

## Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil)

Racism and racial iniquities in poor self-rated health: the role of intergenerational social mobility in the *Brazilian Longitudinal Study of Adult Health* (ELSA-Brasil)

Racismo e inequidad racial en la autoevaluación de mala salud: el papel de la movilidad social intergeneracional en el *Estudio Longitudinal de Salud de Adultos* (ELSA-Brasil)

Lidyane V. Camelo <sup>1</sup>  
Carolina Gomes Coelho <sup>1</sup>  
Dóra Chor <sup>2</sup>  
Rosane Harter Griep <sup>3</sup>  
Maria da Conceição Chagas de Almeida <sup>4</sup>  
Luana Giatti <sup>1</sup>  
Sandhi Maria Barreto <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X000341920

### Resumo

Pretos e pardos apresentam grandes desvantagens de saúde, possuem menores chances de ascensão na hierarquia social no curso de vida e menores níveis socioeconômicos do que brancos como resultado do racismo estrutural. Entretanto, pouco se sabe sobre o papel mediador da mobilidade intergeracional na associação entre racismo e saúde. O objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre racismo e a autoavaliação de saúde, e verificar em que medida a mobilidade social intergeracional media essa associação. Estudo transversal realizado com dados de 14.386 participantes da linha de base (2008-2010) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Escolaridade materna, escolaridade do participante, classe sócio-ocupacional do chefe de família e classe sócio-ocupacional do participante compuseram os indicadores de mobilidade social intergeracional (educacional e sócio-ocupacional). Modelos de regressão logística foram utilizados. A prevalência de autoavaliação de saúde ruim foi de 15%, 24% e 28% entre brancos, pardos e pretos, respectivamente. Após ajustes por idade, sexo e centro de investigação foram encontradas maiores chances de autoavaliação de saúde ruim entre pretos (OR = 2,15; IC95%: 1,92-2,41) e pardos (OR = 1,82; IC95%: 1,64-2,01) quando comparados aos brancos. A mobilidade educacional e sócio-ocupacional intergeracional mediaram, respectivamente, 66% e 53% da associação entre a raça/cor e autoavaliação de saúde ruim em pretos, e 61% e 51% em pardos, respectivamente. Resultados confirmam a iniquidade racial na autoavaliação de saúde e apontam que a mobilidade social intergeracional desfavorável é um importante mecanismo para explicar essa iniquidade.

Racismo; Raça; Disparidades nos Níveis de Saúde; Mobilidade Social; Iniquidade Social

### Correspondência

L. V. Camelo  
Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.  
Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil.  
lidyaneCamelo@gmail.com

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Brasil.



## Introdução

As desigualdades raciais em saúde no Brasil são profundas e diversos estudos apontam que pretos e pardos apresentam grandes desvantagens em relação aos brancos em diferentes desfechos relacionados à saúde como mortalidade infantil <sup>1</sup>, razão de mortalidade materna <sup>2</sup>, doenças infecciosas <sup>3</sup>, doenças crônicas <sup>4,5,6,7</sup> e comportamentos de risco à saúde <sup>8</sup>. Dessa forma, pretos e pardos no Brasil apresentam maior mortalidade por praticamente todas as causas quando comparado aos brancos <sup>9</sup> e, conseqüentemente, menor expectativa de vida <sup>10</sup> e pior autoavaliação de saúde <sup>11,12,13,14,15</sup>. Essas desigualdades são absolutamente desnecessárias, evitáveis e injustas e, portanto, devem ser interpretadas como iniquidades <sup>16</sup>.

A iniquidade racial em saúde pode ser em grande parte explicada pelo racismo estrutural, que se refere à totalidade de maneiras pelas quais as sociedades promovem a manutenção de hierarquias raciais e o domínio dos brancos através das gerações <sup>17</sup>. Essas práticas discriminatórias da sociedade geram, entre outras coisas, grandes iniquidades de oportunidades <sup>17</sup>, diminuindo as chances de pretos e pardos alcançarem os mesmos níveis de escolaridade, de renda, de emprego e moradia observada entre os brancos. Ressalta-se que esse processo acontece ao longo de todo o curso de vida, iniciando antes mesmo do nascimento, e impacta em toda a trajetória social dos indivíduos <sup>17</sup>. Conseqüentemente, as probabilidades de pardos e pretos ascenderem na hierarquia social são muito menores do que a observada entre os brancos conforme vem sendo repetidamente demonstrado em estudos empíricos, que analisaram a mobilidade social na população brasileira segundo raça/cor da pele <sup>17,18</sup>.

No contexto brasileiro, vários estudos evidenciaram que trajetórias sociais desfavoráveis entre gerações estão associadas a piores desfechos de saúde como hipertensão arterial <sup>19</sup>, risco cardiovascular <sup>20</sup>, diabetes <sup>21</sup> e aterosclerose subclínica <sup>22</sup>. Sabe-se também que a discriminação interpessoal parece interagir com a mobilidade social intergeracional para produzir piores desfechos de saúde, já que estudo prévio encontrou que a associação entre mobilidade social descendente e a hipertensão arterial é maior entre pretos e pardos que relataram discriminação em relação aos que não relataram <sup>23</sup>. Adicionalmente, há evidências norte-americanas que demonstram que a associação entre mobilidade social e desfechos de saúde não é homogênea entre indivíduos brancos e pretos <sup>24</sup>. Apesar dessas evidências, a contribuição da mobilidade social intergeracional para explicar as iniquidades raciais em saúde tem sido pouco estudada. A investigação desse aspecto é importante, pois diferentemente dos indicadores fixos de posição socioeconômica dos indivíduos (p.ex.: renda, escola e ocupação), a mobilidade social intergeracional captura indivíduos e subgrupos raciais que se movimentam de uma posição social de origem (posição socioeconômica dos pais) para outra.

No Brasil, sabemos que além das oportunidades de mobilidade social ascendente entre pretos e pardos serem menores do que as observadas entre brancos <sup>25,26,27</sup>, pretos e pardos têm mais dificuldades para manter as posições sociais conquistadas, já que esse grupo tem menos chances de permanecerem no topo da hierarquia de classes e mais chances de mobilidade social descendente <sup>18,25</sup>. Entretanto, até o final dos anos 1970, acreditava-se que essas diferenças eram apenas explicadas pela superrepresentação dos brancos em posições socioeconômicas de origem mais altas, e dos pretos e pardos nas mais baixas <sup>26</sup>. Por isso, diversos autores acreditavam que a iniquidade racial na mobilidade social iria desaparecer à medida que os pretos e pardos fossem conquistando a mesma posição social alcançada pelos brancos <sup>27</sup>. Entretanto, sabemos hoje que pretos e pardos no Brasil, mesmo quando apresentam a mesma posição socioeconômica de origem dos brancos, apresentam mais dificuldade para ascender na hierarquia social <sup>26,27</sup>. Adicionalmente, existem importantes iniquidades raciais na conversão da educação adquirida em posições da hierarquia ocupacional, já que independentemente do nível educacional atingido por pretos e pardos, esse grupo tende a se concentrar mais nos estratos ocupacionais inferiores do que os brancos de mesmo nível <sup>18</sup>.

Para investigar se a mobilidade social intergeracional explica pelo menos parcialmente as iniquidades raciais em saúde é importante a utilização de um desfecho de saúde abrangente e robusto como a autoavaliação de saúde. Esse indicador é uma medida sumária e multidimensional do estado de saúde <sup>28,29,30</sup>, capaz de prever eventos graves como a mortalidade, muitas vezes excedendo o poder preditivo de indicadores objetivos do estado de saúde <sup>30</sup>. Adicionalmente, iniquidades encontradas neste indicador tendem a refletir não apenas diferenciais de saúde – objetivos atuais (p.ex.: diagnósticos médicos, exames clínicos/laboratoriais, funcionalidade, sinais e sintomas de doenças e fatores de

risco) –, mas também iniquidades nas experiências passadas de saúde, nas expectativas com relação à saúde futura e na exposição a estressores psicossociais, entre outros <sup>28,29</sup>.

O objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre o racismo e a autoavaliação de saúde, utilizando a variável raça/cor da pele autorreferida como um marcador social de racismo, e verificar em que medida a mobilidade social intergeracional (educacional e sócio-ocupacional) media essa associação. As hipóteses do estudo são: (1) pretos e pardos apresentam maior prevalência de autoavaliação de saúde ruim do que os brancos; (2) pretos e pardos apresentam menor prevalência de mobilidade social ascendente e imobilidade no topo da hierarquia e maior prevalência de mobilidade social descendente e imobilidade na base da hierarquia do que brancos; e (3) uma parcela da iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim é mediada pela mobilidade social intergeracional.

## Métodos

### Delineamento e população de estudo

Este estudo utilizou dados da linha de base do *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil, 2008-2010), uma coorte multicêntrica com 15.105 servidores públicos de ambos os sexos, entre 35 e 74 anos, de instituições de ensino e pesquisa de seis cidades brasileiras: Belo Horizonte (Minas Gerais), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Rio de Janeiro, Salvador (Bahia), São Paulo e Vitória (Espírito Santo). Para compor os participantes da coorte ELSA-Brasil, foram feitos esforços para recrutar proporções semelhantes de homens e mulheres, bem como proporções predefinidas de faixas etárias e categorias ocupacionais. Mais detalhes sobre o desenho do estudo, critérios de seleção, métodos de recrutamento e características da coorte foram reportados em outras publicações <sup>31,32</sup>. O ELSA-Brasil foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de cada uma das instituições de pesquisa participantes e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o presente estudo, excluímos os participantes que reportaram a raça/cor amarela (n = 374) e indígena (n = 157), por representarem um número muito pequeno de indivíduos e por apresentarem características distintas que não permitem agregação a outras categorias de raça/cor. Também excluímos os participantes com dados faltantes sobre raça/cor da pele autorreferida (n = 184) e autoavaliação de saúde (n = 4). Dessa forma, 14.386 participantes foram incluídos no presente estudo para a análise descritiva. Para as análises envolvendo a mobilidade educacional intergeracional excluímos também participantes com dados faltantes de escolaridade materna (n = 343). Dessa forma a amostra para essa análise incluiu 14.043 participantes. Já para a análise envolvendo a mobilidade sócio-ocupacional intergeracional excluímos participantes com dados faltantes de classe sócio-ocupacional (n = 239) e classe sócio-ocupacional do chefe de família quando o participante começou a trabalhar (n = 679). Assim, a amostra para essa análise foi composta por 13.468 participantes.

Os participantes com dados faltantes de mobilidade educacional apresentaram maior probabilidade (valor de  $p < 0,05$ ) de serem mais velhos, do sexo masculino, de raça/cor da pele preta e parda e de terem autoavaliação de saúde ruim. Já entre os participantes com dados faltantes para mobilidade ocupacional não houve diferença quanto ao sexo e a autoavaliação de saúde, embora tenham apresentado maior probabilidade de serem mais velhos e reportar raça/cor da pele branca (valor de  $p < 0,05$ ).

### Variáveis de estudo

- **Autoavaliação de saúde**

A autoavaliação de saúde foi mensurada por meio da seguinte pergunta: “De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?”. Essa pergunta tinha cinco opções de resposta: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Para fins de análise essas opções foram agrupadas em duas categorias: “boa” (muito bom e bom) e “ruim” (regular, ruim e muito ruim). A categoria “boa” foi utilizada como referência. Essa categorização permite comparação dos resultados entre os estudos, pois é a categorização mais frequentemente utilizada em estudos reali-

zados com população adulta<sup>15</sup>. Adicionalmente, a categoria regular, assim como a categoria “ruim” e “muito ruim” tem sido associada como maior risco de mortalidade<sup>33</sup>.

- **Racismo**

A variável raça/cor da pele autorreferida foi considerada com um marcador social do racismo no presente estudo. Para obtenção da informação sobre a raça/cor da pele foi utilizada a seguinte pergunta: “O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos ‘preta’, ‘parda’, ‘branca’, ‘amarela’ e ‘indígena’ para classificar a cor ou raça das pessoas. Se o(a) Sr(a) tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?”. Essa pergunta tinha as seguintes opções de resposta: preta, parda, branca, amarela e indígena. A raça/cor da pele branca foi utilizada como categoria de referência.

- **Mobilidade educacional intergeracional**

Para obtenção da mobilidade educacional intergeracional foram utilizadas a escolaridade materna e a escolaridade atual do participante. A escolaridade materna foi mensurada por meio da pergunta “Qual é o grau de instrução de sua mãe?” (nunca frequentou a escola, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo e Ensino Superior completo); e a escolaridade do participante, pela pergunta “Qual o seu grau de instrução?” (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo e Ensino Superior completo e Pós-graduação).

A escolaridade materna foi categorizada em duas categorias (alta:  $\geq$  Ensino Fundamental completo, baixa:  $<$  Ensino Fundamental completo), assim como a escolaridade do participante (alta:  $\geq$  Ensino Superior completo, baixa:  $<$  Ensino Superior completo). Consequentemente, a mobilidade educacional intergeracional foi constituída por quatro trajetórias educacionais: imobilidade no topo da hierarquia, mobilidade ascendente, mobilidade descendente e imobilidade na base da hierarquia. A categorização da escolaridade materna e da escolaridade do participante precisou ter diferentes pontos de corte para considerar a melhoria contínua dos níveis de escolaridade que ocorreu na sociedade brasileira ao longo do tempo. Em decorrência, a distribuição do nível educacional varia segundo a coorte de nascimento, sendo infrequente a escolaridade média e superior nas coortes mais velhas (maternas). Adicionalmente, sabe-se que o valor das qualificações educacionais diminui com o aumento do número de indivíduos que as adquirem<sup>34,35</sup>.

- **Mobilidade sócio-ocupacional intergeracional**

A mobilidade sócio-ocupacional intergeracional foi obtida a partir da classe social ocupacional do chefe de família quando o participante começou a trabalhar (avaliada retrospectivamente) e a classe social ocupacional atual do participante. A classe social ocupacional é uma medida sumária baseada na ocupação exercida pelos indivíduos, a renda esperada com base no nível de educacional atingido (valor médio de mercado) e a renda observada. Mais informações sobre a metodologia utilizada na criação desta variável podem ser obtidas em outra publicação<sup>21</sup>.

A classe social ocupacional do chefe da família e a classe social ocupacional do participante foram dicotomizadas em alta (alto, média-alta, média-médio) e baixa (média-baixa, baixa). Assim, a mobilidade sócio-ocupacional intergeracional foi constituída pelas trajetórias: imobilidade no topo da hierarquia, mobilidade ascendente, mobilidade descendente e imobilidade na base da hierarquia.

### **Covariáveis**

Idade (contínua, em anos), sexo e centro de investigação (São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Bahia e Espírito Santo) foram utilizadas como covariáveis no presente estudo.

### **Análise de dados**

As características da população estudada, a prevalência de autoavaliação de saúde ruim e a mobilidade intergeracional (educacional e sócio-ocupacional) foram descritas segundo raça/cor da pele.

A associação entre racismo e a autoavaliação de saúde foi investigada por meio de modelos de regressão logística com obtenção do *odds ratio* (OR) e de seu intervalo de 95% de confiança (IC95%). Para guiar nossas análises construímos um diagrama causal das associações propostas ver Material Suplementar. [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00341920-port\\_3019.pdf](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/supl-e00341920-port_3019.pdf). Após a obtenção do OR bruto, foram incluídos nos modelos as variáveis idade, sexo e centro de investigação por serem potenciais fatores de confusão (Modelo 1). Posteriormente, para investigar em que medida a mobilidade educacional intergeracional explica as iniquidades raciais na autoavaliação de saúde, a variável mobilidade educacional intergeracional foi incluída nesse modelo (Modelo 2). O percentual do OR da associação entre racismo e a autoavaliação de saúde mediado pela mobilidade educacional intergeracional (percentual mediado) foi estimado por meio da fórmula:

$$(OR_{\text{Modelo 1}} - OR_{\text{Modelo 2}}) / (OR_{\text{Modelo 1}} - 1) \times 100$$

Separadamente, os mesmos passos foram seguidos para a investigação do papel mediador da mobilidade sócio-ocupacional intergeracional na iniquidade racial na autoavaliação de saúde.

O nível de significância foi definido em 0,05 e todas as análises foram realizadas utilizando o Stata 14.0 (<https://www.stata.com/>).

## Resultados

Dos 14.386 participantes do presente estudo incluídos na análise descritiva, a maioria era do sexo feminino (55%) e reportou raça/cor da pele branca (54%). Apesar da maioria dos participantes terem mães com nenhuma escolaridade ou com Ensino Fundamental incompleto (57%) e terem chefes de família de classe sócio-ocupacional baixa na idade em que começaram a trabalhar (50%), a maior parte dos participantes apresentou Ensino Superior completo (52,4%) e a classe sócio-ocupacional alta foi a mais frequente (33,1%), indicando mobilidade social intergeracional frequente. A baixa escolaridade materna assim como a baixa classe sócio-ocupacional do chefe de família quando o participante começou a trabalhar foi mais frequente entre pretos e pardos do que entre brancos. Desvantagem semelhante para pardos e pretos com relação aos brancos também pode ser observada com relação à escolaridade e classe sócio-ocupacional atual (Tabela 1).

A prevalência de autoavaliação de saúde ruim entre os participantes do ELSA-Brasil foi de 19,7%. Entretanto, essa prevalência variou muito segundo raça/cor da pele e enquanto apenas 15% dos brancos avaliam sua saúde como ruim, entre pardos essa prevalência foi de 24% e entre os pretos de 28% (Figura 1).

Foi possível observar grande iniquidade racial na mobilidade social intergeracional tanto na perspectiva educacional como na sócio-ocupacional. A proporção com imobilidade no topo da hierarquia social foi mais frequente entre os brancos do que entre os pardos e pretos, enquanto a imobilidade na base da hierarquia foi mais frequente entre pretos e pardos do que entre brancos (Figura 2). Observa-se ainda que os pardos apresentaram desvantagens em relação aos brancos e vantagens em relação aos pretos (Figura 2). Na mobilidade educacional (Figura 2a), percebemos também que a mobilidade ascendente foi maior entre brancos (24,3%), do que entre pardos (20,2%) e pretos (16,5%) e o inverso foi observado para a mobilidade descendente com maiores frequências entre pretos (15,7%) e pardos (14,3%) do que entre brancos (9,7%). As diferenças raciais na mobilidade sócio-ocupacional descendente e ascendente foram pequenas (Figura 2b).

Independentemente dos potenciais fatores de confusão, indivíduos pretos e pardos apresentaram respectivamente chances 115% (OR = 2,15; IC95%: 1,92-2,41) e 82% (OR = 1,82; IC95%: 1,64-2,01) maior de reportarem a sua saúde como ruim do que os brancos (Figura 3). A mobilidade educacional intergeracional mediou 66% da associação entre raça/cor da pele preta e autoavaliação de saúde ruim (Figura 3a) e 61% da associação entre raça/cor da pele parda e autoavaliação de saúde ruim (Figura 3b). Já a mobilidade sócio-ocupacional intergeracional mediou 53% da associação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim entre pretos (Figura 4a) e 51% entre os pardos (Figura 4b).

**Tabela 1**

Distribuição da população de estudo segundo características sociodemográficas, de acordo com a raça/cor da pele autorreferida. *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil, 2008-2010) (N = 14.386).

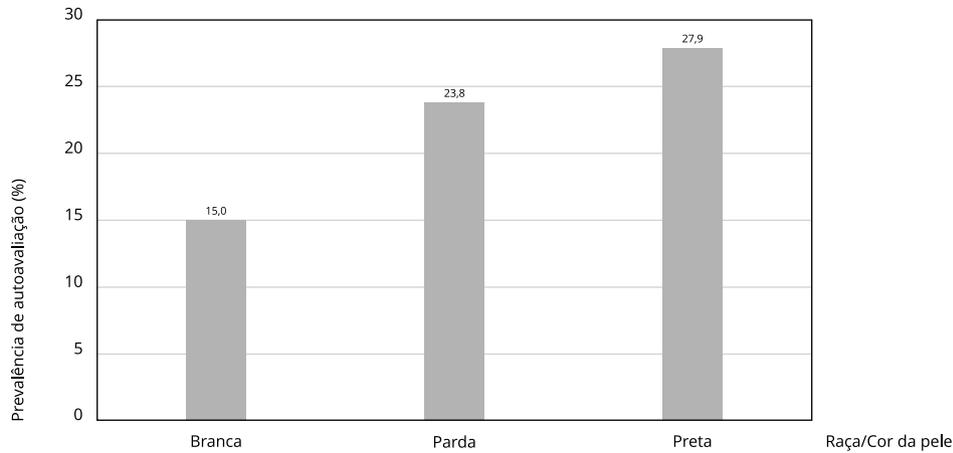
Características	Total n (%)	Raça/Cor da pele autorreferida		
		Branca n (%)	Parda n (%)	Preta n (%)
Raça/Cor da pele autorreferida				
Branca	7.787 (54,1)	-	-	-
Parda	4.202 (29,2)	-	-	-
Preta	2.397 (16,7)	-	-	-
Idade (anos) [média (DP)]	52,0 (9,1)	52,5 (9,4)	51,2 (8,6)	51,8 (8,7)
Sexo				
Masculino	6.564 (45,6)	3.595 (46,2)	2.028 (48,3)	941 (39,3)
Feminino	7.822 (54,4)	4.192 (53,8)	2.174 (51,7)	1.456 (60,7)
Escolaridade materna *				
Ensino Médio completo	3.374 (24,0)	2.469 (32,1)	685 (16,9)	220 (9,6)
Ensino Fundamental completo	2.726 (19,4)	1.581 (20,6)	748 (18,4)	397 (17,3)
Ensino Fundamental incompleto	5.989 (42,7)	3.010 (39,2)	1.852 (45,7)	1.127 (49,0)
Nunca frequentou a escola	1.954 (13,9)	627 (8,2)	772 (19,0)	555 (24,1)
Escolaridade do participante				
Ensino Superior completo	7.542 (52,4)	5.201 (66,8)	1.690 (40,2)	651 (27,2)
Ensino Médio completo	5.035 (35,0)	2.021 (26,0)	1.793 (42,7)	1.221 (50,9)
Ensino Fundamental completo	976 (6,8)	319 (4,1)	365 (8,7)	292 (12,2)
Ensino Fundamental incompleto	833 (5,8)	246 (3,2)	354 (8,4)	233 (9,7)
Classe social ocupacional do chefe de família quando o participante começou a trabalhar *				
Alta	2.964 (21,6)	2.220 (30,1)	600 (14,9)	144 (6,3)
Média-superior	1.351 (9,9)	906 (12,3)	331 (8,2)	114 (5,0)
Média-média	1.038 (7,6)	611 (8,3)	293 (7,3)	134 (5,9)
Média-inferior	1.527 (11,1)	690 (9,3)	519 (12,9)	318 (14,0)
Baixa	6.813 (49,8)	2.960 (40,1)	2.286 (56,7)	1.567 (68,8)
Classe social ocupacional do participante *				
Alta	4.680 (33,1)	3.487 (45,8)	900 (21,7)	293 (12,3)
Média-superior	682 (4,8)	424 (5,6)	169 (4,1)	89 (3,7)
Média-média	2.679 (18,9)	1.336 (17,5)	895 (21,5)	448 (18,8)
Média-inferior	2.616 (18,5)	1.048 (13,8)	885 (21,3)	683 (28,7)
Baixa	3.490 (24,7)	1.321 (17,3)	1.304 (31,4)	865 (36,4)

DP: desvio padrão.

\* As diferenças nos totais são devido a dados faltantes.

**Figura 1**

Prevalência de autoavaliação de saúde ruim de acordo com a raça/cor da pele. *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil, 2008-2010) (N = 14.386).



## Discussão

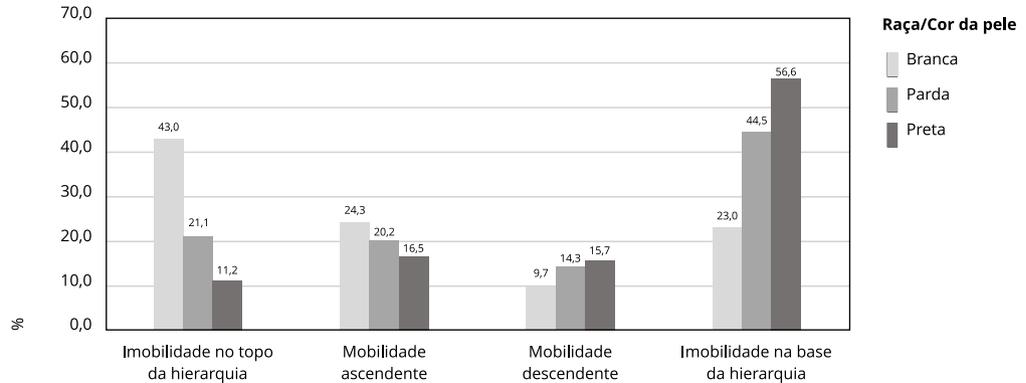
A iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim e na mobilidade social intergeracional foram expressivas entre os participantes da coorte ELSA-Brasil. Indivíduos pretos apresentaram mais do que o dobro das chances de avaliarem sua saúde como ruim e maior frequência em posições desfavoráveis de mobilidade social, ou seja, imobilidade na base da hierarquia e mobilidade educacional descendente do que os brancos. Observamos também que apesar de termos encontrado diferenças não negligenciáveis entre pretos e pardos no que tange a prevalência de autoavaliação de saúde ruim e a frequência de trajetórias sociais desfavoráveis, pretos e pardos foram relativamente mais próximos entre si e ambos apresentaram desvantagens sociais e de saúde frente aos brancos. Corroborando nossa hipótese, mostramos que a iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim foi fortemente mediada pela mobilidade social intergeracional, principalmente, considerando seu componente educacional. Entretanto, ressalta-se que uma parte importante da iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim não foi mediada pela mobilidade social intergeracional, indicando que outros mecanismos também contribuem para a enorme iniquidade racial em saúde observada em nosso país.

Diversos estudos populacionais brasileiros investigaram a associação entre raça/cor da pele e autoavaliação de saúde e, de forma consistente, foi encontrado que indivíduos brancos apresentam menor frequência de autoavaliação de saúde ruim do que os indivíduos que se autodeclaravam de outras raças/cores<sup>11,12,13,14,15</sup>. Esses estudos não foram homogêneos, entretanto, com relação a forma de analisar a raça/cor da pele e alguns estudos analisaram apenas a iniquidade entre brancos versus não brancos<sup>14</sup> e pretos/pardos (negros) versus brancos<sup>13</sup>. Essa abordagem apesar de permitir aferir os efeitos das relações de poder entre os grupos marginalizados e privilegiados, dificulta a compreensão da amplitude e nuances da iniquidade racial em saúde no Brasil. A maioria dos estudos que analisaram separadamente os diferenciais de cada uma das raças/cor da pele na autoavaliação de saúde<sup>11,12,15</sup>, como no presente estudo, assim como a maioria daqueles que dicotomizaram a raça/cor para análise<sup>13,14</sup>, encontrou que a associação entre raça/cor e autoavaliação de saúde foi independente de indicadores de posição socioeconômica como escolaridade, renda ou ocupação. Entretanto, em um desses estudos, essa associação foi completamente explicada pela renda e escolaridade<sup>12</sup>. É importante ressaltar que os indicadores de posição socioeconômica não atendem a critérios de variável de confusão para a análise da associação entre raça/cor da pele e desfechos de saúde, mas sim de mediação. Isso acontece

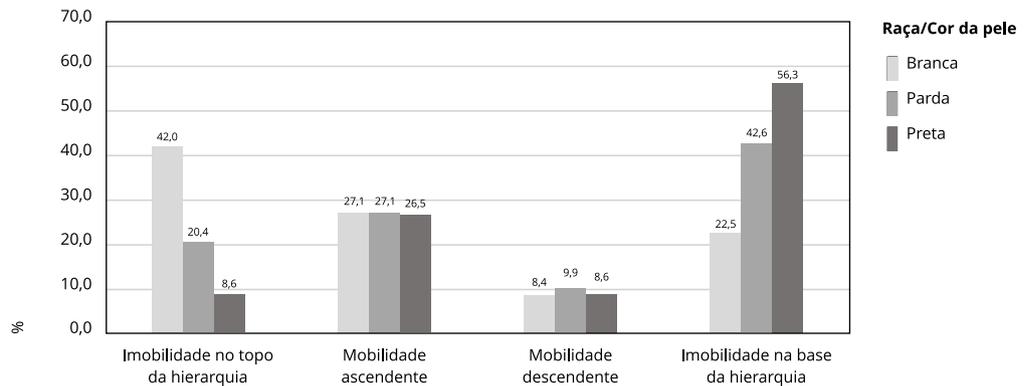
**Figura 2**

Mobilidade educacional e sócio-ocupacional intergeracional segundo raça/cor da pele entre participantes do *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto* (ELSA-Brasil, 2008-2010) (N = 14.386).

## 2a) Mobilidade educacional



## 2b) Mobilidade sócio-ocupacional



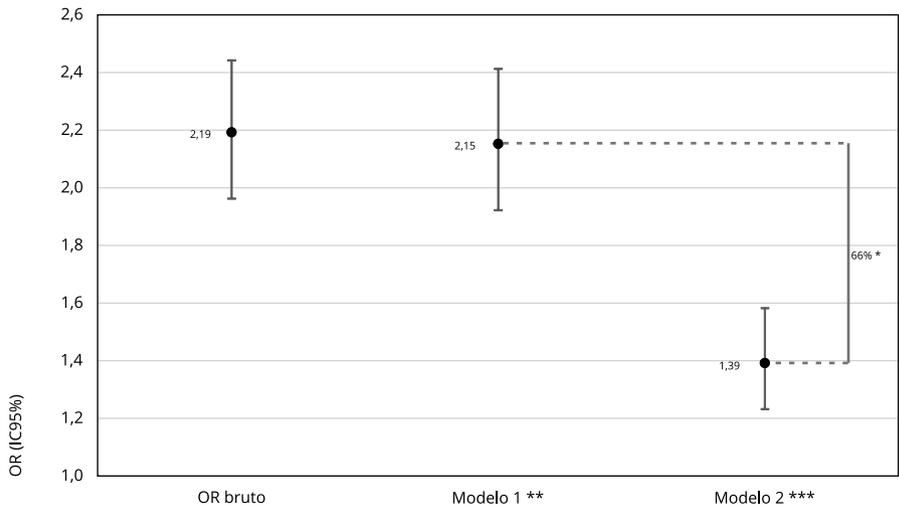
porque a raça/cor da pele é uma característica intrínseca do indivíduo, sendo uma causa fundamental que antecede temporalmente a posição socioeconômica alcançada na vida adulta, e gera diferenciais de oportunidades educacionais, de renda e de ocupação <sup>36,37</sup>. Apesar disso, os estudos prévios que investigaram a associação entre raça/cor da pele e autoavaliação de saúde não nomearam o racismo como causa fundamental das diferenças raciais nos indicadores de posição socioeconômica. Consequentemente, abre-se uma margem para interpretações equivocadas de que a raiz da iniquidade racial seria a desigualdade social e não o racismo.

No presente estudo encontramos que mais de 50% da iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim foi mediada pela mobilidade social tanto entre indivíduos pretos como entre os pardos. Dessa forma, nossos achados sugerem que tanto a posição socioeconômica atual como a posição socioeconômica de origem são importantes para se compreender as iniquidades raciais em saúde observadas no país. Ressalta-se que a posição socioeconômica de origem entre os indivíduos de diferentes raças/cores de pele é fortemente influenciada pela acumulação de ações discriminatórias ao longo da história, com o potencial de “transmitir” as desvantagens raciais através das gerações, por meio da reprodução das iniquidades sociais <sup>27</sup>. Além disso, mesmo em casos em que pretos, pardos e brancos apresentam a mesma posição social de origem, a iniquidade racial ainda persiste. Estudo recente mos-

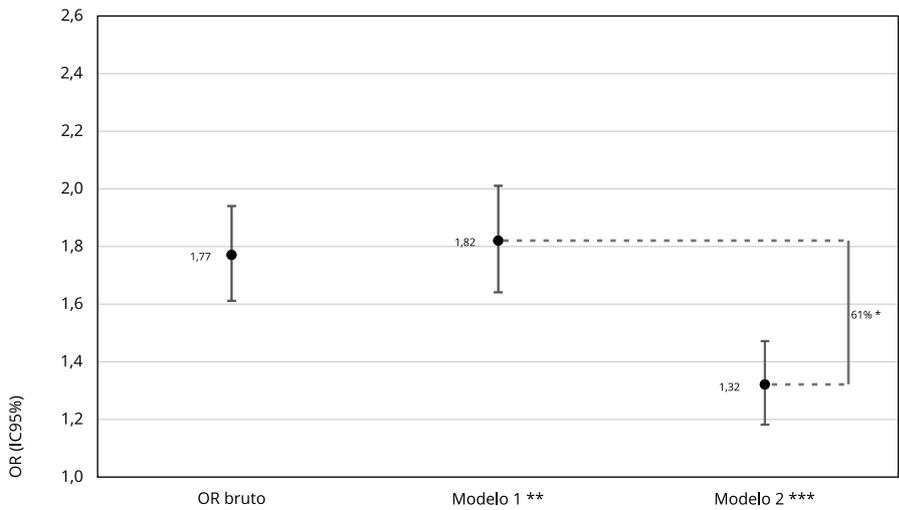
**Figura 3**

Odds ratios – OR (intervalo de 95% de confiança – IC95%) brutos e ajustados da associação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim antes e após ajustes pela mobilidade educacional entre participantes pretos e pardos. *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil, 2008-2010).*

3a) Raça/Cor da pele preta



3b) Raça/Cor da pele parda



\* Os percentuais descritos entre os Modelos 1 e 2 retratam o percentual da associação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim que foi mediada pela mobilidade educacional, obtida pela fórmula:

$$(OR_{Modelo\ 1} - OR_{Modelo\ 2}) / (OR_{Modelo\ 1} - 1) \times 100;$$

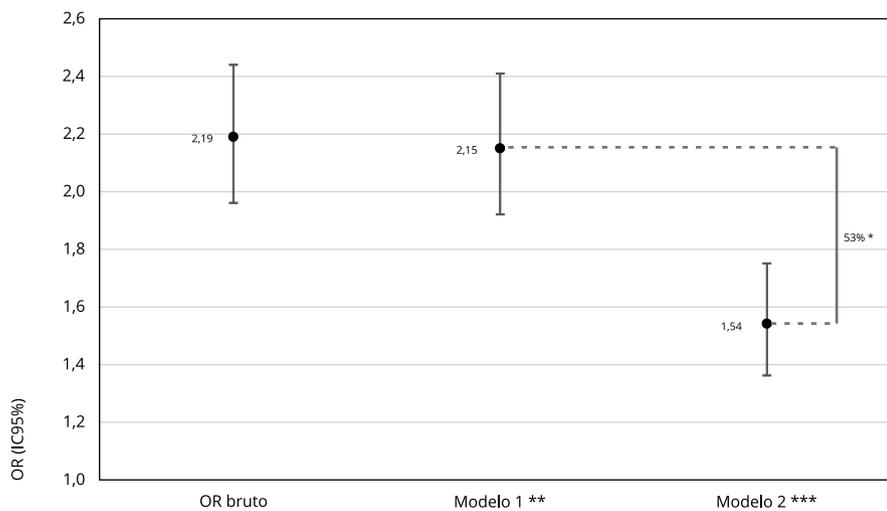
\*\* Modelo 1: ajustado por idade, sexo, centro de investigação;

\*\*\* Modelo 2: Modelo 1 + mobilidade educacional.

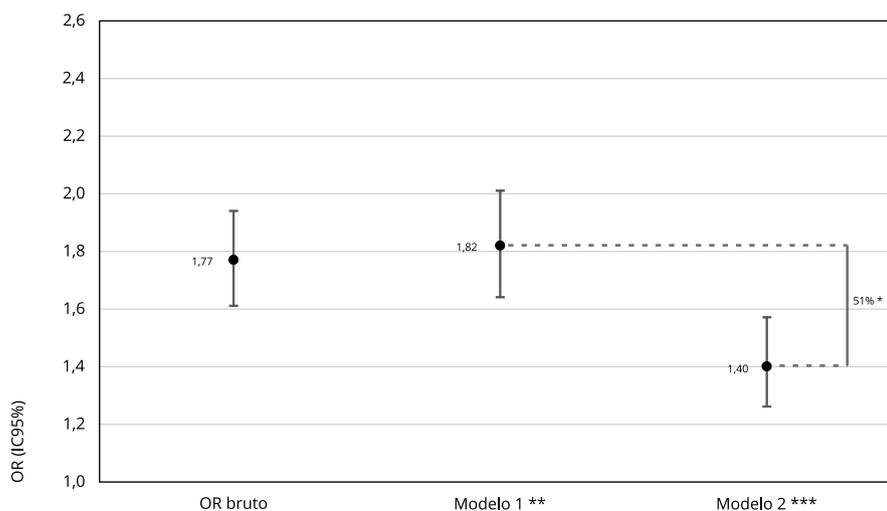
**Figura 4**

Odds ratios – OR (intervalo de 95% de confiança – IC95%) brutos e ajustados da associação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim antes e após ajustes pela mobilidade sócio-ocupacional entre participantes pretos e pardos. *Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil, 2008-2010)*.

4a) Raça/Cor da pele preta



4b) Raça/Cor da pele parda



\* Os percentuais descritos entre os Modelos 1 e 2 retratam o percentual da associação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim que foi mediada pela mobilidade educacional, obtida pela fórmula:

$$\frac{(OR_{\text{Modelo 1}} - OR_{\text{Modelo 2}})}{(OR_{\text{Modelo 1}} - 1)} \times 100;$$

\*\* Modelo 1: ajustado por idade, sexo, centro de investigação;

\*\*\* Modelo 2: Modelo 1 + mobilidade educacional.

trou que no Brasil independentemente da posição socioeconômica de origem os brancos têm vantagens em relação a pardos, e estes em relação a pretos com relação ao nível de escolaridade atingido<sup>25</sup>. Adicionalmente, há evidências de que a posição socioeconômica de origem pode interagir com a raça/cor para determinar a posição social atual dos indivíduos. Por exemplo, utilizando dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) foi demonstrado que entre os indivíduos com origens nas classes mais baixas não há iniquidade racial nas chances de mobilidade social<sup>25</sup>. Entretanto, entre os indivíduos com origens nas classes mais altas, os brancos têm mais chances de permanecerem no topo da hierarquia de classes, enquanto os pretos e pardos têm mais chances de mobilidade social descendente<sup>25</sup>. É possível que esse achado seja explicado pela maior presença de discriminação racial nas posições sociais mais valorizadas, fato bem descrito na literatura<sup>38</sup> e, provavelmente, consequência da maior convivência que pretos de alta posição socioeconômica têm com brancos em sua vida cotidiana<sup>24</sup>. Essa maior frequência de discriminação no topo da hierarquia teria o potencial de dificultar a permanência de pretos e pardos provenientes de uma posição socioeconômica de origem alta, em posição social mais elevada, favorecendo a mobilidade descendente.

Os resultados do presente estudo sugerem que promover a mobilidade social ascendente entre pretos e pardos pode atenuar as iniquidades raciais em saúde entre pretos e pardos. Entretanto, esse aumento da mobilidade ascendente pode ter um efeito aquém do esperado se não houver uma redução simultânea do racismo estrutural que é profundamente enraizado na sociedade brasileira e que se estende por diversas instituições, além de estar fortemente presente na nossa cultura. Por exemplo, diversos estudos apontam que a mobilidade social ascendente e a alta posição socioeconômica atual entre pretos e outras minorias raciais exercem um efeito menos protetor para a saúde do que o observado entre os brancos<sup>24,39,40</sup>. Isso pode ocorrer devido ao estresse gerado pela discriminação racial<sup>35</sup>, pois, como mencionado anteriormente, a frequência de discriminação racial é maior entre pretos de alta posição socioeconômica<sup>38</sup>. Adicionalmente, o racismo estrutural interfere na alocação dos indivíduos no mercado de trabalho, bem como no acesso à moradia, à escolaridade de qualidade e a diversos bens e serviços. Ou seja, mesmo que os indivíduos pardos e pretos alcancem a mesma escolaridade observada em brancos, pretos e pardos ainda tendem a possuir ocupações e cargos de menor prestígio e menores níveis de renda do que brancos<sup>17</sup>. Conseqüentemente, apesar da escolaridade ser um dos principais impulsionadores da mobilidade social e dos avanços expressivos no acesso de pretos e pardos ao Ensino Superior no Brasil desde 2002, como reflexo das políticas de ação afirmativa na Educação Superior<sup>41</sup>, isso é insuficiente para promover equidade racial, pois brancos são muito mais eficientes em converter a experiência e escolaridade em retornos monetários devido aos privilégios acumulados ao longo da vida<sup>18</sup>. Dessa forma, as políticas de ações afirmativas precisam ser acompanhadas por políticas intersetoriais que tenham ação de forma contínua nos diferentes mecanismos em que o racismo opera<sup>42</sup>, permitindo reduções de diversas injustiças econômicas e sociais que levam à marginalização de pretos e pardos para escolas, empregos e locais de moradia de menor qualidade, exposição desproporcional a riscos ocupacionais, salários reduzidos, menores taxas de promoção, encarceramento em massa, violência policial e assistência à saúde desigual, entre outros<sup>17</sup>. O enfrentamento do racismo, portanto, requer uma transformação e desmantelamento das políticas e de diversas instituições que sustentam a hierarquia racial no Brasil. Para isso, é importante aumentar a representação negra em espaços de atuação política, de forma a contribuir para a mudança tão necessária nos valores historicamente construídos na sociedade, que impõe ideias de inferioridade negra e superioridade branca, impactando na vida e na saúde de pretos e pardos entre gerações<sup>17,42</sup>.

Uma parte importante da iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim no presente estudo não foi mediada pela mobilidade social intergeracional. Ressalta-se que, pretos e pardos, além de possuírem menor acesso a recursos educacionais, econômicos, ocupacionais e, conseqüentemente, menor mobilidade social, também possuem menor acesso a moradia de qualidade, vivem em vizinhanças mais economicamente segregadas, possuem menor capital social e político, menor acesso aos serviços de saúde, são mais expostos a trabalhos desgastantes e são mais expostos ao estresse psicossocial devido à exposição e à discriminação racial<sup>43</sup>. Todas essas exposições restringem as opções de vida e trabalho em ambientes saudáveis, estão associadas à maior adesão a comportamentos de risco e aumentam as adaptações fisiológicas nos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, desencadeando inúmeras alterações metabólicas que aumentam o risco de adoecimento e morte<sup>44,45</sup>. Dessa forma, conforme defendido por Nancy Krieger<sup>43,44</sup> em sua teoria ecossocial, os indivíduos expostos ao racis-

mo estrutural e interpessoal tendem a “incorporar” biologicamente as exposições decorrentes desse contexto ecológico e social em que vivem, produzindo assim iniquidades raciais em saúde.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. A coorte do ELSA-Brasil é formada por servidores públicos de instituições de ensino e pesquisa brasileiras que possuem renda e escolaridade média superior à encontrada na população brasileira e, por isso, nossas medidas de prevalências não são representativas da população geral. Possivelmente, a não inclusão de indivíduos muito pobres e desempregados na coorte, explica a menor prevalência de autoavaliação de saúde ruim no ELSA-Brasil em comparação a observada na *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) de 2013 (19,7% versus 33,9%, respectivamente) <sup>46</sup>. Ressalta-se também a população no extremo alto da hierarquia social brasileira também é sub-representada na população do ELSA-Brasil. Ao excluir os indivíduos que ocupam os extremos da hierarquia social, é possível que tenhamos reduzido a heterogeneidade nas variáveis de mobilidade social. Assim, é possível que o efeito mediador da mobilidade social na relação entre a raça/cor da pele e autoavaliação de saúde ruim no Brasil possa ser maior do que a apontada no presente estudo. Entretanto, cabe ressaltar que a iniquidade racial na autoavaliação de saúde no ELSA-Brasil foi maior do que a observada na PNS: enquanto no ELSA-Brasil 15% dos brancos, 24% pardos e 28% dos pretos avaliam sua saúde como ruim, na PNS esses percentuais foram de 30%, 38%, 38% para brancos, pardos e pretos, respectivamente <sup>46</sup>. Por fim, cabe ressaltar que, apesar do pequeno percentual de dados faltantes para mobilidade educacional (2,3%), essas perdas foram diferenciais com relação à variável explicativa e ao desfecho, sugerindo que as associações encontradas podem ter sido subestimadas. Por outro lado, apesar da perda de informação para mobilidade ocupacional ter sido quase três vezes maior (6,4%), ela não se relacionou à autoavaliação de saúde, sugerindo menor impacto sobre as associações encontradas.

Os pontos fortes deste estudo incluem o grande tamanho da coorte do ELSA-Brasil, a inclusão de participantes de três regiões brasileiras, a heterogeneidade racial e a existência de informações usualmente incomuns em estudos epidemiológicos sobre a mobilidade intergeracional. Tais características permitiram examinar e estimar em que medida a mobilidade social intergeracional (educacional e sócio-ocupacional) media as iniquidades raciais na autoavaliação de saúde ruim.

Em conclusão, nossos resultados reiteram a grande iniquidade racial na autoavaliação de saúde no contexto brasileiro, e confirmam nossa hipótese de que a mobilidade social intergeracional contribui substancialmente para mediar essa iniquidade. Considerando que a reprodução das iniquidades raciais na mobilidade social de uma geração para outra não contribui apenas para a manutenção das iniquidades raciais ao longo do tempo, mas sim para o seu aumento, torna-se imperativo que sejam promovidas políticas públicas com foco na redução do racismo estrutural, a fim de mitigar a profunda iniquidade racial em saúde encontrada no país.

## Colaboradores

L. V. Camelo e S. M. Barreto redigiram o plano de análise e foram as principais responsáveis pela análise dos dados e redação do manuscrito. C. G. Coelho foi responsável pela apresentação dos resultados, revisou a análise, a interpretação dos dados e a redação do manuscrito, além de ter aprovado a versão final deste. D. Chor, R. H. Griep, M. C. C. Almeida e L. Giatti revisaram e comentaram a análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito, além de terem aprovado a versão final do manuscrito.

## Informações adicionais

ORCID: Lidyane V. Camelo (0000-0001-7471-7547); Carolina Gomes Coelho (0000-0002-7294-3724); Dóra Chor (0000-0002-3941-5786); Rosane Harter Griep (0000-0002-6250-2036); Maria da Conceição Chagas de Almeida (0000-0002-4760-4157); Luana Giatti (0000-0001-5454-2460); Sandhi Maria Barreto (0000-0001-7383-7811).

## Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes do ELSA-Brasil por sua valiosa contribuição para este estudo. Este estudo foi financiado por Ministério da Saúde, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). S. M. Barreto, D. Chor, L. Giatti e R. H. Griep são bolsistas de produtividade do CNPq. S. M. Barreto é bolsista de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). L. V. Camelo e C. G. Coelho receberam apoio financeiro da Universidade Federal de Minas Gerais (Programa Institucional de Auxílio à Pesquisa de Doutores Recém-Contratados).

## Referências

1. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no *Censo Demográfico* de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00046516.
2. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FP. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública* 2011; 27:623-38.
3. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
5. Barreto SM, Ladeira RM, Duncan BB, Schmidt MI, Lopes AA, Bensenor IM, et al. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health* 2016; 70:380-9.
6. Chor D, Ribeiro ALP, Carvalho MS, Duncan BB, Lotufo PA, Nobre AA, et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil study. *PLoS One* 2015; 10:e0127382.
7. Schmidt MI, Hoffmann JF, Diniz MFS, Lotufo PA, Griep RH, Bensenor IM, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr* 2014; 6:123.
8. Barros MBA, Lima MG, Medina LPB, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15:148.
9. Fiorio NM, Flor LS, Padilha M, Castro DS, Molina MCB. Mortality by race/color: evidence of social inequalities in Vitória (ES), Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14:522-30.
10. Chiavegatto Filho ADP, Beltrán-Sánchez H, Kawachi I. Racial disparities in life expectancy in Brazil: challenges from a multiracial society. *Am J Public Health* 2014; 104:2156-62.
11. Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:762-74.
12. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7:641-57.

13. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:305-13.
14. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18:33-44.
15. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1572-82.
16. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45.
17. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017; 389:1453-63.
18. Hasenbalg C, Silva NV. Educação e diferenças raciais na mobilidade ocupacional no Brasil. In: XXII Encontro Anual da ANPOCS – GT Desigualdades Sociais. <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/22-encontro-anual-da-anpocs/gt-20/gt03-6/5050-cha-senbalg-ndovalle-educacao/file> (acessado em Fev/2020).
19. Lopes JAS, Giatti L, Griep RH, Lopes AA, Matos SMA, Chor D, et al. Life course socioeconomic position, intergenerational social mobility, and hypertension incidence in ELSA-Brasil. *Am J Hypertens* 2021; 34:801-9.
20. Andrade DRS, Camelo LV, Reis RC, Santos IS, Ribeiro AL, Giatti L, et al. Life course socioeconomic adversities and 10-year risk of cardiovascular disease: cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. *Int J Public Health* 2017; 62:283-92.
21. Camelo LV, Giatti L, Duncan BB, Chor D, Griep RH, Schmidt MI, et al. Gender differences in cumulative life-course socioeconomic position and social mobility in relation to new onset diabetes in adults—the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Ann Epidemiol* 2016; 26:858-64.e1.
22. Guimarães JM, Clarke P, Tate D, Coeli CM, Griep RH, Fonseca MJ, et al. Social mobility and subclinical atherosclerosis in a middle-income country: association of intra- and inter-generational social mobility with carotid intima-media thickness in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Soc Sci Med* 2016; 169:9-17.
23. Nishida W, Kupek E, Zanelatto C, Bastos JL. Intergenerational educational mobility, discrimination, and hypertension in adults from Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00026419.
24. Assari S. Race, intergenerational social mobility and stressful life events. *Behav Sci (Basel)* 2018; 8:86.
25. Ribeiro CAC. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. *Dados* 2006; 49:833-73.
26. Telles EE. Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2003.
27. Telles E, Flores RD, Urrea-Giraldo F. Pigmentocracies: educational inequality, skin color and census ethnocratic identification in eight Latin American countries. *Res Soc Stratif Mobil* 2015; 40:39-58.
28. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69:307-16.
29. Singh-Manoux A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:364-72.
30. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
31. Aquino EM, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol* 2012; 175:315-24.
32. Schmidt MI, Duncan BB, Mill JG, Lotufo PA, Chor D, Barreto SM, et al. Cohort profile: Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Int J Epidemiol* 2015; 44:68-75.
33. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med* 2006; 21:267-75.
34. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:7-12.
35. Breen R, Luijkx R, Müller W, Pollak R. Non-persistent inequality in educational attainment: evidence from eight European countries. *Am J Sociol* 2009; 114:1475-521.
36. Kawachi I, Daniels N, Robinson DE. Health disparities by race and class: why both matter. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24:343-52.
37. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol* 2015; 41:311-30.
38. Burgard S, Castiglione DP, Lin KY, Nobre AA, Aquino EML, Pereira AC, et al. Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 1:e00110516.
39. Assari S, Thomas A, Caldwell CH, Mincy RB. Blacks' diminished health return of family structure and socioeconomic status: 15 years of follow-up of a national urban sample of youth. *J Urban Health* 2018; 95:21-35.
40. Assari S. The benefits of higher income in protecting against chronic medical conditions are smaller for African Americans than Whites. *Healthcare (Basel)* 2018; 6:2.

41. Heringer R. Democratização da educação superior no Brasil: das metas de inclusão ao sucesso acadêmico. *Revista Brasileira de Orientação Profissional* 2018; 19:7-17.
42. Jones CP. Confronting institutionalized racism. *Phylon* 2003; 50:7-22.
43. Krieger N. Discrimination and health inequities. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social epidemiology*. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Oxford University Press; 2014. p. 63-125.
44. Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health* 2012; 102:936-44.
45. McEwen BS. Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109 Suppl 2:17180-5.
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

## Abstract

*Blacks and Browns have major health disadvantages, are less likely to rise in the social hierarchy throughout the course of life, and pertain to lower socioeconomic levels than Whites as a result of structural racism. However, little is known about the mediating role of intergenerational mobility in the association between race/skin color and health. The aim of the present study was to investigate the association between racism and self-rated health and to verify to what extent intergenerational social mobility mediates this association. This was a cross-sectional study conducted with data from 14,386 participants from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) baseline (2008-2010). Maternal education, education of the participant, socio-occupational class of the head of household, and socio-occupational class of the participant were used in the indicators of intergenerational social mobility (educational and socio-occupational). Logistic regression models were used. The prevalence of poor self-rated health was 15%, 24%, and 28% among Whites, Browns, and Blacks, respectively. After adjustments for age, sex, and research center, greater chances of poor self-rated health were found among Blacks (OR = 2.15; 95%CI: 1.92-2.41) and Browns (OR = 1.82; 95%CI: 1.64-2.01) when compared to Whites. Intergenerational educational and socio-occupational mobility mediated, respectively, 66% and 53% of the association between race/color and poor self-rated health in Blacks, and 61% and 51% in Browns, respectively. Results confirm racial inequity in self-rated health and point out that unfavorable intergenerational social mobility is an important mechanism to explain this inequity.*

*Racism; Race; Health Status Disparities; Social Mobility; Social Inequality*

## Resumen

*Negros y mulatos presentan grandes desventajas de salud, poseen menores oportunidades de ascensión en la jerarquía social en el transcurso de su vida, y menores niveles socioeconómicos que los blancos, como resultado del racismo estructural. No obstante, poco se sabe sobre el papel mediador de la movilidad intergeneracional en la asociación entre racismo y salud. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre racismo y autoevaluación de salud, así como verificar en qué medida la movilidad social intergeneracional interfiere en esa asociación. Se trata de un estudio transversal, realizado con datos de 14.386 participantes de la base de referencia (2008-2010) del Estudio Longitudinal de Salud de Adultos (ELSA-Brasil). La escolaridad materna, del participante, clase socio-ocupacional del jefe de familia y clase socio-ocupacional del participante compusieron los indicadores de movilidad social intergeneracional (educacional y socio-ocupacional). Se utilizaron modelos de regresión logística. La prevalencia de autoevaluación de mala salud fue de 15%, 24% y 28% entre blancos, mulatos/mestizos y negros, respectivamente. Tras los ajustes por edad, sexo y centro de investigación, se encontraron mayores oportunidades de autoevaluación de mala salud entre negros (OR = 2,15; IC95%: 1,92-2,41) y mulatos/mestizos (OR = 1,82; IC95%: 1,64-2,01), cuando se compara con los blancos. La movilidad educacional y socio-ocupacional intergeneracional mediaron, respectivamente, 66% y 53% de la asociación entre raza/color y autoevaluación de mala salud en negros, y 61% y 51% en mulatos/mestizos, respectivamente. Los resultados confirman la inequidad racial en la autoevaluación de salud y apuntan que la movilidad social intergeneracional desfavorable es un importante mecanismo para explicar esa inequidad.*

*Racismo; Raza; Disparidades en el Estado de Salud; Movilidade Social; Iniquidad Social*

---

Recebido em 10/Dez/2020

Versão final reapresentada em 11/Mai/2021

Aprovado em 11/Jun/2021