



# 2005-2010 Relatório de Impactos

AMÉRICA LATINA E CARIBE



# Apresentação: o porquê deste relatório



Há mais de 50 anos a CARE atua na América Latina e Caribe em programas de combate à pobreza e à desigualdade. Nestes anos, publicamos diversos relatórios sobre nossos programas nos países em que atuamos, a maioria com foco nas atividades dos projetos e nos valores dos recursos investidos para o seu desenvolvimento.

No entanto, este relatório vai além das atividades e dos investimentos da CARE; sua intenção é analisar até que ponto os projetos e programas implementados tiveram êxito – ou não – em causar um impacto real na pobreza e na desigualdade. Sabemos que, mesmo com as melhores intenções e com recursos abundantes, não necessariamente se obtém mudanças positivas nas vidas dos grupos mais excluídos e marginalizados. Somente a partir de uma análise mais aprofundada e minuciosa conseguiremos detectar os impactos obtidos e aprender, a partir daí, com os erros e acertos, de forma a melhorar nossas ações visando uma melhor contribuição ao desenvolvimento e à inclusão social.

Este relatório pretende prestar contas a governos e entidades da sociedade civil na América Latina e Caribe, através das evidências dos impactos que tiveram contribuição da CARE na região. Nas décadas passadas, outorgava-se legitimidade a organizações não governamentais (ONG) pelo simples motivo delas existirem. Hoje em dia é indispensável ir muito além. Acreditamos fortemente na importância da transparência de nossas conquistas, bem como de nossas limitações. Achamos que esta abertura nos proporcionará maior relevância e legitimidade.

**Desejamos que esta análise fomenta o diálogo com governos, outras ONGs, comunidades, universidades, empresas privadas e outros setores.**

No primeiro capítulo deste relatório, apresentamos a estratégia da CARE na América Latina e Caribe; no segundo capítulo, a metodologia utilizada para identificar os impactos; e no terceiro, os resultados da análise. No quarto capítulo enfatizamos nossas ações de resposta a emergências e na redução do risco de desastres. No quinto capítulo compartilhamos os resultados de uma pesquisa externa sobre o trabalho da CARE na região. Finalmente, no último capítulo, refletimos sobre o que aprendemos nestes cinco anos e sobre os aspectos que exigirão nossa atenção e compromisso nos próximos anos.

Desejamos que esta análise fomenta o diálogo com governos, outras ONGs, comunidades, universidades, empresas privadas e outros setores. Estamos ansiosos para receber recomendações de todos vocês sobre como aprofundarmos as estratégias para gerar impactos para maior inclusão e igualdade social.

Também queremos dar uma contribuição, com este relatório, ao debate sobre como medir o impacto de iniciativas promovidas com o apoio de ONGs, com a finalidade de promover maior responsabilidade financeira. As mudanças que aspiramos na redução da pobreza e da injustiça social somente serão possíveis com maior abertura, responsabilidade e diálogo entre todos os atores sociais.

*Sofia Sprechmann  
Diretora Adjunta  
CARE América Latina e Caribe*

## Cuba



Com o apoio da CARE Canadá, apoiamos o desenvolvimento de uma estratégia nacional para a diversificação agrícola.

## Equador



Atendemos mais de 40.000 mulheres e 20.000 homens na prevenção do HIV. Apoiamos 20% dos centros do país que fornecem aconselhamento para o teste voluntário do HIV.

## Peru



Contribuímos para uma redução de 49% no índice de mortalidade materna na região de Ayacucho. O modelo desenvolvido será usado pelo governo em escala nacional.

## Haiti



Apoiamos mais de 300.000 sobreviventes do terremoto devastador no Haiti com água potável e saneamento básico, kits e orientação sobre higiene, colchões e materiais para cozinha, kits de parto, lonas, bem como apoio psicossocial.

## Guatemala



Contribuímos para uma melhora significativa do acesso a serviços de saúde preventiva e atendimento médico para 88.225 pessoas.

## El Salvador



Contribuímos para a redução da violência familiar de 2.400 pessoas, bem como para a redução do abuso de crianças e adolescentes.

## Honduras



Trabalhamos para retirar ou evitar que 4.600 crianças e adolescentes estivessem sujeitas à exploração do trabalho infantil.

## Brasil



Com base em um modelo de sucesso da CARE, o município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, com uma população de 870.000 pessoas, adotou uma política de educação para o meio ambiente.

## Nicarágua



Contribuímos para que 18.065 pessoas conseguissem acesso aos serviços de água potável e saneamento básico.

## Bolívia



Apoiamos o aumento da renda média anual de origem agrícola ou agropecuária de 45.757 pessoas em 239% (ou de US\$0,40 para US\$1,36 ao dia por pessoa), nas regiões mais pobres do país.

**Os  
programas  
da CARE:  
alguns  
exemplos**



# índice



|          |                                                                                   |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>A estratégia da CARE na América Latina e Caribe</b>                            | <b>08</b> |
| <b>2</b> | <b>A metodologia da análise de impacto</b>                                        | <b>12</b> |
| <b>3</b> | <b>Visando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: a contribuição da CARE</b> | <b>16</b> |
|          | Erradicar a pobreza extrema e a fome                                              | 17        |
|          | Atingir o ensino básico universal                                                 | 23        |
|          | Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres                    | 28        |
|          | Reduzir a mortalidade na infância                                                 | 32        |
|          | Melhorar a saúde materna                                                          | 35        |
|          | Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças                                   | 38        |
|          | Garantir a sustentabilidade ambiental                                             | 44        |
|          | Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento                           | 48        |
| <b>4</b> | <b>Resposta a emergências e redução do risco de desastres</b>                     | <b>52</b> |
|          | Resposta da CARE ao terremoto no Haiti                                            | 56        |
| <b>5</b> | <b>Uma visão dos parceiros e aliados: opiniões sobre os programas da CARE</b>     | <b>58</b> |
| <b>6</b> | <b>O que aprendemos nestes cinco anos</b>                                         | <b>62</b> |
| <b>7</b> | <b>Dados e contatos</b>                                                           | <b>66</b> |
| <b>8</b> | <b>Equipe que elaborou este relatório</b>                                         | <b>67</b> |



CARE PÉRU

1:

# A estratégia da CARE na América Latina e Caribe



**D**esde sua criação em 1946, a CARE tem trabalhado para melhorar a vida das pessoas mais pobres e excluídas em todas as regiões do mundo. Em 2009, a CARE implementou programas em 72 países, com o apoio dos doze países membros da conferência da CARE Internacional – Alemanha, Austrália, Áustria, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, França, Holanda, Japão, Noruega, Reino Unido e Tailândia. No ano passado, estes programas chegaram a quase 60 milhões de pessoas na África, Ásia, Europa Ocidental, Oriente Médio e América Latina e Caribe.

No ano passado, na América Latina e Caribe, a CARE apoiou aproximadamente 100 projetos com um orçamento total de \$84 milhões para programas no Brasil, Bolívia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru. O financiamento dos programas que a CARE realiza é oriundo de uma variedade de fontes, tais como agências multilaterais e bilaterais, doadores particulares e empresariais, fundações e entidades governamentais dos países anfitriões. Cabe ressaltar que em dois dos países nos quais trabalhamos na região – Brasil e Peru – existem processos em andamento para que estes escritórios se tornem ONG nacionais e membros plenos da confederação da CARE Internacional.

A CARE trata de vários temas na região: microcrédito, agricultura e gestão de recursos naturais, nutrição, saúde, HIV e AIDS, educação, água e saneamento básico, democracia e governabilidade, indicando como facilitar os processos para redução das barreiras que impedem o acesso a serviços essenciais para o desenvolvimento sustentável e igualitário. Para este propósito, uma das ações privilegiadas pelos programas da CARE é o fortalecimento das competências em todos os níveis.

Nos últimos anos têm ocorrido **mudanças importantes na estratégia da CARE na América Latina e Caribe**; queremos ressaltar aqui as seis mais relevantes.

Em primeiro lugar, voltamos a concentrar nossos esforços nas **causas estruturais da pobreza**, em vez de dar foco nas suas conseqüências. Isto significa centralizar nossa gestão em temas como a discriminação, a distribuição desigual de poder, as políticas públicas inadequadas e estratégias de desenvolvimento econômico excludentes. Abordamos estas questões complexas com nossos programas.

Em segundo lugar, analisamos **os papéis em que atuamos** nos países em que trabalhamos, para selecionar aqueles que nos permitam fazer uma contribuição mais significativa para a redução da pobreza e da desigualdade. Mesmo quando existem diferenças importantes nas atribuições da CARE de acordo com o país - e elas não são as mesmas no Brasil, Guatemala ou Haiti – existem alguns pontos em comum. Estes pontos são:

## Visão da CARE

**Almejamos um mundo de esperança, tolerância e justiça social, onde a pobreza seja superada e as pessoas vivam com dignidade e segurança. A CARE Internacional será uma força global e um parceiro eleito dentro de um movimento mundial dedicado à erradicação da pobreza. Seremos conhecidos em todas as partes pelo nosso compromisso irretratável em favor da dignidade das pessoas.**

• **Inovar e influenciar para levar soluções de sucesso em escala.** Um dos papéis mais importantes de uma ONG como a CARE é o de desenvolver ou promover estratégias inovadoras para a redução da pobreza. Estas estratégias foram desenvolvidas em conjunto com outros atores, nunca isoladamente, procurando gerar evidências do impacto que produzem na pobreza. Com base nestas evidências defendemos a mudança e/ou aplicação de políticas públicas em nível local, nacional e internacional. Também fazemos com que as estratégias inovadoras de sucesso sejam promovidas em escala - principalmente pelo Estado - para que, desta forma, beneficiem um número maior de pessoas.

**Procuramos contribuir para a realização dos direitos humanos na forma estabelecida pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais.**

• **Apoiar as necessidades dos grupos mais excluídos da população.** Outra função que priorizamos é a de garantir que as necessidades e os interesses dos setores mais marginalizados sejam levados em consideração pelos governos e pelo setor privado. Para esta finalidade, uma das estratégias fundamentais é a solidariedade e o apoio aos movimentos sociais que representam estas populações.

• **Influenciar os setores mais privilegiados da população.** Sem uma mudança nas atitudes e ações dos setores mais privilegiados da população, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, é difícil pensar em um mundo melhor. A influência nestes setores é um dos papéis que desempenhamos nos países da América Latina e Caribe, bem como nos países desenvolvidos.

Cabe enfatizar que, para todas estas funções, trabalhamos com grande variedade de **parceiros e aliados**. Há uma década muitos de nossos projetos eram implementados de forma direta. Hoje em dia este método de trabalho é exceção na CARE. Somos parte de uma grande variedade de redes e alianças com as quais compartilhamos a mesma visão e objetivos.

Em terceiro lugar, incorporamos uma **abordagem de direitos humanos** aos nossos programas. Procuramos contribuir para a realização dos direitos humanos na forma estabelecida pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais. A abordagem significou não só uma mudança nas ações da CARE, mas na própria análise do problema. Sendo assim, defendemos que aqueles que têm deveres em relação à consecução dos direitos humanos cumpram com suas responsabilidades. Por outro lado, incentivamos as populações mais excluídas a informar e negociar suas demandas. Em nossos programas promovemos os princípios derivados dos direitos humanos, tais como a não discriminação e a igualdade, a participação e a inclusão, assim como a responsabilidade e a obrigação de prestar contas.

Um quarto ponto que cabe ressaltar em relação à estratégia da CARE nos últimos cinco anos é que priorizamos, em nossos programas e projetos, **as mulheres e meninas**. A partir da incorporação da abordagem de direitos humanos e de uma forte convicção no princípio da igualdade, promovemos em nossos programas oportunidades para mulheres e meninas, bem como ações que permitam assumir o controle de suas próprias vidas. No entanto, e sabendo que isto não é suficiente, também apoiamos medidas para compensar as desvantagens

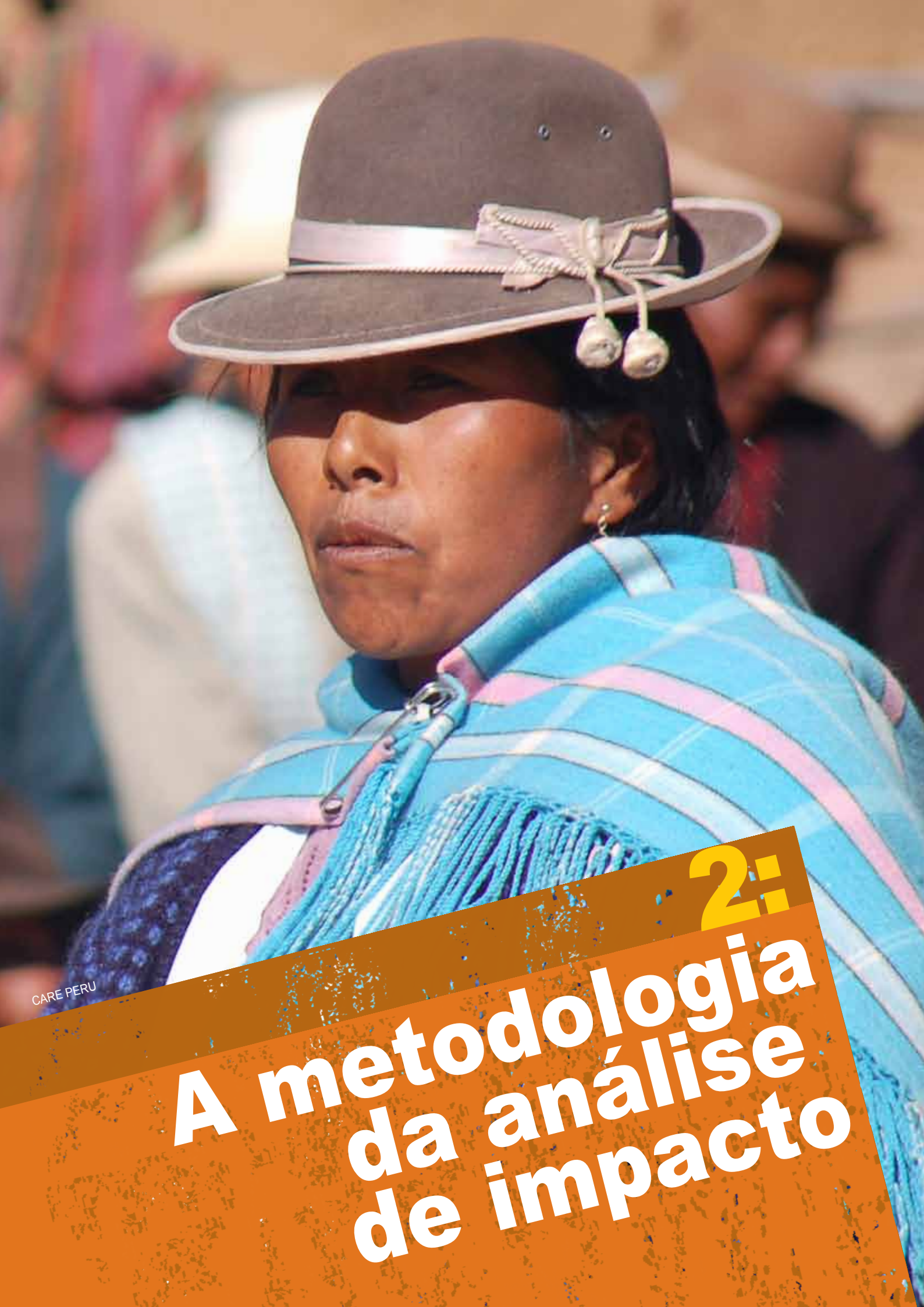


históricas e sociais que impõem limites às mulheres e meninas. Por exemplo, uma mulher que tem acesso a recursos para melhorar sua renda através de um programa de microcrédito, pode achar que sua iniciativa gera atritos, medo e violência doméstica. É por isso que apoiamos ações em diversos níveis, trabalhando tanto com homens quanto com mulheres, para promover maior igualdade.

Queremos ressaltar um último ponto em relação a nossa estratégia na região, que é basicamente **a prestação de contas e a mensuração de impactos relevantes**. Este relatório constitui um exemplo desta mudança, além de um esforço para compartilhar nossas contribuições de forma ampla, bem como os desafios que enfrentamos. Sabemos que ainda temos muito que aprender e avançar em relação a como medir nosso impacto e garantir mecanismos para prestar contas dos mesmos. É nosso compromisso, a partir desta publicação, fazê-lo de forma mais sistemática e periódica.

## A CARE que queremos ser na América Latina e Caribe

- Uma CARE que coloca a dignidade e a igualdade no centro do seu trabalho.
- Uma CARE que entende melhor o contexto no qual trabalha e define sua relevância em relação a este contexto, a partir do diálogo com os demais.
- Uma CARE que aborda de forma explícita as causas estruturais da pobreza.
- Uma CARE que aprende e trabalha de forma intensa com os demais e presta contas sobre seus programas.



CARE PERU

# 2: A metodologia da análise de impacto



**A** análise do impacto dos programas da CARE América Latina e Caribe foi realizada levando em consideração um período de cinco anos, entre julho de 2005 e junho de 2010. Utilizamos três métodos para conseguir realizá-la: a) uma análise quantitativa e qualitativa das contribuições da CARE para a redução da pobreza e da injustiça social, em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM); b) uma análise qualitativa dos impactos nas causas estruturais da pobreza; e c) uma pesquisa externa sobre as opiniões dos sócios e aliados em relação ao trabalho da CARE e sua capacidade de contribuir para a geração de impactos significativos. A seguir, explicaremos com mais detalhes cada um destes métodos.

### **A análise das contribuições da CARE para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**

Para a análise das contribuições da CARE na região utilizamos como ponto de referência os ODM, que se transformaram na principal agenda de desenvolvimento para as Nações Unidas, bem como para a maioria dos governos da região e para muitas outras organizações. Sendo os ODM uma referência para a ação conjunta, optamos por analisar e resumir nossas contribuições nos impactos em relação a estes.

No entanto, assim como muitos outros, acreditamos que os ODM têm limitações. Eles omitem alguns elementos que consideramos essenciais, especialmente em relação à igualdade, à igualdade de gênero, à governabilidade e às mudanças climáticas. Como se pode observar nos próximos capítulos que apresentam os resultados da análise de impacto, ampliamos nossa reflexão para incluir nela temas que vão muito além dos ODM, temas que acreditamos ser fundamentais na luta contra a pobreza e a desigualdade.

As etapas específicas que cumprimos para analisar as contribuições da CARE foram as seguintes: primeiro, listamos todos os projetos concluídos entre 2005 e 2010, ou aqueles programas de longo prazo que tiveram uma sólida avaliação intermediária. Depois, revisamos todas as avaliações externas realizadas nestes projetos no período de referência, bem como avaliações internas ou relatórios finais que continham evidências de impactos gerados, devidamente comprovados. É importante apontar que alguns destes projetos tiveram início antes de 2005, mas levamos em consideração se sua avaliação final foi realizada no período de análise. Vale lembrar que alguns projetos foram financiados por mais de um doador, portanto os impactos alcançados são atribuíveis a todos eles, conjuntamente.

Um total de 461 iniciativas de programas da CARE se encerrou no período compreendido neste relatório. Entretanto, nem todos tiveram uma avaliação externa, interna ou um relatório final suficientemente robusto que possibilitasse evidenciar os impactos, salvo 334 projetos (72%). No capítulo final deste relatório fazemos uma reflexão sobre os aspectos que devemos melhorar em nosso trabalho e, sem dúvida, este é um ponto que merece atenção: é fundamental que documentemos nossas ações de forma robusta e que estabeleçamos os mecanismos para compartilhar as contribuições decorrentes delas. Além do mais, estamos cientes de que muitos dos projetos para os quais não contamos com uma avaliação tiveram avanços importantes; entretanto, não os apresentamos neste relatório para garantir um mínimo de rigor na forma como mostramos nossa contribuição.

Outro aspecto a ser levado em consideração é que nem todas as avaliações que revisamos continham informações de impacto. Várias delas relatavam as atividades e os resultados diretos destas ações, mas omitiam o que estava relacionado aos impactos na redução da pobreza<sup>1</sup> ou da desigualdade em suas diferentes manifestações. Este também é um ponto no qual nos aprofundaremos nos próximos capítulos.

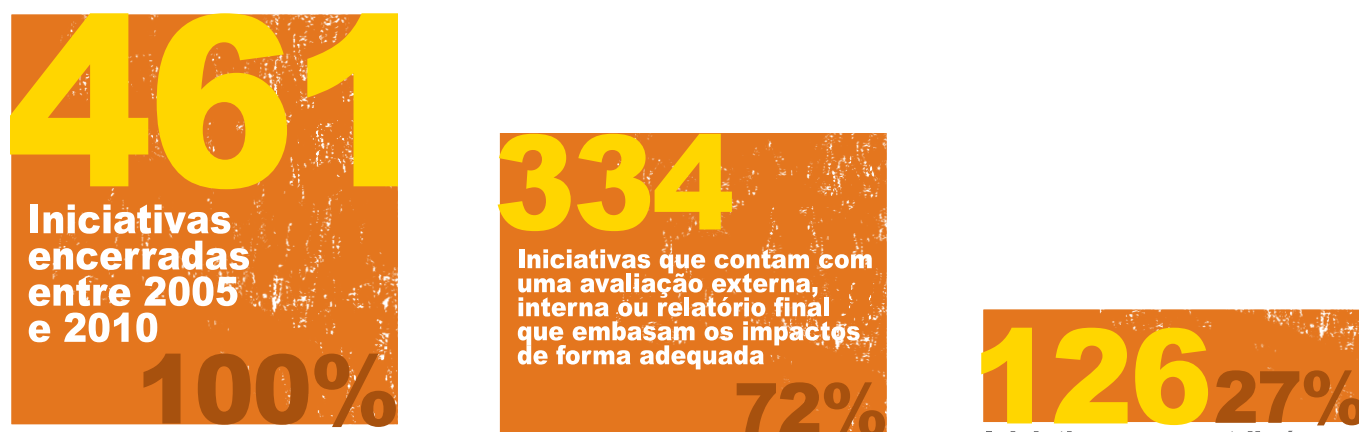
Um desafio que enfrentamos no momento da análise foi a diversidade de indicadores usados pelos projetos para medir seus impactos, em função do que as equipes da CARE e seus sócios envolvidos nos desenhos dos projetos haviam acordado com os doadores. Por exemplo, para medir o aumento da renda familiar os projetos usaram diversos indicadores que não são agregáveis uns aos outros. É por isso que incluímos neste relatório a informação mais consistente, e não tudo o que foi encontrado.

Além dos impactos quantitativos foram revisadas as contribuições da CARE em relação a mudanças em políticas públicas, além da implementação destas políticas. Desta forma, identificamos que foi possível influenciar um total de 126 políticas públicas municipais ou nacionais, para responderem da melhor maneira às demandas e direitos das populações mais excluídas. O relatório não inclui todos, mas alguns exemplos destas mudanças em políticas públicas, sobretudo os casos em que temos evidência de sua sustentabilidade.

Sendo assim, e levando todos estes aspectos em consideração, decidimos apresentar neste relatório os principais êxitos documentados e sustentados de forma adequada, mas certamente, nem todos. Sabemos que temos muito a avançar no que se refere à medição de impacto.

---

### Número e porcentagem de iniciativas analisadas para o relatório de impacto.



---

### A análise qualitativa dos impactos nas causas estruturais da pobreza

Neste relatório utilizamos a metodologia da *mudança mais significativa (MMS)*, bem como a informação qualitativa das avaliações, para analisar os exemplos nos quais a CARE teve influência nas causas estruturais da pobreza.

---

<sup>1</sup> Nós entendemos a pobreza como um conceito multidimensional e não somente sob o ponto de vista econômico.



O MMS<sup>2</sup> é uma metodologia qualitativa que consiste em coletar os depoimentos de mudanças ocorridas em um período determinado, após a intervenção de um projeto. A metodologia é útil para saber quais mudanças ocorreram e os motivos das mesmas, para compreender o impacto das atividades do projeto nas pessoas, para explorar o que as pessoas pensam sobre tais mudanças: se é positivo ou negativo, para identificar quais mudanças são vistas como significativas e quais não são, e para saber como é possível melhorar as atividades de um projeto.

Desta forma, identificamos um total de 65 exemplos nos quais abordamos as causas estruturais através de nossos programas, causas como a discriminação em função do sexo, raça e classe social; as políticas públicas – em alguns contextos – que não respondem aos direitos das populações excluídas; a fraca participação da cidadania e a apatia de setores da população; bem como o modelo econômico extrativista e pouco sustentável e suas inúmeras consequências, como é o caso das mudanças climáticas.

As mudanças mais significativas foram apoiadas em entrevistas com representantes das comunidades nas quais trabalhamos, funcionários dos governos, integrantes de ONGs, participantes de movimentos sociais e outros atores. Para cada uma das mudanças foi feita pelo menos uma entrevista. Este relatório não apresenta todas *as mudanças, mas apenas aquelas que refletem* melhor os *investimentos* da CARE.

Reconhecemos que estas mudanças se limitam à experiência das pessoas entrevistadas e que nem sempre representam a totalidade dos atores com os quais trabalhamos. No entanto, estas declarações são importantes para embasar os impactos do ponto de vista dos atores e suas experiências.

## A pesquisa externa

Embora muitas das avaliações dos projetos da CARE tenham sido externas, percebemos que para este relatório seria fundamental realizar uma pesquisa com sócios e aliados, bem como com outros atores, para saber qual sua percepção em relação a nossa contribuição na região. A pesquisa foi realizada on-line para garantir a confidencialidade das respostas, sendo respondida por 200 pessoas. Pareceu um bom presságio ver que se tratava de um número exato.

No capítulo 5 deste relatório, compartilhamos os resultados desta pesquisa, que foi respondida por representantes de organizações comunitárias e multilaterais, ONGs internacionais e nacionais, funcionários de governos nacionais e municipais, participantes de movimentos sociais, doadores, acadêmicos de universidades e outros centros de investigação, bem como representantes de empresas privadas de todos os países da região nos quais trabalhamos.

Existem, sem dúvida, formas, instrumentos e ferramentas distintas das quais uma organização como a CARE pode se utilizar para prestar contas sobre suas ações. Ao descrever a metodologia empregada, queremos transmitir nossa intenção de realizar uma análise dos impactos alcançados com solidez suficiente. Queremos também, a partir desta experiência, motivar o diálogo sobre quais metodologias são as mais adequadas para uma melhor medição de nossas contribuições. Futuramente é fundamental alcançar um acordo mais amplo entre diversos atores sobre como avaliar seus investimentos na luta contra a pobreza e a desigualdade. Um acordo como este promoverá maior transparência.

---

<sup>2</sup> Consulte <http://www.mande.co.uk/docs/MSCGuide.pdf>



CARE HAITI

**3:**

**Visando os Objetivos  
de Desenvolvimento do  
Milênio: a contribuição  
da CARE**

# Erradicar a pobreza extrema e a fome

Nesta seção, apresentamos as contribuições da CARE para o ODM 1 erradicar a pobreza extrema e a fome. Na primeira parte mostramos os impactos relativos à pobreza econômica e à desigualdade, isto é, com relação à renda, patrimônio e emprego. Na segunda, analisamos nossos investimentos para a redução da fome.

## Redução da pobreza extrema e da desigualdade

Os indicadores com relação a este objetivo compreendem, entre outros, o percentual da população com renda inferior a US\$1 por dia<sup>3</sup>; a proporção da renda e do consumo que corresponde a quinta parte mais pobre da população; e o percentual da população empregada cuja renda seja inferior a US\$1 por dia.

Embora seja necessário ter algumas medidas de comparação que também possam ser coletadas mundialmente, é necessário mencionar as críticas a respeito destes indicadores, tendo em vista o conceito de dispor de menos de US\$1 por dia excluir as pessoas pobres que obtêm um pouco mais do que este valor diário, mas ainda assim vivem em condições de extrema vulnerabilidade e exclusão. É por isso que em nosso trabalho também utilizamos os valores considerados pelos governos para medir a pobreza econômica (pobreza extrema e pobreza total). Por outro lado, os indicadores vinculam a riqueza ao consumo e não levam em consideração os efeitos desta produção nas pessoas e no meio ambiente.

É importante também mencionar que o trabalho da CARE é realizado, principalmente, com setores que pertencem à camada 20% mais pobre da população na América Latina e Caribe. Por isso acreditamos que estamos contribuindo para a redução das desigualdades, com nossos esforços para combater a pobreza.

Então, nos programas que visam a redução da pobreza econômica e o aumento da renda, utilizamos indicadores que vão além dos incluídos neste ODM. No entanto, acreditamos que ainda temos muito que melhorar na medição do impacto destes programas; futuramente queremos enfatizar muito mais os temas críticos, como a medição da desigualdade de renda, entre outros. No capítulo 6, onde resumimos o que aprendemos, fizemos uma reflexão a respeito.

Passando aos impactos, em oito países da região programamos iniciativas nos últimos cinco anos que tiveram como finalidade a redução da pobreza econômica – **Brasil, Bolívia, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Guatemala, Nicarágua e Peru** – com impacto nas vidas de **885.145 pessoas** em regiões de extrema pobreza, especialmente em áreas rurais e periferias das cidades.

Os programas de desenvolvimento econômico impulsionaram a transformação e comercialização de produtos agrícolas e agroindustriais, pecuários, florestais, artesanais e têxteis. Dedicamos atenção especial à promoção de atividades econômicas de baixo impacto ambiental, como a



**No Peru, a CARE trabalhou em um programa com 58.570 residências nas zonas serranas mais pobres e excluídas do país, contribuindo para a redução do índice da população que vive com US\$1 por dia de 84% para 63%.**

3 O indicador oficial das Nações Unidas é de US\$1 por dia e a medida oficial é de US\$1,25. Recomenda-se utilizar padrões nacionais de pobreza.

**Em Honduras  
17.000 famílias  
melhoraram  
seu acesso a  
mercados de 33%  
para 46%.**

**Na Guatemala,  
nos  
departamentos  
de Sololá e  
Quiché, apoiamos  
a parceria da  
Associação  
Adiska com  
a empresa La  
Fragua, a principal  
fornecedora de  
hortaliças para a  
maior cadeia de  
lojas do país.**

produção de produtos orgânicos e a geração de novas tecnologias que promovam o uso adequado dos recursos naturais, por exemplo, os biodigestores. Além de fortalecer as capacidades técnicas e de gestão dos produtores para melhorar a produtividade e competitividade, fomentamos seu vínculo com mercados novos e melhores, como em **Honduras e Nicarágua**, onde apoiamos a produção e exportação de café orgânico. Também promovemos modelos sustentáveis de acesso à assistência técnica em nível comunitário, dado que em muitos países da região os governos retiraram estes serviços na última década.

Adicionalmente, nossa ênfase nos programas de desenvolvimento econômico foi concentrada no fortalecimento das organizações de pequenos produtores, de forma a consolidar a solidariedade entre eles e suas competências de negociação com os demais. Também promovemos alianças com setores empresariais com responsabilidade social corporativa.

O gráfico mostra os impactos mais importantes para 94.283 famílias, que equivale a aproximadamente **471.415 pessoas** em alguns países nos quais programamos atividades de desenvolvimento econômico. Pode-se observar o aumento da renda média anual por residência que foi obtida no período da análise nas áreas mais marginalizadas da região serrana da **Bolívia e Peru**, no noroeste do **Haiti** e nas áreas de altos índices de pobreza em **Honduras**.

No total, os programas da CARE nestes quatro países contribuíram para um aumento de 112% da renda média anual de origem agrícola ou agropecuária de **94.283 famílias**, o que equivale a um aumento do rendimento anual de US\$1.130 a US\$2.398 por residência (ou de US\$0,62 a US\$1,31 per capita por dia), com o que se espera que uma maioria tenha cruzado a linha da pobreza.

## Renda anual de 94.283 domicílios na Bolívia, Haiti, Honduras e Peru

**BOLÍVIA**  
9.151 domicílios em áreas  
rurais marginalizadas: renda  
anual bruta de atividades  
agrícolas por domicílio



**HAITI**  
43.600 domicílios no  
Noroeste: renda anual  
média de agricultura por  
domicílio



**HONDURAS**  
17.000 domicílios: renda  
anual média de  
agricultura por domicílio



**PERU**  
5.962 produtores rurais:  
renda anual média de  
agricultura e gado por  
domicílio



**PERU**  
58.570 domicílios de 5  
regiões montanhosas  
marginais: renda anual  
média por domicílio



\* Peru aparece duas vezes neste gráfico por que os dados pertencem a diferentes períodos de tempo.



Um dos fatores que explicam estes impactos em relação ao aumento da renda foi a mudança nas práticas dos produtores. Citamos aqui alguns exemplos:

- Na **Bolívia**, **56.580 produtores** deram início a novas práticas de produção agrícola ou pecuária, com abordagem de cadeias produtivas (têxteis, queijo, amendoim, pêssego, pimenta etc.). Outras **1.585 pessoas** fortaleceram suas competências para atividades produtivas não agropecuárias, tais como artesanato, corte e costura e culinária.

- Na **Guatemala**, **10.240 produtores** utilizaram três ou mais práticas de agricultura sustentável.

- Na **Nicarágua**, **400 produtores** produziram e comercializaram café orgânico.

- No **Peru**, **48.367 produtores** da região serrana, de oito regiões com os maiores índices de pobreza, fortaleceram suas competências de gestão agrícola e agropecuária para melhorar a produtividade, comercialização e fortalecimento das cadeias produtivas das quais participam.

Um dos grandes impedimentos para superar a pobreza econômica de grandes setores da população é o **acesso ao crédito** de acordo com suas características e capacidades, pois estes grupos geralmente são excluídos dos sistemas formais de crédito. A experiência de maior impacto da CARE foi a EDYFICAR, no Peru, uma entidade financeira estabelecida pela CARE em 1998 para fornecer serviços financeiros a pessoas de baixa renda. Em 2007, o Banco Interamericano de Desenvolvimento classificou a EDYFICAR como a nona instituição de microfinanças da América Latina. Em 2009, sua carteira chegou a US\$194 milhões, oferecendo serviços para pessoas em 13 regiões do Peru. Também nesse ano, o Banco de Crédito do Peru – o banco mais importante do país – chegou a um acordo com a CARE para adquirir a participação majoritária na EDYFICAR. Desde então, vem operando de acordo com o modelo de serviços financeiros voltado aos segmentos da população de baixa renda.

No **Brasil**, a CARE desenvolveu bancos comunitários que atendem a **8.000 pessoas** nos estados da Bahia e Piauí. O modelo promovido em conjunto com os parceiros tem gerado um impacto significativo sobre a pobreza, e seu sucesso levou à sua adoção pelos governos municipais.

Outra vertente importante de trabalho, além das já mencionadas, tem sido o **apoio aos governos municipais para os processos locais de desenvolvimento econômico**. Os investimentos destes governos através de medidas como o investimento em infra-estrutura produtiva, o desenvolvimento de feiras e eventos promocionais e de comercialização de produtos locais, bem como a relação com novos mercados, são fundamentais para impulsionar o desenvolvimento econômico. Alguns exemplos do apoio a governos municipais são:

“ Com esta nova semente foi possível produzir muito mais. Eu investi minha renda na pecuária. Guardarei as sementes para a próxima estação de plantio. ”

Aniel Dorestan, Haiti

**EDYFICAR, uma entidade microfinanceira estabelecida pela CARE Peru, proporcionou em 2008 acesso a crédito para 182.310 pessoas de setores de baixa renda. O valor total emprestado atingiu US\$194 milhões.**

• Em cidades fronteiriças da **Bolívia**, fortalecemos a inclusão de setores tradicionalmente excluídos das agendas de desenvolvimento econômico municipais, apoiando a criação de cinco comitês de fiscalização para que 34 organizações produtivas participem ativamente dos planos de desenvolvimento municipais, a fim de incorporar suas demandas. Um total de 40 funcionários municipais melhorou sua competência para apoiar um processo inclusivo.

• No **Ecuador**, apoiamos o orçamento participativo em áreas de fronteira com o Peru e a Colômbia, e na Amazônia equatoriana, em busca do desenvolvimento econômico.

No Peru, a CARE e seus parceiros foram capazes de influenciar os tomadores de decisão do Ministério da Agricultura, demonstrando que os pequenos produtores com menos de 3 hectares de terra poderiam ser orientados para mercados exigentes e, portanto, não deveriam ser excluídos do programa de compensação estabelecida pelo Governo após assinar o Acordo de Livre Comércio com os Estados Unidos. O Ministério não havia contemplado a tal indenização aos produtores de pequena escala.

• No **Peru**, trabalhamos com 80 governos locais na formulação de planos de desenvolvimento coordenados e do orçamento participativo, em prol do fortalecimento das cadeias produtivas que melhoram a renda familiar.

Além do nível local, também promovemos a adoção de modelos desenvolvidos em **políticas públicas em nível nacional**, visando apoiar o fortalecimento da gestão pública dos programas de desenvolvimento produtivo promovidos pelos governos, como no caso do Peru, para uma melhor inclusão das famílias que vivem na pobreza.

## Redução da fome

Apresentamos aqui os impactos dos programas da CARE na redução da pobreza. A maior parte do nosso trabalho em relação a esta meta se concentrou na **Bolívia, Ecuador, Guatemala, Haiti, Honduras e Peru**. Usamos principalmente quatro estratégias para a redução da desnutrição:

- Influenciar as políticas públicas e os investimentos públicos em nível municipal e nacional para reduzir a desnutrição infantil crônica.
- Reforçar as competências dos membros das comunidades para a produção de alimentos, cuidados com as crianças e promoção de boas práticas alimentares e de nutrição.
- Promover a educação em saúde e o acesso à água e saneamento básico. *Esta estratégia é apresentada com mais detalhes na seção sobre o ODM 7. Mesmo quando se mostra em relação a este ODM, é fundamental para reduzir a desnutrição infantil.*
- Fomentar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.
- Apoiar os serviços e ações de promoção da saúde em nível local para melhor atendimento às crianças com desnutrição.
- Fornecer alimentos para as crianças menores de cinco anos com risco de desnutrição.

Nos últimos cinco anos, conseguimos impactos significativos para ajudar a reduzir a desnutrição infantil crônica de 25% para 19%, em uma população de **2.226.371 crianças** menores de cinco anos na **Bolívia, Honduras e Peru**. Isto significa que **132.885 crianças** menores de cinco anos venceram a desnutrição crônica.

A contribuição para a redução da desnutrição infantil crônica foi particularmente significativa no Peru pelo papel desempenhado pela CARE e seus parceiros no desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais e regionais.



### Contribuições da CARE à redução da desnutrição crônica em crianças menores de cinco anos na Bolívia, Honduras e Peru.

|                                            | % desnutridos<br>ANTES | % desnutridos<br>DEPOIS | População de<br>crianças dos<br>programas | Número de<br>crianças já sem<br>desnutrição |
|--------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Bolívia</b> (0 a 2 anos)                | <b>46</b>              | <b>28</b>               | <b>14.104</b>                             | <b>2.539</b>                                |
| <b>Bolívia</b> (3 a 5 anos)                | <b>51</b>              | <b>42</b>               | <b>4.603</b>                              | <b>414</b>                                  |
| <b>Honduras</b> (2 a 5 anos)               | <b>61</b>              | <b>50</b>               | <b>12.750</b>                             | <b>1.403</b>                                |
| <b>Peru</b> (0 a 2 anos)                   | <b>42</b>              | <b>33</b>               | <b>34.000</b>                             | <b>3.196</b>                                |
| <b>Peru</b> (0 a 5 anos, política pública) | <b>24</b>              | <b>18</b>               | <b>2.160.914</b>                          | <b>125.333</b>                              |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>25</b>              | <b>19</b>               | <b>2.226.371</b>                          | <b>132.885</b>                              |

• Peru aparece duas vezes para exibir os dados de ação direta e de defesa e assistência técnica da CARE e seus parceiros

## Influência nas políticas nacionais para combate à desnutrição infantil crônica: o caso do Peru

Em 2006, a CARE Peru apoiou, juntamente com outras organizações, a formação da Iniciativa contra a Desnutrição Infantil no Peru. A iniciativa fez com que os 10 candidatos à presidência do Peru, no processo eleitoral de 2006, assinassem um documento no qual se comprometeram a colocar a desnutrição infantil crônica como prioridade de seus governos se ganhassem a eleição, e conseguissem uma redução de 5 pontos percentuais ao longo de 5 anos no cargo, fechando a lacuna urbano-rural. Em meados de agosto, o primeiro-ministro reafirmou este compromisso em sua primeira aparição diante do Congresso da República.

Nos quatro anos do seu mandato, o Governo do Peru desenvolveu intervenções globais para combater a desnutrição infantil crônica. Levantamentos demográficos indicam uma diminuição de 23% para 18%, entre 2005 e 2009, desse indicador para todo o país. A CARE Peru desempenhou um papel importante nesta conquista e, juntamente com seus parceiros na Iniciativa, apoiou a criação e implementação da estratégia nacional Crecer, especialmente em Apurímac, Ayacucho e Huancavelica, e regiões com cerca de 170.000 crianças menores de 5 anos de idade. A estratégia inclui diagnósticos locais de desnutrição, sistemas de monitoramento e planos e investimentos públicos em favor da nutrição.

Para as eleições locais e nacionais em 2010 e 2011, a Iniciativa está trabalhando para garantir que o próximo governo mantenha seu compromisso com este objetivo.

**“Apoiamos a mobilização dos grupos e organizações da sociedade civil para atuar na desnutrição infantil crônica. É através de ações deste tipo que conseguiremos uma contribuição mais significativa no Peru”**

Milo Stanojevich,  
Diretor de CARE Peru

Na Bolívia, em uma população de 14.104 crianças menores de 3 anos, a desnutrição aguda caiu de 14% para 11%.

Em Honduras, em uma população de 4.857 crianças, a porcentagem que recebeu somente aleitamento materno até os 6 meses e uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses aumentou de 40% para 54%. No Haiti, 83% de uma população de 2.595 crianças recebeu somente aleitamento materno nos primeiros seis meses.

No Peru, o aleitamento materno exclusivo aumentou de 25% para 72% em uma população de aproximadamente 8.500 crianças.

Em países como **Bolívia e Honduras**, a CARE também conseguiu influenciar as políticas públicas. Destacamos os seguintes exemplos:

- Na Bolívia, a CARE apoiou a implementação do programa nacional de Desnutrição zero, formando 1.350 voluntários da saúde e 469 funcionários de clínicas do Ministério da Saúde para o monitoramento da desnutrição de crianças menores de 5 anos. Além disso, ajudou na instalação de Unidades de Nutrição nos municípios com alta insegurança alimentar.

- Em **Honduras**, a CARE ajudou a criar uma rede de voluntários que trabalha com as Unidades de Saúde do Ministério. Esta rede foi reconhecida pelo governo como “o braço direito das Unidades de Saúde”.

Em um trabalho mais direto com as populações afetadas pela desnutrição, implementamos várias estratégias no nível da comunidade. Uma dessas estratégias foi a formação de promotores e comitês nas comunidades para monitorar a segurança alimentar em suas localidades. Na **Guatemala**, foram criados 211 comitês com a finalidade de monitorar a desnutrição em suas comunidades.

A promoção da agricultura familiar para a alimentação das famílias nas áreas mais afetadas pela desnutrição também está classificada como uma das atividades prioritárias da CARE. No **Ecuador**, nas áreas amazônicas do país, apoiamos uma forma tradicional de organização da agricultura familiar, os Aja Shuar, com a finalidade não só de promover uma nutrição adequada para as famílias, mas apoiar o resgate das culturas ancestrais e a preservação ambiental.

No **Peru**, contribuímos para fortalecer as competências de 1.358 promotores de saúde em oito regiões do país e formar conselhos de coordenação local e sistemas de vigilância da comunidade, visando a participação e observação dos processos e ações de segurança alimentar. A promoção do **aleitamento materno exclusivo** até os seis meses e uma alimentação complementar adequada após essa idade, também foi uma das estratégias utilizadas pela CARE em seus trabalhos em nível comunitário.

Através do trabalho em nível comunitário para reduzir a desnutrição, conseguiu-se promover de forma abrangente a **participação das mulheres**. A sua mobilização em prol da nutrição de seus filhos, observada nas avaliações dos programas da CARE na **Bolívia, Haiti, Honduras e Peru**, onde participaram da elaboração de planos municipais para reduzir a desnutrição, foi fundamental para conseguir os impactos.

Embora esta seja uma estratégia que a CARE já interrompeu, no período abrangido por este relatório fornecemos alimentos para os casos mais críticos de desnutrição crônica e aguda. Na **Bolívia**, entregamos um total de **148.385 refeições** para crianças menores de 5 anos e mobilizamos as comunidades para identificar as condições de desnutrição infantil, melhorar as práticas como forma de prevenção e agir de forma coordenada com o sistema de saúde. Na **Guatemala**, **23.891 famílias** receberam refeições.



## Atingir o ensino básico universal

Nesta seção, apresentamos os impactos da CARE em relação ao ODM número 2, ou seja, a conquista da educação primária universal. Vale ressaltar que a análise de diversas áreas concordou que os indicadores para este ODM incluem o acesso e a permanência na escola, mas não consideram a qualidade do ensino. Além de medir a taxa de escolaridade primária e a proporção de alunos que completam essa educação, é essencial medir os níveis de aprendizado e competência dos alunos. Sabemos que muitas meninas e meninos concluem o ensino básico sem o conhecimento e habilidades necessárias para o seu futuro. Sabemos também que as capacidades de gestão da educação ainda são limitadas para gerar currículos inovadores em sala de aula, capazes de considerar os elementos de igualdade e de interculturalismo, além de responder a contextos específicos da população estudantil.

Os testes escolares em disciplinas como matemática e línguas fornecem - mais do que todos os anos de escolaridade - informações muito valiosas sobre a qualidade do ensino e, portanto, expressam a medida em que meninas e meninos poderão responder aos desafios do futuro. O fato de que há enorme heterogeneidade na região quanto a formação proporcionada pelas escolas, justifica a necessidade de se concentrar na qualidade do ensino, uma vez que somente a assistência a elas não nos fornece informações suficientes. Cabe também mencionar que vários países da região, através de seus Ministérios da Educação, dispõem de indicadores mais adequados do que os contidos neste ODM 2. Quanto ao aspecto da igualdade de gênero na educação, incluímos a análise no ODM 3, já que este inclui um indicador sobre a proporção de meninas e meninos no ensino primário. Portanto, nesta parte do relatório nos concentramos nos indicadores de qualidade de ensino.

Em seus programas de educação, a CARE se concentrou em três linhas principais:

- Incorporar metodologias inovadoras em sala de aula.
- Apoiar estratégias para a educação intercultural bilíngüe.
- Promover melhorias educacionais que previnam e eliminem o trabalho infantil e adolescente.

Nos programas, sempre trabalhamos em três níveis: nas comunidades com crianças, mães e pais de família; nas escolas com os professores e a direção; no nível de políticas públicas com funcionários do setor da educação em nível local e nacional.

### Incorporar metodologias inovadoras em sala de aula

Nesta linha de trabalho, os programas da CARE procuraram encontrar formas alternativas e inovadoras para melhorar a qualidade dos processos de aprendizado na educação formal ou alternativa. Para este fim, a estratégia se concentrou na promoção das competências de professores e autoridades educacionais na gestão do processo educativo; no incentivo e fortalecimento das experiências e propostas de educação intercultural nas escolas públicas e privadas; facilitar uma melhor gestão das escolas; promover a criação da gestão infantil no nível das escolas; facilitar a articulação entre professores e alunos em atividades de recreação para criar oportunidades para maior confiança e relacionamento com as realidades locais, bem como promover a sensibilização e maior participação e envolvimento da comunidade educacional - pais, educadores, autoridades locais - garantindo assim melhor qualidade de aprendizado para crianças e adolescentes.

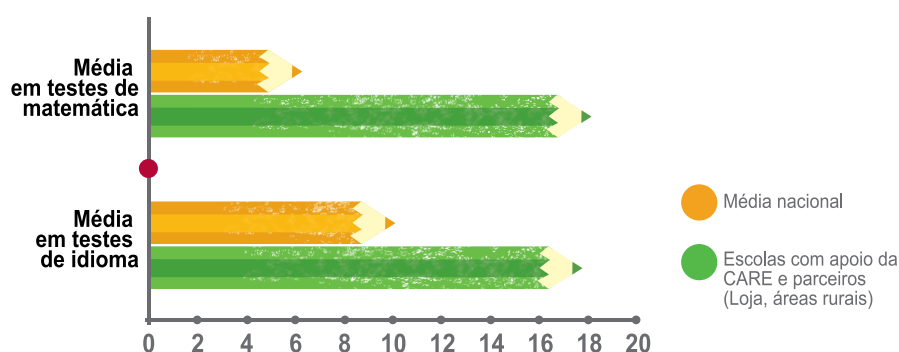
Quanto aos impactos, estas estratégias contribuíram para aumentar a retenção e melhorar as capacidades dos alunos.

No Peru, um projeto da CARE trabalhou com 6.788 crianças do ensino primário, reduzindo a repetência e a idade extra em 40%, e a deserção escolar em 14%.

A CARE e seus parceiros trabalharam nos últimos cinco anos diretamente com um total de **44.491 crianças e adolescentes no Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru**, para desenvolver modelos inovadores que envolvem toda a comunidade educacional e melhorar a qualidade da educação. Além disso, conseguimos contribuir para a promoção de **10.763 crianças e adolescentes para graus mais elevados**, do ensino pré-escolar ao primário, do primário ao ensino secundário e do secundário ao universitário.

Como exemplo dos impactos conquistados, apresentamos aqui os resultados do **Equador**. O gráfico mostra os resultados médios dos testes padronizados nas escolas onde o modelo inovador foi aplicado, nas zonas rurais da província de Loja, e as médias nacionais. Ressaltamos que na área do programa o percentual da população considerada pobre é maior do que a média nacional.

**Qualidade da educação:**  
Notas médias em testes de idioma e matemática, Equador, 2005 (escala 0-20)



Além das melhorias conquistadas nas escolas com modelos inovadores apoiados pela CARE e seus parceiros, é importante notar que a partir daí participamos de processos para influenciar **políticas públicas**, usando experiências bem sucedidas para beneficiar um maior número de crianças e adolescentes. Nessas experiências de atuação política, foi muito importante a participação das organizações indígenas, camponesas e comunitárias, bem como de outras organizações da sociedade civil nos diferentes processos utilizados, que estão permitindo que a formulação e a implementação destas políticas educacionais sejam coerentes com sua própria realidade e identidade, e que satisfaçam suas necessidades de aprendizado.

A **CARE Equador** participou de redes e parcerias da sociedade civil para apoiar a implementação do Plano Decenal de Educação do Educador. Um dos investimentos mais importantes foi o de promover a criação de uma agenda pública visando implementar o tal plano. Esta agenda foi desenvolvida pelo Contrato Social para a Educação, uma parceria na qual a CARE participa. Nós aprendemos que, para obter sucesso com uma política educacional, é essencial o envolvimento de toda a comunidade educacional: crianças, adolescentes, pais, educadores e autoridades locais e nacionais.

A melhora da **educação alternativa** também fez parte dos esforços da CARE nos últimos cinco anos. Foram promovidas metodologias inovadoras de aprendizado, tais como os tutores infantis, círculos de leitura e formação para mães adolescentes, em um total de **320 estabelecimentos de ensino** da região.

Mais uma vez, nesses programas, a maior contribuição da CARE - além da implementação de projetos específicos - foi o uso do aprendizado. A partir disso influenciaremos **políticas públicas** para alcançar um maior número de crianças e adolescentes, como no caso do **Brasil**.

Em relação aos resultados alcançados na melhoria das competências dos professores, a CARE apoiou a formação de 4.861 professores na **Bolívia, Equador, Honduras e Peru**, no que se refere às metodologias de ensino inovadoras em áreas como matemática e línguas, bem como para a gestão de material didático e para melhorar as relações entre professores e alunos.

As experiências das ações realizadas na formação de professores foram utilizadas para influenciar políticas públicas em vários países. No **Haiti**, com base em estratégias de sucesso propostas pela CARE e seus parceiros, foi possível que os inspetores assumissem maior responsabilidade sobre o controle da qualidade do ensino em suas visitas a centros educacionais em duas regiões do país: Artibonite e Noroeste. Por outro lado, as associações de pais e mães de família aumentaram significativamente sua participação nas escolas, em busca da qualidade da educação de seus filhos.

## Apoiar estratégias para a educação intercultural bilíngüe

O apoio da CARE para a educação intercultural bilíngüe teve impactos significativos no **Equador, Guatemala e Peru**. Por exemplo, no **Equador**, após um estudo feito pela CARE e um acordo com o Ministério da Educação e a Direção Nacional de Educação Bilíngüe, foi aprovada uma metodologia de alocação de recursos para a educação bilíngüe.

*“Eu experimentei o potencial transformador da educação e isso só pode ser alcançado através de uma maior aproximação entre alunos e professores. Esta tem sido uma experiência para transmitir afeto.”*

Depoimento de um participante do projeto de formação docente, Bolívia.

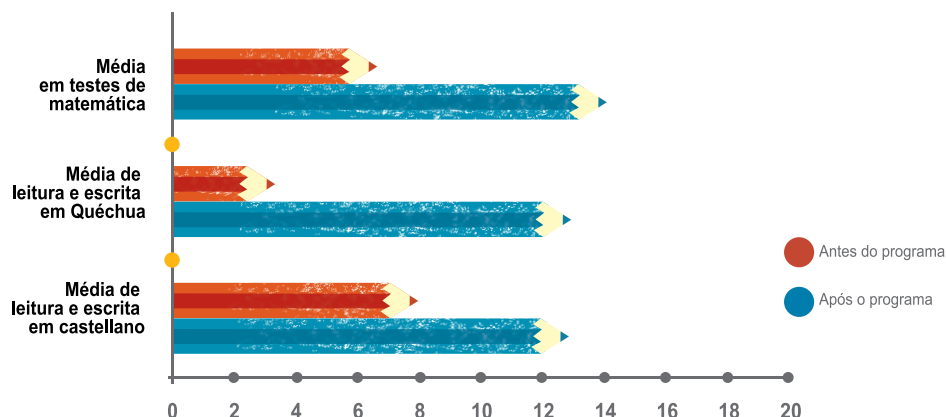
No **Peru**, a CARE apoiou as autoridades regionais de educação no desenvolvimento de um currículo regional de educação intercultural bilíngüe na região de Puno, através de um processo de levantamento das demandas sociais para a educação das 13 províncias da região, altamente participativo. A implementação deste currículo, que as autoridades regionais e da sociedade civil em Puno sentem que é deles e não um produto de um projeto de uma ONG, terá impacto nos próximos anos na educação de mais de **400.000 crianças e adolescentes** nesta região.



**A CARE Brasil promoveu a inclusão de “rodas de leitura” na política da Secretaria Municipal da região metropolitana do Rio de Janeiro. Baseado em melhorias na aptidão para leitura de alunos em 10 escolas localizadas em favelas, o modelo foi estendido para um total de 130 escolas.**

O currículo visa a educação para o desenvolvimento humano e coletivo; uma educação para a intraculturalidade e interculturalidade; uma educação descolonizadora e libertadora; e uma educação produtiva e empresarial. Promove as quatro regras da filosofia andina de *Allin kawsay* (Bem viver), *Allin munay* (Querer bem), *Allin yachay* (Aprender bem) e *Allin ruray* (Fazer bem).

**Qualidade da educação:  
Notas médias em testes de  
idioma e matemática,  
programa CARE  
Peru, 6.487 crianças  
(escala 0-20)**



“ *Eu vivi isso com Sarita, uma estudante. Ela estava desanimada. Quando eu cheguei aqui eu não sabia o que era trabalho infantil. Quando eu vi um garoto quieto pensei que era preguiçoso. Agora eu sei que ele trabalhava. A mudança que conseguimos tem a ver com a forma como trabalhamos. Lembre-se que antes se dizia para os filhos, sente-se, cale-se. Agora não, já temos uma outra visão sobre o que as crianças precisam e temos outra maneira de lidar e nos relacionar com eles.* ”

Depoimento de uma professora de primeiro ano, participante de uma iniciativa educacional em Honduras

## Promover melhorias educacionais que previnam e eliminem o trabalho infantil e adolescente

As iniciativas promovidas pela CARE nessa área têm apontado para um impacto na prevenção e eliminação do trabalho infantil nos setores produtivos, tais como manufatura, mineração e agricultura. Também apoiamos uma maior permanência e promoção de estudantes trabalhadores em unidades de ensino, com programas especificamente concebidos para o contexto e as necessidades dessas populações.

A análise mostra que trabalhamos nos últimos cinco anos no **Equador, Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua** com 370 unidades educacionais para atender uma população de **15.740 crianças e adolescentes** que trabalham ou têm elevada propensão para integrar as atividades de trabalho entre 6 e 17 anos de idade.



### Alguns impactos sobre a erradicação e prevenção do trabalho infantil e do adolescente por parte dos programas da CARE e seus parceiros

**El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras e Nicarágua:** número de crianças e adolescentes retirados do trabalho em diversas áreas.

NÚMERO

**4.905**

**Bolívia:** número de crianças matriculadas em escolas com um currículo contextualizado para regiões com alta prevalência de crianças e adolescentes mineiros.

**6.250**

**Honduras:** número de crianças trabalhadoras que permanecem nas escolas.

**2.312**

Com relação ao trabalho infantil e adolescente, uma das contribuições mais importantes da CARE nestes cinco anos foi influenciar as **políticas públicas** para desenvolver modelos educacionais inovadores que integram a questão do trabalho infantil. Talvez o exemplo mais importante foi o da CARE América Central, onde trabalhamos não só nos países onde temos uma presença significativa - **El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua** - mas também na **Costa Rica e República Dominicana**. Com o apoio dos Ministérios da Educação destes países, foram validados 14 modelos educacionais para prevenir e/ou eliminar o trabalho infantil. Vários destes modelos foram adotados para demonstrar o seu impacto positivo, por exemplo:

- A incorporação do modelo “Salas de nivelamento” e “Atenção Integral à Criança Trabalhadora” em programas do Ministério da Educação de **El Salvador**, para 134 escolas.
- A adoção do modelo “Criança Tutor” em programas da Secretaria da Educação de **Honduras**, em 6 dos 18 departamentos do país.
- A incorporação do modelo “Espaços para crescer” em programas da Secretaria de Estado da Educação da **República Dominicana**, para 100 escolas em áreas de população em risco de abandono da escola para incorporação pelo trabalho explorador.

**O programa da CARE Guatemala trabalhou com 3.355 crianças de segunda e terceira séries. Conseguiu aumentar a porcentagem de alunos com habilidades suficientes em matemática e tecnologia de 52% para 68%, incorporando a matemática Maya.**

# Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

Houve muitas críticas à visão limitada sobre a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres que os indicadores do ODM 3 refletem. Estes indicadores se concentram em medir a proporção de meninas nos ensinos primário, secundário e superior; a proporção de mulheres assalariadas no setor não agrícola; e a proporção de assentos ocupados por mulheres nos parlamentos. As organizações e movimentos de mulheres ao redor do mundo concordam que este ângulo é muito estreito se queremos definir a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres na sociedade.

Em nosso trabalho na CARE, **priorizamos a igualdade entre mulheres e homens** e o fortalecimento<sup>4</sup> das mulheres. Concordamos com a opinião das organizações de mulheres sobre as críticas feitas em relação a este ODM. Acreditamos que a igualdade entre mulheres e homens não deve ser limitada a um único objetivo, mas precisa ser transversal a todos eles - renda, nutrição, educação, meio ambiente e participação. É essencial medir todos os indicadores separados por gênero para avaliar o progresso em relação aos ODM, não apenas aqueles incluídos no ODM 3. Este é um aspecto que também queremos melhorar nos programas da CARE. Cabe também mencionar que nenhum dos objetivos inclui um indicador sobre a autonomia das mulheres.

Há várias questões fundamentais que devem ser abordadas para atingir a igualdade de gênero e desenvolvimento, e que não aparecem em nenhum dos ODM. Referimos-nos a aspectos fundamentais, tais como a eliminação de todas as formas de exclusão, discriminação e violência contra a mulher, bem como a divisão sexual do trabalho. Acreditamos que a igualdade entre homens e mulheres é tanto um fim como um fator indispensável para o desenvolvimento e a justiça social.

Levando em consideração todas estas críticas, apresentamos nossas contribuições nesta seção em relação a:

- Temas que fazem parte do ODM 3 e também de outros, mesmo que não tenham sido considerados por todos a partir da perspectiva da igualdade de gênero, e
- Temas que não fazem parte dos ODM e que consideramos essenciais para a promoção da igualdade entre homens e mulheres.

No final desta seção, mencionamos o programa regional da CARE para promover a igualdade de gênero. Este programa ainda é novo e, portanto, ainda não gerou os impactos esperados. Entretanto, mencionamos aqui a fim de compartilhar as mudanças que estamos vivendo na organização, com relação ao nosso trabalho em prol da igualdade e do envolvimento em grandes contribuições em benefício da autonomia das mulheres.

<sup>4</sup> Entendemos esse conceito a partir da perspectiva da necessidade de alterar as relações de poder desiguais entre homens e mulheres.

## Contribuições da CARE para os ODM a partir de uma perspectiva de gênero

Nos últimos anos fizemos progressos consideráveis para assegurar que os programas da CARE, em todos os setores em que atuamos – educação, saúde, desenvolvimento econômico, água e saneamento, governabilidade e resposta a emergências – enfatizem a promoção de uma distribuição equitativa de poder entre homens e mulheres. Sabemos que esta abordagem é importante, mas não suficiente, e é por isso que trabalhamos também em outras questões, como será discutido na próxima seção. No entanto, incluir uma perspectiva da igualdade entre os sexos foi uma estratégia transversal de todo o nosso trabalho. Esta perspectiva foi incluída a partir da concepção dos programas, onde fazemos uma análise aprofundada sobre a discriminação contra as mulheres em vários contextos. Alguns exemplos do nosso trabalho sobre temas específicos a partir de uma perspectiva de igualdade de gênero são os seguintes:

- Na **Bolívia**, o programa de **educação** promoveu a formação dos direitos de meninas e mulheres nos cursos noturnos de La Paz e El Alto. Também promoveu a inclusão da educação sexual no currículo, bem como outras questões que, se não forem abordadas, contribuem para a marginalização dos jovens, homens e mulheres. No **Equador, Honduras e Guatemala** nossos programas promoveram amplamente a educação das meninas e sua participação em entidades estudantis. No **Peru**, contribuimos para que 2.862 professores, funcionários públicos municipais e autoridades comunitárias promovessem a importância de educar as meninas. Ajudamos a reduzir a evasão e a repetência para uma população de 29.922 meninas.
- Na **Nicarágua**, em um programa de **água e saneamento** que atendeu quase 9.000 pessoas com este serviço, pelo qual foram fortalecidos comitês de gestão da água, 43% desses comitês eram chefiados por mulheres. Vários depoimentos de mulheres que participaram desses comitês mostram que, a partir de seu envolvimento na gestão da água potável, aumentou sua capacidade de liderança em outras áreas de suas vidas.
- No **Peru**, apoiamos a participação dos cidadãos na **saúde**, a partir da formação de mulheres em Puno, para monitorar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais e centros de saúde. Na **Nicarágua**, promovemos o planejamento familiar e a informação sobre saúde reprodutiva para 6.515 mulheres.
- No **Equador**, apoiamos associações de recicladores na cidade de Cuenca para o aumento de suas **rendas**, mas também para fortalecer suas organizações e a auto-estima das mulheres. Em **Honduras**, contribuimos para a participação ativa das mulheres nas empresas rurais. No **Peru**, trabalhamos com 13.298 mulheres agricultoras no planalto rural, conseguindo um aumento de 217% na renda.
- No **Equador**, o programa de **democracia e governabilidade** fortaleceu as habilidades de liderança e participação cidadã em 10 municípios, através de uma abordagem para a igualdade de gênero e interculturalismo.



**“Aprendi a dizer sim e a dizer não. Antes as mulheres não tinham direito de opinar. Isso mudou.”**

Participante de diálogo em grupo, Peru



CARE PERU

Aprendemos que, para promover uma distribuição equilibrada de poder entre homens e mulheres, é essencial analisar a dimensão política da discriminação em todos os níveis - famílias, comunidades e países. Isto significa que, como organização, precisamos ter respostas claras e coerentes quando vemos o abuso de poder. Isto implica também promover uma maior participação e democratização em nossa própria organização.

### **Contribuições para além dos ODM para promover a igualdade de gênero**

Além das questões acima mencionadas, no âmbito dos ODM, trabalhamos algumas que consideramos essenciais na luta pela igualdade de gênero, como a violência contra a mulher e a divisão sexual do trabalho.



Em **El Salvador**, a CARE trabalhou com o Ministério da Educação, organizações de mulheres e associações de mães e pais para garantir que as escolas sejam mais seguras para as meninas e as adolescentes. A cada mês, o Ministério informou uma média de oito casos de violência, assédio sexual ou abuso dos alunos, principalmente as mulheres, nas escolas públicas. A maioria desses casos não é denunciada e os agressores continuam impunes. A CARE apoiou 80 comunidades com altos índices de violência, na concepção e organização de iniciativas para a prevenção da violência e na adoção de medidas para resolver os conflitos e monitorar a segurança e a qualidade das escolas para meninas e adolescentes. Este programa, que trabalhou diretamente com 2.400 crianças e adolescentes, apoiou as políticas governamentais a fim de prevenir abusos e discriminação nas escolas.

**“ Agora sabemos como enfrentar uma situação de assédio e abuso sexual nas escolas. Conhecemos nossos direitos, sabemos a quem procurar. ”**

Miriam Edelmira Santamaría,  
estudante, El Salvador

No **Peru**, trabalhamos com profissionais do sexo, um grupo altamente vulnerável ao HIV, bem como à exploração. Promovemos o uso consistente de preservativos e o fortalecimento de associações de profissionais do sexo. Encontramos, após amplo estudo, que um dos fatores amplamente identificados com o uso de preservativos era pertencer a uma associação de profissionais do sexo, o que tornou mais evidente a importância do fortalecimento desses grupos.

Trabalhar com homens é uma estratégia fundamental para uma maior igualdade. No **Peru**, promovemos ambientes saudáveis para o desenvolvimento da masculinidade responsável, principalmente com adolescentes em Huancavelica. O processo de formação de jovens líderes levou a mudanças no modo de pensar e de comportamento de muitos jovens. Essas transformações são expressas em um maior equilíbrio de gênero na distribuição de papéis em torno dos afazeres domésticos, em relações de maior cooperação, respeito e horizontalidade entre meninos e meninas, na redução da violência entre homens e contra as mulheres e na redução do consumo de álcool. Os líderes formados desenvolveram uma capacidade reflexiva que lhes permite ser mais críticos em relação às expressões de masculinidade hegemônica (machismo) e à violência em suas várias formas.

Nos últimos dois anos colocamos ênfase especial na questão da divisão sexual do trabalho. Embora seja muito cedo para relatar os impactos, estamos atualmente implementando um programa de apoio a cinco iniciativas do movimento de mulheres que desenvolvem ações específicas para gerar a responsabilidade da família, da comunidade e do estado em relação ao trabalho produtivo não remunerado e o cuidado de pessoas dependentes em países como Bolívia, Equador, El Salvador, Nicarágua e Peru. Acreditamos que esta questão está no cerne da desigualdade e, se não for abordada, a evolução no sentido de uma maior igualdade entre homens e mulheres será lenta e limitada.

# Reduzir a mortalidade na infância

Em Nicarágua colaboramos para reduzir numa população de 60.150 meninas e meninos a mortalidade em menores de cinco anos dos 46 a 31 por cada 1.000 nascidos vivos.

A prevalência da diarreia em menores de 5 anos abaixou para uma população de 1.796 meninas e meninos em Honduras, de 18% para 11%. Para 34.000 menores de 3 anos no Peru, abaixou de 35% para 16%.

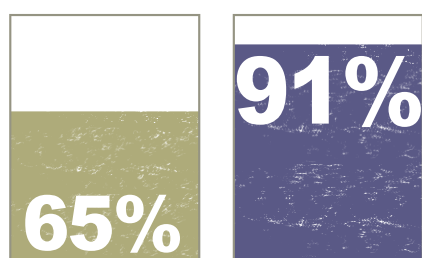
A meta para este ODM é reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos até 2015. Na América Latina e no Caribe, cerca de 23 crianças por mil nascidos vivos morrem antes dos 5 anos<sup>5</sup>.

Nos últimos cinco anos, a CARE trabalhou em programas para reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos na **Bolívia, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru**. No nível comunitário, estes programas atenderam diretamente **113.492** crianças. Os modelos utilizados, conforme explicado abaixo, foram utilizados para promover melhorias nas políticas públicas.

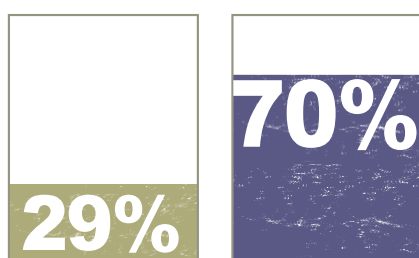
Dada a complexidade das medidas de mortalidade infantil, foi apenas um dos programas da CARE na região, a **Nicarágua**, que mediu esse indicador. O programa alcançou um impacto significativo na redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos. A avaliação também mostrou que o percentual de mulheres que pode citar pelo menos três sinais de alerta em recém-nascidos aumentou de 43% para 57%.

Temos a informação a partir de nossos programas sobre duas das doenças que contribuem para a mortalidade infantil na região: **pneumonia e diarreia**.

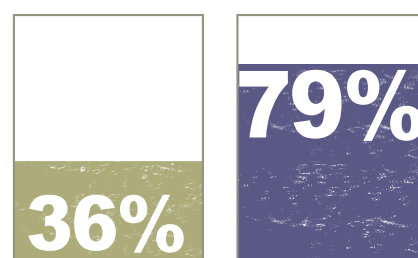
## Controle de diarreia em crianças com menos de 5 anos de idade em programas na Bolívia, Honduras e Nicarágua



**Bolívia**, 2.282 mães: % que controlaram corretamente o surto de diarreia de sua criança.



**Honduras**, 1.796 crianças com menos de 5 anos: % das crianças em que seu surto de diarreia foi controlado corretamente.



**Nicaragua**, 60.150 crianças com menos de 5 anos: % das crianças abaixo de 5 em que seu surto de diarreia foi controlado corretamente.

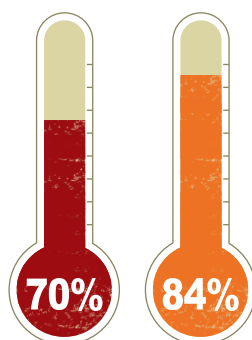
Antes do programa    Após o programa

<sup>5</sup> Relatório do PNUD sobre a evolução na consecução dos ODM (2010)  
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2010%20Stat%20Annex.pdf>

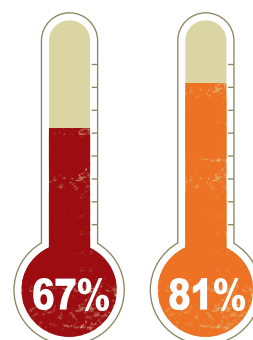


CARE PERU

**Reconhecimento de  
indícios de perigo  
de pneumonia em  
crianças com menos de  
5 anos em programas  
na Bolívia e Nicarágua**



**Bolívia**, 2.282 mães: % de mães que foram a um centro de saúde por indício de perigo de pneumonia



**Nicarágua**, 60.150 crianças abaixo de 5: % de mães que reconheceram indícios de perigo de pneumonia em crianças

● Antes do programa ● Após o programa

Aumentar a **cobertura vacinal** - outro fator importante na redução da mortalidade infantil - também foi o foco dos nossos programas na região nos últimos cinco anos.

No desenvolvimento de modelos para a redução da mortalidade infantil, a nossa **estratégia principal** foi facilitar o acesso aos serviços de saúde abrangentes e de qualidade para as comunidades mais marginalizadas e excluídas. Isto incluiu ações em nível comunitário e no nível dos próprios serviços de saúde, tais como:

- *Suporte aos Ministérios da Saúde para implementar e monitorar estratégias de redução da mortalidade infantil.* No **Peru**, prestamos assistência técnica ao Ministério da Saúde no desenvolvimento de diretrizes clínicas para o atendimento integral das crianças, com foco em direitos humanos. Junto com nossos parceiros na Saúde Coletiva Neonatal, apoiamos o Ministério da Saúde na elaboração de orientações para uma melhor abordagem da mortalidade neonatal, representando quase duas em cada três mortes de bebês no país. Em 2008 e 2009, o Ministério lançou as normas nacionais para realizar intervenções mais eficazes para reduzir a mortalidade neonatal, e para sua vigilância epidemiológica. Estamos atualmente apoiando o governo na execução destas normas em todo o país.



CARE EQUADOR

O percentual de meninas e meninos entre os 12 e 23 meses que completaram todas suas vacinas cresceu de 30% para 59% numa população de 2.596 meninas e meninos no Haiti.

“Como agente comunitário de saúde acompanho as famílias até o hospital com crianças doentes. O médico me apóia e isso me motiva porque vejo que dá valor a meu trabalho. Para mim é uma responsabilidade e não espero nada das pessoas. Sinto vontade de trabalhar pela saúde de nosso bairro e povo.”

Carlos Poñe, Bolívia.

- *Capacitação de agentes de saúde para prestar cuidados de qualidade, com base em uma abordagem de direitos humanos.* Na **Nicarágua**, trabalhamos com 16 municípios, no departamento de Matagalpa, para treinar a equipe do centro de saúde.

- *Formação de voluntários da comunidade para monitorar a saúde das crianças e vinculá-las aos serviços de saúde.* Na **Bolívia**, contribuimos para a formação de 538 agentes comunitários de saúde, de um total de 1.583 formados em conjunto com outras organizações. Trabalhamos também para facilitar a implementação do programa “Saúde da Família Comunitária Intercultural”, impulsionada como política nacional.

- *Contribuir para as campanhas de divulgação de informações para os pais sobre como cuidar de seus filhos.* No **Equador**, chegamos a 9.450 domicílios com mensagens de rádio sobre a saúde das crianças.

Uma das causas estruturais da pobreza e da desigualdade que abordamos com os nossos programas, é a apatia dos cidadãos em relação aos problemas sociais. Acreditamos que é essencial uma **maior participação** de todos os setores para conseguirmos a transformação que aspiramos.

Para alcançar mudanças significativas no **Peru**, a CARE e seus parceiros trabalharam com o Ministério da Saúde, Congresso e organizações da sociedade civil para a promulgação da Lei de Cogestão e Participação Cidadã na Saúde. A lei pretende consolidar um sistema de participação pública na gestão dos serviços de saúde. A CARE apoiou o Ministério da Saúde na geração de regras para esta lei, desenvolvida a partir de um processo participativo sem precedentes no país.

# Melhorar a saúde materna



O ODM 5 inclui metas para a redução da mortalidade materna e partos assistidos por pessoal qualificado, bem como o acesso universal à saúde reprodutiva (uso de anticoncepcionais, a cobertura da assistência pré-natal e taxa de natalidade entre adolescentes). Nosso trabalho na realização do ODM 5 está focado em seis dos países nos quais trabalhamos na região: **Bolívia, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru**. Nossas ações mais diretas atingiram uma população de **779.223 pessoas**, para as quais oferecemos suporte às melhorias na saúde reprodutiva e obstétrica (acesso aos serviços de pré-natal e planejamento familiar).

Em nosso trabalho para a melhoria da saúde materna utilizamos uma abordagem baseada em direitos humanos, incluindo os seguintes princípios: nenhuma regressão e progressos adequados, não-discriminação e igualdade, participação e responsabilidade. Trabalhamos para sermos fiéis a esses princípios e para prestar contas em relação aos objetivos e metas.

O programa da CARE no **Peru** teve um grande impacto na **redução da mortalidade materna** e seu modelo foi adotado pelo governo para replicação em todo o país. Apoiamos a Direção Regional de Saúde de Ayacucho na melhoria da qualidade da gestão de emergências obstétricas, em relação ao acesso oportuno aos serviços de saúde através do sistema de referência, bem como encaminhamento de emergências obstétricas e resultados neonatais. Durante todo este processo promovemos uma ênfase no interculturalismo e nos direitos humanos, bem como a participação da sociedade civil para promover a maternidade segura e saudável. O programa foi avaliado pelo Ministério da Saúde e a CARE<sup>6</sup> e, dado o seu sucesso, foi usado em 2007 para desenvolver diretrizes padronizadas para a gestão de emergências obstétricas para o país. Baseado em seus impactos significativos, o modelo tem sido usado também fora do Peru, especificamente na assessoria do Ministério da Saúde da Bolívia.

Outras experiências também demonstram a contribuição da CARE para reduzir a mortalidade materna:

- Apoiamos a formação de **2.043 profissionais** de saúde para lidar com emergências obstétricas e neonatais na **Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru**.
- Fortalecimento de um total de **33.813 pessoas** em comunidades pobres e marginalizadas para prevenir os sinais de perigo diante dos quais se deve ir a um hospital na **Bolívia, Equador, Guatemala e Nicarágua**. No **Equador**, no cantão de Otavalo, também apoiamos a criação de um sistema de rádio para comunicação entre as comunidades e os serviços de emergência obstétrica.

**No Peru colaboramos na redução dos 49% em razão da mortalidade materna na região de Ayacucho. A necessidade preenchida dos cuidados obstétricos de emergência cresceu de 30 % para 76%. O modelo desenvolvido será usado pelo governo a nível nacional.**

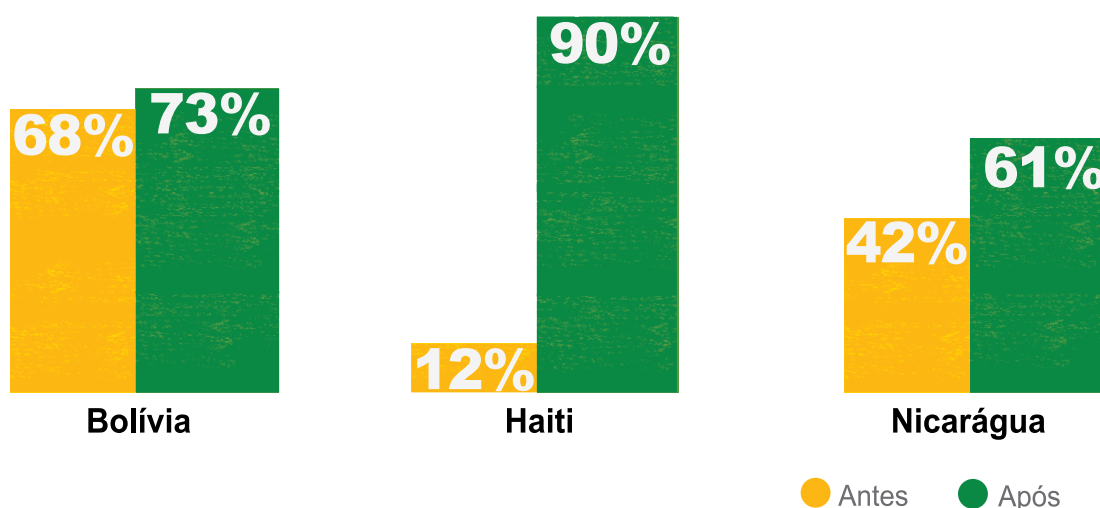
**Nas regiões nas quais apoiamos ações para reduzir a mortalidade materna, foram atendidos um total de 54.375 partos por pessoal qualificado.**

<sup>6</sup> Ver o relatório feito pela Physicians for Human Rights em <http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/mortalidad-materna-en-peru.pdf>

• Na **Guatemala**, apoiamos os serviços de saúde para uma população de **88.225 pessoas**, contribuindo para o fortalecimento da atenção obstétrica e a promoção desses serviços para a sua crescente utilização pelas comunidades. O modelo utilizado para o contato dos serviços de saúde com parteiras foi promovido em nível nacional.

Em termos de acesso aos **serviços de pré-natal**, contribuímos para que um total de **230.051 mulheres grávidas** tivessem acesso a serviços de qualidade para cuidados no pré-natal em seus primeiros cinco meses de gravidez, na **Bolívia, Haiti e Nicarágua**.

**% de mulheres grávidas que freqüentaram cuidados pré-natais nos primeiros 5 meses de sua gravidez (programas na Bolívia, Haiti e Nicarágua)**



Na Bolívia o percentual de mães que visitaram os serviços de saúde diante dum sinal de perigo durante ou depois do parto cresceu de 62% para 71%.

Nosso trabalho também se concentrou na promoção da contracepção para homens e mulheres.

• Na **Bolívia**, um total de **26.320 mulheres e homens** participaram de serviços de planejamento familiar apoiados pela CARE. 77% de uma população de **54.636 mulheres** conhece pelo menos três métodos modernos de planejamento familiar e 56% falaram pelo menos uma vez com seu parceiro sobre infecções sexualmente transmissíveis.

• Na **Bolívia e Honduras**, contribuímos para a formação de **9.314 profissionais** de saúde para prestação de serviços de aconselhamento para planejamento familiar.

O ODM 5 inclui um indicador sobre a taxa de natalidade entre as **adolescentes**. Embora não tenhamos medido este indicador para o nosso trabalho de forma mais direta, desenvolvemos intervenções no trabalho com as populações mais jovens. Na **Bolívia**, trabalhamos com **232 jovens** para desenvolver suas competências como agentes de mudança para a educação, informação e comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva entre os pares. Em **Honduras**, trabalhamos com 12 unidades educacionais e coordenamos a realização de oficinas com os jovens sobre a sexualidade, em estreita colaboração com a Direção Departamental de Educação.



Além de apoiar mudanças ou implementação de políticas públicas já identificadas, a CARE deu mais contribuições para a saúde materna, saúde sexual e reprodutiva:

- Na **Bolívia**, apoiamos os serviços do departamento de saúde para a implementação do *Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva 2004-2008*, em 92 serviços de saúde em dois departamentos do país. Também contribuimos para a implementação do Decreto Supremo 26873 do Sistema Único Nacional de Abastecimento para a implementação de farmácias locais. Apoiamos a divulgação do padrão nacional do Ministério da Saúde nº 381, sobre a orientação, a escolha informada e o consentimento informado.
- No **Equador**, com base em nossas experiências em Otavalo, apoiamos o Ministério da Saúde na elaboração de uma política nacional para melhorar o acesso a serviços de obstetrícia de qualidade.
- No **Haiti**, apoiamos os serviços do departamento de saúde para implementar o programa de saúde sexual e reprodutiva 2002-2007.
- Em **Honduras**, apoiamos a *Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil* da Secretaria da Saúde, que identifica o planejamento familiar como o componente mais importante para reduzir a mortalidade materna e infantil. Desenvolvemos uma abordagem para a compreensão das condições sociais dos jovens de 15 a 24 anos, sexualmente ativos, a fim de identificar os desafios na promoção do planejamento familiar para jovens, em seis municípios do departamento de La Paz.
- A estratégia da **Nicarágua** para fortalecer as associações comunitárias de saúde foi aprovada pelos 16 municípios do departamento de Matagalpa.

“É importante que os jovens conheçam sua realidade e que possamos falar de itens considerados tabu. Temos que construir confiança para poder falar quanto à saúde sexual e reprodutiva, identidade e auto-estimas.”

Professora de uma unidade educativa, Bolívia

“Você não pode entrar em minha casa, porque é privada, mas este é um serviço público de saúde. Eu tenho formação e o direito de estar aqui. Estas são minhas credenciais.”

Nilda Chambi, vigilante da saúde materna, no Peru.

No **Peru**, a CARE apoiou um programa de acompanhamento e participação do cidadão na saúde, contribuindo para a coordenação entre os grupos formados por mulheres rurais e redes da sociedade civil. Estes grupos formaram alianças com as redes para trabalhar em conjunto para a realização dos direitos das mulheres. Através de atividades de vigilância, conseguimos um maior compromisso por parte do pessoal dos serviços de saúde e das autoridades locais com os direitos das mulheres. A iniciativa foi reconhecida pelo governo como um mecanismo essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.



## Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

No Peru um total de 16.552 pessoas HIV (+) recebeu tratamento com antiretrovirais.

Nesta seção, apresentamos as nossas contribuições para o ODM 6. Na primeira parte, vamos dar foco nos impactos do HIV/AIDS, enquanto no segundo nos referimos ao nosso trabalho para reduzir a ocorrência da tuberculose.

### HIV/AIDS

Este ODM, ao contrário de outros, contém indicadores para medir dados específicos de mulheres, *como a taxa de prevalência do HIV em gestantes de 15 a 24 anos de idade*. A ênfase sobre as mulheres é crucial para este ODM, dado que as desigualdades e a violência que sofrem contribuem para uma maior vulnerabilidade e risco em relação ao HIV. O documento que resultou da Cúpula Mundial de 2005 para analisar os progressos rumo aos ODM condena *“energicamente as violações dos direitos humanos de mulheres e meninas em situações de conflitos armados e da exploração sexual, violência e abuso contra as mesmas”* (Nações Unidas, 2005).

Nos últimos cinco anos, a CARE trabalhou na prevenção e tratamento do HIV/AIDS, principalmente no **Equador e Peru**. Nestes países cumprimos o papel de Principal Destinatário<sup>7</sup> dos programas financiados pelo Fundo Mundial para AIDS, Tuberculose e Malária, **ações nacionais** de prevenção e tratamento do HIV/AIDS. Também implementamos programas no **Haiti e Honduras**. Em todos os quatro países contribuimos para programas de prevenção ou tratamento de HIV/AIDS, para um total de **2.160.974 pessoas**.

No **Equador e Peru**, devido ao trabalho da CARE em nível nacional, as contribuições foram de grande escala. Ressaltamos que estas ações, e todas as apresentadas neste relatório, são implementadas em conjunto com os parceiros e aliados, e nunca isoladamente. Ressaltamos mais uma vez que todos os impactos são resultados de processos com vários parceiros.

7 O Destinatário Principal é selecionado pelo Mecanismo de Coordenação do País, que inclui representação do governo, sociedade civil e pessoas afetadas pelo HIV, tuberculose e malária para administrar os recursos. O Destinatário é responsável pelo cumprimento, por parte dos projetos financiados, dos objetivos perante o Fundo Mundial.

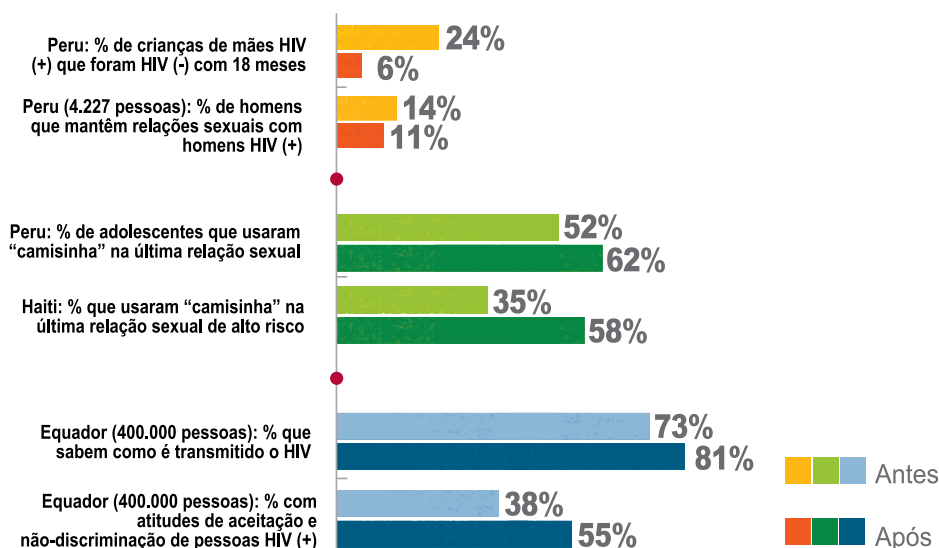


Utilizando uma abordagem baseada nos direitos humanos e na não-discriminação, o nosso trabalho de combate ao HIV/AIDS tem seu foco na redução da incidência do HIV em populações de alto risco e vulnerabilidade, para reduzir a transmissão vertical do HIV de mãe para filho, assim como a incidência do HIV na população em geral através de estratégias amplas de comunicação e educação.

O gráfico mostra os impactos na **incidência, comportamento e conhecimento**.

**No Equador apoiamos o 20% dos centros do país que dão assessoramento para prova voluntária do HIV.**

### Alterações na prevalência, comportamento, atitudes e conhecimento antes e após os programas apoiados pela CARE



No **Equador e no Peru**, apoiamos o fortalecimento de 469 centros de saúde para prestação de serviços de aconselhamento para HIV/AIDS. Mais de um milhão de pessoas usaram estes serviços.

### Pessoas atendidas pelo serviço de aconselhamento e/ou teste de HIV (Equador e Peru)

NÚMERO

**Gestantes** que receberam aconselhamento e teste voluntário do HIV (Peru)

**414.820**

**Mulheres entre 15 e 49 anos** que receberam aconselhamento e teste voluntário do HIV (Peru)

**653.665**

Pessoas que receberam aconselhamento sobre HIV (Equador)

**46.693**

**Total de pessoas (Equador e Peru) 1.068.485**

**No Haiti apoiamos os sistemas comunitários de cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e promovemos este modelo no país todo.**

**No Equador trabalhamos com 470 empresas privadas para assegurar políticas não-discriminatórias de recursos humanos diante o HIV.**

Nossas estratégias de combate ao HIV/AIDS têm sido muitas e foram geridas de forma coordenada, em nível nacional e sub-nacional, sendo estas as mais importantes:

- Garantir o tratamento oportuno das pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Facilitar o acesso da população aos centros de aconselhamento e testes voluntários.
- Melhorar o acesso, qualidade e utilização de serviços básicos relacionados ao HIV/AIDS e distribuição de preservativos.
- Sensibilizar e fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde para melhorar a qualidade dos cuidados e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Desenvolver campanhas de sensibilização e comunicação de massa para reduzir o estigma e a discriminação de pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Aumento do acesso aos serviços sociais e de segurança econômica para as pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- Desenvolver iniciativas dirigidas a populações com comportamentos de risco (homens que fazem sexo com homens, transgêneros e profissionais do sexo).
- Envolver o setor privado na questão do HIV/AIDS no desenvolvimento de políticas de recursos humanos não-discriminatórias.
- Reforçar os mecanismos de exigibilidade da participação e vigilância dos cidadãos para pessoas vivendo com HIV/AIDS e da população em risco.
- Apoiar a incorporação do problema do HIV/AIDS na agenda pública e promover políticas públicas e orçamentos para este tema.
- Desenvolver espaços públicos de prestação de contas para informar sobre os progressos e receber opiniões para melhorar os processos.

## **Pessoas atendidas com informação e educação para a prevenção do HIV**

### **NÚMERO**

Pessoas atendidas por ações de informação e educação para a prevenção do HIV/AIDS (Equador)

**707.967**

Adolescentes atendidos com atividades de informação para a prevenção do HIV (Equador, Honduras e Peru)

**279.368**

Mulheres de organizações sociais de base capacitadas sobre uma vida sexual saudável (Peru)

**10.331**

Homens que fazem sexo com homens atendidos com atividades de prevenção do HIV (Equador e Peru)

**56.832**

Profissionais do sexo atendidas com atividades de prevenção do HIV (Equador e Peru)

**50.325**

Pessoal dos centros de saúde e professores capacitados contra o estigma e discriminação de pessoas vivendo com o HIV (Peru)

**2.716**



CARE EQUADOR

Quanto às **políticas públicas** e sua importância como estratégia, podemos citar algumas das contribuições que fizemos para fortalecê-las, no intuito de melhorar diversas populações.

No **Ecuador**, contribuímos para a implementação do Plano Estratégico Multisetorial para o HIV/AIDS em Guayas, Manabí, Esmeraldas e El Oro. Também apoiamos a aprovação do Acordo Ministerial 436, que proíbe a exigência de os estudantes realizarem qualquer tipo de teste ou exame de saúde relacionado a identificação do HIV/AIDS como requisito para a matrícula, aprovação de ano ou graduação. Apoiamos a revisão da Lei sobre HIV/AIDS apresentada na Assembleia Nacional, que inclui um quadro mais amplo dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, bem como a revisão do marco regulatório sobre a diversidade sexual e a não-discriminação.

A CARE **Peru** tem apoiado ativamente o processo de preparação e execução do Plano Estratégico Multisetorial de Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS. Apoiamos também a aprovação dos decretos dos Governos Regionais de Ica, Tumbes e Ucayali para o atendimento de adolescentes com mais de 14 anos em serviços de aconselhamento para HIV, sem a necessidade de autorização prévia de seus pais ou responsável legal. O sucesso das negociações que a CARE fez com o governo peruano e o Fundo Mundial para a compra de medicamentos genéricos para o tratamento anti-retroviral tem ajudado a reduzir os custos de medicamentos nos próximos anos. Juntamente com outros membros da confederação da CARE Internacional, a CARE Peru participou da campanha global contra os esforços da empresa suíça Novartis para promover uma mudança na Lei de Patentes da Índia, o que teria colocado em risco a possibilidade de comprar medicamentos genéricos fabricados naquele país.

“Anteriormente houve dificuldades no atendimento as pessoas que vivem com AIDS. Os doentes não sabiam que podiam fazer uma denúncia se seus direitos eram violados. Atualmente existe um plano de vigilância. Isto não é fácil porque as pessoas que vivem com HIV/AIDS não querem dar-se a conhecer.”

Celina del Pilar Dioses Piedra,  
Diretora da Associação pela  
Vida, Peru

No Equador o percentual de tratamento com sucesso ascendeu aos 82%. No Haiti a incidência da tuberculose passou dos 180 por 100.000 pessoas aos 120, para uma população de 730.000 pessoas.

## Tuberculose

Em dois dos países da região, **Equador e Peru**, a CARE tem sido, nos últimos cinco anos, a Destinatária Principal dos programas para o combate à tuberculose financiados pelo Fundo Mundial para AIDS, Tuberculose e Malária. Da mesma forma que o HIV/AIDS, nossas contribuições para reduzir a incidência da tuberculose nesses países, doença sobre a qual pesa os fatores de discriminação e estigma e que estão fortemente associados à pobreza, têm ocorrido em nível nacional. Também apoiamos serviços de triagem e tratamento da tuberculose no **Haiti**.

No **Peru**, contribuimos para o programa conduzido pelo Ministério da Saúde para o tratamento de pessoas com tuberculose em nível nacional, trabalhando também com pessoas privadas de liberdade em 27 prisões no país. Um total de **10.906 pessoas** com tuberculose multi-resistente foram tratadas.

### Impactos do programa de tuberculose no Peru a nível nacional



### As principais estratégias do programa de tuberculose foram:

- *Fornecer tratamento a pacientes com tuberculose.* No **Peru**, além de fornecer tratamento para a tuberculose, contribuimos para que 9.960 pacientes com tuberculose recebessem aconselhamento e teste para o HIV/AIDS.
- *Melhorar o sistema de informação e diagnóstico da tuberculose.* No **Equador**, contribuimos para equipar um laboratório nacional, dois laboratórios regionais e 24 laboratórios provinciais. Apoiamos também a consolidação de um sistema informatizado.
- *Fortalecer os centros de saúde e hospitais para detectar e tratar a tuberculose e para gerir as medidas de biossegurança.* No **Peru**, apoiamos quatro centros de excelência para tratamento hospitalar de pacientes com tuberculose. Um total de 4.598 profissionais de saúde foram treinados no tratamento desta doença.



CARE HAITI

- *Fortalecer a participação, acompanhamento e organização social das pessoas vivendo com tuberculose.* No **Peru**, apoiamos 30 organizações de pessoas afetadas pela tuberculose. Um total de 540 promotores comunitários foi capacitado para a prevenção e controle da tuberculose multi-resistente.
- *Apoiar a mobilização social para colocar a tuberculose na agenda pública.* No **Haiti**, promovemos um sistema de apoio social para as pessoas afetadas pela tuberculose.
- *Reforçar o apoio e a reabilitação social das pessoas atingidas pela tuberculose.* No **Peru**, 670 pacientes com tuberculose se beneficiaram de programas sociais de trabalho e habitação e 752 pessoas de alta vulnerabilidade receberam cestas de alimentos.

O apoio da CARE também se deu no nível de **políticas públicas**. No **Equador**, contribuimos para a atualização da norma nacional para a prevenção e controle da tuberculose. Apoiamos o Ministério da Saúde Pública para regulamentar a venda livre de medicamentos contra a tuberculose.

No **Peru**, presidimos a comissão de saúde responsável pela elaboração de uma avaliação do problema carcerário em termos de saúde. Apoiamos a criação de um programa de cesta básica para as pessoas com tuberculose. Nós tivemos um papel importante no desenvolvimento do Plano Estratégico Multisetorial de Controle da Tuberculose, desenvolvido com a participação da sociedade civil e do governo. O plano salienta a importância de uma resposta multisectorial para a doença; o decreto supremo que aprova o plano foi assinado pelo Presidente da República e pelos Ministros da Defesa, Justiça, Trabalho, da Mulher e da Saúde, em maio de 2010.

“ Mudei na maneira de ver as coisas. Há determinantes sociais que coadjuvam a tuberculose. A Luz de agora não é a mesma que quando lhe comunicaram que tinha tuberculose. Temos recebido capacitação em direitos humanos, vigilância e mobilização social. Agora participamos em espaços de decisão. ”

Luz Estrada González, Peru

# Garantir a sustentabilidade ambiental

Apresentamos nesta seção as contribuições da CARE para as metas do ODM 7. Acreditamos que, para inverter a atual tendência de perda de recursos naturais, tal como mencionado no ODM, é essencial promover mudanças como a promoção das energias renováveis e não poluentes, o uso adequado e comedido dos recursos naturais e uma nova concepção da economia para que ela funcione a serviço da saúde humana e do meio ambiente.

Em todos os países onde atuamos na região, desenvolvemos ações que contribuem para a sustentabilidade ambiental. Nós organizamos as informações em duas partes. A primeira diz respeito às duas primeiras metas dos ODM, nomeadamente, *incorporar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais (meta 7A); e reduzir a perda de biodiversidade, atingindo até 2010 uma redução significativa na taxa de perda (meta 7B).* Na segunda parte desta seção, apresentamos os nossos impactos para ajudar a reduzir a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável e saneamento básico (meta 7C). No futuro, organizaremos nossas medições de forma que também possamos apresentar nossas contribuições para a meta 7D, acerca das melhorias na vida dos moradores de favelas.

No Brasil e Nicarágua  
14.366 pessoas  
participaram nas  
brigadas ecológicas  
ou nas jornadas  
de limpeza da  
comunidade.

É interessante notar que estes indicadores dos ODM não incluem adequadamente o tema da mudança climática, ou os aspectos da gestão adequada dos recursos naturais além da cobertura florestal.

## Meio ambiente e biodiversidade

Nos últimos cinco anos, trabalhamos diretamente com **109.165 pessoas na Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru**, em processos específicos para o desenvolvimento sustentável e redução da perda de biodiversidade. Muitos destes processos influenciaram as mudanças em políticas públicas e suas aplicações.

## Contribuição da CARE para conservação em vários países



As **principais estratégias** que usamos para contribuir para a sustentabilidade ambiental e da biodiversidade têm se resumido a cinco. Para todas estas estratégias também fizemos contribuições para políticas públicas e sua implementação.

- **Promoção de sistemas agroflorestais.** Esta estratégia incluiu apoio a planos de reflorestamento, sistemas agroflorestais e campos de demonstração ou planos de manejo florestal em nível de comunidade, famílias e subnacional. Alguns destes sistemas combinaram culturas tradicionais de consumo como a teca, mogno, a castanha, shiringa, cupuaçú, cítricos, amieiro e sálvia; ao mesmo tempo permitiram aos produtores enfrentar os riscos climáticos e outros relacionados ao mercado. No total, apoiamos 2.087 hectares de sistemas agroflorestais em nível familiar e comunitário para **5.161 famílias na Bolívia, Brasil, Guatemala e Peru**. Nos territórios indígenas na **Guatemala**, apoiamos o reflorestamento em uma área com uma população de **7.983 pessoas**.

- **Conservação dos recursos naturais.** Em relação à conservação dos recursos naturais, principalmente solo e água, facilitamos processos de planejamento para o estabelecimento de áreas de conservação e o fortalecimento das capacidades para gerir estas áreas na **Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti e Nicarágua**. No caso do Equador, trabalhamos para apoiar a recuperação dos conhecimentos ancestrais dos Shuar da Amazônia para a gestão sustentável dos recursos naturais e da agricultura. Na Bolívia, a CARE fortaleceu as capacidades das comunidades para definir suas próprias regras de gestão dos recursos naturais. Foi possível submeter essas normas para inclusão em planos de gestão territorial em cinco microbacias de Chuquisaca, Potosí e Tarija.

- **Conscientização e ação.** Para a gestão e conservação da água e do solo, desenvolvemos campanhas de sensibilização em vários setores da população. Capacitamos um total de **1.234 líderes na Bolívia, Equador, Guatemala e Nicarágua** na gestão sustentável dos recursos naturais. Também promovemos ações comunitárias de proteção ambiental.

- **Mitigação das mudanças climáticas.** A estratégia no **Brasil, Equador e Peru** está focada na promoção de ações piloto para mitigar a mudança climática, utilizando em todas elas uma abordagem a partir do desenvolvimento equitativo das populações marginalizadas. No Equador, apoiamos a compensação dos serviços ambientais para a proteção e a gestão das florestas, enquanto no Peru promovemos o uso de fogões melhorados que reduzem as emissões de carbono.

- **Adaptação às mudanças climáticas.** Na **Bolívia, Equador e Peru** fortalecemos a capacidade das comunidades para identificar, validar e implementar medidas de adaptação às mudanças climáticas, concentrando-se principalmente sobre a produtividade agrícola e a disponibilidade de água para consumo ou produção em um contexto de mudanças climáticas.



“ Antes não tínhamos algo que nos juntasse todos. Demos aos meninos alguns hectares do bosque e fizeram um inventário da flora e fauna. Em lugar nenhum havia um projeto para tomar conta do meio ambiente numa aula ao vivo, onde os meninos aprendem convivendo com seu entorno. Eles tem criado consciência e seus Paes não tomam conta do bosque, são eles os primeiros em mostrá-lo.”

Santiago Jofré Vaca e Margarita Ramona Quete, Bolívia

**No Haiti apoiamos a 8.278 famílias para a plantação de 979.000 árvores frutais, para evitar a erosão do solo e promover seus ingressos.**

## Educação para a conservação do meio ambiente no Brasil

No Brasil, trabalhamos para promover atividades educativas para conservação ambiental em favelas do Rio de Janeiro, promovendo o orgulho dos jovens sobre os seus bairros. Em 10 escolas, apoiamos unidades para a coleta seletiva de lixo. O modelo foi adotado como política de educação para o meio ambiente por parte do município de Duque de Caxias, com uma população de 870.000 pessoas.

*“Antes, as escolas tratavam a educação ambiental sem relação direta com os problemas do nosso bairro. Agora, as escolas públicas contam com jovens e professores formados como agentes ambientais para facilitar as atividades lúdicas para a reflexão sobre questões ambientais. Em 2009, nos relacionamos com a prefeitura e garantimos a coleta dos materiais separados nas escolas. Um armazém abandonado será usado para a recepção de materiais recicláveis, e será gerido por uma cooperativa.”*

Varner Medeiros Simas Filho, monitor de educação ambiental, Brasil

Na Bolívia apoiamos um incremento de 44% para 90% de cobertura da água potável em regiões rurais de intervenção. No Haiti este percentual cresceu de 30% para 55%. Em Honduras a cobertura de saneamento cresceu de 38% para 73% nas áreas do programa.

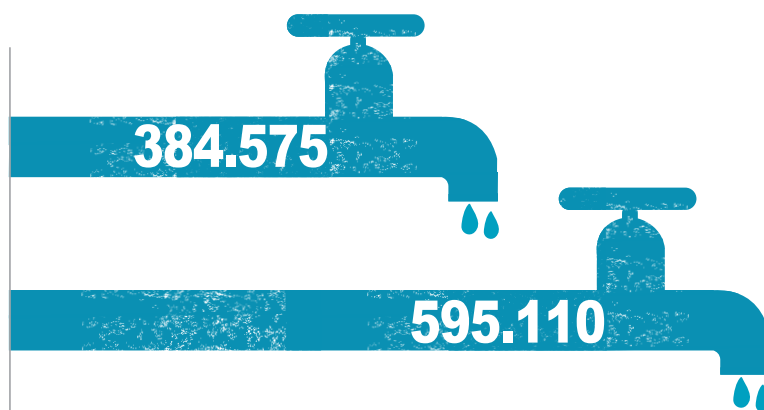
## Água potável e saneamento

Nosso trabalho mais direto para ampliar o acesso à água potável e saneamento apoiou a mobilização da comunidade e dos governos locais para melhorar as condições de acesso aos sistemas de água e saneamento em áreas rurais ou peri-urbanas que não tinham acesso a esses serviços. Contribuímos para a construção ou reabilitação de sistemas para um total de **701.754 pessoas** nas áreas rurais e peri-urbanas com altas taxas de pobreza na **Bolívia, Equador, El Salvador, Haiti, Honduras, Guatemala, Nicarágua e Peru**. Como vimos nas seções anteriores, a melhoria do acesso à água potável é essencial para reduzir as doenças diarreicas agudas e a desnutrição infantil.

### Número de pessoas com acesso a sistemas de água e saneamento novos ou melhorados

**Bolívia, Honduras, Nicarágua y Peru:** número de pessoas com acesso a saneamento novo ou melhorado.

**Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua y Peru:** número de pessoas com acesso a sistemas de água potável novos ou melhorados





CARE GUATEMALA

Além de ajudar a melhorar ou construir sistemas de água e saneamento, a CARE apoiou a formação da comunidade e de governos locais na gestão de sistemas de água e saneamento, bem como a educação sanitária para promover mudanças nas práticas de higiene. Alguns exemplos desses resultados são:

- No **Equador, El Salvador, Nicarágua e Peru**, contribuimos para a formação de 3.854 membros de organizações de gestão dos sistemas de água potável (709 organizações).
- Em **El Salvador**, sensibilizamos uma população de 19.445 pessoas para o uso racional da água e em medidas para evitar sua contaminação.
- No **Equador**, apoiamos 27 governos locais a tomar medidas para reduzir a poluição por resíduos sólidos dos rios, ar e solo.

Além das pessoas diretamente apoiadas pela CARE para melhorar seu acesso à água potável e saneamento, usamos também os modelos promovidos pelos programas para apoiar os governos na apresentação de mudanças nas **políticas públicas** em favor dos mais excluídos, tanto em nível nacional quanto local. Estes são alguns exemplos:

- Em **El Salvador**, contribuimos para a concepção da estratégia de água potável rural, no âmbito da Rede de Solidariedade, para atender às necessidades das famílias em extrema pobreza no país. Apoiamos também a concepção e desenvolvimento de um diagnóstico do subsetor de água potável e saneamento rural e a subsequente formulação de diretrizes políticas do governo.
- Em **Honduras**, apoiamos a gestão descentralizada da água e do saneamento dos governos municipais de Mercedes, Lempiras, Yamaranguita Intibucá, Guajiquiro e Nacaome. Os municípios são exemplos importantes de um trabalho consistente para o país.
- No **Peru**, contribuimos para a ratificação da Resolução de Direção Setorial 007-2006-GR-DRVCS CAJ e para a aprovação das políticas regionais de água e saneamento, pela Portaria Regional 004-007-GRCAJ-CR do Conselho do Governo Regional da região de Cajamarca. Isto permitiu a formalização de um programa de capacitação para gestão de serviços de saneamento nas zonas rurais.

“ Antes, o sistema de água estava uma bagunça e só tínhamos uma ou duas horas de serviço diário de água. O projeto fortaleceu a organização comunitária e formou uma comissão de vigilância, que foi o interlocutor entre o município e os usuários. O sistema foi restaurado. A população optou pela instalação de medidores e as tarifas foram acordadas. Já não precisamos de subsídios. Agora vamos desfrutar de água 24 horas por dia, sem pausas ou interrupções. Nossas habilidades de gestão foram fortalecidas e as autoridades se sentem apoiadas pelo povo. ”

Saúl Ruiz Lezama, Prefeito do Município Distrital de Ichocán, Peru

Em Honduras, numa população de 2.267 lares, o percentual de melhoramento em suas práticas de higiene cresceu de 24% para 41%.

# Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

O ODM 8, relativo à promoção de uma parceria global para o desenvolvimento, é amplo e inclui diversos objetivos e indicadores. Os objetivos buscam desenvolver um sistema comercial e financeiro e não-discriminatório; atender às necessidades especiais dos países menos desenvolvidos e daqueles sem litoral; e enfrentar os problemas da dívida dos países em desenvolvimento.

Houve várias críticas a respeito deste ODM, dada a ambigüidade de seu título e o número de temas abordados. Os membros de organizações de base indicaram que uma parceria para o desenvolvimento entre os países deve contar com termos de relacionamento entre eles, baseados na igualdade, que está longe de ser alcançada entre os nossos povos. A fórmula implícita de desenvolvimento contida neste ODM fala em aumentar o crescimento, o consumo e a abertura dos mercados, apesar de não incluir indicadores sobre a redistribuição da riqueza. Fala sobre “sustentabilidade” da dívida, o que recebeu várias críticas dos movimentos sociais que procuram o perdão da mesma.

No que diz respeito às contribuições da CARE para este ODM, nos concentraremos nesta seção em *uma boa gestão dos assuntos públicos (incluída na meta 8A)*, especialmente para os serviços sociais no contexto dos processos de descentralização. Nessa questão deste ODM foi onde fizemos um esforço extra.

Acreditamos que uma boa gestão dos recursos públicos está intimamente ligada à ampla participação e supervisão. Sendo assim, para contribuir para este ODM, a nossa abordagem, promovida globalmente na CARE pelo CARE Reino Unido no seu trabalho sobre governabilidade, é a seguinte:

- **Fortalecer a participação cidadã.** Trabalhamos com grupos de pessoas em vários níveis, especialmente os mais marginalizados e excluídos, para promover a sua participação em processos decisórios de recursos públicos. As ações nessa linha de trabalho foram a formação de grupos da sociedade em matéria de direitos humanos, o apoio aos processos de supervisão e controle social, bem como o fortalecimento de grupos da sociedade civil para participar da gestão dos orçamentos.

- **Promover a prestação de contas e a eficácia dos serviços públicos.** Apoiamos principalmente os governos municipais para fortalecer suas capacidades de gerenciamento e gestão transparente dos bens públicos, bem como suas habilidades para o diálogo com os cidadãos.

- **Estabelecer espaços de negociação.** Apoiamos espaços para os governos e os cidadãos tomarem decisões conjuntas sobre as questões do bem comum, especialmente os serviços sociais. Desenvolvemos as capacidades dos atores para negociar em condições de maior igualdade, por exemplo, os orçamentos participativos.



CARE BRASIL

É importante observar que, embora neste capítulo incluímos ações específicas para promover a participação cidadã e eficácia dos serviços públicos, o nosso trabalho em todos os temas incluídos no presente relatório - saúde, educação, água, saneamento, etc. - incluiu um forte componente de formação para grupos da sociedade civil e governos locais. Por exemplo, em Honduras trabalhamos extensivamente com seis cidades para promover serviços de educação pública.

Incluímos aqui as principais realizações a este respeito, em primeiro lugar os números e, em seguida, as descrições de alguns casos concretos. Nossas contribuições para uma boa gestão dos bens públicos beneficiaram um total de **448.287 pessoas na Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru.**

| <b>Fortalecer a participação dos cidadãos</b>                                                                                   |  | <b>NÚMERO</b>  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| Líderes formados em direitos humanos, participação e supervisão cidadã                                                          |  | <b>4.075</b>   |
| Número de membros da comunidade fortalecidos para seu envolvimento nos orçamentos participativos e processos de controle social |  | <b>83.877</b>  |
|                                                                                                                                 |  | <b>NÚMERO</b>  |
| Funcionários públicos capacitados em gerência e controle de bens públicos e em processos participativos                         |  | <b>2.204</b>   |
| Governos municipais fortalecidos                                                                                                |  | <b>284</b>     |
| População que habita municípios apoiados (descentralização e orçamentos participativos)                                         |  | <b>448.287</b> |

**“Sempre tinha  
escutado quanto aos  
direitos humanos,  
sem saber de  
que se tratavam.  
¿Quais são os meus  
direitos, quem os  
viola? Agora sou  
líder da Prefeitura e  
sei que ações tomar  
para fendê-los.”**

Octavio Mamani,  
Potosí, Bolívia

Todas as ações listadas na tabela ajudaram a criar espaços de negociação em condições de maior igualdade entre os cidadãos e governos locais. Citamos aqui alguns exemplos de nosso extenso trabalho sobre este tema:

- Na **Bolívia**, apoiamos 151 atividades para promover o diálogo público e uma cultura democrática entre os atores do Estado e da sociedade civil. Um total de 35.632 pessoas participou destas atividades na construção de pontes entre as iniciativas dos cidadãos e do Estado.

- No **Equador**, apoiamos mais de 20 municípios na fronteira sul e norte do país nos processos e mecanismos de controle social e fiscalização, de modo a incentivar a participação da população e melhorar a prestação de contas das autoridades municipais, educacionais, estaduais e da iniciativa privada.

79% dos habitantes dos municípios apoiados entendeu, no final do programa, que a gestão dos municípios passou a ser mais transparente. Apoiamos também uma plataforma de responsabilidade social com abrangência nacional, que promove a transparência e o controle social dos setores público e privado. Os 19 membros da coligação têm como função contribuir para o exercício da responsabilidade social no Equador.

- Na **Guatemala**, contribuimos para o desenvolvimento de 13 planos municipais de redução da pobreza, com ampla participação da população.

- No **Haiti**, promovemos uma experiência inovadora de “parlamento das crianças”, onde elas apresentaram suas demandas para defender seus direitos. Um total de 5.441 meninas e 4.515 meninos participaram desta experiência e elegeram os seus representantes para o parlamento de crianças em Gonaives. Suas demandas estão concentradas principalmente na promoção da dignidade das crianças nas escolas.

- Na **Nicarágua**, sensibilizamos 2.360 pessoas sobre o exercício dos seus direitos como cidadãos; 40% deles, a partir desta formação, tomou decisões concretas nas áreas de participação cidadã.

- No **Peru**, contribuimos para a aprovação da proposta de alteração da lei 27.813, que amplia a composição dos conselhos nacional e regionais de saúde, acrescentando mais representantes do povo nesses casos. Fortalecimento da participação do cidadão na saúde, apoiando mecanismos de controle social dos serviços de saúde, que se tornaram um modelo reconhecido nacionalmente por promover o respeito e a transparência no relacionamento com as pessoas que procuram por esses serviços, especialmente em zonas mais periféricas.

Além de promover a participação cidadã e a gestão transparente dos serviços públicos, apoiamos algumas outras questões que estão incluídas no ODM 8, como a dívida, acesso aos mercados e a ajuda ao desenvolvimento. Citamos alguns exemplos:



CARE PERÚ

- Muito antes do terremoto de janeiro de 2010, participamos ativamente da iniciativa de **perdoar a dívida do Haiti** como parte da rede *Jubilee*. Ela acabou sendo perdoada após o terremoto em reconhecimento de que um país que está em um enorme esforço de recuperação não pode pagar suas dívidas.
- Apoiamos o **comércio justo** e a responsabilidade social empresarial para as iniciativas no Brasil (cacau), El Salvador (turismo), Honduras (banana) e Peru (alcachofra).
- Participamos de alianças e redes globais sobre a **prestação de contas das ONGs**, nas quais apoiamos acordos e discussões sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento no âmbito da Declaração de Paris e da reunião de Accra<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Por exemplo, ver uma posição da CARE Reino Unido sobre esta matéria  
[http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/ASAZ-7RZBWZ/\\$file/CARE\\_Aug2008.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/ASAZ-7RZBWZ/$file/CARE_Aug2008.pdf?openelement).



CARE HAITI

4:

**Resposta a  
emergências e redução  
do risco de desastres**

Na América Latina e Caribe trabalhamos desde 1953, e nas primeiras décadas concentramos nossos esforços nas respostas a emergências. Hoje, nossos programas contribuem principalmente para processos de desenvolvimento, mas continuamos tendo como nossos princípios fundamentais de gestão a resposta a emergências e a redução do risco de desastres, já que as emergências são causa e consequência da pobreza e da injustiça social. Neste capítulo apresentamos os resultados deste trabalho nos últimos cinco anos.

Durante este período, respondemos às necessidades das pessoas afetadas por catástrofes decorrentes de eventos naturais: terremotos (Haiti e Peru), secas, enchentes e inundações (Bolívia), furacões e tempestades tropicais (Cuba, Haiti, Honduras e Nicarágua) e atividade vulcânica (Equador e Nicarágua). As condições anteriores a esses desastres são aquelas que determinam a vulnerabilidade dos seres humanos a eles. Consequentemente, devemos observar que as pessoas pobres e marginalizadas foram as mais afetadas por esses eventos.

As ações da CARE para situações de emergência têm sido variadas, de acordo com as necessidades identificadas. É importante notar que respondemos às diferentes fases de emergências: resposta imediata a uma catástrofe, recuperação após o desastre, reconstrução de infraestrutura, sistemas produtivos, sociais e de subsistência, bem como a capacitação e parcerias como preparação para emergências. Apresentamos aqui nossas mais importantes contribuições, tanto na administração direta como na influência nas políticas públicas.

Nos últimos cinco anos, alcançamos um total de **502.983 pessoas** na América Latina e no Caribe, com ações em resposta a situações de emergência ou para a redução do risco de desastres. Mais de 300.000 delas eram mulheres, homens e crianças no Haiti, vítimas do terremoto de janeiro de 2010. Sendo assim, apresentamos mais adiante nossas ações separadamente no Haiti.

Incluímos na tabela alguns exemplos das contribuições da CARE em resposta a situações de emergência ou para a redução do risco de desastres na região, mostrando algumas das ações desenvolvidas.

**“** Minha casa foi afetada pelo terremoto do ano 2007, as paredes racharam-se e tínhamos que seguir ocupando a casa. Acessamos a uma vaga para relutar nossa moradia numa nova área. A Prefeitura apoio com suas maquinarias e nós com nossa vontade e força. Agora tenho uma moradia segura. Estou orgulhosa de dirigir um comitê no novo bairro. Temos um conjunto de necessidades como eletrificação, o cuidado da saúde e o manutenção da rede de água potável. **”**

Aurora Palomino Matamoros, Peru

## Abrigo e moradia

### NÚMERO

Pessoas que receberam moradia temporária após uma emergência (Bolívia e Peru)

**14.795**

Pessoas cujas residências foram reconstruídas e melhoradas (Honduras)

**2.130**

## Segurança alimentar

NÚMERO

Refeições familiares distribuídas (Bolívia, Equador)

**99.653**

## Água e saneamento

NÚMERO

Pessoas que contam com uma alternativa de saneamento imediatamente após uma emergência (Peru)

**51.245**

Sistemas de água potável restabelecidos e funcionando adequadamente depois de uma emergência (Bolívia, Equador, El Salvador, Peru)

**135**

## Educação

NÚMERO

Profissionais capacitados para intervir com ações psicopedagógicas lúdicas em momentos de crise e reconstrução (El Salvador)

**1.253**

Pessoas capacitadas em gestão de riscos, no contexto de escolas seguras (Guatemala, Honduras)

**4.211**

## Recursos produtivos

NÚMERO

Famílias que recebem insumos para recuperação de hectares de recursos produtivos (Bolívia, Cuba, El Salvador)

**18.242**

Famílias com a produção total garantida para o próximo ciclo de cultivo (Bolívia)

## Fortalecimento organizacional

NÚMERO

Técnicos locais capacitados para dar apoio ao processo de construção de residências (Peru)

**722**

Representantes comunitários e autoridades locais treinados em emergência e gestão de riscos (Bolívia, Equador, Honduras, Peru)

**8.225**

Número de projetos de infraestrutura de proteção gerados como meios de prevenção de riscos: pontes, caminhos, drenagens (Bolívia, Equador, El Salvador, Honduras, Nicarágua).

**66**

Temos posto ênfase na prestação de contas em nosso trabalho humanitário. Na Bolívia somos parte de um consórcio de agências humanitárias e outros atores para a construção de capacidades de resposta a emergências, coordenação, adoção dos estándares Esfera e uso da *Guia Suficientemente Boa*. No Peru estabelecemos uma linha telefônica gratuita para que as pessoas afetadas pelo terremoto de 2007 pudessem dar sua opinião quanto as ações de CARE.



Assim como em nosso trabalho para o desenvolvimento de longo prazo, baseado em nossas ações de resposta de emergência, contribuimos para as políticas públicas favoráveis às populações mais vulneráveis. Aqui estão alguns exemplos para cada uma das questões que trabalhamos nas respostas de emergências e para a redução do risco de desastres:

**Habitação e abrigo.** No **Peru**, contribuimos para a geração de um programa nacional de habitação rural, com base no modelo de habitação antissísmica e saudável desenvolvido pela CARE, pelo Banco de Materiais do Governo e outros parceiros. Em setembro de 2010, o programa foi aprovado pelo Congresso da República e elevado ao status de Lei, após ser defendido pela parceria Grupo de Habitações Seguras e Saudáveis, da qual faz parte a CARE. A parceria construiu 3.800 casas nas áreas rurais - cerca de 40% dos domicílios rurais destruídos pelo terremoto de 2007.

**Segurança alimentar.** Na **Bolívia**, apoiamos vários municípios para garantir o fornecimento de 6.000 refeições complementares para crianças menores de dois anos em famílias afetadas por desastres, além da melhoria da gestão de unidades de nutrição em situações de emergência.

**Educação.** Em **El Salvador**, contribuimos para a política nacional através de uma metodologia para abordar as questões psicossociais de crianças em situações de emergência. Esta política foi incorporada no plano de ação nacional em emergências.

**Fortalecimento da organização.** Diversos programas da CARE demonstram apoio a políticas públicas para o fortalecimento organizacional:

- Na **Bolívia**, apoiamos o desenvolvimento e a adoção do “Guia para a preparação e resposta aos desastres e emergências a nível municipal”. Apoiamos também a incorporação da abordagem de gestão de risco em planos de desenvolvimento municipal em El Alto, Monteagudo e Villa Vaca **Guzmán**, e do plano de gestão de bacias hidrográficas de Sauce el Zapallar.
- No Equador, fortalecemos o processo de integração fronteiriça e de prevenção de desastres em âmbito binacional. Contribuímos para a mesa redonda no Comitê Binacional Equador-Peru, para a integração dos centros de operações de emergência, voluntários e cidadãos.
- Na **Nicarágua**, apoiamos o desenvolvimento da estratégia de gestão de riscos no âmbito do plano departamental de desenvolvimento de Esteli, que prevê a coordenação entre os municípios e as comunidades para a gestão de riscos.

# Resposta da CARE ao terremoto no Haiti

A destruição provocada pelo terremoto no Haiti em 12 de janeiro de 2010 foi de proporções imensas. Mais de 220.000 pessoas perderam suas vidas e 1,5 milhões perderam seus lares. Poucas horas depois do terremoto, a CARE começou a responder às necessidades dos sobreviventes. Entre janeiro e junho apoiamos mais de **300 mil pessoas** em Porto Príncipe e Leogane com lonas, colchões, cobertores, utensílios de cozinha, baldes, kits de higiene e de parto, alimentos, água potável e de higiene e saneamento.

Em nossas ações de apoio às pessoas afetadas pelo terremoto, coordenamos o nosso trabalho com o governo haitiano e outras organizações que prestam ajuda humanitária. Na resposta à emergência, usamos as normas e padrões humanitários em todo o mundo para garantir que os beneficiários recebam atendimento de qualidade. Apresentamos aqui nossas contribuições mais importantes.

## Apoio da CARE aos sobreviventes do terremoto (janeiro a junho)

### NÚMERO

Pessoas que receberam lonas para abrigos de emergência

**76.757**

Pessoas que receberam água potável diariamente

**44.550**

Latrinas construídas em assentamentos informais

**800**

Kits de higiene distribuídos (sabonete, papel higiênico, escova de dentes)

Pessoas que vivem em assentamentos que se beneficiaram do apoio da CARE para a gestão de resíduos sólidos

**165.305**

Pessoas que receberam refeições

**120.000**

Kits distribuídos para parto seguro

Mulheres apoiadas na prevenção da violência de gênero

Pessoas apoiadas pelo pagamento por serviços para a limpeza de valas, irrigação e estradas

**2.410**



Apesar de estarmos apresentando neste relatório os impactos das ações implementadas, no caso da resposta ao terremoto do Haiti queremos mencionar as atividades em cujo foco permanece até março de 2011. Isto nos permitirá prestar contas em relação aos compromissos assumidos.

- **Habitação.** Apoio a mais de 3.000 famílias afetadas para deixar os assentamentos informais, fornecendo materiais para construir abrigos temporários.
- **Água, saneamento e higiene.** Continuar a apoiar as famílias em assentamentos informais nos municípios de Carrefour e Leogane com serviços de água potável. Construir 700 latrinas e dar continuidade às atividades de higiene.
- **Segurança Alimentar.** Continuar as atividades de pagamento por serviços para a limpeza dos canais. Fornecer sementes para 7.500 agricultores em Leogane.
- **Saúde reprodutiva e violência de gênero.** Continuar as atividades de informação em assentamentos para a saúde reprodutiva e para prevenção da violência de gênero. Garantir o acesso ao planejamento familiar.
- **Educação e apoio psicossocial.** Promover a reabertura de escolas e a assistência escolar através da distribuição de materiais escolares, de planejamento participativo em 10 escolas e o equipamento de 70 escolas.

Sendo uma organização que trabalha há 56 anos no Haiti e tendo um compromisso sólido de apoiar o desenvolvimento do povo haitiano, elaboramos uma estratégia de longo prazo para o nosso trabalho nos próximos cinco anos. A elaboração desta estratégia foi feita a partir de extensas consultas com representantes de governo, organizações sociais e beneficiários. Priorizamos trabalhar com meninas e meninos vulneráveis, jovens e mulheres que vivem com menos de \$1 dólar por dia, assim como com populações com necessidades especiais.

As desigualdades no país aumentaram a partir da devastação causada pelo terremoto. A exclusão social, a falta de acesso à educação e outros serviços sociais, as oportunidades econômicas limitadas e a degradação do meio ambiente são alguns dos determinantes da pobreza no Haiti que devem ser abordados. Queremos contribuir ao desenvolvimento das capacidades da sociedade Haitiana e seus esforços de reconstrução.



CARE PERU

5:

**Uma visão dos  
parceiros e aliados:  
opiniões sobre os  
programas da CARE**

Neste capítulo, apresentamos os resultados da pesquisa externa realizada em 2010 para ver como nossos parceiros e aliados percebem nossa contribuição na região. Embora muitas avaliações de nossos programas tenham sido externas, achamos importante saber como nosso trabalho é percebido.

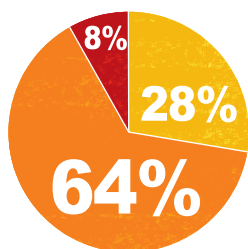
A pesquisa foi realizada on-line para garantir a confidencialidade das respostas e foi respondida por um total de 200 representantes de organizações comunitárias e multilaterais, ONGs nacionais e internacionais, funcionários de governos nacionais e municipais, participantes de movimentos sociais, doadores, acadêmicos de universidades e outros centros de pesquisa, bem como representantes de empresas privadas de todos os países da região em que atuamos. Foi enviada a 320 pessoas, das quais 63% dos parceiros e aliados retornaram com a resposta. 39% daqueles que responderam eram mulheres e 61% homens. 60% dos parceiros e aliados que responderam eram de governos ou ONGs nacionais ou internacionais. 50% dos que responderam conheciam a CARE há mais de cinco anos.

As perguntas incluídas no questionário eram de dois tipos: na primeira parte indagamos sobre as opiniões de parceiros e aliados sobre a qualidade e o impacto dos programas da CARE, com uma segunda seção perguntando a opinião dos parceiros e aliados sobre a sua relação com a CARE.

Os resultados da pesquisa mostram que 28% considerou que os programas da CARE são de excelente qualidade e 64% disse que são de boa qualidade. A grande maioria dos parceiros e aliados disse que os programas da CARE foram muito relevantes ou pertinentes ao contexto em que eles foram desenvolvidos. Quando perguntado sobre o impacto da CARE na pobreza e na desigualdade, 39% disse que tivemos um impacto significativo, enquanto 46% considerou que o impacto foi moderado. Em uma questão aberta incluída no questionário, as razões invocadas para esta opinião eram de que os progressos no sentido de reduzir a pobreza na América Latina e no Caribe são lentos, de modo que os impactos tendem a ser moderados. No que diz respeito a CARE trabalhando com outros para alcançar um impacto, 85% disse que funcionou muito bem ou bem com os outros.

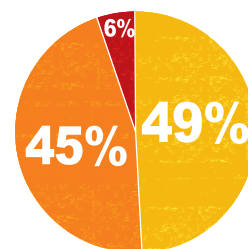
**Você diria que a qualidade dos programas da CARE é excelente, boa, média ou ruim?**

Excelente qualidade  
Boa qualidade  
Média qualidade



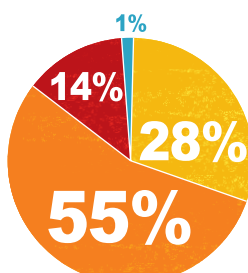
**Os programas da CARE são ou não pertinentes para seu país?**

Muito pertinente  
Pertinente  
Média pertinência



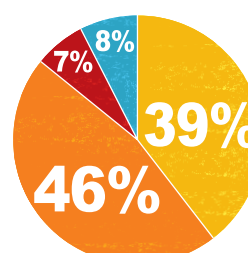
**Quão bem a CARE atende seu objetivo de trabalhar com outros para impactar a pobreza e desigualdade?**

Atende muito bem o objetivo  
Bem  
Médio  
Mal



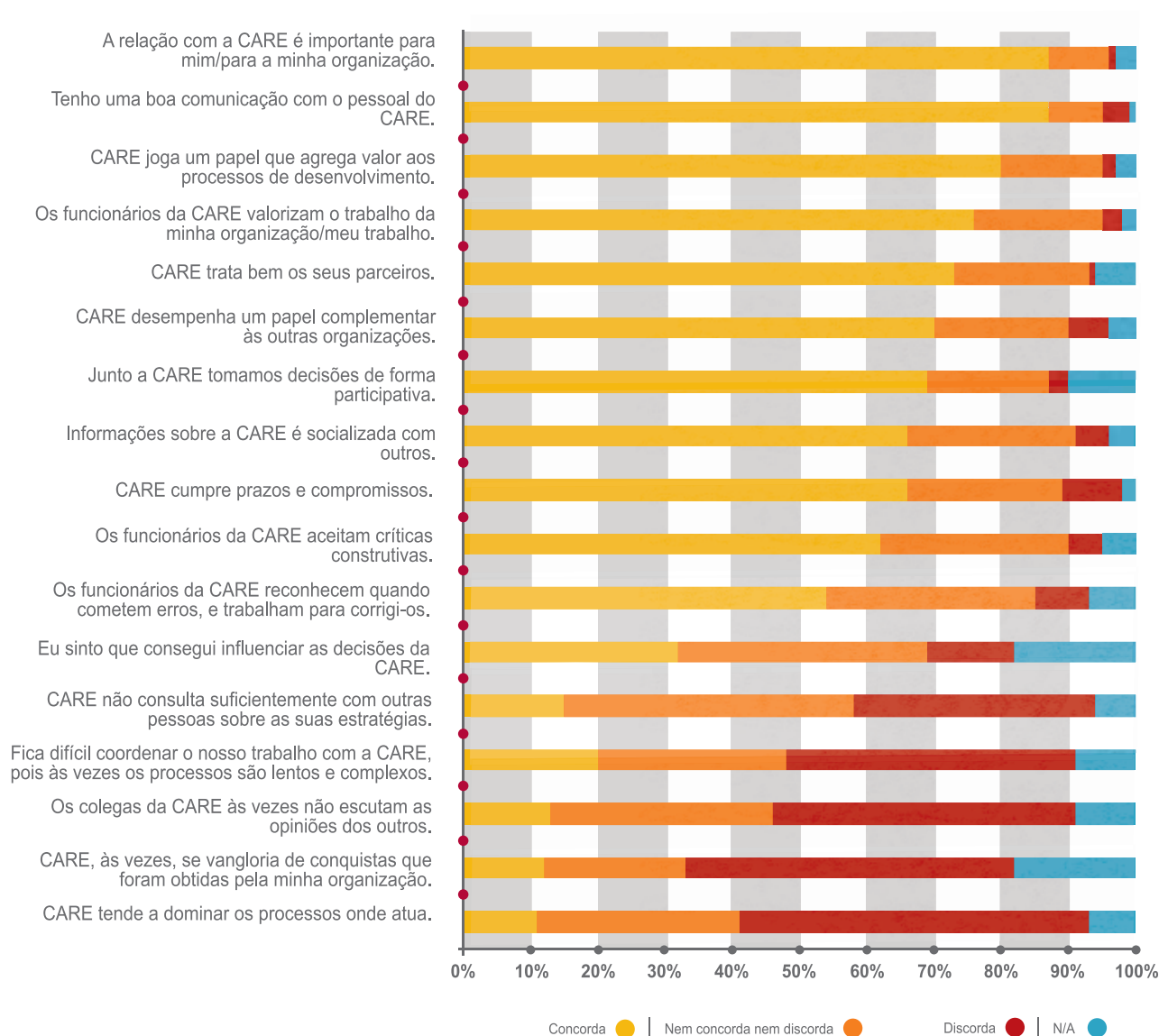
**Como você descreveria o impacto da CARE sobre a pobreza e desigualdade?**

Impacto significativo  
Impacto moderado  
Pouco impacto  
Difícil de avaliar



Os parceiros e aliados que participaram da pesquisa deram as suas opiniões sobre a sua interação com a CARE. O questionário incluiu uma lista de afirmações e aqueles que responderam manifestaram o seu grau de concordância com eles. No gráfico é possível ver as respostas. Em geral, os parceiros e aliados consideraram importante sua relação com a CARE, avaliaram positivamente a comunicação que têm conosco e disseram que há um bom relacionamento entre os parceiros e a CARE. Os aspectos que requerem atenção são a garantia de uma maior participação dos parceiros e aliados na tomada de decisões e a melhoria na agilidade dos processos.

## Opiniões de parceiros e aliados sobre seu relacionamento com a CARE



Nota: Favor notar que as últimas cinco afirmações deste gráfico foram formuladas negativamente, e portanto a resposta 'discorda' denota uma avaliação positiva da CARE. O questionário foi projetado para garantir a consistência dos dados; afirmações "negativas" foram misturadas com as que foram formuladas positivamente.



A pesquisa também incluiu algumas perguntas abertas para obter feedback de nossos parceiros e aliados. Incluem-se aqui algumas das respostas na íntegra.

Agradecemos imensamente àqueles que tiveram tempo para compartilhar conosco as suas perspectivas sobre o nosso trabalho. Usaremos as informações coletadas para melhorar nossas ações e para sermos um melhor parceiro para com quem trabalhamos.

*“Continuem desenvolvendo relações com os parceiros com base nos princípios da igualdade e complementaridade. Foram feitos progressos, mas ainda podem melhorar muito mais o trabalho com os outros”.*

*“Assumam mais riscos, aproveitem melhor os espaços disponíveis”.*

*“Precisam influenciar mais nas relações desiguais de poder em nível global e em seus impactos sobre a pobreza nos países do hemisfério sul”.*

*“É fundamental que melhorem a sistematização do trabalho que realizam para utilizar este aprendizado com maior amplitude”.*

*“Existem grandes diferenças entre as equipes dos programas da CARE. Às vezes tão grandes que parecem organizações diferentes”.*

*“O único ‘porém’ que vejo na CARE é que os processos administrativos são lentos. É importante melhorá-los”.*

*“É fundamental a autoavaliação honesta que estão realizando”.*



CARE PERU

6:

O que  
aprendemos nestes  
cinco anos



Esta é a primeira vez que fazemos um exercício desta magnitude sobre as contribuições da CARE no combate à pobreza e da desigualdade na América Latina e Caribe. Anteriormente, publicamos relatórios sobre nossas atividades em relação a projetos específicos, mas não sobre os impactos obtidos em nível agregado para toda a região. Muitas ONGs informam balanços e conclusões de seus projetos, mas são poucas as que analisam suas contribuições para além disso.

O aprendizado que agregamos ao fazer este relatório foi imenso, tanto em relação às nossas contribuições quanto em relação às formas de medir o impacto de iniciativas nas quais participamos. Apresentamos aqui algumas destas lições.

## Aprendizado sobre as contribuições da CARE na região

Com relação às nossas contribuições nos últimos cinco anos para promover o desenvolvimento e a justiça social, queremos fazer as seguintes reflexões:

Em todo nosso trabalho apresentado neste relatório, **contribuímos** com impactos, mas nunca somos os únicos responsáveis pelos sucessos. Nenhuma organização pode - nem deve - ostentar os sucessos das mudanças geradas como se fossem atribuíveis somente as suas ações, sobretudo quando se trata de processos em busca de impactos que vão muito além do efeito localizado. Em todos os processos de transformação social participam e contribuem muitos atores, e é justamente a diversidade de suas experiências e contribuições que enriquece estes processos.

Acreditamos que neste relatório pudemos mostrar que as contribuições da CARE no combate à pobreza durante estes cinco anos foram significativas, sobretudo em áreas como a pobreza econômica, a desnutrição crônica infantil, a educação e o trabalho infantil, a saúde materna e infantil, o HIV/AIDS e a tuberculose, o meio ambiente, a água e o saneamento, a participação cidadã, bem como a resposta a emergências. Os dados apresentados neste relatório demonstram nossas **contribuições para os ODM**, entre os quais queremos destacar:

- Na Bolívia, Haiti, Honduras e Peru contribuímos para um aumento médio de 112% na renda anual agrícola ou agropecuária de 94.283 residências, o que equivale a um aumento médio anual de US\$ 1.130 a US\$ 2.398 por residência.
- Apoiamos a redução da desnutrição crônica infantil de 25% para 19%, para uma população de 2.226.371 crianças menores de cinco anos na Bolívia, Honduras e Peru. Isto significa que 132.885 crianças menores de cinco anos venceram a desnutrição crônica.
- Trabalhamos com um total de 44.491 crianças e adolescentes no Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru no desenvolvimento de modelos inovadores para melhorar a qualidade da educação.
- Trabalhamos para reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade na Bolívia, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru; os modelos utilizados no trabalho direto com 113.492 crianças foram utilizados para promover melhorias em políticas públicas.

- Na Bolívia, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Peru apoiamos melhorias nos serviços obstétricos e de saúde reprodutiva para 779.223 pessoas.
- No Equador e Peru tivemos um impacto em escala nacional em ações de prevenção e tratamento do HIV/AIDS e da tuberculose. Promovemos o teste voluntário ou aconselhamento para o HIV para 1.068.485 pessoas.
- Apoiamos o acesso à água potável para 595.110 pessoas na Bolívia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Peru.
- Atendemos a mais de 500.000 pessoas com ações de resposta a emergências. Mais de 300.000 destas pessoas eram mulheres, homens e crianças no Haiti, vítimas do terremoto de janeiro de 2010.

Os resultados mostram que tivemos maiores êxitos quando trabalhamos com parceiros e aliados para **desenvolver ou promover estratégias inovadoras**, centralizadas na redução da pobreza, e pudemos demonstrar estes impactos. As evidências que conseguimos foram utilizadas para propor ou apoiar políticas públicas, assim como programas ou estratégias do governo ou de outros atores, a fim de que contribuíssem para a conquista de direitos dos setores mais excluídos da população. Nestes processos trabalhamos em estreita parceria com os governos, outras ONGs, integrantes de organizações de base, assim como outros setores da sociedade.

Em muitos casos, os modelos que desenvolvemos com nossos parceiros têm apoiado as políticas sociais dos governos para contribuir para a consecução dos objetivos nacionais. Temos nosso trabalho alinhado com objetivos que vão além do âmbito estreito dos projetos gerenciados tradicionalmente pelas ONGs.

As opiniões sobre nosso trabalho a partir da perspectiva dos parceiros e aliados, obtidas na avaliação externa, confirmam que nossas contribuições são valorizadas. Usaremos as recomendações para melhorar nosso desempenho em áreas que necessitam melhorias.

## Aprendizado sobre a medição do nosso impacto

Embora neste relatório as informações tenham sido organizadas com base em nossos impactos sobre os ODM, notamos também em cada um dos capítulos as limitações destes objetivos. É essencial expandir o foco para assuntos não incluídos nos mesmos, sobretudo em termos de igualdade e de discriminação.

Como mencionado no capítulo sobre a metodologia do presente relatório, temos informações de 72% dos projetos e programas que implementamos nos últimos cinco anos. Precisamos fazer melhorias em nossa medição de impacto para poder informar sobre todo o nosso trabalho. Além disso, mesmo nas ações que foram avaliadas, nem todas as análises proporcionaram evidências suficientes sobre nossas contribuições.

Em alguns casos, não conseguimos reunir os dados sobre os impactos dos projetos, pois eles utilizaram definições ou indicadores diferentes impossíveis de serem comparados entre si. Por conseguinte, neste relatório apresentamos uma imagem parcial e incompleta do nosso trabalho. De agora em diante, seremos mais disciplinados em documentar e sistematizar nossas contribuições.



Para o futuro, vamos definir um número limitado de indicadores para os nossos programas que estejam no quadro dos ODM, mas não limitados a eles, especialmente nas áreas em que notamos suas limitações. Em particular, vamos dar ênfase à documentação de nossas contribuições para a **igualdade de gênero e participação cidadã**.

O sistema que iremos construir combinará, como no presente relatório, dados quantitativos e informações qualitativas através de metodologias como a Mudança mais significativa e as pesquisas com os parceiros e aliados sobre sua percepção de nossas ações.

Concluindo, apesar de sentirmos que tivemos um grande avanço ao sermos capazes de gerar este relatório, estamos empenhados em melhorar significativamente a medição do impacto de nossas ações. Queremos incentivar um amplo diálogo sobre as metodologias mais adequadas para permitir uma melhor avaliação das contribuições das ONGs, e assim fazer transparecer suas ações.

Manteremos um firme compromisso de contribuir para os ODM com igualdade, de modo a assegurar que estes objetivos sejam alcançados para os grupos mais excluídos da região. Sabemos que somos muitos, em todas as áreas e setores da sociedade, que estamos identificados com a luta pela justiça social e desenvolvimento. A avaliação dos impactos é um ingrediente-chave para apoiar esta finalidade e para prestar contas para as sociedades nas quais trabalhamos.

# Nossos doadores

Nosso trabalho na América Latina e no Caribe é possível graças ao apoio financeiro de doadores. Agradecemos seu apoio e confiança na CARE. Os principais doadores da CARE nos últimos cinco anos foram:

- **Cooperação governamental bilateral:** Governos da Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Espanha, EUA, Finlândia, França, Holanda, Japão, Luxemburgo, Reino Unido, Suíça e da União Europeia e as suas agências.
- **Cooperação Multilateral:** Banco Mundial, BID, Fundo Mundial para AIDS, Tuberculose e Malária e as Nações Unidas e as suas agências.
- **Setor privado, fundações e doadores privados:** Anglo American, AVINA CAHUA, Cargill, Carrefour International, Coca Cola, Cogan Foundation Credit Suisse, Fundação Abbé Pierre, Fondation Air France, Fondation de France, Fondo Minero Antamina, Fondo de las Américas, Fundação ABN-AMRO, Fundação ACE, Fundação Bill y Melinda Gates, Fundação Clinton, Fundação Ensemble, Fundação Howard Buffet, Fundação Kellogg, Fundação UPS, Fundação Walmart, GT Finances, Instituto C&A, Itaú JPMorgan Chase, Kraft Foods, Maitri Trust Oracle, Patsy Collins Trust Fund, Sanofi-Aventis, Scotiabank, Société Générale, Systar, Teekay Petrojarl, The Annenberg Foundation, assim como muitas outras fundações, indivíduos e empresas que também apoiaram os nossos programas.

Temos trabalhado bastante com os governos nacionais e locais na América Latina e no Caribe, que contribuíram com os seus recursos para os processos nos quais participamos.

# Nossos escritórios e contatos

## Unidade Regional para América Latina e Caribe

**Peter Buijs**, Diretor Regional,  
peter.buijs@lacmu.care.org

**Sofia Sprechmann**, Diretora Adjunta para Qualidade e Impacto de Programas,  
sofia.sprechmann@lacmu.care.org

**Hauke Hoops**, Coordenador Regional para Emergências (sede no Panamá),  
hoops@careinternational.org  
Carlos Arosemena Tola E14-36  
Quito, Equador (593) 2 292 3180

## CARE Cuba

Trabalhamos em Cuba desde 1995

**John Sullivan**, Representative  
John.Sullivan@care.ca  
Edificio Playa/404, Calle 12 #105, La Habana, Cuba.  
(537) 204 9257

## CARE Haiti

Trabalhamos no Haiti desde 1954

**Beat Rohr**, Diretor,  
rohr@pap.care.org  
92 rue Gregoire  
Petionville, Haiti  
(509) 2 257 3573

## CARE Peru

Trabalhamos no Peru desde 1970

**Milo Stanojevich**, Diretor,  
mstanojevich@care.org.pe  
Av. General Santa Cruz 659  
Lima, Peru. (511) 417 1100  
<http://www.care.org.pe>

## CARE América Central

Trabalhamos em El Salvador desde 1955, na Guatemala desde 1959, em Honduras desde 1954 e na Nicarágua desde 1966

**Gustavo D'Angelo**, Diretor,  
gustavo.dangelo@ca.care.org

Colonia San Francisco  
Calle los Bambúes y  
Avenida Los Espliegos #14  
San Salvador, El Salvador  
(503) 2 273 4100

### Contatos por país:

**El Salvador:** Margarita Fernández,  
margarita.fernandez@ca.care.org  
(ver contatos acima)

**Guatemala:** Dora Arriola,  
dora.arriola@ca.care.org, 22 calle  
15-25 zona 13, Ciudad de Guatemala  
(502) 23604801 -23314575

**Honduras:** Arnaldo Bueso,  
arnaldo.bueso@ca.care.org,  
Ave. Republica de Costa Rica con la  
Curacao, Tegucigalpa, (504) 235 5055

**Nicarágua:** Martha Lorena Mora,  
martha.mora@ca.care.org, de Bancentro  
Carretera Masaya 1c. abajo y media al lago,  
Managua, (505) 267 8395 y 22780018

## CARE Bolívia

Trabalhamos na Bolívia desde 1956

**Chris Sykes**, Diretor. cskyes@bo.care.org  
Pasaje Jáuregui 2248 Edificio Quipus. La Paz, Bolívia  
<http://www.carebolivia.org> • (591) 2 215 0700

## CARE Brasil

Trabalhamos no Brasil desde 2001

**Markus Brose**, Diretor. mbrose@br.care.org  
Rua 24 de Maio, 104 – 2º Andar. São Paulo, Brasil  
<http://www.care.org.br> • (55) 11 3226 0092

## CARE Equador

Trabalhamos no Equador desde 1962

**Claudia Futterknecht**, Diretora. claudia.futterknecht@ec.care.org  
Av. Al Parque s/n y Alfonso Torres. Galerías del Bosque, oficina 10  
Quito, Equador. (593) 2 225 3615



## Equipe que elaborou este relatório

### **Redação do relatório e análise dos dados**

Sofía Sprechmann, Ximena Echeverría, Claudia Sánchez e Jay Goulden

### **Recompilação de dados equitativos e qualitativos**

James Allen, María Isabel Cabrera, Ximena Echeverría, Jay Goulden, Stephen Grun, Yves-Laurent Régis, Claudia Sánchez, Sofía Sprechmann e Woudy Thomas

### **Fotografias**

Phil Borges (página 58), Evelyn Hockstein (páginas, 16, 52, 55, 57, 61), Suzanne Porter (página 51), Diego Rinaldi (páginas 2 y 27), Marina Spirandelli (página 49), Sofía Sprechmann (páginas 12, 34, 65 e Jessica Wunderlich (capa, páginas 8, 33, 37).

### **Projeto e diagramação**

Roberto Valencia, Zonacuario

### **Tradução**

Bridge Traducciones

### **Agradecimentos**

*Agradecemos profundamente aos parceiros e aliados com os quais trabalhamos nos últimos cinco anos pelas realizações conjuntas, que resultaram nos impactos evidenciados por este relatório. Nossos sinceros agradecimentos a todos aqueles que deram suas valiosas contribuições através da pesquisa apresentada no capítulo cinco.*

*Este relatório foi possível com o apoio financeiro da CARE Reino Unido, através do DFID, e da CARE EUA, sem as quais esta análise e reflexão sobre as nossas contribuições para a luta contra a pobreza e a desigualdade não teria sido possível.*



care®