

Anexo 2: Plano de Ação de Gênero

1. **Impactos Sociais do Projeto.** Os impactos sociais globais previstos com a expansão da infraestrutura hídrica nas bacias dos rios Banabuiú e Médio Jaguaribe são benéficos e socialmente inclusivos. Em todo o mundo, há fortes evidências de que o acesso ao saneamento tem repercussões imediatas nos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil e a longevidade da população. O acesso ao saneamento também está positivamente associado ao Índice de Desenvolvimento Humano.¹⁰ Os municípios beneficiados situam-se em sua maior parte nas áreas rurais (55%) e contam com altas taxas de extrema pobreza (média regional igual a 28,6%), superior à média estadual na maioria dos municípios da região do Sertão do Banabuiú. Também são esperados impactos relacionados ao gênero decorrentes das atividades relacionadas à expansão da infraestrutura hídrica nas regiões de Banabuiú e Sertão Central.

2. De acordo com as normas sociais predominantes dos padrões de divisão do trabalho social espera-se que (i) as mulheres beneficiem-se mais do abastecimento de água tratada à medida que continuam a assumir a responsabilidade de buscar água para as famílias, cuidar das tarefas domésticas e cuidar da saúde e da família, (ii) a confiabilidade dos serviços de água reduza as cargas de trabalho domésticas e a incidência de doenças gastrointestinais transmitidas pela água, contribuindo para melhorar o bem-estar de homens e mulheres, mas com um impacto maior na vida diária das mulheres.

3. **Saneamento no Brasil.**¹¹ A participação da população brasileira com acesso a serviços de água tratada aumentou de 80,6% em 2004 para 83,3% em 2016. Nesse período, 33,7 milhões de brasileiros tiveram acesso a esse serviço. Simultaneamente, a participação da população brasileira com acesso a serviços de esgoto aumentou de 38,4% para 51,9%, dando acesso aos sistemas de esgoto para mais 40,6 milhões de pessoas, o que significa um aumento de 64,2% no número de brasileiros atendidos. Apesar desses inegáveis avanços, o número de brasileiros sem acesso a serviços confiáveis de água e esgoto continua enorme e o desafio da universalização está crescendo. O desafio ainda é maior na região pobre do Nordeste. Entre 2004 e 2016, o acesso aos serviços de água no estado do Ceará diminuiu e permanece menor

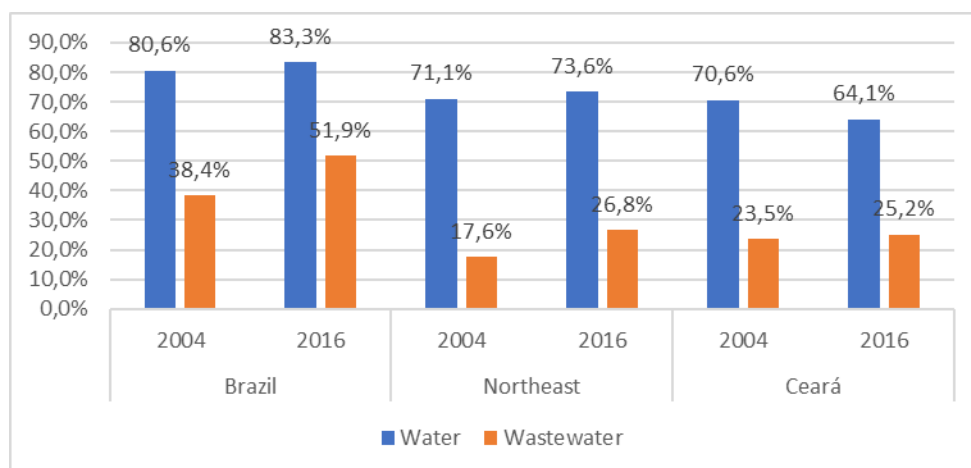
¹⁰ Unicef and WHO, *25 years: Progress on Sanitation and Drinking Water* (Geneva: 2015). UNDP, *Human Development Report 2015: Work for Human Development* (New York:2015).

¹¹ Essa análise é baseada no Instituto Trata Brasil, *Benefícios Econômicos e Sociais da Expansão do Saneamento no Brasil 2018*. Disponível em <http://www.tratabrasil.org.br/estudos/estudos-itb/itb/beneficios-economicos-e-sociais-da-expansao-do-saneamento-brasileiro>. Este estudo baseia-se em três principais fontes estatísticas oficiais: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016 (IBGE, 2017); Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015); e Ministério das Cidades, Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), disponível em <http://www.snis.gov.br/>.

do que nos níveis regional e nacional. O acesso aos serviços de águas residuais melhorou, mas em um ritmo mais lento do que nos níveis regional e nacional. Consequentemente, o desafio de fornecer serviços de esgoto no Ceará permanece maior do que nos níveis regional e nacional, como pode ser visto na figura 21.

4. **Saneamento e bem-estar no Brasil.** A falta de saneamento tem implicações imediatas na saúde e na qualidade de vida da população, devido à incidência de doenças gastrointestinais transmitidas pela água (ver figuras 22 e 23 abaixo). No Brasil, há fortes evidências de que a recorrência de tais doenças eleva os custos socioeconômicos relacionados com (i) a retirada de atividades rotineiras (incluindo trabalho, educação, horas domésticas e recreativas) e (ii) despesas públicas e privadas com o tratamento de pessoas infectadas. Há também evidências sólidas ligando a falta de acesso a serviços confiáveis de água e esgoto e a recorrência de doenças associadas com impacto direto no mercado de trabalho e atividades escolares, afetando o desempenho produtivo em detrimento de oportunidades de carreira e potencial de renda, além de dificultar a educação e realizações em detrimento do seu potencial futuro no mercado de trabalho. A incidência de doenças gastrointestinais atingiu 74,7 / 1.000 pessoas no Brasil e 88,0 / 1.000 pessoas no Nordeste. Em média, 3,32 dias por ano foram perdidos devido a essas ausências. Foram 353.500 internações e 2.193 mortes por doenças gastrointestinais.

Figura 21 Acesso a serviços de água e saneamento no Brasil (porcentagem da população total)



Fonte: Instituto Trata Brasil (2018), baseado nos dados do SNIS.

Figura 22 Hospitalização por doenças gastrointestinais em pessoas com acesso a sistemas de esgoto - Brasil, 2004-2016

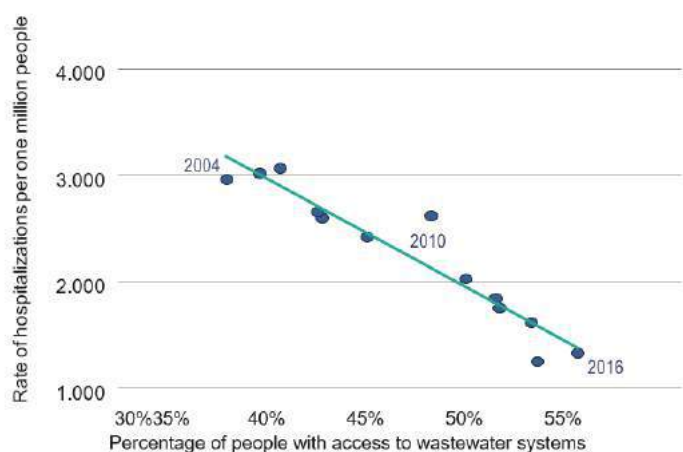
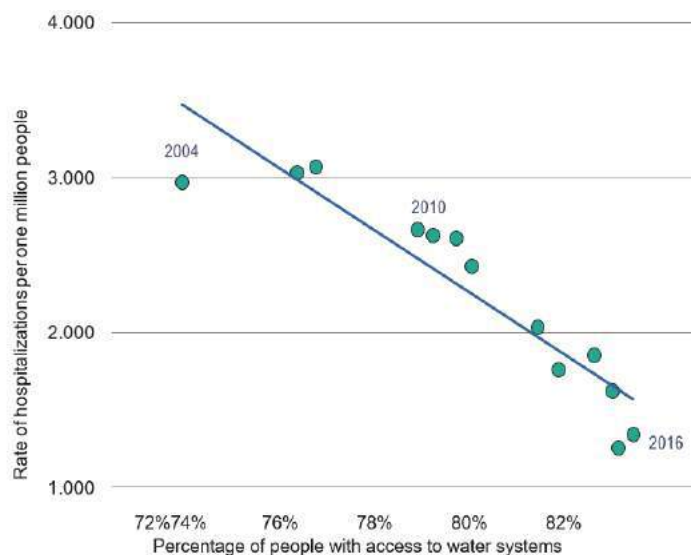


Figura 23 Hospitalização por doenças gastrointestinais em pessoas com acesso a sistemas hídricos - Brasil, 2004-2016



Fonte: Instituto Trata Brasil (2018), com base em dados do SNIS e Datasus.

5. **Desigualdade de gênero no Brasil continuam grandes.** A avaliação dos impactos e benefícios sociais do Projeto incorporou uma lente sensível ao gênero. O Brasil fez progressos significativos em direção à equidade de gênero na educação. No entanto, as desigualdades de gênero nas atividades econômicas continuam elevadas. Tal como em muitos outros países, as mulheres continuam a ser as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e de assistência não remuneradas e são contratadas em trabalhos de tempo parcial mais do que os homens, o que conduz a lacunas significativas nos rendimentos dos empregos. Dados nacionais de 2016 mostram que as mulheres gastam 18,1 horas por semana em tarefas domésticas e de cuidados e os homens gastam 10,5 horas por semana (o que significa que a carga de trabalho das mulheres com tarefas domésticas e assistenciais é 73% maior que a dos homens). Além disso, 83% das mulheres e apenas 65% dos homens realizavam trabalhos domésticos, enquanto 28% das mulheres e apenas 19% dos homens eram responsáveis pelas atividades domésticas em seus domicílios. Enquanto 48% das mulheres em idade produtiva permaneceram fora da força de trabalho, apenas 28% dos homens enfrentaram essa situação. As mulheres representam apenas 48% do total da força de trabalho, 43% das pessoas com empregos, e 28% delas têm

apenas empregos de meio período. Por fim, a desigualdade de gênero no rendimento médio do trabalho atingiu 23%.¹²

6. **Desigualdade de Gênero relacionadas ao saneamento.**¹³ A falta de saneamento tem implicações imediatas na saúde e qualidade de vida da população. Essas implicações são mais duras entre as mulheres do que os homens. Os impactos adversos estão relacionados com a incidência de doenças gastrointestinais transmitidas pela água. Aumentando essas doenças, a falta de saneamento leva a incapacidade da realização das atividades diárias de rotina, interfere na educação escolar e leva a perdas na produtividade, oportunidades de desenvolvimento de carreira e renda. No Brasil, também há fortes evidências - nos níveis nacional, regional e estadual - de que o acesso à água (em bases regulares) e serviços de esgoto é (i) negativamente associado à retirada das mulheres das atividades diárias, hospitalização e mortes devido à água e doenças gastrointestinais e (ii) positivamente associado com as conquistas educacionais das mulheres e ganhos de empregos.

7. As evidências mostram que, em 2013: (i) a taxa de internações por doenças gastrointestinais atingiu 1,801 / 1.000 mulheres e 1,721 / 1.000 homens (uma diferença de 5%); (ii) em média, cada mulher gastou 3,48 dias por ano longe de suas atividades rotineiras devido a diarreia e vômito e cada homem passou 3,15 dias por ano (uma diferença de 10%); (iii) as taxas de mortalidade por doenças gastrointestinais também foram mais altas entre mulheres do que homens (2,5 / 100.000 mulheres em relação a 2,3 / 100.000 homens) - em nível nacional, 0,95 / 1.000 mulheres morreram devido a doenças gastrointestinais. No estado, essa taxa chegou a 1,61 / 1.000 mulheres; e (iii) mulheres foram responsáveis por 54,4% das mortes por doenças gastrointestinais e os homens por 45,6% (diferença de 19%).¹⁴

8. Em 2016, a taxa de mulheres que tiveram que abandonar suas atividades rotineiras devido a diarreia ou vômito chegou a 76,0 / 1.000 mulheres no país e 101,2 / 1.000 mulheres no estado do Ceará (com pico de 112,8 / 1.000 mulheres nas áreas urbanas e caindo para 58,7 / 1.000 mulheres nas áreas rurais). Em média, cada mulher gastou 3,48 dias por ano longe de suas atividades rotineiras devido a diarreia e vômitos. Entre os homens, essa média caiu para 3,15 dias por ano. Considerando a carga de tempo das mulheres como cuidadoras de pessoas doentes em seus familiares, essas lacunas nas retiradas de atividades diárias e hospitalização

¹² BRK Ambiental, O Saneamento e a Vida da Mulher Brasileira. Disponível em <http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/pesquisa-mulher/relatorio.pdf>.

¹³ Essa análise combina informações e resultados analíticos apresentados nos relatórios do Instituto Trata Brasil (2018) e BRK Ambiental (2018). Esses estudos se baseiam em análises estatísticas que isolaram o efeito do acesso ao saneamento nas realizações escolares e na renda dos trabalhadores.

¹⁴ Pesquisa Nacional de Saúde 2015 do IBGE, citada pela BRK Ambiental (2018).

têm um impacto muito maior entre as mulheres do que os homens. Retiradas de atividades rotineiras foram mais frequentes entre os pobres e entre os menos instruídos (Instituto Trata Brasil: 2018). Essas retiradas também foram mais frequentes entre as mulheres pobres que não tinham acesso a redes de abastecimento de água, acesso regular a serviços de abastecimento de água diariamente, redes de esgoto e banheiros para uso doméstico exclusivo (BRK Ambiental: 2018).

9. Todas essas desigualdades de gênero nas condições de saúde relacionadas às doenças de veiculação hídrica são piores na região Nordeste,¹⁵ entre os pobres e entre os menos instruídos (Instituto Trata Brasil: 2018), porque a falta de acesso à água tratada é altamente concentrada entre eles. De fato, essas retiradas de atividades rotineiras são mais frequentes entre mulheres pobres que não têm acesso a redes de abastecimento de água, acesso regular a serviços de abastecimento de água diariamente, redes de esgoto e banheiros para uso doméstico exclusivo (BRK Ambiental: 2018).

Figura 24 Incidência de abandono de atividades rotineiras por causa de diarreia e vômitos, por sexo e idade, número de casos por 1.000 habitantes (Brasil, 2013)

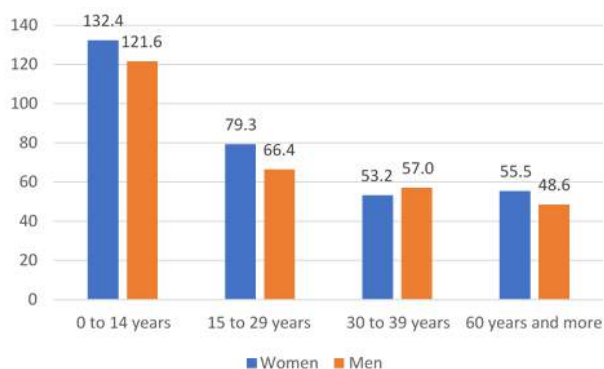
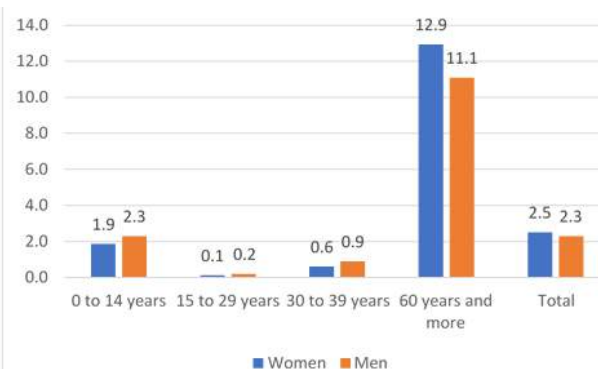


Figura 25 Incidência de óbitos por diarreia e vômitos, por sexo e idade, número de casos por 100.000 habitantes (Brasil, 2013)



Fonte: BRK Ambiental (2018), com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015).¹⁶

10. A evidência também mostra que o acesso a redes de abastecimento de água e redes de coleta de esgoto reduziu os atrasos escolares entre crianças e jovens em 1,1% e 1,5%, respectivamente (ver figura 26). Além disso, o acesso a redes de abastecimento de água e redes de coleta de esgoto aumentou a renda do trabalhador em 3,2% e 6,8%, respectivamente, como mostra a figura 27 (Instituto Trata Brasil: 2018). Estes efeitos são ainda mais relevantes para as mulheres. Entre as mulheres com acesso e sem acesso a redes de abastecimento de

¹⁵ A incidência de casos de abandono das atividades de rotina atingiu 74,7 / 1.000 habitantes no país e atingiu 88,0 / 1.000 habitantes no Nordeste (Instituto Trata Brasil: 2018). Na região Nordeste, a taxa de mortalidade por doenças gastrointestinais chegou a 3,9 / 100.000 entre as mulheres. No estado do Ceará, essa taxa era de 2,7 / 100.000 entre as mulheres (BRK Ambiental: 2018).

¹⁶ De acordo com a análise do Instituto Trata Brasil (2018), as informações do PNADC 2016 corroboram essas tendências.

água, a última mostrou atrasos escolares 5,0% mais altos do que os anteriores e obteve rendimentos 36,9% menores do que os anteriores. Enquanto isso, entre mulheres com e sem acesso a redes coletoras de esgoto, as posteriores mostraram atrasos escolares 2,6% maiores que as anteriores e obtiveram rendas 34,8% menores do que elas (BRK Ambiental: 2018). Todas essas desigualdades de gênero nas condições de saúde relacionadas às doenças de veiculação hídrica são piores na região Nordeste e no estado do Ceará. Assim, a incidência de casos de abandono de atividades rotineiras foi de 74,7 / 1.000 habitantes no país e atingiu 88,0 / 1.000. habitantes do Nordeste (Instituto Trata Brasil: 2018). Além disso, na região Nordeste, a taxa de mortalidade por doenças gastrointestinais atingiu um pico de 3,9 / 100.000 entre as mulheres. No entanto, no estado do Ceará, essa taxa era de 2,7 / 100.000 entre as mulheres (BRK Ambiental: 2018).

Figura 26 Realizações escolares - número de habilitações concluídas - segundo o acesso ao saneamento, 2016 (Brasil, 2013)

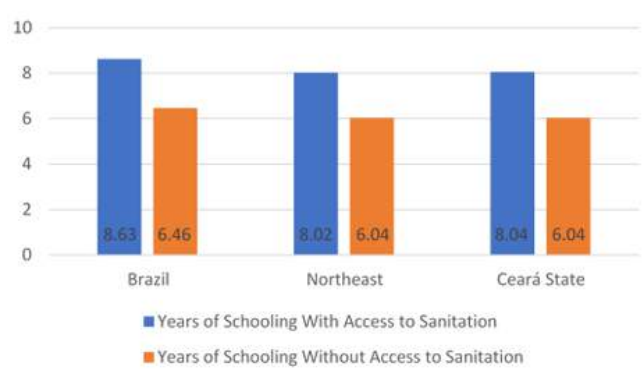
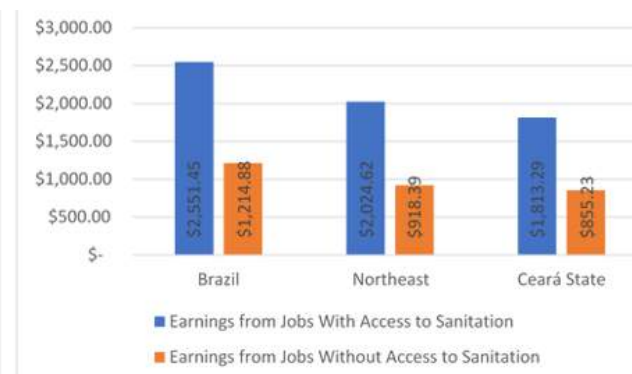


Figura 27 Ganhos médios de empregos de acordo com o acesso ao saneamento, 2016 (reais)



Fonte: Instituto Trata Brasil, com base em dados do PNADC 2016 (IBGE: 2017)

11. **As Ações Relacionadas a Gênero** incluídas no Projeto compreenderão três atividades principais: (i) construção de infraestrutura física; (ii) trabalhos sociais em nível local; e (iii) procedimentos de monitoramento e avaliação.

- (a) A expansão da infraestrutura de abastecimento de água nas bacias dos rios Banabuiú e Médio Jaguaribe é uma atividade central apoiada pelo projeto. Espera-se melhorar a confiabilidade dos serviços de água para nove municípios (incluindo áreas urbanas e distritos rurais selecionados).
- (b) As agências executoras do projeto também realizarão trabalhos sociais de apoio em nível local. Esses trabalhos promoverão campanhas educacionais / estratégias de comunicação dirigidas a grupos de mulheres para transmitir mensagens e informações

que promovam melhores práticas de saúde e higiene e o uso racional da água. Esses esforços de educação ambiental e sanitária também terão como alvo professores e profissionais de saúde da comunidade para alavancar o impacto.

- (c) As atividades do projeto incluirão o monitoramento e a avaliação de indicadores sensíveis ao gênero e os efeitos potencialmente benéficos do aumento da confiabilidade do acesso à água para consumo humano. O processo de M & A contará com dados estatísticos oficiais e coleta de dados primários no nível local, com base em uma amostra aleatória. Esses dados serão coletados em três estágios de tempo (T0, T1 e T2): Os dados de linha de base T0 serão coletados antes que as novas infraestruturas de água iniciem a operação com base em amostragem; Os dados do T1 serão coletados no meio do período; e os dados T2 serão coletados no último ano de implementação do projeto. Isso permitirá comparações antes e depois, medindo o efeito do aumento da confiabilidade da água sobre (i) a redução da incidência de doenças transmitidas pela água / gastrointestinais, (ii) seu impacto no uso e disponibilidade de tempo e (iii) a consequente criação de oportunidades para (a) melhorar o bem-estar tanto das mulheres como dos homens e (b) reduzir a atual discrepância de gênero nestes indicadores.

12. **Efeitos esperados do projeto.** Espera-se que a confiabilidade no acesso à água reduza a incidência de doenças transmitidas pela mesma, o que afeta o bem-estar das mulheres mais do que os homens. Além disso, o projeto realizará campanhas educacionais / estratégias de comunicação dirigidas a grupos de mulheres para transmitir mensagens e informações que promovam melhores práticas de saúde e higiene e o uso racional da água. As atividades do projeto incluirão o monitoramento e a avaliação desses indicadores sensíveis ao gênero e os efeitos potencialmente benéficos da construção do Sistema Adutor Banabuiú-Sertão Central.
13. **Monitoramento e Avaliação.** O processo de M & A contará principalmente com a coleta de dados primários em nível local em pesquisas aleatórias baseadas em amostras com beneficiários do Sistema Adutor Banabuiú-Sertão Central. A pesquisa medirá, mas não se limitará a: (i) dias de doença ou hospitalização devido a doenças gastrointestinais transmitidas pela água; (ii) sobrecarga de tempo para garantir o acesso ao abastecimento de água e para cuidar de familiares doentes devido a doenças transmitidas pela água e; (iii) impressão de qualidade e segurança da água. As informações serão coletadas com base em amostragem, desagregadas por gênero, e analisadas três vezes durante a implementação: (i) no primeiro ano

de implementação, (ii) a médio prazo e (iii) após a construção do Sistema Adutor Banabuiú-Sertão Central. Dois indicadores principais estão incluídos no quadro 2 de resultados do Projeto.