



Racismo Institucional e Ambiental: O Impacto na Saúde da População Negra

Institucional and Environmental Racism: The Impact on the Health of the Black Population

Racismo Institucional y Ambiental: El Impacto en la salud de la población negra

Ana Luiza Sampaio L. de Mattos

Assistente Social, MG, Brasil.
ana.sampaio140@gmail.com

Derli Barbosa dos Santos

Professora Mestre, IFMG, Brasil.
derli.santos@ifmg.edu.br



RESUMO

A falta de saneamento básico – e seu impacto na saúde – é uma realidade que afeta uma parte significativa da população brasileira. Contudo, essa desigualdade não afeta a todos da mesma forma; existe um perfil racial específico das pessoas mais vulneráveis e impactadas por condições ambientais precárias. Embora seja um problema social, essa questão tem sido subestimada como um problema sociológico. Portanto, a partir de uma pesquisa bibliográfica exploratória e da análise de dados sobre o acesso ao saneamento e a morbimortalidade por doenças relacionadas ao saneamento inadequado, segundo cor/raça, buscou-se racializar a discussão sobre saneamento e saúde ambiental sob uma perspectiva político-histórica. Foi constatado que, desde o Brasil Colonial, a população negra vivencia um histórico contínuo de falta de acesso aos serviços de saneamento, com consequentes impactos negativos na saúde ambiental dessa população. Como resultado, a cada uma hora e meia, uma pessoa negra morre no Brasil por não ter acesso adequado ao saneamento, uma situação que é fruto da relação entre o Estado, o racismo institucional e o racismo ambiental, contribuindo para o genocídio da população negra brasileira. É urgente, portanto, que esse tema seja incluído nas agendas políticas e de pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo Ambiental. Saúde Ambiental. Saúde da População Negra.

RESUMEN

La falta de saneamiento básico y su impacto en la salud es una realidad que afecta a una parte significativa de la población brasileña. Sin embargo, esta desigualdad no afecta a todos de la misma manera; existe un perfil racial específico de las personas más vulnerables e impactadas por condiciones ambientales insalubres. A pesar de ser un problema social, esta cuestión ha sido subestimada como un problema sociológico. Por lo tanto, a partir de una investigación bibliográfica exploratoria y del análisis de datos recientes sobre el acceso al saneamiento y la morbilidad y mortalidad por enfermedades relacionadas con el saneamiento inadecuado, según el color/raza, se buscó racializar la discusión sobre saneamiento y salud ambiental desde una perspectiva político-histórica. Se constató que, desde la época colonial de Brasil, la población negra ha experimentado un histórico continuo de falta de acceso a los servicios de saneamiento, con consecuentes impactos negativos en la salud ambiental de esta población. Como resultado, cada hora y media una persona negra muere en Brasil por no tener acceso adecuado al saneamiento, una situación que es producto de la relación entre el Estado, el racismo institucional y el racismo ambiental, contribuyendo al genocidio de la población negra brasileña. Es urgente, por lo tanto, que este tema sea incluido en las agendas políticas y de investigación.

PALABRAS CLAVE: Racismo Ambiental. Salud Ambiental. Salud de la Población Negra.

ABSTRACT

The lack of basic sanitation - and its impact on health - is a reality that affects a significant portion of the Brazilian population. However, this inequality does not affect everyone in the same way; there is a specific racial profile of the most vulnerable people impacted by precarious environmental conditions. Although it is a social problem, this issue has been underestimated as a sociological problem. Therefore, based on an exploratory literature review and analysis of data on access to sanitation and morbidity/mortality from diseases related to inadequate sanitation, by color/race, the aim was to racialize the discussion on sanitation and environmental health from a political-historical perspective. It was found that, since Colonial Brazil, the black population has experienced a continuous history of lack of access to sanitation services, with consequent negative impacts on the environmental health of this population. As a result, every hour and a half, a black person dies in Brazil due to inadequate access to sanitation, a situation that is the result of the relationship between the state, institutional racism, and environmental racism, contributing to the genocide of the Brazilian black population. It is urgent, therefore, that this issue be included in political and research agendas.

KEYWORDS: Environmental Racism. Environmental Health. Health of the Black Population.



1. INTRODUÇÃO

O saneamento básico é entendido como o conjunto de serviços que inclui limpeza urbana, gestão de resíduos sólidos, drenagem de águas pluviais, esgotamento sanitário e fornecimento de água potável. Já o saneamento ambiental vai além, incorporando ações voltadas para a promoção da saúde, como o controle de poluentes gasosos, a gestão sanitária do uso do solo, o controle de doenças e outros serviços que buscam melhorar a qualidade de vida nas áreas urbanas e rurais.

Há uma relação clara entre saneamento, saúde e meio ambiente, refletida em áreas como a epidemiologia ambiental e a promoção da saúde. O conceito de saúde ambiental em saneamento se refere às ações que promovem a saúde e a qualidade de vida, destacadas em documentos como o Manual de Saneamento (FUNASA, 2015). Legalmente, a saúde ambiental e o saneamento são assegurados tanto em âmbito nacional quanto internacional, sendo direitos fundamentais garantidos pela Constituição Brasileira de 1988 e pela Lei de Saneamento Básico (Lei 11.445/2007).

No entanto, apesar desses direitos, a efetiva aplicação da saúde ambiental não é garantida. As desigualdades sociais e ambientais, especialmente em áreas carentes, contribuem para condições de saúde desiguais e injustas. A falta de acesso a serviços básicos como moradia e saneamento é um dos principais fatores que influenciam o processo de adoecimento no Brasil, afetando desproporcionalmente grupos em situação de vulnerabilidade.

Em particular, a população negra é uma das mais afetadas por essas desigualdades, mas a relação entre saneamento e raça é pouco explorada na literatura. Entretanto, discussões sobre racismo ambiental e institucional, embora ainda incipientes, começam a ganhar relevância no Brasil. Pesquisas mais recentes buscam abordar a questão da saúde da população negra no contexto dessas desigualdades, destacando a necessidade de mais estudos e políticas públicas que considerem a variável racial.

2. OBJETIVO

Este artigo pretende contribuir para esse debate, enfatizando a importância de considerar a raça ao analisar a relação entre saneamento e saúde, e situando essa questão dentro da discussão sobre racismo ambiental.

3. METODOLOGIA / MÉTODO DE ANÁLISE

O estudo faz uso de pesquisa bibliográfica e análise de dados sobre acesso ao saneamento e mortalidade por doenças relacionadas à falta de saneamento e, assim, explorar como essas questões afetam a população negra no Brasil.

4. RESULTADOS

Foi constatado que, desde o Brasil Colonial, a população negra vivencia um histórico contínuo de falta de acesso aos serviços de saneamento, com consequentes impactos negativos



na saúde ambiental dessa população. Como resultado, a cada uma hora e meia, uma pessoa negra morre no Brasil por não ter acesso adequado ao saneamento, uma situação que é fruto da relação entre o Estado, o racismo institucional e o racismo ambiental, contribuindo para o genocídio da população negra brasileira.

5. DESENVOLVIMENTO O RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE

O racismo pode se manifestar de várias maneiras complexas, desde sentimentos individuais e ações interpessoais até a estruturação de políticas públicas e a organização dos Estados, influenciando cultura, política e ética. Basicamente, o racismo pode ocorrer nos níveis pessoal (internalizado), interpessoal e institucional, sendo este último o foco do texto, pois é a forma mais negligenciada do racismo (Geledés, 2013a; Werneck, 2016). O racismo institucional, ou racismo sistêmico, se refere ao mecanismo estrutural de exclusão racial seletiva no acesso aos benefícios oferecidos pelo Estado, dos quais apenas os grupos raciais privilegiados usufruem. Dessa forma, o racismo institucional molda a organização e as ações do Estado, suas instituições e políticas públicas (Brasil, 2013; Geledés, 2013a). Em outras palavras, o racismo institucional promove a exclusão seletiva dos grupos raciais subordinados através de "lógicas, processos, procedimentos, condutas que impregnam a cultura institucional – o que, se não os torna invisíveis, faz parte da ordem 'natural' das coisas" (Werneck, 2016, p. 545). Esse tipo de racismo pode ser observado tanto no acesso ao poder quanto na dimensão material, sendo esta última de maior interesse, pois envolve a ausência reiterada do Estado em certos contextos e/ou a limitação no acesso a direitos fundamentais, serviços e políticas de qualidade. Ou seja, o racismo institucional perpetua privilégios, hegemonias brancas e condições que estruturam as desigualdades raciais, expondo a população negra à vulnerabilidade e à falta de proteção social (Geledés, 2013a, 2013b).

Nesse contexto, o racismo se torna um determinante social da saúde, já que a concentração de riqueza e poder, as condições ambientais e de vida, e o fator racial estão ligados às iniquidades em saúde. Compreender o racismo como um determinante social da saúde implica reconhecer que o racismo institucional impede a promoção da equidade ao influenciar o processo saúde-doença-cuidado-morte, perpetuar doenças injustas e evitáveis, e incentivar a violação dos direitos humanos (Barata, 2009; Bastos; Faerstein, 2012; Brasil, 2011; Lopes, 2005a, 2005b; Soares Filho, 2012; Werneck, 2016).

Isso é evidente ao analisar as taxas de mortalidade (infantil e adulta), a expectativa de vida e os anos de vida perdidos por raça, que mostram um quadro de desesperança de vida ao nascer e uma perda significativa de vidas por causas externas, com o racismo sendo um fator que multiplica as vulnerabilidades, resultando em experiências de nascimento, vida, adoecimento e morte desiguais para indígenas e negros em comparação aos brancos (Lopes, 2005a, 2005b). Essa situação também foi denunciada na Conferência de Durban (2001), que identificou o racismo e a discriminação racial como fatores de degradação da condição de vida e de negação dos direitos humanos. Em 2013, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reconheceu o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais da saúde, com o objetivo de promover a equidade em saúde (Brasil,



2013, p. 18), embora essa política não tenha sido devidamente implementada e seja até rejeitada por muitos (Werneck, 2016).

É essencial ressaltar que esse cenário está intimamente ligado às condições políticas, sociais e econômicas que estruturam as relações na sociedade. As condições precárias em que vive a população negra e pobre refletem um quadro de vida estruturado por "injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País" (Brasil, 2013, p. 5), onde predominam doenças crônicas e infecciosas, altos índices de violência urbana, altas taxas de mortalidade materna e infantil marcada pela exclusão social e a falta de bens e serviços públicos.

Estudos sobre desigualdades sociais em saúde têm mostrado a desvantagem social à qual a população negra está sujeita, incluindo pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano e acesso precário a saneamento básico, educação e emprego (Barata, 2009; Bastos, Faerstein, 2012). Esse cenário de desvantagens abrange também "discriminação econômica, segregação espacial, exclusão social, destituição do poder político e desvalorização cultural" (Barata, 2009, p. 66).

RACISMO AMBIENTAL E SANEAMENTO

O termo racismo ambiental foi introduzido por Benjamim Chavez na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, em 1978, durante protestos contra o depósito de bifenil policlorado (PCB), substância altamente tóxica (Roberts; Toffolon-Weiss, 2004). Racismo ambiental refere-se a qualquer política, prática ou diretriz implementada por instituições governamentais, jurídicas, econômicas, políticas e militares que impacte ou prejudique de maneira racialmente desigual as condições ambientais de moradia, trabalho ou lazer de indivíduos, grupos ou comunidades, seja de forma intencional ou não (Bullard, 2005).

Entendendo o racismo institucional como a "negligência" do Estado em garantir serviços, políticas públicas, obras e direitos humanos básicos e fundamentais, percebe-se uma conexão entre racismo institucional e saúde ambiental no contexto do saneamento, afetando diretamente a saúde, o meio ambiente equilibrado e o acesso ao saneamento básico. Historicamente, populações pobres, marginalizadas e pertencentes a minorias étnico-raciais têm sido colocadas em áreas próximas a instalações de esgoto e lixões, expostas a condições de saneamento inadequadas devido a políticas ambientais discriminatórias. Esse processo possui um caráter racial evidente, uma vez que certos grupos são mais impactados que outros, demonstrando que "a desigualdade ambiental tem especificidade racial" (Acselrad, 2004, p. 31).

Nesse contexto, dois pontos merecem destaque: primeiro, o racismo ambiental não se restringe a ações com intenções racistas explícitas, mas inclui também ações que, independentemente da intenção, resultam em impactos racistas (Roberts; Toffolon-Weiss, 2004, p. 81); segundo, o racismo ambiental é uma forma de racismo institucional, pois a ausência de políticas públicas efetivas permite que no meio ambiente prevaleçam fatores que perpetuam a desigualdade social e racial, causando iniquidades raciais, exploração política e levando as comunidades negras a enfrentarem os piores problemas ambientais (Bullard, 2004; Acselrad, 2004). Além disso, a vivência em condições socioambientais precárias, combinada com as desigualdades de poder nos processos decisórios, faz parte do escopo do racismo ambiental (Bullard, 2004).



É importante também destacar que a baixa renda, tanto individual quanto familiar, tem confinado a população negra em áreas caracterizadas por "entorno deficiente, desgastante e produtor de doença" (Brasil, 2013, p. 13), marcadas por "características indesejáveis de habitação", como a falta ou inadequação de serviços de saneamento básico e energia elétrica, alta densidade populacional e construções feitas com materiais de baixa qualidade. Assim, o debate sobre racismo ambiental engloba as deficiências de saneamento que afetam a saúde e a vida das populações negras urbanas, que residem em favelas, periferias e subúrbios, bem como das populações negras tradicionais da área rural, como quilombolas, caiçaras, pescadores, extrativistas e ribeirinhos. Essas condições sanitárias, marcadas por ambientes insalubres (seja na moradia, trabalho ou lazer), incluem a falta de acesso à água (potável ou não) e a instalações sanitárias; disputas pelo uso da água e a privatização indevida de recursos hídricos; descarte de esgoto e poluição em corpos hídricos; disposição inadequada e lançamento clandestino de resíduos (domésticos ou tóxicos); moradias em encostas perigosas ou próximas a cursos d'água, sujeitas a deslizamentos e enchentes; e a vivência em áreas de lixões, zonas de enchentes, vazadouros de lixo e aterros de resíduos químicos.

A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DESDE O BRASIL COLÔNIA

As condições de saneamento desempenham um papel central nos contextos de racismo ambiental, cuja origem remonta ao Período Colonial, quando a população negra escravizada não tinha acesso a saneamento e era responsável pelos serviços de saneamento nas casas-grandes, sobrados, repartições públicas e na cidade (Chalhoub, 1996; Conrad, 1985; Karasch, 2000; Klein, 1987). Em outras palavras, os corpos negros eram, na prática, os sistemas de saneamento da cidade. O contexto colonial foi, portanto, decisivo na formação do quadro epidemiológico da população negra, influenciando negativamente suas condições de higiene e saúde ao introduzir doenças associadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI), conceito desenvolvido por Costa et al. (2004), com base nas classificações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1985, 1997), também conhecidas como doenças relacionadas ao abastecimento de água e ao esgoto (Funasa, 2015).

A mortalidade causada por doenças associadas às condições precárias de saneamento e higiene foi um elemento marcante na história do tráfico negreiro, especialmente nos superlotados e insalubres navios tumbeiros, onde as instalações sanitárias rudimentares e a qualidade precária da comida e da água de consumo eram responsáveis por disseminar doenças como a disenteria (cólera), a principal causa de morte durante essas travessias forçadas, que ceifaram entre 1 e 2 milhões de vidas africanas (Chalhoub, 1996; Conrad, 1985; Klein, 1987). As condições insalubres continuaram a existir durante o período de quarentena e no mercado negreiro, onde a alta mortalidade resultante das péssimas condições de higiene e saneamento, aliadas à má alimentação, também contribuíram para a proliferação de mosquitos, sujeiras e epidemias. Após a venda dessas pessoas, as condições sanitárias deterioravam-se ainda mais, com habitações precárias, como porões escuros e úmidos ou cubículos apertados, frequentemente infestados por ratos e insetos (Farias et al., 2006; Karasch, 2000; Silva, 1988).

Além disso, muitos negros escravizados viviam e trabalhavam em áreas propensas à proliferação de mosquitos transmissores de malária, como pântanos, áreas alagadas, depósitos de lixo, cemitérios, hospitais e prisões. A falta de sistemas de drenagem e esgotamento sanitário,



a ausência de latrinas ou banheiros e ruas repletas de excrementos humanos e animais, além de corpos de negros escravizados mortos, foram fatores determinantes para o alto índice de morbimortalidade dessa população (Karasch, 2000). Como resultado, as principais doenças eram infecto-parasitárias, como tuberculose, disenteria, varíola, tétano e malária, agravadas pelas péssimas condições de vida, moradia, alimentação e trabalho. Doenças como diarreia, gastroenterite, hepatite e enterite também causaram a morte de milhares de cativos, destacando-se a cólera. A ancilostomíase, por exemplo, era particularmente fatal para a população negra devido à alimentação insuficiente, resultando na morte do hospedeiro negro. A disenteria bacilar, uma das doenças mais rápidas e letais, levava à morte em três ou quatro dias, enquanto a disenteria amebiana era mais recorrente, com maior chance de sobrevivência (Farias et al., 2006; Karasch, 2000).

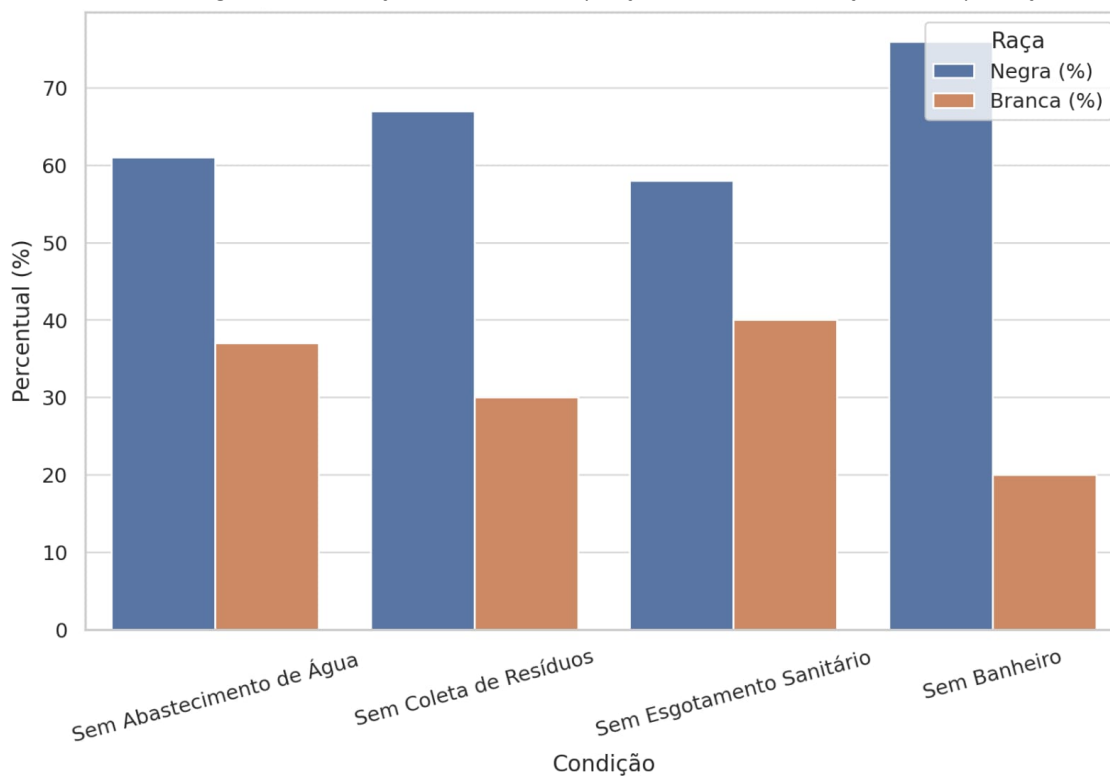
Naquela época, a expectativa de vida de uma pessoa negra era de 23 anos, com um terço não sobrevivendo ao primeiro ano de vida e quase metade das crianças não atingindo 5-10 anos de idade. A ausência de saneamento, combinada com o hábito de brincar em ruas cheias de fezes e de colocar terra na boca, fez com que muitas crianças fossem infectadas por bicho-de-pé, lombrigas, oxiurose e ancilostomose. Devido à maior vulnerabilidade, crianças e idosos eram as principais vítimas de óbitos por diarreia e outras doenças relacionadas à falta de saneamento adequado (Karasch, 2000). No século XIX, muitos negros escravizados continuavam a morrer de diarreia, vermes e parasitas. De acordo com Karasch (2000, p. 239), "o que de fato debilitava e matava os escravos, especialmente as crianças, não era o verme em si, mas a combinação de desnutrição e vermes (e talvez parasitas da malária), da qual a anemia e diarreia eram amiúde os únicos sintomas". Essas condições permitiam que outras perturbações gastrointestinais, além de vermes e parasitas, causassem diarreia e agravassem a saúde da população negra escravizada. A hepatite, por exemplo, que também ocorre em ambientes com condições sanitárias deficientes, era comum e se somava aos baixos padrões socioeconômicos, à nutrição inadequada, ao forte estresse e ao excesso de trabalho, contribuindo para o alto índice de mortalidade por essas doenças (Karasch, 2000).

No início do século XXI, uma agenda voltada para a saúde da população negra brasileira foi organizada, principalmente por movimentos negros, denunciando as injustiças e desigualdades em saúde sofridas por essa parcela da população devido à omissão do Estado, o que levou à criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), focada na equidade racial em saúde (Brasil; Trad, 2012). Outros marcos legais importantes foram estabelecidos, como a Declaração e o Plano de Ação da Conferência de Durban (2001), a lei de saneamento (Brasil, 2007) e o Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2010), que garantem prioridade para as populações negras urbanas e tradicionais em programas de saneamento. Entretanto, mesmo com esses avanços, uma parcela significativa da população negra brasileira ainda vive em condições sanitárias semelhantes às do Brasil Colonial.

Os dados do Censo 2010 revelam que 48% da população brasileira era branca e 51% era negra. No entanto, essa proporção não se refletiu nas condições de saneamento, com uma sobrerrepresentação da população negra em ambientes insalubres. Cerca de 61% da população sem acesso ao abastecimento de água era negra, em comparação com 37% de brancos; 67% da população sem coleta de resíduos era negra, em oposição a 30% de brancos; 58% da população sem esgotamento sanitário era negra, em comparação com 40% de brancos; e 76% da população sem banheiro era negra, enquanto apenas 20% era branca. Em termos absolutos, isso significava

que, em 2010, 21.532.754 pessoas negras dependiam de poços, nascentes, carros-pipa, armazenamento de água da chuva, rios, açudes, lagos ou igarapés para abastecimento de água; 17.955.295 pessoas negras queimavam, enterravam ou descartavam seu lixo em terrenos baldios, logradouros, rios, lagos ou mares; 48.572.734 pessoas negras tinham esgotos destinados a fossas sépticas ou rudimentares, valas, rios, mares, lagos ou outros; e 10.610.966 pessoas negras viviam sem banheiro em casa, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição Percentual da População sem Acesso a Serviços Básicos por Raça



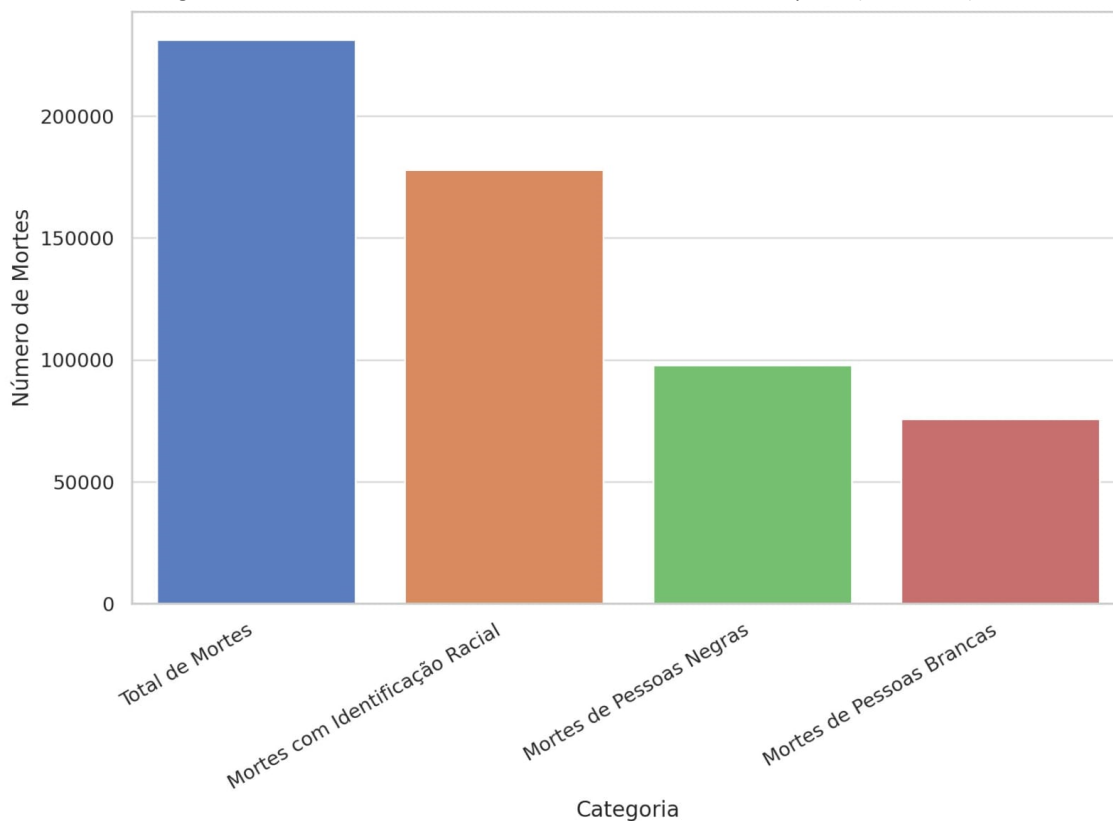
Fonte: Adaptado de IBGE (2010)

Esses números evidenciam a importância do racismo ambiental na criação de uma realidade marcada pela insalubridade ambiental, na medida em que o saneamento é um dos fatores que promove a saúde e o bem-estar, prevenindo ou inibindo a ocorrência de endemias e epidemias transmitidas pelo ambiente (Funasa, 2015). Na prática, esses dados revelam a profunda disparidade racial na oferta de políticas públicas de saneamento, mostrando uma correlação entre a precarização dos serviços e o aumento da população negra não atendida, expondo-a a formas insalubres de acesso à água e destinação de esgoto e lixo, tornando-a mais vulnerável a riscos à saúde.

Entre 1996 e 2014, o DataSUS (Brasil, 2006) registrou 231.087 mortes de brasileiros devido a doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI). Dessas mortes, 23% não têm identificação racial, e dos 77% que têm essa informação, 55% são de pessoas negras e 43% de pessoas brancas, resultando em uma diferença percentual de 12%, o que representa 21.270 mortes a mais entre os negros. Ao todo, 97.897 pessoas negras faleceram por essas doenças no período. Isso significa que, a cada uma hora e meia, uma pessoa negra morre por falta de saneamento no Brasil. (Figura 2).



Figura 2 – Mortes Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (1996-2014)



Fonte: Adaptado de Brasil (2016)

É crucial notar que 50% das mortes de pessoas negra são de bebês com menos de um ano de idade (13,34%, equivalente a 687 bebês negros por ano) e de idosos negros com mais de 60 anos (36%, ou 1.865 idosos negros por ano). Tal como no período colonial, crianças e idosos negros permanecem entre os mais vulneráveis.

A análise dos três gráficos revela uma profunda disparidade racial nas mortes relacionadas ao saneamento ambiental inadequado no Brasil. Entre 1996 e 2014, a maioria das mortes causadas por essas condições afetou desproporcionalmente a população negra, evidenciando uma desigualdade estrutural preocupante. Com 55% das mortes identificadas sendo de pessoas negras, enquanto 43% eram de pessoas brancas, fica claro que as condições de saneamento precárias impactam mais severamente a população negra.

Além disso, a vulnerabilidade é acentuada nas extremidades etárias, onde bebês negros com menos de um ano e idosos negros com mais de 60 anos são particularmente afetados. Metade das mortes de pessoas negras ocorre nesses grupos, refletindo uma combinação de fragilidade biológica e desigualdade socioeconômica. Esses dados sublinham a necessidade urgente de intervenções que visem melhorar o acesso ao saneamento básico de forma equitativa, com especial atenção às populações mais vulneráveis.

Em conclusão, os gráficos mostram que, para combater as mortes relacionadas ao saneamento inadequado, é fundamental abordar as desigualdades raciais e proteger os grupos etários mais vulneráveis. Isso requer políticas públicas direcionadas, que reconheçam e corrijam as injustiças históricas que perpetuam essas disparidades, promovendo um ambiente mais saudável e justo para todos.



Além disso, espera-se que a situação da população negra em relação às doenças e mortes por DRSAI seja ainda pior, considerando a subnotificação de muitos casos e o fato de que 23% dos casos classificados como “sem informação” podem ter sido negligenciados devido ao racismo institucional. O público majoritário do SUS é composto por pessoas negras, assim como a maior parte da população sem acesso a saneamento, conforme a Figura 1. Mesmo assim, os números são alarmantes: entre janeiro de 2008 e outubro de 2016, quase 2 milhões de pessoas foram internadas por doenças de saneamento no Brasil, baseando-se apenas em dados oficiais e desconsiderando subnotificações.

Esse contexto, como aponta Werneck (2016), evidencia que as políticas e a gestão da saúde têm sido insuficientes ou ineficientes na redução e eliminação das vulnerabilidades que afetam a saúde e a qualidade de vida da população negra. Isso inclui o tratamento desigual promovido ou mantido pelo SUS, que aumenta a vulnerabilidade dessa população em relação aos direitos humanos devido ao racismo institucional. “No caso da saúde da população negra, o meio ambiente, que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade” individual, social e programática, derivada de fenômenos socioculturais, políticos e econômicos (Lopes, 2005a, p. 55).

As experiências de racismo ambiental expõem a população negra a riscos e condições desfavoráveis, uma vez que as decisões ambientais e de planejamento urbano não consideram esse grupo, promovendo a destruição ecológica e explorando a vulnerabilidade dessas populações desprovidas de direitos econômicos e políticos. Essa situação é impregnada pelo legado da escravidão e pela resistência branca à justiça equitativa (Bullard, 2004, 2005).

Finalmente, é essencial reconhecer que a degradação ambiental interfere diretamente nas possibilidades de uma existência digna, expondo as pessoas a condições insalubres de racismo ambiental, onde a própria população negra é tratada como insalubre por partes da sociedade e do Estado. Compreender e agir em prol da dimensão ecológica da dignidade humana das populações privadas de direitos básicos de sobrevivência e qualidade de vida, impactadas pelo racismo ambiental, é crucial. Como lembra Lopes (2005a), a promoção da equidade racial passa necessariamente pela garantia da saúde e da dignidade como direitos humanos.

6. CONCLUSÕES

O racismo ambiental e as condições de saneamento são cruciais para entender o perfil epidemiológico da saúde da população negra, uma vez que há uma clara relação entre a falta de acesso ao saneamento e a mortalidade por DRSAI. Nesse contexto, é essencial politizar os processos de saúde-doença para revelar as múltiplas formas de racismo que atuam como determinantes sociais da saúde. As “doenças da pobreza”, “doenças negligenciadas” e “doenças evitáveis” revelam as dimensões sociais, econômicas e políticas que perpetuam um quadro de vulnerabilidade, afetando a saúde, o corpo e a vida da população negra, aumentando os riscos e determinando o ciclo de nascer, viver, adoecer e morrer.

O racismo ambiental é um fenômeno histórico que remonta ao Período Colonial. Desde os navios negreiros até os atuais espaços marginalizados (favelas, periferias, subúrbios), a população negra foi sistematicamente privada de direitos básicos, como o acesso ao saneamento. Esse fato reflete um contínuo colonial, onde as violências e desigualdades herdadas



do colonialismo são perpetuadas, desumanizando a população negra e negando-lhe direitos e dignidade.

Nesse cenário, o papel do Estado é fundamental para a manutenção dessa histórica "negligência" em relação às condições básicas de saúde e higiene da população negra. Ao não garantir o direito à cidade e ao saneamento ambiental, o Estado usa o saneamento como um sofisticado mecanismo político para violentar e eliminar corpos considerados descartáveis. Isso se manifesta tanto pela ausência de políticas públicas de promoção da saúde quanto pela precarização do SUS, que não consegue reverter o alto índice de mortalidade por DRSAI. Esse quadro configura um genocídio eugenista, ou seja, uma produção racializada da morte em massa, por meio da violência do Estado e seus mecanismos de controle racial, que promovem uma política de morte, limpeza racial e embranquecimento da sociedade.

Essa "negligência" também é alimentada pela "negligência" acadêmico-científica, tornando esse um problema social histórico no Brasil, que ainda não é tratado adequadamente nas pesquisas sociológicas. Embora uma pessoa negra morra a cada uma hora e meia por falta de saneamento, essas mortes continuam silenciadas, banalizadas e naturalizadas.

Finalmente, é urgente que o racismo ambiental e a saúde da população negra estejam nas agendas políticas e de pesquisa. Garantir o saneamento como direito básico para a população negra é fundamental para a cidadania e a dignidade humana, permitindo superar as marcas do colonialismo e avançar em direção a uma democracia plena no Brasil.

7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ACSELRAD, H. **Justiça ambiental: ação coletiva e estratégias argumentativas**. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (Org.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 23-39. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/590744/mod_resource/content/1/just%20amb%20e%20cid.pdf> Acesso em agosto de 2024

BARATA, R. B. **Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença**. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 138-145, 2001. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35108>> Acesso em outubro de 2024

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>> Acesso em agosto de 2024

BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023] Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em agosto de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (SIM/SUS)**. Mortalidade – Brasil. Período: 1996-2014. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>> Acesso em julho de 2024

BRASIL. **Lei nº 11.445**, de 5 de janeiro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 jan. 2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm> Acesso em agosto de 2024

BRASIL. **Lei nº 12.288**, de 20 de julho de 2010. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm> Acesso em agosto de 2024

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <



https://siac.fpabramo.org.br/uploads/acaoinstitucional/Racismo_como_determinante_social_de_saude_2011.pdf> Acesso em agosto de 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf> Acesso em agosto de 2024

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. **O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro**. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra. Brasília: ABPN, 2012. p. 70-97. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf> Acesso em agosto de 2024

BULLARD, R. **Enfrentando o racismo ambiental no século XXI**. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (Org.). Justiça ambiental e cidadania. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 41-68. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf> Acesso em agosto de 2024

BULLARD, R. **Ética e racismo ambiental**. Revista Eco 21, Rio de Janeiro, ano XV, n. 98, 2005. Disponível em: <
www.eco21.com.br/textos/textos.asp?ID=996> Acesso em junho de 2024

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CNDSS – COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso em agosto de 2024

CONFERÊNCIA MUNDIAL CONTRA O RACISMO, DISCRIMINAÇÃO RACIAL, XENOFOBIA E INTOLERÂNCIA CORRELATA, 1, 2001, Durban. **Declaração e plano de ação**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2001. Disponível em: <
<https://www.oas.org/dil/port/2001%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20adotado%20pela%20Terceira%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20contra%20o%20Racismo,%20Discrimina%C3%A7%C3%A3o%20Racial,%20Xenofobia%20e%20Formas%20Conexas%20de%20Intoler%C3%Ancia.pdf>> Acesso em agosto de 2024

CONRAD, R. E. **Tumbeiros: o tráfico de escravos para o Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1985. Disponível em: <
<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i119p239-242>> Acesso em agosto de 2024

COSTA, A. M. et al. **Impactos na saúde e no Sistema Único de Saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado**. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Caderno de pesquisa de engenharia de saúde pública. Brasília, DF: Funasa, 2004. p. 5-26.

CUNHA, E. M. G. P. **Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios**. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 37-48. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf> Acesso em agosto de 2024

FARIAS, J. B. et al. **Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX**. São Paulo: Alameda, 2006. Disponível em: <
https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/arquitetura/Mnl_CaderPesq.pdf> Acesso em agosto de 2024

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Manual de saneamento**. 4. ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <
<https://repositorio.funasa.gov.br/handle/123456789/541>> Acesso em agosto de 2024

GELEDÉS. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. São Paulo, 2013a. Disponível em: <
<https://andi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>> Acesso em agosto de 2024

GELEDÉS. **Guia de enfrentamento do racismo institucional**. São Paulo, 2013b. Disponível em: <
<https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>> Acesso em agosto de 2024

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HELLER, L. **Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/4wdHGnBkYZg4qzdgSMnLwgx/>> Acesso em agosto de 2024



IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <https://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em agosto de 2024

KARASCH, M. C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KLEIN, H. S. **Vida, morte e família nas sociedades escravocratas afro-americanas**. In: KLEIN, H. S. A escravidão africana: América Latina e Caribe. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 157-181.

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra**. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.) Seminário Saúde da População Negra no Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005a. p. 53-102. Disponível em: < https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf> Acesso em agosto de 2024

LOPES, F. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005b. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRYJkXk/abstract/?lang=pt>> Acesso em agosto de 2024

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 9-29. Disponível em: < <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>> Acesso em agosto de 2024

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. In: SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>> Acesso em agosto de 2024

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos**. São Paulo, 1985.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo, 1997.

PORTO, M. F. S. **Saúde pública e (in)justiça ambiental no Brasil**. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (Org.). Justiça ambiental e cidadania. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 119-140. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/590744/mod_resource/content/1/just%20amb%20e%20cid.pdf> Acesso em agosto de 2024

RAUPP, L. et al. **Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-15, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PqsyRVJzNrhDBwTr5SjCrG/abstract/?lang=pt#>> Acesso em agosto de 2024

ROBERTS, J. T.; TOFFOLON-WEISS, M. **Concepções e polêmicas em torno da justiça ambiental nos Estados Unidos**. In: ACSELRAD, H.; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (Org.). Justiça ambiental e cidadania. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. p. 81-95. Disponível em: < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/590744/mod_resource/content/1/just%20amb%20e%20cid.pdf> Acesso em agosto de 2024

ROSEMBERG, F.; PINTO, R. P. **Saneamento básico e raça**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29-42, 1995. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38149>> Acesso em agosto de 2024

SANTOS, S. B. **Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil**. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 41-53, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1342>> Acesso em agosto de 2024

SILVA, M. C. T. **Reflexão sobre o conceito de problema social** – I. Análise Social, Lisboa, v. 5, n. 17, p. 5-22, 1967. Disponível em: < <https://www.studocu.com/pt/document/universidade-aberta/problemas-sociais-contemporaneos/problemas-sociais-reflexao/17156332>> Acesso em agosto de 2024

SILVA, M. R. N. **Negro na rua: a nova face da escravidão**. São Paulo: Hucitec, 1988. Disponível em: < <https://revistaseletronicas.pucrs.br/iberoamericana/article/view/30461>> Acesso em agosto de 2024

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. M. **Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento**. Caderno de Saúde



Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1713-1724, 2002. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/zSTTXpfMwDFQ64tRM9YbDzt/abstract/?lang=pt#>> Acesso em agosto de 2024

SOARES FILHO, A. M. **O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão.** In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN, 2012. p. 49-69. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf > Acesso em agosto de 2024

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em agosto de 2024