

Desigualdades raciales en el comportamiento de salud de las personas mayores en Brasil: datos de la Pesquisa Nacional de Salud 2013 y 2019

Mariana Sousa de Abreu Menezes <https://orcid.org/0009-0001-8949-4152>¹; Araceli Moreira de Martini Fontenele <https://orcid.org/0000-0002-2672-1661>¹; Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira <https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>¹

Resumen El objetivo de este artículo es analizar la prevalencia de comportamientos de salud y su asociación con el color/raza de las personas mayores de Brasil incluidas en la Pesquisa Nacional de Salud 2013 y 2019. Estudio transversal en el que se estimaron la prevalencia y las razones de prevalencia ajustadas de los comportamientos saludables (tabaquismo actual y pasado; abuso de alcohol; actividad física en el tiempo libre; consumo de frutas y verduras o legumbres) según el color/raza blanco y negro. A lo largo del periodo, todos los comportamientos positivos para la salud aumentaron significativamente en ambos grupos raciales. El consumo de fruta, verdura/ legumbres fue la conducta más prevalente, y dejar de fumar la que más aumentó. Sin embargo, las personas de raza negra presentaban una menor prevalencia y probabilidad de consumo de fruta / verdura/ legumbres, y una mayor probabilidad de tabaquismo actual y pasado. El tabaquismo actual era estadísticamente mayor en los hombres negros y el tabaquismo pasado en las mujeres negras. La prevalencia de comportamientos saludables para la salud ha aumentado tanto en las personas mayores blancas como en las negras. No obstante, persisten las desigualdades raciales, con brechas entre grupos raciales que afectan a la obtención uniforme de niveles más saludables para todos los grupos de personas mayores en Brasil.

Palabras clave Personas mayores, Tabaquismo, Dieta, Consumo de alcohol, Desigualdad racial en salud

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão. R. Barão de Itapary 155, Centro. 65020-070 São Luís MA Brasil. abreumari89@gmail.com

Introducción

En las últimas décadas, el grupo poblacional que más creció en Brasil fue el de las personas mayores (≥ 65 años). De 2010 a 2022, creció un 26,7% y ya son más de 22 millones en el país^{1,2}. Por otro lado, aún son los menos estudiados en cuanto a sus comportamientos de salud, los riesgos asociados y los determinantes de sus estilos de vida y salud³.

Se ha demostrado que determinados comportamientos de salud están relacionados con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DCNT), la discapacidad y la muerte prematura. Las DCNT son las afecciones que más repercuten en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en la actualidad, y probablemente también en el futuro. En varios países, el análisis de las condiciones sociales y raciales de las personas mayores se ha utilizado para comprender el patrón y la dinámica de los comportamientos de salud y su relación con las DCNT⁴.

En Brasil, las desigualdades y la exposición a comportamientos de riesgo para la salud entre las personas mayores han disminuido en los últimos años, con una influencia favorable en la esperanza de vida saludable y el envejecimiento activo. Sin embargo, estas desigualdades aún afectan la garantía de niveles de salud más altos y homogéneos para todas las personas mayores del país⁵. Las personas mayores siguen siendo vulnerables desde el punto de vista socioeconómico y experimentan un envejecimiento de la población de los más desiguales en comparación con otros países del mundo, y las personas mayores negras presentan indicadores aún peores que el resto de la población, ya que presentan desigualdades adicionales que afectan aún más a sus estructuras de vida y de salud^{5,6}.

Las trayectorias de vida de las personas negras a lo largo de las diferentes etapas de la vida hasta la tercera edad han estado marcadas por la acumulación de vulnerabilidades y desventajas individuales y contextuales. Esta realidad crea condiciones desfavorables, que se traducen en una menor exposición a recursos, equipamientos e informaciones responsables de garantizar la adhesión y el mantenimiento de comportamientos de salud reconocidos como importantes para la vida⁷. Además, la implementación de acciones públicas y el compromiso social centrados en las necesidades de las personas mayores todavía tienen menos impacto en los hombres y mujeres negros, manteniendo el desajuste histórico en relación con los comportamientos de salud y estilos de vida saludables ya

asumidos por la mayoría de las personas mayores blancas^{6,8}.

Estudios internacionales señalan la asociación de la raza con los comportamientos de salud y la mortalidad, destacando la importancia de los contextos socioeconómicos y raciales en la producción y el mantenimiento de vulnerabilidades específicas que definen la relación entre raza y salud a lo largo de los diversos ciclos de la vida hasta la fase anciana de la vida^{9,10}. En Brasil, el análisis de los comportamientos relacionados con la salud con muestras representativas de personas mayores suele basarse en el sexo, la edad, la escolarización y el lugar de residencia, y hasta ahora no se han realizado estudios por color/raza. Por lo tanto, el análisis de los comportamientos relacionados con los factores de salud por color/raza puede permitir hacer un seguimiento de los cambios en la distribución de los comportamientos de salud entre los diferentes grupos de ancianos brasileños a lo largo de los años.

Con esta perspectiva, este estudio analizó la prevalencia de los comportamientos de salud y su asociación con el color/raza de los brasileños mayores entrevistados en la Pesquisa Nacional de Salud de 2013 y 2019.

Métodos

Estudio transversal basado en datos de la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) de 2013 y 2019. La PNS es una encuesta de hogares de ámbito nacional basada en la población. Cada año se recoge información válida y representativa sobre la población que vive en hogares privados permanentes en Brasil. Los cuestionarios recogen información sobre los hogares y todos sus residentes. Sin embargo, parte de las preguntas sólo están destinadas a registrar la información sanitaria de un residente seleccionado aleatoriamente (≥ 18 años en 2013 y ≥ 15 años en 2019)^{11,12}.

La PNS utiliza una muestra probabilística compleja de un conjunto de unidades de áreas seleccionadas (sectores censales) en todas las Unidades Federadas (UF) de Brasil. El muestreo utilizado fue probabilístico por conglomerados en tres etapas de selección, con estratificación por las áreas seleccionadas. Los hogares representan las unidades secundarias, y la unidad terciaria fue el residente seleccionado de cada hogar a partir de la lista de residentes, que respondió a la parte individual del cuestionario. Los detalles metodológicos pueden consultarse en las publicaciones del PNS^{11,12}.

En este análisis, sólo se tuvieron en cuenta los individuos de 65 años o más en 2013 (n=7.594) y 2019 (n=15.659) de color/raza blanca y negra (morena más negra). La elección de este grupo de edad se basó en la definición internacional de anciano, para garantizar que estos resultados pudieran compararse con la literatura internacional. En los análisis se utilizaron variables socioeconómicas, demográficas y de comportamiento de salud. Las variables socioeconómicas y demográficas fueron: sexo (hombre, mujer); grupo de edad (en grupos de edad: 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 y ≥ 80 años); escolaridad (en niveles: educación primaria incompleta o equivalente, educación secundaria incompleta o equivalente, educación superior incompleta o equivalente, educación superior completa); posesión de seguro médico (sí, no); macrorregión de residencia en el país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur); tipo de ciudad (capital, región metropolitana excluida la capital (RM), campo); nivel de renta familiar per cápita (hasta 1/2 SM, 1/2 a 1 SM, 1 a 2 SM, 2 a 3 SM, más de 3 SM). En 2013, la mediana de ingresos en el nivel más bajo era de R\$ 268,00 y en el más alto de R\$ 3.525,00. En 2019, esta mediana en el nivel más bajo era de R\$ 440,00 y en el más alto de R\$ 4.927,00.

Se evaluaron los siguientes comportamientos de salud Tabaquismo (sí, no); Tabaquismo actual (sí, no) y tabaquismo pasado (sí, no); Abuso de alcohol (sí, no) (consumo de cinco o más dosis en una sola ocasión, al menos en una ocasión en los últimos 30 días); Actividad física en el tiempo libre: activa (individuos que practicaban al menos 150 minutos de actividad ligera a moderada a la semana o 75 minutos de actividad vigorosa a la semana); Dieta: consumo de verduras o legumbres (crudas o cocinadas) y fruta al menos cinco días a la semana (sí, no).

Para ambos años de la PNS, se estimaron las tasas de prevalencia y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) para las variables socioeconómicas y demográficas y los comportamientos saludables para la salud por color/raza. Se verificaron las diferencias en la distribución de las frecuencias según el año y se consideraron estadísticamente significativas al nivel del 5% en ausencia de superposición de los IC95%. Se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson para confirmar las diferencias entre los dos PNS.

Se estimó la prevalencia y el IC95% respectivo de los comportamientos saludables para cada año de la PNS según el color/raza blanca y negra. La variación de la prevalencia entre los dos años de la PNS se presentó como una diferencia

absoluta. La magnitud de esta variación a lo largo del periodo se calculó con modelos lineales generalizados (GLM), utilizando la distribución Gaussiana. Los datos de las dos encuestas se agregaron en una única base de datos. Utilizando el peso del residente seleccionado con calibración, se calcularon los cambios absolutos de 2013 a 2019 para cada comportamiento de salud evaluado. Para calcular el cambio en la prevalencia de 2013 a 2019, se modelizó el efecto del año sobre el resultado en función de la variable de agrupación, teniendo en cuenta las diferencias en el tamaño de la muestra para cada año y todas las características existentes del complejo plan de muestreo. La tasa de prevalencia porcentual notificada se calculó como la exponencial del coeficiente menos uno y se multiplicó por 100.

Se utilizaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar los cocientes de Prevalencia (PR) y el IC 95% ajustados a las variables socioeconómicas y demográficas. Estos modelos se utilizaron para probar la asociación entre el color/raza (negro frente a blanco) y los comportamientos de salud según el año de la PNS, y para comparar las asociaciones entre el año de la PNS y los comportamientos de salud según los grupos raciales. Por último, se elaboró un gráfico Equiplot para analizar las tasas de prevalencia y el IC95% de los comportamientos de salud para cada grupo racial según el sexo en ambos años de la PNS.

Todos los análisis se realizaron con el software RStudio versión 2023.6.1.524 (*R Foundation for Statistical Computing*, Boston, Estados Unidos de América) e incorporan todas las características del complejo plan de muestreo de las PNS de 2013 y 2019.

Las PNS fueron aprobados por un comité de ética de la investigación (proceso nº 328.159 de 26/06/2013; proceso nº 3.529.376 de 23/08/2019) y todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado¹³⁻¹⁵.

Resultados

Se analizaron los datos de 7.594 personas mayores en 2013 y de 15.659 en 2019. En ambos años de la PNS, los mayores de raza blanca eran mayoría. Sin embargo, la proporción disminuyó significativamente a lo largo del periodo (52,4%; IC95%: 50,9;53,7 en 2019, frente a 55,9%; IC95%: 53,8;58,0 en 2013; p=0,001), mientras que la de los negros aumentó (47,6%; IC95%: 46,2;49,1

en 2019, frente a 44,1%; IC95%: 42,0;46,1 en 2013; $p=0,001$). En cada año y grupo racial, las mujeres eran mayoría, pero no se produjeron cambios a lo largo del periodo. En 2013, los mayores blancos tenían una proporción mayor que los mayores negros en el grupo de edad más avanzada (≥ 80 años), pero en 2019 no se observó este dato. Los mayores blancos tenían una mayor proporción de los niveles más altos de escolarización e ingresos que los mayores negros, y una menor proporción del nivel más bajo de estas variables. Entre los años, se produjo incluso una reducción significativa de los peores niveles de escolarización y un aumento de los más altos ($p<0,05$), pero sólo se observaron cambios favorables para los negros en el caso de la escolarización ($p<0,05$). La posesión de un seguro médico entre los blancos era mayor y casi el doble que entre los negros, y no se produjeron cambios significativos a lo largo del periodo. En cuanto a la región de residencia, los blancos predominaban en el sudeste y eran minoría en el norte, mientras que los negros predominaban en el nordeste y el sudeste. En lo que respecta al tipo de ciudad de residencia, la mayoría de la población de mayor edad, independientemente del color/raza, se encontraba en ciudades del interior del país y no se registraron cambios significativos a lo largo del periodo (Tabla 1).

La Tabla 2 muestra la prevalencia de los comportamientos saludables por color/raza en los dos PNS y su cambio absoluto entre 2013 y 2019. En ambos años, blancos y negros mostraron que el consumo de frutas y verduras o legumbres era el más prevalente, seguido del abandono del tabaco. En cada año del PNS, el consumo de frutas y verduras o legumbres fue significativamente mayor entre los blancos que entre los negros, mientras que el tabaquismo actual fue menor ($p<0,05$). El consumo abusivo de alcohol y la actividad física en el tiempo libre no mostraron diferencias significativas. Entre los años, en ambos grupos raciales se produjo un aumento estadísticamente significativo de la prevalencia de todos los comportamientos evaluados ($p<0,05$), excepto el tabaquismo actual, que se mantuvo estable, al igual que el consumo de verduras o legumbres en los blancos. En este periodo, el mayor aumento se produjo en el abandono del tabaco (blancos: 11,0%; IC95%: 8,0;11,5; negros: 13,0%; IC95%: 10,0;17,0) y el menor en el abuso del alcohol (blancos: 2,0%; IC95%: 1,0;3,0; negros: 1,4%; IC95%: 1,1;3,0) (Tabla 2).

En la Figura 1 se describen las prevalencias de los comportamientos de salud de los brasile-

ños mayores en los dos PNS, por color/raza y según el sexo. Los comportamientos en materia de salud fueron similares entre los sexos. En ambos años, los hombres y las mujeres de raza negra presentaban un consumo de fruta, verdura o legumbres estadísticamente inferior ($p<0,05$) al de los blancos, y estas diferencias eran aún mayores entre los hombres. En cuanto a los demás comportamientos, en cada año evaluado, la prevalencia del tabaquismo actual en los hombres negros fue estadísticamente mayor ($p<0,05$) que, en los hombres blancos, y el tabaquismo pasado fue estadísticamente mayor ($p<0,05$) en las mujeres negras que en las blancas (Figura 1).

En cada año de la PNS, se probó una asociación ajustada entre el color de negro/raza y cada uno de los comportamientos de salud evaluados. Se descubrió que, independientemente de los factores de confusión, los negros tenían menores probabilidades de consumir fruta (2013: PR: 0,96; IC95%: 0,92;0,99; 2019: PR: 0,92; IC95%: 0,90;0,94), verduras o legumbres (2013: PR: 0,92; IC95%: 0,87;0,96; 2019: PR: 0,97; IC95%: 0,95;0,99) que los blancos. En cuanto a los demás comportamientos, sólo en 2019 los negros tenían más probabilidades de haber fumado en el pasado (PR: 1,12; IC95%: 1,08;1,17), pero también de fumar en la actualidad (PR: 1,20; IC95%: 1,02;1,42) que los blancos (Figura 2).

Por último, dentro de cada grupo racial de personas mayores, examinamos la asociación bruta y ajustada entre el año de la PNS y cada una de las conductas de salud evaluadas. En ambos grupos raciales, 2019 aumentó las probabilidades de que las personas mayores adoptaran conductas de salud positivas en comparación con 2013, tanto en el análisis bruto como en el ajustado. En este periodo, los blancos y los negros tenían más probabilidades de dejar de fumar, de realizar actividad física durante el tiempo libre y de consumir fruta, verdura y legumbres, incluso después de ajustar los factores de confusión (Tabla 3).

Discusión

Los resultados de este estudio indican la permanencia de las desigualdades raciales en los comportamientos de salud y las condiciones socioeconómicas de las personas mayores en Brasil entre 2013 y 2019. Las personas mayores negras, en comparación con las blancas, siguen dependiendo en mayor medida únicamente del SUS, tienen niveles más bajos de educación e ingresos y viven más en regiones con los peo-

Tabla 1. Caracterización socioeconómica y demográfica de las personas mayores (≥ 65 años), según color/raza, entrevistadas en el Pesquisa Nacional de Salud (PNS) 2013 (n=7.594) y 2019 (n=15.659), Brasil.

Características	2013 (n=7.594)				2019 (n=15.659)			
	Blancos (n=3.791)		Negros ¹ (n=3.803)		Blancos (n=7.092)		Negros ¹ (n=8.567)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	55,9	53,8;58,0	44,1	42,0;46,1	52,4	50,9;53,7*	47,6	46,2;49,1*
Sexo								
Masculino	42,7	40,1;45,3	45,3	42,4;48,1	42,8	40,8;44,7	43,1	41,3;45,0
Femenino	57,3	54,7;59,9	54,7	51,9;57,6	57,2	55,3;59,2	56,9	55,0;58,7
Grupo de edad (en años)								
65 a 69	35,3	32,9;37,8	36,9	34,2;39,6	35,3	33,5;37,1	38,1	36,3;39,8
70 a 74	25,4	23,3;27,5	28,7	26,0;31,4	25,9	24,3;27,5	26,4	24,8;28,0
75 a 79	17,0	15,1;18,8	17,2	14,9;19,4	17,9	16,5;19,3	17,1	15,7;18,4
≥ 80	22,3	20,2;24,5	17,2	15,0;19,4	20,9	19,3;22,4	18,4	17,0;19,9
Educación (en niveles)								
Primaria incompleta o equivalente	68,3	65,4;71,3	85,4	83,6;87,1	59,0	56,9;61,0*	78,9	77,3;80,4*
Secundaria incompleta o equivalente	8,2	6,8;9,6	6,5	5,2;7,8	9,0	7,9;10,0	7,0	6,0;7,9
Educación superior incompleta o equivalente	11,1	9,7;12,7	5,6	4,5;6,7	17,0	15,4;18,6	9,7	8,6;10,7
Educación superior completa	12,3	9,9;14,7	2,6	1,9;3,3	15,1	13,6;16,5	4,5	3,7;5,2
Ingresos familiares per cápita								
Até 1/2 SM	6,7	5,7;8,0	13,8	11,9;15,7	4,9	4,0;5,3*	12,9	11,6;14,1
1/2 até 1 SM	28,6	26,0;31,2	43,5	40,7;46,4	26,6	24,8;28,3	41,6	39,8;43,4
1 até 2 SM	33,9	31,2;36,6	30,2	27,6;32,8	32,2	30,4;33,9	31,6	29,9;33,3
2 até 3 SM	12,0	10,4;13,5	6,7	5,3;8,0	13,8	12,5;15,2	6,5	5,7;7,3
Más de 3 SM	18,9	16,4;21,4	5,8	4,5;7,0	22,6	20,9;24,3	7,4	6,5;8,3
Seguro de salud								
Si	42,1	33,8;45,4	17,7	15,6;19,8	40,1	38,0;42,2	18,5	16,9;20,0
No	57,9	54,6;61,1	82,3	80,2;84,4	59,9	57,8;62,0	81,5	80,0;83,1
Macrorregión de residencia								
Norte	2,3	1,7;2,8	8,8	7,5;10,2	2,5	2,2;2,8	10,0	9,2;10,8
Nordeste	13,9	12,3;15,5	39,8	36,6;43,0	15,1	14,0;16,3	38,6	36,8;40,4
Centro;Oeste	5,1	4,4;5,9	7,2	6,2;8,2	5,0	4,4;5,5	7,3	6,3;7,9
Sudeste	55,8	52,6;58,9	38,3	35,0;41,7	54,2	52,1;56,3	37,0	35,0;38,9
Sur	22,9	20,3;25,4	5,8	4,6;7,1	23,2	21,6;24,8	7,3	6,4;7,9
Tipo de ciudad								
Capital	27,5	25,2;29,8	21,6	19,7;23,5	26,4	24,7;28,0	22,8	21,5;24,1
Región metropolitana, excluida la capital	12,9	11,2;14,7	15,6	13,7;17,6	13,4	12,2;14,7	14,8	13,6;16,0
Interior	59,6	56,6;62,4	62,8	60,0;65,5	60,2	58,2;62,2	62,4	60,8;64,1

Notes: ¹ Negros = moreno más negro. IC95%: Intervalo de confianza del 95%. *Prueba Chi-cuadrado (valor p < 0,05) para las diferencias entre años para los mismos grupos raciales.

Fuente: Autores.

res indicadores sociales y de salud del país. Esta realidad ha sido señalada por estudios anteriores de Brasil^{5,6} y otros países^{1,8} que destacan las desigualdades raciales en la tercera edad como resultado de los derechos sociales negados a lo largo de los diversos ciclos de vida y que aún repercuten en las condiciones de vida actuales.

Se produjeron cambios en la prevalencia y la distribución de los comportamientos saludables entre las personas mayores en función del

color/raza. Los blancos y los negros mostraron un aumento de la adherencia a comportamientos saludables positivos (consumo de fruta, verdura o legumbres, actividad física durante el tiempo libre y abandono del tabaco), pero también comportamientos negativos (abuso del alcohol) y niveles estables de tabaquismo actual. Estos cambios están en consonancia con estudios anteriores que han descrito una mejora a lo largo de los años en las estimaciones de los

Tabla 2. Prevalencia y cambio en la prevalencia de conductas de salud entre personas mayores (≥ 65 años), según color/raza, entrevistados en la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) 2013 (n=7.594) y 2019 (n=15.659), Brasil.

Comportamientos de salud	2013 (n=7.594)				2019 (n=15.659)				Cambio absoluto (2019 vs. 2013)			
	Blancos		Negros		Blancos		Negros		Blancos (n=10.883)		Negros (n=12.370)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tabaquismo												
Tabaquismo actual	7,6	6,3;8,9	12,0	10,0;14,0	7,7	6,7;8,8	10,5	9,4;11,6	1,0	;1,5;2,0	;1,5	;3,7;1,0
Tabaquismo pasado	30,5	27,9;33,1	33,6	31,0;36,2	41,4	39,4;43,3	46,2	44,5;48,0	11,0	8,0;11,5*	13,0	10,0;17,0*
Alcohol												
Abuso de alcohol	2,4	1,6;3,2	3,6	2,7;4,1	4,1	3,3;4,9	5,0	4,4;5,8	2,0	1,0;3,0*	1,4	1,1;3,0*
Actividad física en el tiempo libre	13,2	11,3;15,1	10,3	8,8;11,9	18,6	17,1;20,1	16,8	15,3;18,3	5,4	3,0;8,0*	6,5	4,0;9,0*
Dieta												
Consumo de frutas	60,9	58,1;63,8	48,1	45,3;51,0	67,0	65,3;68,8	54,2	52,3;56,0	6,0	3,0;10,0*	6,1	3,0;10,0*
Consumo de vegetales o legumbres	66,6	63,9;69,3	48,6	45,8;51,5	69,3	67,5;71,0	56,7	54,9;58,5	3,0	;0,6;6,0*	8,0	5,0;12*

Notas: IC95%: Intervalo de confianza del 95%. *Prueba de Chi-cuadrado (valor $p < 0,05$) para diferencias entre años para los mismos grupos raciales.

Fuente: Autores.

comportamientos positivos para la salud y un empeoramiento de los negativos en la población brasileña general y de mayor edad, aunque sin tener en cuenta el color/raza^{3,16,17}. Sin embargo, la población negra sigue teniendo una menor prevalencia y probabilidad de consumir frutas y verduras o legumbres, y una mayor prevalencia de tabaquismo actual y pasado. Entre sexos, los hombres y mujeres negros consumen menos alimentos saludables que los blancos, y estas diferencias son aún mayores entre los hombres.

Los patrones dietéticos proporcionan información sobre los hábitos y el consumo de alimentos de la población y sobre cómo los patrones dietéticos pueden cambiar con la edad. Estudios internacionales han demostrado que el lugar de residencia de las personas afecta directamente a su dieta y a su estado nutricional, y que la elección inadecuada de alimentos y los cambios fisiológicos derivados de la edad pueden provocar una reducción de la inclusión de alimentos nutritivos en la dieta de las personas mayores, estimulando un aumento de la prevalencia de la obesidad o la desnutrición en este grupo de edad^{18,19}.

El análisis de la adherencia y el mantenimiento de los comportamientos saludables en las personas mayores es importante, ya que es un indicador de la trayectoria de vida de las diferentes cohortes de personas mayores y de su bienestar durante el envejecimiento. Las mejoras en los comportamientos saludables observadas

en este estudio pueden atribuirse a la aplicación de políticas públicas destinadas a promover mejores condiciones de vida y de salud en el país²⁰. En los últimos años se han adoptado estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas y, en consecuencia, su salud. Una de estas estrategias son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), uno de cuyos principales objetivos es garantizar un acceso de calidad a la salud y promover el bienestar en todos los grupos de edad. Estas políticas han desempeñado un papel importante a la hora de fomentar comportamientos saludables y reducir los factores de riesgo de las DCNT²¹.

La permanencia de desigualdades raciales en los comportamientos de salud revela las dificultades de Brasil para igualar y difundir los logros inducidos por las recientes políticas de salud pública hacia dinámicas de vida más saludables, por igual entre los diferentes grupos raciales y para cada uno de los diferentes comportamientos evaluados. El desfase temporal de los resultados por raza y sexo indicó que los hombres y mujeres negros aún no han alcanzado las estimaciones ya observadas seis años antes por los blancos del mismo sexo para algunas de las medidas estimadas.

El abuso de alcohol entre las personas mayores es un comportamiento negativo que se resiste más a estas acciones. Esto se debe a varias razones. Por un lado, las dificultades sociales (viudez, soledad, pérdida de amigos, jubilación,

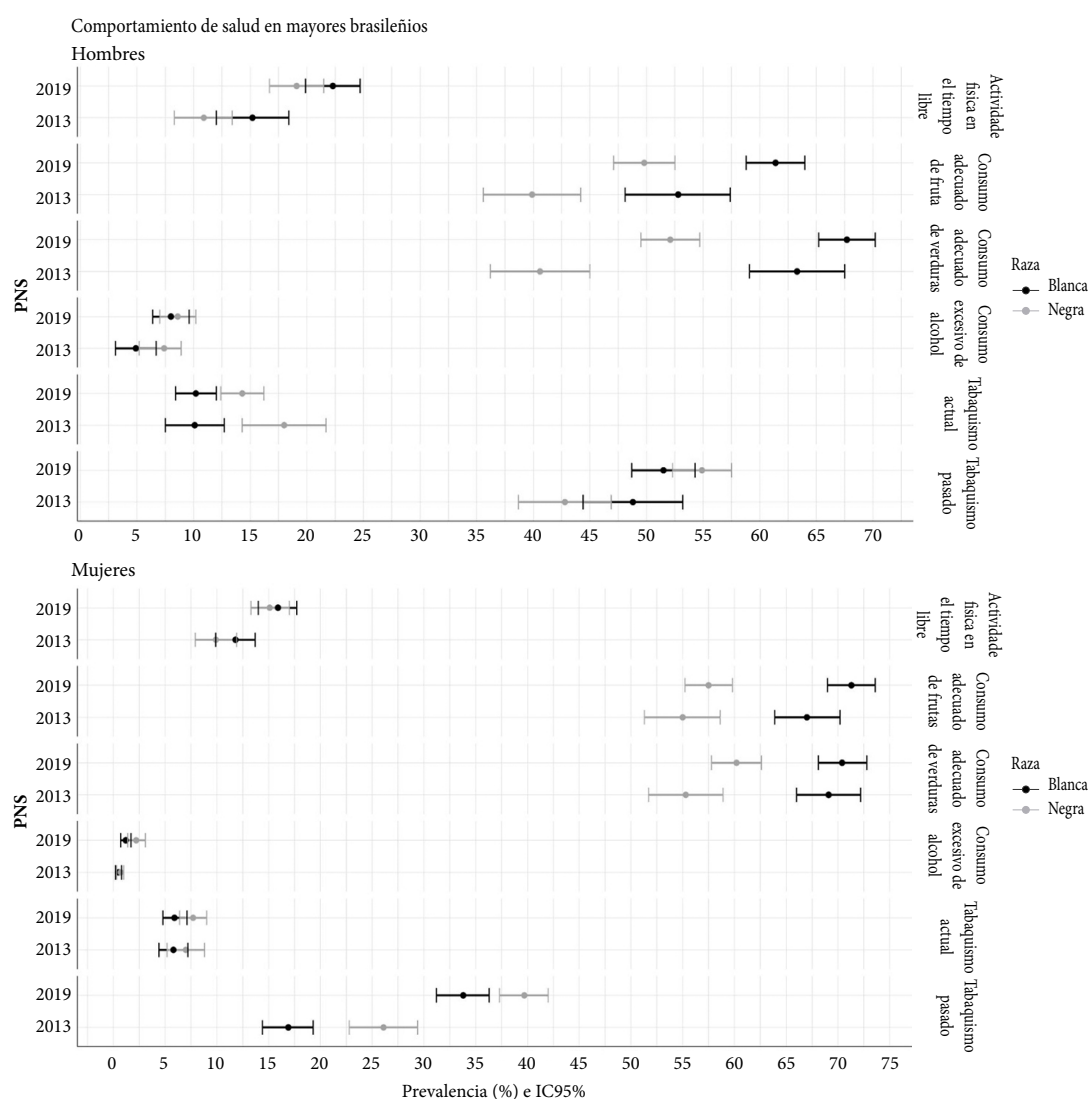


Figura 1. Gráfico Equiplot con la prevalencia y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) de los comportamientos de salud, según el sexo, de los mayores blancos y negros (≥ 65 años) entrevistados en la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) 2013 ($n=7.712$) y 2019 ($n=15.926$), Brasil.

Fuente: Autores.

aislamiento y falta de recursos públicos para el ocio y la recreación) pueden inducir este comportamiento. Por otro lado, es posible que las cohortes de personas mayores lleguen a la tercera edad manteniendo comportamientos saludables ya establecidos en la etapa de vida anterior y les resulte difícil abandonarlos en la etapa de vida actual, ya que se sienten físicamente independientes y tienen menos morbilidad que las cohortes anteriores³.

El alcohol también puede ser la principal estrategia para el ocio, las relaciones interpersona-

les y el afrontamiento de problemas emocionales entre las personas mayores^{22,23}. El consumo de alcohol, incluso en cantidades moderadas, afecta al funcionamiento cognitivo de las personas mayores y puede dañar la dinámica familiar, dando lugar a relaciones más difíciles con los miembros de la familia y los vecinos. Estos retos interpersonales y familiares pueden contribuir a unos resultados de salud desfavorables entre las personas mayores²⁴.

En las últimas décadas, se ha producido una reducción significativa de la prevalencia del

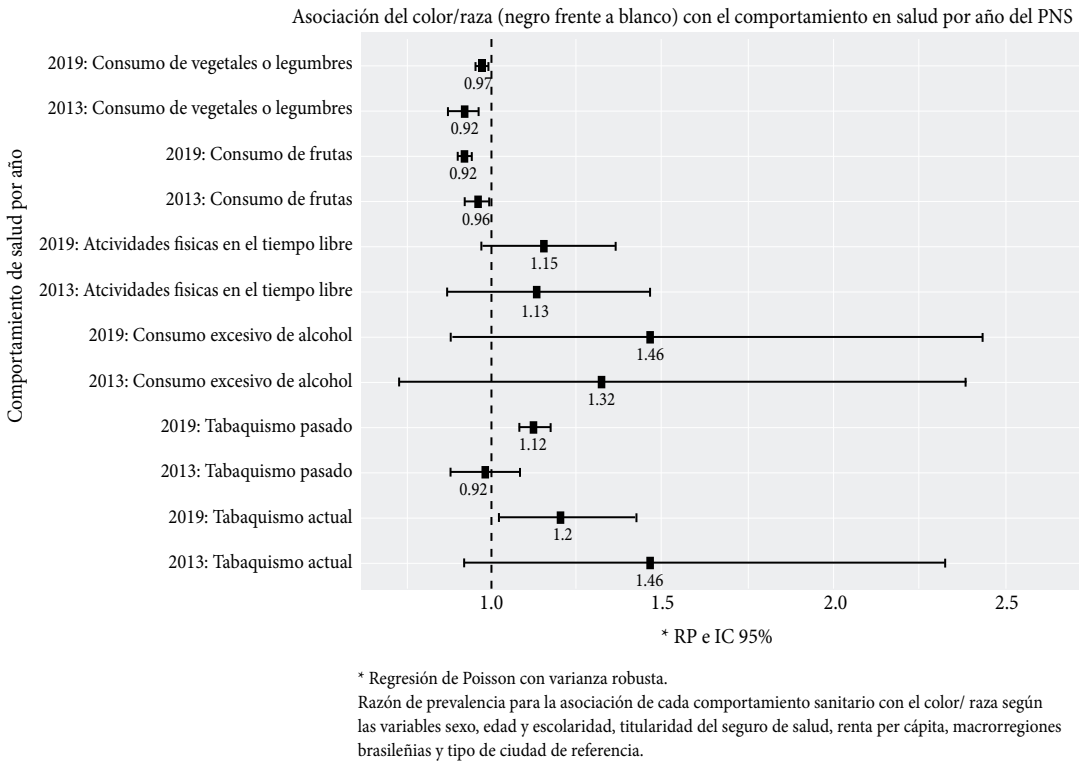


Figura 2. Razones de prevalencia (RP) ajustadas por color/raza con comportamientos de salud de personas mayores (≥65 años) entrevistadas en la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) 2013 (n=7.594) y 2019 (n=15.659), Brasil.

Fuente: Autores.

Tabla 3. Razones de prevalencia (RP) bruta y ajustada de las conductas de salud de las personas mayores (≥65 años), según color/raza por año, entrevistados en la Pesquisa Nacional de Salud (PNS) 2013 (n=7.594) y 2019 (n=15.659), Brasil.

Comportamientos en salud*	Blancos (2019 vs. 2013) (n=10.883)				Negros (2019 vs. 2013) (n=12.370)			
	RP bruto		RP ajustada ¹		RP bruto		RP ajustada ¹	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tabaquismo								
Tabaquismo actual	1,02	0,76;1,37	1,01	0,71;1,44	0,88	0,61;1,26	0,90	0,58;1,40
Tabaquismo pasado	1,36	1,20;1,53	1,34	1,19;1,51	1,38	1,24;1,53	1,39	1,25;1,54
Alcohol								
Abuso de alcohol	1,71	0,93;3,15	1,60	0,73;3,52	1,39	0,89;2,18	1,31	0,60;2,87
Actividade física en el tiempo libre	1,41	1,11;1,78	1,31	1,04;1,66	1,63	1,25;2,12	1,54	1,15;2,07
Dieta								
Consumo de frutas	1,10	1,06;1,14	1,08	1,04;1,12	1,13	1,05;1,20	1,10	1,04;1,17
Consumo de vegetales o legumbres	1,04	1,01;1,07	1,03	1,01;1,05	1,17	1,09;1,25	1,15	1,08;1,23

Notas: IC95%: Intervalo de confianza del 95%; *Categoría de referencia: no. ¹Razón de prevalencia para la asociación de cada comportamiento de salud con el año, según color/raza, por las variables sexo, edad, escolaridad, posesión de seguro de salud, renta per cápita, macrorregiones brasileñas y tipo de ciudad de residencia.

Fuente: Autores.

tabaquismo debido a la aplicación de políticas antitabaco más estrictas y a los cambios culturales^{22,23}. Sin embargo, a pesar de estos avances, los niveles de tabaquismo se han mantenido estables en los últimos años. Algunos estudios han mostrado una asociación entre el tabaquismo y un menor nivel educativo y de ingresos, lo que puede explicar los resultados de este estudio, que mostró un mayor nivel de tabaquismo actual entre las personas de raza negra²⁵⁻²⁸. Algunos estudios han señalado la asociación entre el tabaquismo y el deterioro cognitivo^{18,29}, lo que subraya la necesidad de realizar esfuerzos, especialmente en grupos específicos, para reducir las disparidades socioeconómicas subyacentes asociadas al tabaquismo³⁰.

A lo largo de la vida, las desigualdades raciales en el acceso a los determinantes próximos del comportamiento de salud (ingresos, educación, condiciones de vivienda e infraestructura urbana) producen un conjunto de efectos deletéreos en la salud de la población mayor negra¹⁴. En este sentido, la salud bucodental es un aspecto que merece ser destacado. Existen pruebas científicas de que la salud bucodental está directamente relacionada con las desigualdades individuales y contextuales. Las personas mayores con una mala salud bucodental pueden tener limitaciones en su capacidad para masticar alimentos crudos y alimentos con una consistencia que depende de la presencia de dientes, como la fruta, las legumbres y las vegetales^{31,32}.

Las limitaciones socioeconómicas impiden la adopción de una dieta basada en alimentos frescos y nutritivos, junto con el nivel de conocimiento sobre los impactos en la salud asociados a la inclusión de dietas hipercalóricas de baja calidad nutricional^{33,34}. Los entornos en los que viven presentan diferencias socioeconómicas que definen el acceso a las infraestructuras urbanas y a las equipamientos de ocio, la disponibilidad de alimentos y bebidas, además de orientar la valoración de la relevancia de la información recibida inherente al establecimiento de hábitos saludables, lo que puede favorecer o no la adherencia y el mantenimiento de determinados comportamientos saludables por parte de las personas mayores^{35,36}.

A pesar de estos resultados, cabe destacar algunas limitaciones. Al tratarse de una pesquisa transversal, la PNS no evaluó a los mismos individuos sobre el cumplimiento y el mantenimiento de las medidas de salud a lo largo del tiempo. Es posible que el sesgo de supervivencia (al indicar un escenario más saludable entre los años) y la memoria (comportamientos de salud

autoinformados) afecten a los resultados. Entre las PNS se introdujeron cambios en las preguntas relacionadas con los indicadores evaluados (en 2013 se hicieron dos preguntas sobre las vegetales —crudas y cocinadas— y en 2019 sólo se hizo una; y el nivel de actividad física en el tiempo libre se evaluó teniendo en cuenta los 3 meses anteriores en 2013 y los meses anteriores en 2019) y las comparaciones basadas en ellos pueden haberse visto afectadas.

Otra cuestión es que el tamaño de la población de mayor edad seleccionada en 2019 era mayor que en 2013. Estas diferencias pueden haber aumentado la precisión de las estimaciones en 2019 e indicado diferencias estadísticas entre los dos años. Durante la segunda década de los 2000, Brasil experimentó importantes cambios políticos y socioeconómicos que pueden haber influido en los hallazgos. Sin embargo, la amplitud y representatividad nacional de la PNS y su regularidad en el tiempo permiten utilizarla para identificar la prevalencia de los comportamientos de salud y su asociación con el color/raza. Así, su uso representa una oportunidad para revelar la persistencia de las desigualdades raciales en el país y los grupos de personas mayores que necesitan aún más atención para alcanzar niveles de salud más saludables y similares.

Conclusiones

La prevalencia de comportamientos saludables ha aumentado entre las personas mayores blancas y negras en Brasil. No obstante, persisten las desigualdades raciales, y las diferencias entre grupos raciales afectan los logros de niveles más saludables entre todas las personas mayores. La persistencia de las peores tasas de prevalencia y las posibilidades de que los negros adopten comportamientos más saludables revelan las profundas raíces de las desigualdades presentes en Brasil. También señalan los retos que hay que afrontar para garantizar a este grupo de población que más crece el país, ganancias socioeconómicas individuales y contextuales que puedan convertirse en una mayor adherencia y mantenimiento de comportamientos saludables de salud.

La reducción de las desigualdades raciales en los comportamientos saludables de salud entre las personas mayores depende de las acciones e inversiones que se realicen en todos los grupos de edad, especialmente en los que se encuentran antes de la etapa de la vejez, con el

fin de fomentar la llegada de personas más sanas que se adhieran a comportamientos saludables en materia de salud. Estas estrategias pueden conducir a una reducción de la morbilidad y la

mortalidad por DCNT, aumentar la esperanza de vida saludable y favorecer la calidad de vida y el bienestar de las diferentes cohortes de personas mayores.

Colaboradores

MSA Menezes realizó las siguientes tareas: Conceptualización (Liderazgo): desempeñó un papel fundamental en la definición de los conceptos e ideas clave abordados en el artículo; Curación de datos (Equitativa): Mariana y los demás autores colaboraron por igual en la recopilación y organización de los datos utilizados en el estudio; Análisis formal (Equitativo): Todos los autores contribuyeron por igual al análisis formal de los datos; Metodología (Liderazgo): Mariana lideró el desarrollo de la metodología adoptada en el estudio, asegurando su adecuación y eficacia; Supervisión (Equitativa): Mariana y los demás autores compartieron la responsabilidad por igual de supervisar el proyecto; Validación (Liderazgo): Mariana lideró los esfuerzos para validar los resultados obtenidos, asegurando su precisión y fiabilidad; Redacción - Borrador original (Liderazgo): Mariana fue la principal responsable de la redacción del borrador original del artículo, asegurando la claridad y cohesión del texto; Redacción - Revisión y edición (Liderazgo): Además, Mariana lideró el proceso de revisión y edición del artículo, trabajando junto con los demás autores para mejorar el contenido. BLCA Oliveira desempeñó un papel fundamental en la definición de los conceptos básicos abordados en el artículo; Curación de datos (contribución equitativa): Bruno y los demás autores colaboraron por igual en la recopilación y organización de los datos utilizados en el estudio; Análisis formal (contribución equitativa): Todos los autores contribuyeron por igual al análisis formal de los datos; Metodología (apoyo): Bruno desempeñó un papel de apoyo en el desarrollo de la metodología adoptada en el estudio, colaborando en su implementación y ejecución; Supervisión (contribución equitativa): Bruno y los demás autores compartieron por igual la responsabilidad de la supervisión

del proyecto. Validación (liderazgo): Bruno lideró los esfuerzos para validar los resultados obtenidos, asegurando su exactitud y fiabilidad; Redacción del borrador original (contribución equitativa): Bruno y los demás autores colaboraron por igual en la redacción del borrador original del artículo; Revisión y edición (contribución equitativa): Además, Bruno y los demás autores participaron por igual en el proceso de revisión y edición del artículo, contribuyendo a la mejora del contenido y la presentación del trabajo. AMM Fontenele brindó apoyo en la definición de los conceptos fundamentales abordados en el artículo, asistiendo en el proceso de conceptualización; Metodología (Apoyo): Araceli desempeñó un papel de apoyo en el desarrollo de la metodología adoptada en el estudio, asistiendo en su implementación y ejecución; Redacción - Revisión y Edición (Apoyo): Araceli contribuyó ofreciendo apoyo en el proceso de revisión y edición del artículo, ayudando a mejorar el contenido y la presentación general del trabajo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) - Código de Financiación 001, a la Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). BLCA Oliveira es becaria de productividad de la FAPEMA.

Declaración de disponibilidad de datos

Las fuentes de datos utilizadas en la investigación se indican en el cuerpo del artículo.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro de 2022*. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
3. Oliveira BLCA, Pinheiro AKB. Mudanças nos comportamentos de saúde em idosos brasileiros: dados das Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2023; 28(11):3111-3122.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: MS; 2011.
5. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad Saude Publica* 2014; 30(7):1438-1452.
6. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, Lebrão ML. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21:e180004.
7. LaFave SE, Suen JJ, Seau, Q, Bergman A, Fisher MC, Thorpe Jr RJ, Szanton SL. Racism and Older Black Americans' Health: a Systematic Review. *J Urban Health* 2022; 99(1):28-54.
8. Moura RF, Cesar CLG, Goldbaum M, Okamura MN, Antunes JLF. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2023; 28(3):897-907.
9. Puka K, Kilian C, Zhu Y, Mulia N, Buckley C, Lasserre AM, Rehm J, Probst C. Can lifestyle factors explain racial and ethnic inequalities in all-cause mortality among US adults? *BMC Public Health* 2023; 23:1591.
10. Wong S, Ponder CS, Melix B. Spatial and racial covid-19 disparities in U.S. nursing homes. *Soc Sci Med* 2023; 325:115894.
11. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(2):207-216.
12. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouveia ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas* [Internet]. 2014 [acessado 2024 jan 15]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões* [Internet]. 2020 [acessado 2024 jan 16]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: Aspectos Éticos* [Internet] 2021 [acessado 2024 jan 16]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/aspectos-eticos/>.
16. Chen TY, Chang HY. Developmental Patterns of Cognitive Function and Associated Factors among the Elderly in Taiwan. *Sci Rep* 2016; 6:33486.
17. Silva-Junior MF, Osis MJD, Sousa MLR, Batista MJ. Percepção de adultos e idosos sobre os seus comportamentos e sua condição de saúde bucal segundo o seu nível de literacia em saúde. *Cad Saude Colet* 2023; 31(2):e31020119.
18. Bogacka A, Heberlej A, Usarek A, Okoniewska J. Diet and nutritional status of elderly people depending on their place of residence. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 2019; 70(2):185-193.
19. Motadi SA, Khorommbi T, Maluleke L, Mugware A, Mushaph L. Nutritional status and dietary pattern of the elderly in Thulamela Municipality of Vhembe District. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2022; 14(1):e1-e8.
20. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Andrade SSCA. Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: reflexões sobre o papel dos inquéritos nacionais de saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2022; 31(n. esp. 1):e20211048.
21. Plataforma Agenda 2030. *Agenda 2030* [Internet]. 2019 [acessado 2019 abr 15]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/home/agenda>.
22. Lal R, Pattanayak RD. Alcohol use among the elderly: Issues and considerations. *J Geriatr Ment Health* 2017; 4(1):4-10.
23. Destro JFS, Marín MJS, Otani MAP, Selleti JDN, Higa EFR. Experiences of alcohol-dependent elderly: grounded theory. *Rev Esc Enferm USP* 2022; 56:e20220064.
24. Muhammad T, Govindu M, Srivastana S. Relationship between chewing tobacco, smoking, consuming alcohol and cognitive impairment among older adults in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2021; 21:85.
25. Medeiros PA, Cembranel F, Figueiró TH, Souza BB, Antes DL, Silva DAS, Zanelatto C, d'Orsi, E. Prevalência e simultaneidade de fatores de risco cardiovasculares em idosos participantes de um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22:e190064.
26. Oliveira PPV, Pereira VOM, Stopa SR, Freitas PC, Szklo AS, Cavalcante TM, Andrade FMD, Gomes CS, Malta DC. Indicadores referentes à cessação do comportamento de fumar no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, edições 2013 e 2019. *Epidemiol Serv Saude* 2022; 31(n. esp. 1):e2021388.
27. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Waquil PD. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Cien Saude Colet* 2016; 21(1):45-52.
28. Wendt A, Costa CS, Costa FS, Malta DC, Crochemore-Silva I. Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* 2021; 37(4):e00050120.

29. Cao XP, Xu W, Wang ZT, Tan L, Yu JT. Dietary Components and Nutritional Strategies for Dementia Prevention in the Elderly. *Curr Alzheimer Res* 2023; 20(4):224-243.
30. Hunt LJ, Covinsky KE, Cenzer I, Espejo E, Boscardin WJ, Leutwyler H, Lee AK, Cataldo J. The Epidemiology of Smoking in Older Adults: A National Cohort Study. *J Gen Intern Med* 2023; 38:1697-1704.
31. Milagres CS, Tôrres LHN, Neri AL, Sousa MLR. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(5):1495-1506.
32. Menezes-Gómez EJ, Posada-López A, Agudelo-Suarez AA. Oral health-related quality of life in the elderly population receiving health care at the Public Hospital Network in Medellin, Colombia, and its related factors. *Acta Odontol Latinoam* 2016; 29(2):151-161.
33. Medina LPB, Barros MBA, Sousa NFS, Bastos TF, Lima MG, Szwarcwald CL. Desigualdades sociais no perfil de consumo de alimentos da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22: E190011. SUPL.2.
34. Figueiredo Neta JF, Gomes SC, Oliveira BLCA, Henrique TLS, Freitas RWJ, Guedes NG, Pinheiro AKB, Damasceno MMC. Consumo de alimentos marcadores de uma alimentação saudável, segundo os grupos raciais de mulheres no Brasil. *Cien Saude Colet* 2024; 29(10):e11762023.
35. Chen X, Chen H. Differences in preventive behaviors of COVID-19 between urban and rural residents: lessons learned from a cross-sectional study in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(12):4437.
36. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:125-145.

Artículo presentado en 17/07/2024

Aprobado en 28/02/2025

Versión final presentada en 02/03/2025

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca