvel).

Conclusão

Os achados do presente estudo apontam que a aplicação do IVCF-20 por telefone apresenta capacidade de uso em momentos de risco para a saúde pública, como a pandemia de COVID-19. Todavia, a baixa aceitação/respostas por parte dos idosos aponta para a dificuldade e uso desse formato de avaliação em idosos participantes de uma Unidade Básica de Saúde.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina por viabilizar as ações de contato com os usuários das UBS's.

Referências

1. Ervatti L, Borges GM, Jardim A de P, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (org.). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(4): 539–548. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>
3. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.
4. Melamed C, Costa N do R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):393–401. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200006>
5. Moraes EN de, Carmo JA do, Moraes FL de, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50:81. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
6. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2021; 22(1):31–35. <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7>
7. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Ciênc Saúde Coletiva*.

2016; 21(5):1433–1448. <https://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

8. Segri NJ, Cesar CLG, Barros MB de A, Alves MCGP, Carandina L, Goldbaum M. Inquérito de saúde: comparação dos entrevistados segundo posse de linha telefônica residencial. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3):503–512. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000012>

9. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA de, Almeida W da S de, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2021; 37(3):e00216620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>

10. Segri NJ, Francisco PMSB, Alves MCGP, Azevedo Barros MB de, Cesar CLG, Goldbaum M, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(suppl 1):31–43. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500004>

11. Bernal R, Silva NN da. Cobertura de linhas telefônicas residenciais e vícios potenciais em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):421–426. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000024>

12. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Brasil), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. 2020. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf

13. Ono, LM. Capacidade funcional como preditor de mortalidade em idosos de Florianópolis: estudo EpiFloripa idoso. Orientador: Eleonora d’Orsi. 2015. 116 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/134925>

14. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):861–866. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>

15. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. 2020; 5(5):e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

16. Zaitune MP do A, Barros MB de A, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2):285–294. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200006>

17. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687–707. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>

18. Nicodemo, D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev Ciênc Ext*. 2010; 6(1):40–53. <http://hdl.handle.net/11449/143244>

19. Banerjee D. 'Age and ageism in COVID-19': Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51:102154. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102154>
20. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health.* 2020; 5(1):e62–70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
21. Mood C. Life-style and self-rated global health in Sweden: A prospective analysis spanning three decades. *Prev Med.* 2013; 57(6):802–806. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.09.002>
22. Maia LC, Colares FB, Moraes EN de, Costa SDM, Caldeira AP. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. *Rev Saúde Pública.* 2020; 54:35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
23. Horacio PR, Avelar NCP de, Danielewicz AL. Comportamento sedentário e declínio cognitivo em idosos comunitários. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2021; 26:1–8. <https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0190>

