

Desigualdades raciais nos comportamentos de saúde de pessoas idosas no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019

Racial inequalities in the health behaviors of elderly people in Brazil: data from the National Health Survey 2013 and 2019

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

Resumo O objetivo deste artigo é analisar a prevalência de comportamentos de saúde e a associação deles com a cor/raça de pessoas idosas no Brasil incluídos na Pesquisa Nacional Saúde 2013 e 2019. Estudo transversal em que foram estimadas as prevalências e razões de prevalência ajustadas dos comportamentos de saúde (tabagismo atual e passado; uso abusivo de álcool; atividade física no lazer; consumo de frutas e vegetais ou legumes), por cor/raça branca e negra. No período, todos os comportamentos positivos de saúde aumentaram significativamente nos dois grupos raciais. O consumo de frutas, vegetais/legumes foram os mais prevalentes, a cessação do fumo o que mais cresceu. Porém, negros apresentaram menores prevalências e chances de consumo de frutas, vegetais/legumes, e maior de fumo atual e passado. O tabagismo atual foi estatisticamente maior em homens negros e o passado em mulheres negras. A prevalência de comportamentos saudáveis de saúde aumentou em pessoas idosas brancas e negras. Contudo, desigualdades raciais permanecem, com defasagens entre os grupos raciais que afetam a conquista uniforme de níveis mais saudáveis de saúde para todos os grupos de pessoas idosas do Brasil.

Palavras-chave Pessoas idosas, Fumo, Dieta, Ingestão de álcool, Desigualdade racial em saúde

Abstract This article aims to analyze the prevalence of health behaviors and their association with race/ethnicity among elderly people in Brazil included in the National Health Survey 2013 and 2019. Cross-sectional study estimating the prevalence and adjusted prevalence ratios of health behaviors (current and past smoking; alcohol abuse; leisure-time physical activity; fruit and vegetable consumption) by white and black race/ethnicity. Over the period, all positive health behaviors increased significantly in both racial groups. Fruit and vegetable consumption were the most prevalent, while smoking cessation showed the highest increase. However, blacks had lower prevalence and odds of fruit and vegetable consumption and higher odds of current and past smoking. Current smoking was statistically higher in black men, and past smoking was higher in black women. The prevalence of positive health behaviors increased in white and black elderly people. However, racial disparities persist, with significant gaps between racial groups affecting the uniform achievement of positive health levels for all groups of elderly people in Brazil.

Key words Elderly People, Smoking, Diet, Alcohol Intake, Racial Health Inequality

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

Introdução

Nas últimas décadas, o grupo populacional que mais cresceu no Brasil foi o de pessoas idosas (≥ 65 anos). De 2010 a 2022, cresceu 26,7% e já são mais de 22 milhões no país^{1,2}. Por outro lado, ainda são os menos estudados em relação aos seus comportamentos de saúde, riscos associados e determinantes dos seus estilos de vida e saúde³.

Alguns comportamentos de saúde têm se mostrado associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incapacidades e mortes prematuras. DCNT são os agravos que mais impactam o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas idosas atualmente, e provavelmente no futuro também. Em vários países, a análise das condições sociais e raciais de pessoas idosas tem sido usada para compreender o padrão e dinâmica dos comportamentos de saúde e a relação deles com as DCNT⁴.

No Brasil, as desigualdades e a exposição aos comportamentos de risco à saúde entre pessoas idosas vêm diminuindo nos últimos anos, com favorável influência sobre a expectativa de vida saudável e o envelhecimento ativo. Contudo, tais desigualdades ainda afetam a garantia de maiores e mais homogêneos níveis de saúde a todas as pessoas idosas do país⁵. Pessoas idosas ainda são socioeconomicamente vulneráveis e vivenciam um dos mais desiguais envelhecimentos populacionais em relação ao demais países do mundo, sendo que as pessoas idosas negras apresentam indicadores ainda piores do que o restante dessa população, ao exibirem desigualdades adicionais que impactam ainda mais suas estruturas de vida e saúde^{5,6}.

As trajetórias de vida dos negros ao longo das diferentes etapas da vida até a terceira idade, têm sido marcadas pelo acúmulo de vulnerabilidades e desvantagens individuais e contextuais. Essa realidade cria condições desfavoráveis, que se desdobram em menor exposição a recursos, equipamentos e informações responsáveis por garantir adesão e manutenção de comportamentos de saúde reconhecidamente importantes para vida⁷. Ademais, a implementação de ações públicas e de engajamento social com foco nas necessidades de pessoas idosas ainda impacta menos os homens e mulheres negras, mantendo o descompasso histórico relativo aos comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis já assumidos pela maioria de pessoas idosas brancas^{6,8}.

Estudos internacionais apontam a associação da raça com comportamentos de saúde e

mortalidade, destacando a importância dos contextos socioeconômicos e raciais na produção e manutenção de específicas vulnerabilidades que definem a relação da raça e saúde ao longo dos vários ciclos de vida até a fase idosa da vida^{9,10}. Já no Brasil, a análise dos comportamentos de saúde com amostras representativas de pessoas idosas é frequente em função do sexo, idade, escolaridade e local de moradia, não existindo até então estudos por cor/raça. Logo, a análise de comportamentos relacionados a fatores de saúde por cor/raça pode permitir o monitoramento de mudanças na distribuição dos comportamentos de saúde entre os diferentes grupos de pessoas idosas brasileiras ao longo dos anos.

Nessa perspectiva, este estudo analisou a prevalência dos comportamentos de saúde e sua associação com a cor/raça de pessoas idosas brasileiras entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Métodos

Estudo transversal com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019. A PNS é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional. Em cada ano são coletadas informações válidas e representativas da população residente em domicílios particulares permanentes no Brasil. Os questionários coletam informações sobre os domicílios e todos os seus moradores. Porém, parte das questões é destinada apenas ao registro das informações de saúde de um morador aleatoriamente selecionado (≥ 18 anos em 2013 e ≥ 15 anos em 2019)^{11,12}.

A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas (setores censitários) de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação pelas áreas selecionadas. Os domicílios representam as unidades secundárias, e a terciária foi o morador selecionado de cada domicílio a partir da listagem dos moradores, que responde à parte individual do questionário. Detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS^{11,12}.

Nesta análise, foram considerados apenas os indivíduos maior ou igual a 65 anos de idade em 2013 ($n=7.594$) e 2019 ($n=15.659$) de cor/raça branca e negra (parda mais preta). A escolha dessa faixa etária baseou-se na definição internacional de pessoa idosa, visando dessa forma

garantir a possibilidade de comparação desses resultados com a literatura internacional. Nas análises foram utilizadas variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos de saúde. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram: sexo (masculino, feminino); faixa etária (em grupos de anos: 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e ≥ 80 anos); escolaridade (em níveis: até fundamental incompleto ou equivalente, médio incompleto ou equivalente, superior incompleto ou equivalente, superior completo); posse de plano de saúde (sim, não); macrorregião de residência no país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); tipo de cidade (capital, região metropolitana excluindo capital (RM), interior); nível de renda domiciliar *per capita* (até 1/2 SM, 1/2 até 1 SM, 1 até 2 SM, 2 até 3 SM, mais de 3 SM). Em 2013, a mediana de renda no menor nível foi de R\$ 268,00 e no maior R\$ 3.525,00. Em 2019, essa mediana no menor nível foi de R\$ 440,00 e no maior R\$ 4.927,00.

Já para os comportamentos de saúde foram avaliadas os seguintes: Tabagismo (sim, não); Fumo atual (sim, não) e fumo passado (sim, não); Consumo abusivo de álcool (sim, não) (consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião, em pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); Atividade física no lazer: ativos (indivíduos que praticaram pelo menos 150 minutos por semana de atividade leve a moderada ou 75 minutos de atividade vigorosa por semana); Dieta: consumo de vegetais ou legumes (cru ou cozido) e de frutas em pelos menos cinco dias por semana (sim, não).

Para ambos os anos da PNS, foram estimadas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) das variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentos saudáveis de saúde por cor/raça. Diferenças na distribuição das frequências foram verificadas segundo o ano e consideradas estatisticamente significante ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95%. Para confirmar diferenças entre as duas PNS, teste de qui-quadrado de Pearson foi realizado.

A prevalência e os respectivos IC95% dos comportamentos de saúde foram estimadas para cada ano da PNS segundo a cor/raça branca e negra. A mudança da prevalência entre os dois anos da PNS foi apresentada por meio da diferença absoluta. A magnitude dessa variação no período foi computada com Modelos Linear Generalizados (GLM), usando a distribuição Gaussiana. Os dados dos dois inquéritos foram agregados em um único banco. Usando-se o peso do morador selecionado com calibração,

foram calculadas as mudanças absolutas de 2013 a 2019 para cada comportamento de saúde avaliado. Para calcular a mudança de prevalência de 2013 para 2019, foi modelado o efeito do ano sobre o desfecho segundo a variável de agrupamento, considerando-se as diferenças do tamanho amostral de cada ano e todas as características existentes do plano amostral complexo. A taxa de prevalência percentual relatada foi calculada como o exponencial do coeficiente menos um e multiplicado por 100.

Foram realizados modelos de regressão de Poisson, com variância robusta para se estimar Razões de Prevalência (RP) e IC95% ajustados por variáveis socioeconômicas e demográficas. Esses modelos foram empregados para se testar a associação da cor/raça (negra vs. branca) com os comportamentos de saúde segundo o ano da PNS, e realizar comparações das associações do ano da PNS com os comportamentos de saúde segundo os grupos raciais. Por fim, foi elaborado um gráfico *Equiplot* para analisar as prevalências e IC95% dos comportamentos de saúde de cada grupo racial segundo o sexo em ambos os anos da PNS.

Todas as análises foram feitas no *software* RStudio versão 2023.6.1.524 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*) e incorporam todas as características do plano amostral complexo da PNS 2013 e 2019.

As PNS foram aprovadas por comitê de ética em pesquisa (processo nº 328.159 de 26/06/2013; processo nº 3.529.376 de 23/08/2019) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido¹³⁻¹⁵.

Resultados

Foram analisados dados de 7.594 pessoas idosas em 2013 e de 15.659 em 2019. Em ambos os anos da PNS, pessoas idosas brancas foram a maioria. Mas, no período reduziu a proporção significativamente (52,4%; IC95%: 50,9;53,7 em 2019, ante 55,9%; IC95%: 53,8;58,0 em 2013; $p=0,001$), enquanto a de negros cresceu (47,6%; IC95%: 46,2;49,1 em 2019, ante 44,1%; IC95%: 42,0;46,1 em 2013; $p=0,001$). Em cada ano e grupo racial, mulheres foram maioria, mas sem mudanças no período. Em 2013, pessoas idosas brancas em relação as negras apresentaram maior proporção na faixa de maior idade (≥ 80 anos), mas 2019 não foi observado. Pessoas idosas brancas em relação as negras apresentaram maior proporção no maior nível de escolaridade

e renda e menor no pior nível dessas variáveis. Entre os anos, até reduziu significativamente os piores níveis de escolaridade e aumentou no maior ($p < 0,05$), mas mudanças favoráveis aos negros só foram observadas para escolaridade ($p < 0,05$). A posse de planos de saúde em brancos foi maior e quase duas vezes a observada em negros e não houve significativas mudanças no período. Em relação a região de moradia, brancos predominaram na região Sudeste e foram minoria no Norte, enquanto os negros predominaram na região Nordeste e Sudeste. Em relação ao tipo de cidade de residência, a maioria da população de pessoas idosas, independentemente da cor/raça, encontrava-se em cidades do interior do país e não houve mudanças significativas no período (Tabela 1).

A Tabela 2 mostrou a prevalência dos comportamentos de saúde por cor/raça nas duas PNS e a mudança absoluta deles entre 2013 e 2019. Em ambos os anos, brancos e negros apresentaram o consumo de frutas e vegetais ou legumes como os mais prevalentes, seguido da cessação do fumo. Em cada ano da PNS, nos brancos, o consumo de frutas e vegetais ou legumes foi significativamente maior do que nos negros, já o de fumo atual foi menor ($p < 0,05$). O consumo abusivo de álcool e atividade física no lazer não apresentaram diferenças significativas. Entre os anos, em ambos os grupos raciais houve aumento estatisticamente significativo na prevalência de todos os comportamentos avaliados ($p < 0,05$), menos do tabagismo atual que permaneceu estável, assim também o consumo de vegetais ou legumes nos brancos. No período, o maior aumento foi para a cessação no fumo (brancos: 11,0%; IC95%: 8,0;11,5; negros: 13,0%; IC95%: 10,0;17,0) e o menor para o consumo abusivo de álcool (brancos: 2,0%; IC95%: 1,0;3,0; negros: 1,4%; IC95%: 1,1;3,0) (Tabela 2).

Prevalências dos comportamentos de saúde de pessoas idosas brasileiras nas duas PNS, por cor/raça, e específicas por sexo foram descritas na Figura 1. Verificou-se condições semelhantes de comportamentos de saúde entre os sexos. Em ambos os anos, homens e mulheres negros apresentaram consumo de frutas, vegetais ou legumes estatisticamente menores ($p < 0,05$) do que brancos, sendo essas diferenças ainda maior entre homens. Em relação aos demais comportamentos, em cada ano avaliado, a prevalência de tabagismo atual em homens negros foi estatisticamente maior ($p < 0,05$) do que nos brancos, e de tabagismo passado foi estatisticamente maior ($p < 0,05$) em mulheres negras do que nas brancas (Figura 1).

Em cada ano da PNS, associação ajustada da cor/raça negra com cada um dos comportamentos de saúde avaliados foi testada. Verificou-se que independentemente dos fatores de confusão, negros apresentaram menor chance de consumo de frutas (2013: RP: 0,96; IC95%: 0,92;0,99; 2019: RP: 0,92; IC95%: 0,90;0,94), vegetais ou legumes (2013: RP: 0,92; IC95%: 0,87;0,96; 2019: RP: 0,97; IC95%: 0,95;0,99) do que brancos. Para os demais comportamentos, somente em 2019, negros apresentaram maior chance de tabagismo passado (RP: 1,12; IC95%: 1,08;1,17), mas também de fumo atual (RP: 1,20; IC95%: 1,02;1,42) do que brancos (Figura 2).

Por fim, buscou-se verificar dentro de cada grupo racial de pessoas idosas, a associação bruta e ajustada do ano da PNS com cada um dos comportamentos de saúde avaliados. Em ambos os grupos raciais, o ano de 2019 em relação ao de 2013, aumentou as chances de pessoas idosas assumirem comportamentos positivos de saúde, tanto na análise bruta quanto ajustada. No período, brancos e negros passaram a apresentar maiores chances de cessação do fumo, de realizarem atividade física no lazer, e consumirem frutas, vegetais e legumes, mesmo após o ajuste pelos fatores de confundimento (Tabela 3).

Discussão

Os resultados desse estudo indicaram a permanência de desigualdades raciais nos comportamentos de saúde e nas condições socioeconômicas de pessoas idosas no Brasil entre 2013 e 2019. Pessoas idosas negras comparadas às brancas persistem com elevada dependência exclusiva do SUS, menor escolaridade, renda e vivem mais em regiões com piores indicadores sociais e de saúde do país. Essa realidade vem sendo apontada por estudos anteriores do Brasil^{5,6} e de outros países^{1,8} que destacam desigualdades raciais na terceira idade em decorrência dos direitos sociais negados ao longo dos vários ciclos de vida e que ainda repercutem nas atuais condições de vida.

Verificou-se mudanças na prevalência e distribuição dos comportamentos saudáveis de saúde de pessoas idosas por cor/raça. Brancos e negros apresentaram aumento na adesão a comportamentos positivos de saúde (consumo de frutas, verduras ou legumes, atividade física no lazer e cessação do fumo), mas, também, dos negativos (consumo abusivo de álcool) e estabilidade dos níveis de tabagismo atual. Essas mudanças são concordantes com estudos anteriores que descreveram melhora ao longo dos anos

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e demográfica de pessoas idosas (≥65 anos), segundo a cor/raça, entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.594) e 2019 (n=15.659), Brasil.

Características	2013 (n=7.594)				2019 (n=15.659)			
	Brancos (n=3.791)		Negros ¹ (n=3.803)		Brancos (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
Feminino	57,3	54,7;59,9	54,7	51,9;57,6	57,2	55,3;59,2	56,9	55,0;58,7
Faixa etária (em anos)								
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
Escolaridade (em níveis)								
Até fundamental incompleto ou 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*
Médio incompleto ou 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
Superior incompleto ou 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
Superior completo	12,3	9,9;14,7	2,6	1,9;3,3	15,1	13,6;16,5	4,5	3,7;5,2
Renda domiciliar per capita								
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
Mais 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
Plano de saúde								
Sim	42,1	33,8;45,4	17,7	15,6;19,8	40,1	38,0;42,2	18,5	16,9;20,0
Não	57,9	54,6;61,1	82,3	80,2;84,4	59,9	57,8;62,0	81,5	80,0;83,1
Macrorregião de residência								
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
Sul	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 cidade								
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
Região metropolitana, excluindo 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

Notas: ¹Negros = Pardos mais pretos. IC95%: Intervalo de 95% de Confiança. *Teste de qui-quadrado (p;valor<0,05) para diferenças entre os anos para os mesmos grupos raciais.

Fonte: Autores.

das estimativas de comportamentos de saúde positivos e piora dos negativos na população geral e idosa brasileira, porém sem ainda terem considerado a cor/raça^{3,16,17}. Contudo, negros ainda apresentam menores prevalências e chances de consumo de frutas e vegetais ou legumes, e maior de fumo atual e passado. Entre os sexos, homens e mulheres negros consomem menos alimentos saudáveis do que brancos, sendo essas diferenças ainda maiores entre homens.

Os padrões alimentares fornecem informações sobre os hábitos e consumo alimentar da população e de que forma o padrão alimentar pode se comportar com a idade. Estudos internacionais têm demonstrado que o local de residência das pessoas tem afetado diretamente sua dieta e estado nutricional e que escolhas alimentares inadequadas e alterações fisiológicas decorrentes da idade podem promover a redução da inclusão de alimentos nutritivos na dieta

Tabela 2. Prevalências e mudança da prevalência dos comportamentos de saúde de pessoas idosas (≥ 65 anos), segundo a cor/raça, entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.594) e 2019 (n=15.659), Brasil.

Comportamentos de saúde	2013 (n=7.594)				2019 (n=15.659)				Mudança absoluta (2019 vs. 2013)			
	Branços		Negros		Branços		Negros		Branços (n=10.883)		Negros (n=12.370)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tabagismo												
Fumo atual	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
Fumo passado	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*
Álcool												
Consumo abusivo de álcool	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*
Atividade física no lazer	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 vegetais ou legumes	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 95% de Confiança. *Teste de qui-quadrado (p-valor<0,05) para diferenças entre os anos para os mesmos grupos raciais.

Fonte: Autores.

de pessoas idosas, estimulando um aumento na prevalência de obesidade ou desnutrição nesta faixa etária^{18,19}.

A análise da adesão e manutenção a comportamentos de saúde em pessoas idosas é importante, pois é indicador da trajetória de vida das diferentes coortes de pessoas idosas e do bem-estar durante o envelhecimento delas. As melhorias nos comportamentos de saúde observadas neste estudo podem ser atribuídas à implementação de políticas públicas voltadas para a promoção de melhores condições de vida e saúde no país²⁰. Nos últimos anos, estratégias têm sido adotadas com o intuito de aprimorar a qualidade de vida das pessoas e, por conseguinte, a saúde das populações. Um dessas estratégias são Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que tem como um de seus principais objetivos assegurar o acesso de qualidade à saúde e promover o bem-estar em todas as faixas etárias. Essas políticas têm desempenhado um papel importante ao incentivar comportamentos saudáveis e ao reduzir os fatores de risco as DCNT²¹.

A permanência de desigualdades raciais nos comportamentos de saúde, revela as dificuldades do Brasil em equalizar e capilarizar conquistas induzidas por políticas públicas de saúde recentes à dinâmicas de vida mais saudáveis, igualmente entre os diferentes grupos raciais e para cada um dos diferentes comportamentos avaliados. A defasagem temporal dos resultados

por raça e sexo indicou que homens e mulheres negras ainda não atingiram as estimativas já observadas seis anos antes pelos brancos dos mesmos sexos para algumas das medidas estimadas.

O consumo abusivo de álcool entre pessoas idosas é um comportamento negativo mais resistente a essas ações. Algumas razões podem ser apontadas. De um lado, dificuldades sociais (viuvez, solidão, perda de amigos, aposentadoria, isolamento e carência de recursos públicos de lazer e recreação) podem induzir esse comportamento. De outro, coortes de pessoas idosas podem estar chegando na terceira idade mantendo comportamentos de saúde já instituídos na fase de vida anterior e com dificuldades de abandoná-los na fase de vida atual, por se sentirem fisicamente independentes e menos portadoras de morbidades do que coortes anteriores³.

O álcool pode representar também a principal estratégia de recreação, relacionamento interpessoal e de enfrentamento das questões emocionais entre pessoas idosas^{22,23}. O consumo de álcool, mesmo em quantidades moderadas, afeta o funcionamento cognitivo de pessoas idosas, pode prejudicar a dinâmica familiar, resultando em relações mais difíceis com membros da família e vizinhos. Esses desafios interpessoais e familiares podem contribuir para resultados de saúde desfavoráveis entre as pessoas idosas²⁴.

Nas últimas décadas, tem sido observada uma significativa redução na prevalência do ta-

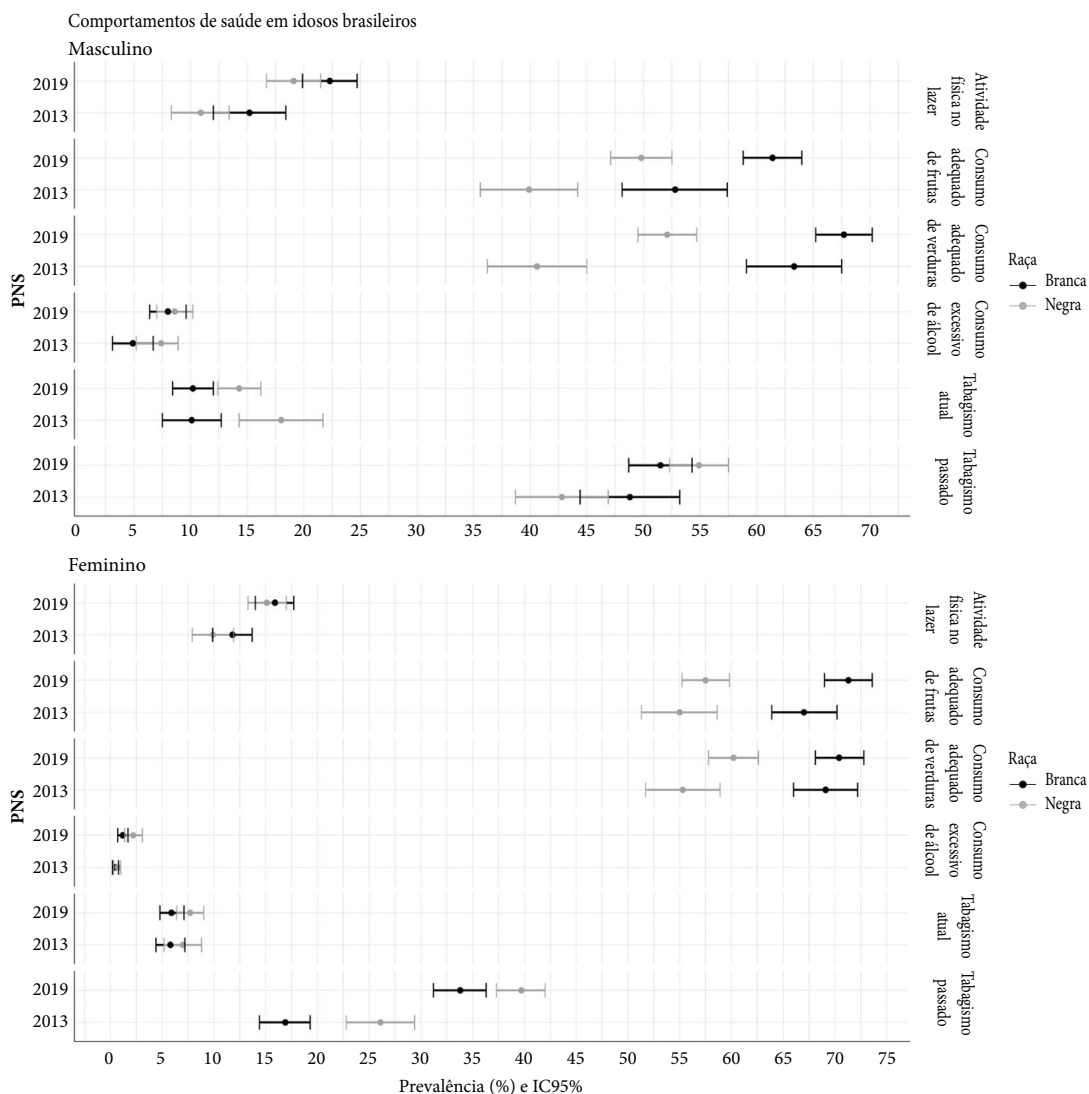


Figura 1. Gráfico *Equiplot* com a prevalência e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), dos comportamentos de saúde, segundo o sexo, de pessoas idosas brancas e negras (≥ 65 anos) entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (n=7.712) e 2019 (n=15.926), Brasil.

Fonte: Autores.

bagismo devido à implementação de políticas antitabaco mais rigorosas e às mudanças culturais ocorridas^{22,23}. No entanto, apesar desses avanços, os níveis de tabagismo têm se mantido estáveis nos últimos anos. Alguns estudos evidenciaram a associação entre tabagismo e menor nível de escolaridade e renda, o que pode explicar os resultados deste estudo que demonstraram um maior nível de fumo atual em pessoas negras²⁵⁻²⁸. Alguns estudos têm apontado a associação entre fumo e declínio cognitivo^{18,29}, destacando-se a necessidade de esforços, espe-

cialmente para grupos específicos, que reduzam disparidades socioeconômicas subjacentes associadas ao tabagismo³⁰.

Ao longo de toda a vida, desigualdades raciais no acesso aos determinantes proximais dos comportamentos da saúde (renda, educação e condições de moradia e infraestrutura das cidades) produzem um conjunto de efeitos deletérios sobre a saúde da população idosa negra¹⁴. Nesse sentido, a saúde bucal é um aspecto que merece destaque. Existem evidências científicas de que esta possui relação direta com as desi-

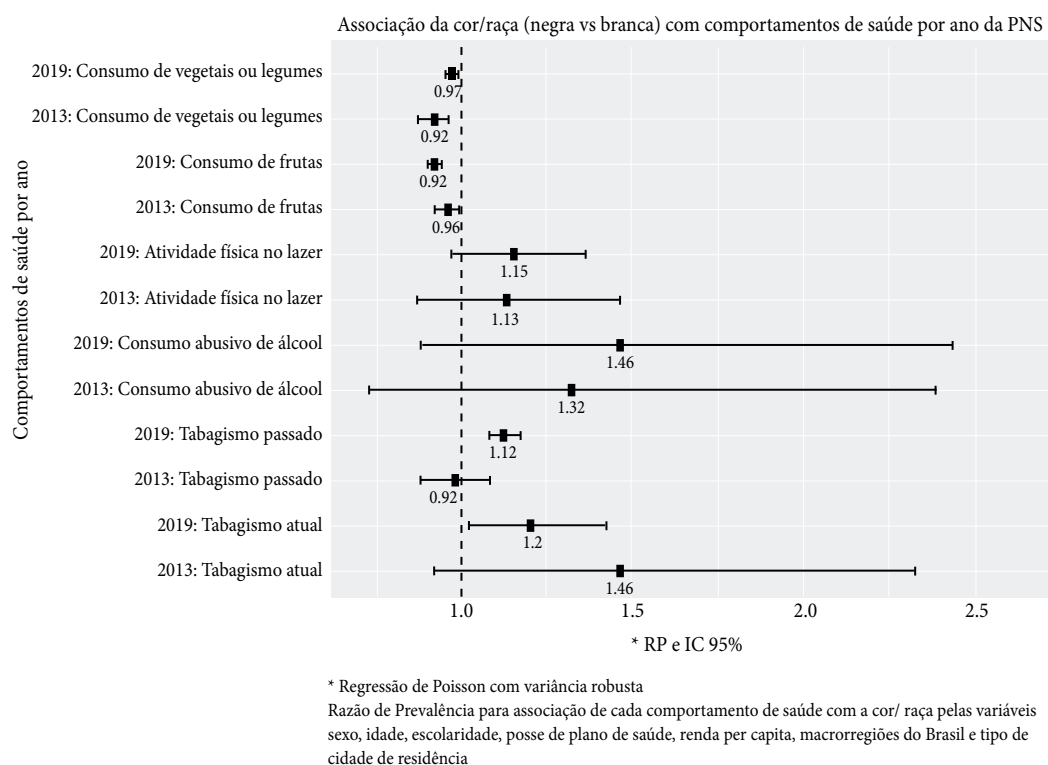


Figura 2. Razões de prevalência (RP) ajustadas da cor/raça com comportamentos de saúde de pessoas idosas (≥ 65 anos) entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 ($n=7.594$) e 2019 ($n=15.659$), Brasil.

Fonte: Autores.

Tabela 3. Razões de prevalência (RP), bruta e ajustada, dos comportamentos de saúde de pessoas idosas (≥ 65 anos), segundo a cor/raça por ano, entrevistadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 ($n=7.594$) e 2019 ($n=15.659$), Brasil.

Comportamentos de saúde*	Branco (2019 vs. 2013) (n=10.883)				Negro (2019 vs. 2013) (n=12.370)			
	RP bruta		RP ajustada ¹		RP bruta		RP ajustada ¹	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tabagismo								
Fumo atual	1,02	0,76;1,37	1,01	0,71;1,44	0,88	0,61;1,26	0,90	0,58;1,40
Fumo passado	1,36	1,20;1,53	1,34	1,19;1,51	1,38	1,24;1,53	1,39	1,25;1,54
Álcool								
Consumo abusivo de álcool	1,71	0,93;3,15	1,60	0,73;3,52	1,39	0,89;2,18	1,31	0,60;2,87
Atividade física no lazer	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 vegetais ou legumes	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 95% de Confiança. *Categoria de referência: não. ¹Razão de Prevalência para associação de cada comportamento de saúde com o ano, segundo a cor/raça, pelas variáveis sexo, idade, escolaridade, posse de plano de saúde, renda per capita, macrorregiões do Brasil e tipo de cidade de residência.

Fonte: Autores.

gualdades individuais e contextuais. Pessoas idosas que possuem uma saúde bucal deficiente podem ter limitações na capacidade de mastigação de alimentos crus e de consistência que dependam da presença dentária, tais como frutas, legumes e vegetais^{31,32}.

Limitações socioeconômicas impedem a adoção de dieta baseada em alimentos frescos e nutritivos, combinados com o nível de conhecimento sobre os impactos à saúde associados à inclusão de dietas com alto teor calórico e baixa qualidade nutricional^{33,34}. Os ambientes em que vivem possuem diferenças socioeconômicas que definem o acesso a infraestrutura urbana e equipamentos de lazer, a disponibilidade de alimentos e bebidas, bem como norteiam a avaliação da relevância de informações recebidas inerentes ao estabelecimento de hábitos saudáveis, o que pode favorecer ou não a adesão e manutenção de certos comportamentos de saúde pelas pessoas idosas^{35,36}.

Apesar desses achados, convém destacar algumas limitações. Por ser um inquérito transversal, a PNS não avaliou os mesmos indivíduos sobre adesão e manutenção de medidas de saúde ao longo do tempo. É possível que o viés de sobrevivência (ao indicar um cenário mais saudável de saúde entre os anos) e memória (comportamentos de saúde informados por autorrelato) afetem os resultados. Entre as PNS, foram implementadas mudanças nas questões relacionadas aos indicadores avaliados (em 2013 aplicaram-se duas perguntas sobre vegetais — crus e cozidos — e em 2019 aplicou apenas uma; e o nível de atividade física no lazer foi avaliado considerando os 3 meses anteriores em 2013 e os meses anteriores em 2019) e as comparações a partir deles podem ter sido afetadas.

Outra questão é que o tamanho da população idosa selecionado em 2019 foi maior do que em 2013. Tais diferenças podem ter aumentado a precisão das estimativas em 2019 e indicado diferenças estatísticas entre os dois anos. Durante a segunda década dos anos 2000, o Bra-

sil passou por importantes mudanças políticas e socioeconômicas que podem ter moldado os achados. Porém, a amplitude e representatividade nacional da PNS e a regularidade temporal dela permitem seu uso para identificar a prevalência dos comportamentos de saúde e sua associação com a cor/raça. Assim, seu uso representa uma oportunidade de revelar a persistência de desigualdades raciais no país e os grupos de idosos que precisam ainda mais de atenção para alcançar níveis mais saudáveis de saúde e semelhantes entre si.

Conclusões

A prevalência de comportamentos saudáveis de saúde aumentou em pessoas idosas brancas e negras do Brasil. Porém, desigualdades raciais permanecem com defasagens entre os grupos raciais que afetam a conquista de níveis mais saudáveis de saúde entre todas as pessoas idosas. A persistência das piores prevalências e chances de negros assumirem comportamentos de saúde mais saudáveis revelam as profundas raízes das desigualdades presentes no Brasil. Apontam também os desafios que precisam ser enfrentados, a fim de garantir a esse grupo populacional que mais cresce no país, ganhos socioeconômicos individuais e contextuais, que possam ser convertidos em maior adesão e manutenção de comportamentos saudáveis de saúde.

A redução das desigualdades raciais nos comportamentos saudáveis de saúde entre pessoas idosas depende de ações e investimentos em todas as faixas de idade, especialmente naquelas anteriores a fase idosa da vida, a fim de favorecer a chegada de pessoas mais saudáveis e aderentes a comportamentos saudáveis de saúde. Tais estratégias podem levar a redução da morbimortalidade por DCNT, aumentar a expectativa de vida saudável e favorecer a qualidade de vida e o bem-estar das diferentes coortes de pessoas idosas.

Colaboradores

MSA Menezes realizou conceitualização (liderança); desempenhou um papel fundamental na definição dos conceitos e ideias-chave abordadas no artigo; curadoria de dados (igual): Mariana e os demais autores colaboraram igualmente na coleta e organização dos dados utilizados no estudo; análise formal (igual): todos os autores contribuíram de forma equitativa na análise formal dos dados; metodologia (liderança): Mariana liderou o desenvolvimento da metodologia adotada no estudo, garantindo sua adequação e eficácia; supervisão (igual): Mariana e os demais autores compartilharam igualmente a responsabilidade pela supervisão do projeto; validação (liderança): Mariana liderou os esforços de validação dos resultados obtidos, assegurando sua precisão e confiabilidade; redação - rascunho original (liderança): Mariana foi a principal responsável pela redação do rascunho original do artigo, garantindo a clareza e coesão do texto; redação - revisão e edição (liderança): além disso, Mariana liderou o processo de revisão e edição do artigo, trabalhando em conjunto com os demais autores para aprimorar o conteúdo. BLCA Oliveira desempenhou um papel de liderança na definição dos conceitos fundamentais abordados no artigo; curadoria de dados (igual): Bruno e os demais autores colaboraram igualmente na coleta e organização dos dados utilizados no estudo;

análise formal (igual): todos os autores contribuíram de forma equitativa na análise formal dos dados; metodologia (suporte): Bruno desempenhou um papel de suporte no desenvolvimento da metodologia adotada no estudo, auxiliando na sua implementação e execução; supervisão (igual): Bruno e os demais autores compartilharam igualmente a responsabilidade pela supervisão do projeto; validação (liderança): Bruno liderou os esforços de validação dos resultados obtidos, assegurando sua precisão e confiabilidade; redação - rascunho original (igual): Bruno e os demais autores colaboraram igualmente na redação do rascunho original do artigo; redação - revisão e edição (igual): além disso, Bruno e os demais autores participaram igualmente do processo de revisão e edição do artigo, contribuindo para a melhoria do conteúdo e da apresentação do trabalho. AMM Fontenele ofereceu suporte na definição dos conceitos fundamentais abordados no artigo, auxiliando no processo de conceitualização; metodologia (suporte): Araceli desempenhou um papel de suporte no desenvolvimento da metodologia adotada no estudo, auxiliando na sua implementação e execução; redação - revisão e edição (suporte): Araceli contribuiu oferecendo suporte no processo de revisão e edição do artigo, ajudando a aprimorar o conteúdo e a apresentação geral do trabalho.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). BLCA Oliveira é bolsista produtividade da FAPEMA.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

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, Heberle 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, Selletti 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.

Artigo apresentado em 17/07/2024

Aprovado em 28/02/2025

Versão final apresentada em 02/03/2025

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