



Relatório Anual (RA) Programa Brasil 2013

Resumo

Tecnicamente, 2013 marcou o segundo ano de implementação da Política Nacional da NLR para o Brasil, que vai até 2016. No entanto, foi o primeiro ano de implementação completa e exclusiva dos projetos de cluster com enfoque epidemiológico que cobre uma série de cinco intervenções técnicas. A equipe local trabalhou para implementar gradualmente essa empolgante mudança nos últimos anos, mas a etapa final - a suspensão completa dos projetos estaduais de hanseníase e a redução maciça do apoio às atividades de controle da hanseníase de rotina - só começou de fato no ano passado. Essas mudanças tiveram um impacto considerável no programa, algumas da maneira prevista, enquanto outras foram mais inesperadas.

Desde o ano passado, eram reconhecidos vários fatores complicadores provavelmente envolvidos com esta nova forma de trabalhar, que é única entre os membros da ILEP no Brasil:

- a) Cobertura de vários estados: Três dos clusters incluem mais de um estado - o Cluster 6 está distribuído em cinco estados, o Cluster 4 em três estados e o Cluster 1 (a parte que a NLR cobre) envolve dois estados. Isso representa um desafio único porque envolve diferentes entidades governamentais em cada região com diferentes jurisdições e políticas sobre o trabalho além das fronteiras estaduais (ou seja, financiar funcionários públicos para irem a outro estado para uma sessão de treinamento). Essa preocupação foi confirmada em 2013 - embora poucas atividades realmente cobrissem vários estados ao mesmo tempo, a NLR foi forçada a cobrir quase todas as despesas nesses casos devido a restrições de financiamento de parceiros;
- b) Distância das capitais (difícil acesso externo): Em geral, os clusters estão distantes das imensas capitais brasileiras. Dos dez estados abrangidos nos seis projetos do cluster, apenas Vitória (Espírito Santo, Cluster 4) e Recife (Pernambuco, Cluster 5) fazem parte das áreas do projeto NLR. Isso significa que o acesso para viagens é mais difícil e caro para a equipe técnica da NLR monitorar os resultados do que nos anos anteriores. O plano era superar isso usando um monitoramento mais indireto com e-mail e telefone para promover a execução das atividades e a supervisão local. No entanto, isso também foi considerado insuficiente ao longo do ano;
- c) Incorporação de novos parceiros: Ficou claro no momento da oficina de política do país que a NLR precisava buscar novos parceiros não-governamentais em todos os grupos para realizar toda a gama de intervenções, especialmente aquelas que poderiam fazer parte da arrecadação de fundos institucionais propostas no futuro. A equipe local da NLR teve mais sucesso nessa área, pois desenvolveu uma rede mais forte de parceiros de ONGs e OSCs em 2013. No entanto, promover parcerias mais profundas requer atenção consistente e contato pessoal, o que é difícil devido à distância mencionada no ponto anterior.

Além das dificuldades que poderiam ser previstas na época da política nacional, a realidade dos projetos completos de cluster em 2013 apresentou desafios adicionais:

A retirada repentina do financiamento programático de rotina levou ao desinteresse entre muitos parceiros governamentais: O apoio programático anterior que a NLR forneceu aos estados para o treinamento de profissionais de atenção primária e secundária em hanseníase clínica/prevenção de incapacidades/habilidades de banco de dados, supervisão, materiais de prevenção e IEC diminuiu em 2012 e quase desapareceu totalmente dos orçamentos de 2013. Esperava-se que os parceiros do setor público mudassem o pensamento para aproveitar as vantagens da oferta para apoiar iniciativas mais



complementares, estratégicas e inovadoras. No entanto, quando não existiu mais uma sobreposição perfeita entre os requisitos normais de um programa de controle da hanseníase e o apoio do projeto da NLR, alguns coordenadores desanimaram e fizeram pouco esforço para propor inovações. Como resultado, houve perda no apoio e no envolvimento de muitos parceiros de longa data no governo estadual em Minas Gerais e no Espírito Santo. Estes eram dois dos projetos mais fortes em muitos anos, mas com hábito de ter mais autonomia e controle sobre as iniciativas de projeto e escopo de trabalho. Os coordenadores optaram por não se envolver em projetos que abrangessem apenas uma parte de seus municípios ou preferiram não assumir um papel mais complementar em áreas temáticas avançando para além de seus programas de controle.

Em muitos outros casos, houve uma boa vontade significativa entre os parceiros públicos. Embora a NLR oferecesse menos apoio para atividades de rotina, essas parcerias estavam abertas a ir além de seu escopo normal de trabalho para desenvolver prioridades secundárias ou terciárias. No entanto, a realidade era que muitos simplesmente não tinham tempo ou capacidade para se concentrar em atividades adicionais, como parcerias com organizações de pessoas com deficiência, reabilitação socioeconômica ou pesquisa aplicada do sistema de saúde. Isso simplesmente reforça a necessidade de a NHR Brasil de encontrar parceiros em várias organizações da sociedade civil que já se concentrem totalmente nas prioridades da organização e que tenham interesses convergentes.

Os governos estaduais e locais não se dispuseram a cobrir os serviços básicos: De acordo com o último ponto, a NLR deixou claro durante os últimos anos que seu apoio aos serviços de controle da hanseníase de rotina diminuiria durante o período da política nacional. A velocidade dessa mudança foi obviamente mais rápida do que o previsto, mas mesmo assim era esperada. Dada a força relativa do governo brasileiro, a NLR acreditava que se poderiam contar com esses órgãos para financiar lacunas nos serviços básicos se acompanhados por uma maior defesa por grupos de usuários locais e gestores. A NLR também promoveu um curso no Cluster 6 para ajudar os coordenadores de hanseníase a ter acesso a financiamento público e reduzir o impacto dessa mudança. No entanto, os relatórios de campo mostram que, sem o apoio da NLR, a maioria dos programas reduziu muito o número de sessões de treinamento, visitas de supervisão e atividades de IEC.

Falta de intervenções abrangentes que cubram todo o cluster: O conceito por trás dos seis projetos de cluster é que as iniciativas funcionariam para melhorar as condições em toda a região, não apenas nos subcomponentes menores de cada estado. Isso implica uma visão mais holística do projeto e da região - não apenas do próprio município - que infelizmente ainda não é comum entre os parceiros. Muitas intervenções importantes aconteceram ao longo do ano, mas incidiram apenas em alguns municípios mais próximos dos principais promotores dessas atividades. Os vínculos formados durante as oficinas de desenvolvimento de projetos criaram uma certa solidariedade entre os parceiros, mas a realidade é que é muito difícil realizar atividades que envolvam um grande número de municípios.

Falta de clareza na gestão de projetos e nas linhas de comunicação: Em 2013, os projetos do cluster não contavam com um único coordenador estadual responsável pelo projeto, ao contrário dos anos anteriores. Para serem bem-sucedidos, os novos projetos precisavam ser uma intervenção conjunta e descentralizada com vários coordenadores temáticos envolvidos ao mesmo tempo. No entanto, a falta de clareza sobre as funções de liderança e responsabilidades para a implementação das atividades do projeto levou a um desempenho relativamente fraco em 2013. A descentralização da gestão do projeto do cluster para os coordenadores das áreas temáticas pode ser muito positiva, como tem acontecido no Cluster 3, mas é um desafio para a qualidade e rapidez das intervenções.



O resultado de todos esses fatores foi uma redução no número de atividades de projeto realizadas e a subutilização dos orçamentos de projeto em todos os seis clusters. Acredita-se que ainda é muito cedo para determinar se a abordagem de cluster pode realmente ser bem-sucedida ou se pode ser replicada em outro lugar no Brasil ou em outros programas do País. Porém, percebe-se que essa foi uma mudança ousada, tanto em termos geográficos quanto temáticos, que ainda se desdobra e necessita de constante cuidado e acompanhamento para produzir os resultados desejados.

Apesar de uma sensação geral de que este ano de transição foi mais difícil do que o esperado, houve várias intervenções notáveis e bem-sucedidas, tais como:

- O programa no Brasil promoveu dois novos cursos este ano: a) direitos humanos e capacitação para pessoas atingidas pela hanseníase e b) mobilização de recursos do setor público. Esses cursos piloto ocorreram no projeto Cluster 6, com replicação prevista em outros clusters após pequenas alterações. Nas avaliações do curso, determinou-se que o nível acadêmico do curso de capacitação estava além da capacidade dos participantes e que os instrutores deveriam usar termos e explicações mais simples no futuro.
- O projeto Cluster 3 contou com a primeira oficina municipal de Pesquisa de Sistemas de Saúde em hanseníase no Brasil, realizada em Cacoal (leste de Rondônia). Esta oficina envolveu uma universidade local (FACIMED) juntamente com parceiros de longa data da Universidade Federal do Ceará (UFC). Espera-se que vários projetos de pesquisa aplicada e uma série de novos facilitadores de HSR - que replicarão a metodologia em outras partes do cluster – venham trazer resultados importantes dessa iniciativa.
- Juntamente com o Dr. Wim van Brakel, o programa do Brasil fez incursões no desenvolvimento de cursos de reabilitação baseados na comunidade e projetos-piloto com foco na hanseníase. O Ministério da Saúde financiará uma série de oficinas com a cooperação técnica da NLR em 2014. Da mesma forma, foram realizados preparativos para permitir que o Brasil participe do Projeto Internacional de Quimioprofilaxia nos próximos anos.
- A NHR Brasil patrocinou o desenvolvimento de um plano plurianual no Cluster 1 para os estados do Piauí e Tocantins. Isso efetivamente encerra o ciclo de novos planos de projeto, já que os quatro maiores agora têm planos baseados em resultados implementados após grandes oficinas e os dois menores produziram planos com um número limitado de interessados locais.
- As iniciativas de reabilitação socioeconômica/geração de renda na Paraíba (Cluster 6) continuaram à medida que muitos grupos de autocuidado evoluíram para grupos de autoajuda com membros de cinco grupos realizando iniciativas de geração de renda. A parceria com o Ministério da Saúde nesta área levou a um encontro nacional sobre reabilitação socioeconômica em hanseníase, bem como a uma reunião de representantes de grupos de autocuidado de 17 estados diferentes. Esse foi um aumento de escala de uma iniciativa realizada na Paraíba nos últimos anos.
- A NLR no Brasil lançou com sucesso um website em português em novembro de 2013. Ele existe principalmente para ajudar a encontrar e informar parceiros locais de OSC que podem realizar atividades de projeto no futuro. No entanto, também é um formato para mostrar a eficácia do programa a potenciais doadores e fornecer um retorno ao público brasileiro e às agências regulatórias.
- A NHR Brasil trabalhou em conjunto com o escritório internacional para produzir uma nota conceitual para o *NPL Dream Fund* em 2013, embora, infelizmente, não tenha recebido a aprovação para a fase de proposta completa. Este foi um exercício importante para a equipe local, que desenvolveu várias outras ideias para apresentação em 2014.
- Por fim, o Fundo de Reorganização, Inovação e Investimento (RIF) foi uma grande fonte de otimismo durante o ano. Esse fundo permitiu adicionar outra pessoa de suporte técnico muito necessária ao programa, trabalhando inicialmente na coordenação do projeto do Cluster 6. No segundo semestre de 2013, o coordenador do RIF deu uma partida importante ao projeto C6 na implementação da



atividade e organização geral. Um relatório completo sobre este investimento está incluído no Anexo II deste relatório.

A NLR representou a ILEP como coordenadora nacional para o Brasil pelo segundo ano do período 2012-14, participando de eventos nacionais e trabalhando para promover iniciativas importantes em prevenção de incapacidades e reabilitação. Não houve Projeto Nacional ILEP em 2013 devido ao financiamento reduzido de outros membros no País. No entanto, a NLR realizou um projeto direto com o Ministério da Saúde para fornecer apoio conjunto para a implementação dos projetos de cluster.

Administração e Gestão Financeira

O orçamento anual final para o programa do Brasil para 2013 foi de 433 mil euros com 332 mil euros (R\$ 865.909 no Brasil) alocados para despesas de projetos locais e 101 mil euros para um representante expatriado e uma visita internacional de campo do escritório internacional. Isso representou uma redução de 40% em termos de euros em comparação com o orçamento do Brasil de 2012 devido ao processo de reestruturação financeira da NLR e a mudança do financiamento de atividades de controle da hanseníase de rotina em muitos países. No entanto, o escritório internacional aprovou 26,6 mil euros adicionais como parte do Fundo de Reorganização, Inovação e Investimento (RIF), o que foi muito benéfico para o programa. Isto significou uma redução real do euro de 36,4% comparado ao ano anterior.

Contudo, junto com a redução do orçamento do programa do escritório internacional, o programa do Brasil também experimentou as “dores de crescimento” mencionadas acima com a mudança para projetos baseados apenas em clusters. Como resultado, o programa viu uma grande redução no orçamento geral seguida pelo uso incompleto dos recursos disponíveis. Em outras palavras, a parte brasileira era mais de 1/3 menor, mas o programa subsequentemente não conseguiu utilizá-la toda. Os gastos locais totais foram de R\$ 651.940 de R\$ 865.909 (75,3%), mas dado que os orçamentos de administração e apoio ao programa do escritório local tiveram 100% de execução, o uso médio do orçamento nos seis projetos do cluster foi de apenas 56,6%.

Ainda mais desafiador foi o fato de a taxa de câmbio ter sido mais favorável do que a taxa esperada usada para calcular o orçamento de 2013 (taxa projetada de 1 € = R\$ 2,61 e taxa real média de 1 € = R\$ 2,74). Isso poderia ter gerado um adicional de R\$ 44.435 no orçamento local, totalizando R\$ 910.344. Se os projetos tivessem gasto integralmente nessa taxa de câmbio, isso teria levado a uma redução real local de apenas 22,3% em relação aos totais de 2012. Novamente, foi um ano de transição, e oportunidades importantes foram perdidas.

Dado que a NLR como um todo precisava reduzir os gastos em 2013 para evitar o uso de suas reservas, os quase € 95 mil euros que o programa do Brasil não utilizou foram benéficos para a organização como um todo. No entanto, no nível do escritório local, isso mostra que várias áreas devem melhorar, incluindo a proporção do programa para custos indiretos. Uma vez que os custos administrativos tendem a permanecer estáveis sem muita margem para redução, a queda grande repentina no programa geral levou a custos indiretos desequilibrados. A principal conclusão de 2013 é que o escritório local precisa aumentar substancialmente o financiamento do projeto escritório internacional com outras fontes de arrecadação de fundos institucionais para criar um melhor equilíbrio entre o apoio ao programa e os custos gerais, a fim de criar sustentabilidade a longo prazo na missão da NLR no Brasil.



1 Introdução

1.1 *Processo de desenvolvimento do relatório anual*

O representante da NLR no Brasil escreveu o relatório com base em uma consolidação de relatórios – relatórios trimestrais e relatórios anuais - enviados pelos líderes do projeto, bem como os relatórios de visita de campo apresentados pela assessora técnica da NHR Brasil. Os dados epidemiológicos vieram diretamente dos projetos ou das bases de dados do SINAN nos níveis estadual e municipal, com coleta de informações adicionais necessárias pela assessora técnica. As tabulações finais estão contidas em um arquivo Excel complementar por projeto, que está disponível para revisão. Infelizmente, as informações sobre muitos indicadores não estão disponíveis no nível do projeto. Portanto, os dados gerais são limitados. Os números oficiais nacionais estarão disponíveis no início de maio, e a NHR Brasil apresentará uma versão atualizada após essa data.

1.2 *Contexto de controle e reabilitação da hanseníase no Brasil*

O Brasil continua sendo o segundo país mais endêmico do mundo para a hanseníase, com uma série epidemiológica bastante estática nos últimos anos. A taxa nacional de detecção de novos casos diminuiu menos de 2% de 2011 a 2012, de 33.955 novos casos para 33.303. Este ano, o programa nacional (Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE) se concentrou em uma campanha inovadora ligando a hanseníase aos helmintos transmitidos pelo solo entre crianças em idade escolar. A NHR Brasil promoveu essa campanha entre os parceiros em estados e municípios, mas teve pouco envolvimento direto. Esse tipo de iniciativa de integração com DTN foi elogiada no Congresso da ILA e oferece percepções sobre as possibilidades do trabalho no futuro e sobre a sinergia com o governo nacional.

Em termos de reabilitação, o atual quadro e política nacional está delineado no Plano Viver sem Limites, lançado pelo Governo Federal em novembro de 2011. O plano foca na educação inclusiva, acessibilidade, inclusão social e saúde para pessoas com deficiência e preconiza as discussões sobre deficiência e reabilitação, abrangendo 19 ministérios federais por meio de uma secretaria nacional de direitos humanos. Muitos dos problemas que as pessoas com deficiência enfrentam atualmente estão relacionados na implementação real dessas iniciativas importantes que ainda estão no estágio de intenção política.

2 Resultados do Escritório Local

2.1 *Visão geral dos indicadores*

Em anos anteriores, o programa da NLR no Brasil foi capaz de manter custos gerais/escritório local relativamente baixos, embora a tendência estivesse obviamente aumentando. No entanto, em 2013, isso se tornou consideravelmente desequilibrado. Os custos do escritório local ficaram estáveis, mas aumentaram 11,4% devido ao aumento dos custos de viagem do representante do país em apoio aos projetos do cluster, bem como às taxas mais altas cobradas pelos auditores externos. No entanto, a variável mais prejudicial foi que o tamanho do programa diminuiu em 44,4% em comparação com 2012 devido a uma combinação de cortes orçamentários (40% no orçamento geral; 36,4% após o financiamento do RIF) e uso incompleto dos orçamentos dos projetos (75,3 % de todos os orçamentos de projetos, mas apenas 56,6% nos seis projetos de cluster).

Como os custos administrativos tendem a permanecer estáveis sem muita margem para redução, uma queda repentina e grande no programa geral leva a custos gerais desequilibrados. O percentual do orçamento do programa dedicado ao escritório local dobrou de 13,5% em 2012 para 27% em 2013. Se os



custos do representante do país forem incluídos, isso sobe para 45,3%. Da mesma forma, o valor do orçamento dedicado a recursos humanos passa de 13,4% para os recursos humanos administrativos - um coordenador financeiro - até 36,1% quando considerados os custos representativos do país. Isto também não considera o salário da assessora técnica que está incluído como suporte do programa.

Obviamente, nessas condições, esse modelo não é viável para o futuro. A combinação de um orçamento nacional reduzido, custos de escritório consideravelmente crescentes e menor execução de projetos em um período de transição não reflete bem no programa. O fato é que o escritório do Brasil precisa aumentar o financiamento de projetos do escritório internacional com outras fontes de arrecadação de fundos institucionais para criar um melhor equilíbrio entre o apoio do programa e os custos gerais.

2.2 *Resultados*

Como nos outros anos após a crise da NLR no Brasil, a gestão de programas financeiros continua sendo um ponto forte. O escritório local em Fortaleza faz todos os pagamentos de projetos e programas diretamente, então há um controle firme sobre esses processos. Uma empresa de contabilidade externa competente e auditores estão disponíveis. Portanto, a supervisão financeira é sólida. A KPMG apresentou o relatório de auditoria externa durante a primeira semana de maio de 2013, que estava perto do prazo do escritório internacional, e tudo indica que o prazo será cumprido em 2014.

Em fevereiro de 2013, a NHR Brasil encerrou um complicado contrato de aluguel que começou com a transferência das operações para Fortaleza em janeiro de 2011. O proprietário do escritório anterior emitiu apenas contratos de um ano que lhe permitiam evitar limitações legais vinculadas aos índices de aluguel nacionais. Após um aumento de aluguel proposto de 56%, foi encontrado um escritório menor e mais barato (-40%) com um contrato de locação contínuo vinculado a um índice nacional. Isso é perfeitamente razoável para os dois membros da equipe que trabalham no escritório local e resolvem problemas do programa.

A NHR Brasil lançou com sucesso seu site local em novembro de 2013. Ele existe principalmente para ajudar a encontrar parceiros de OSC locais que possam ajudar a realizar as atividades do projeto, mas também para mostrar a eficácia do programa a potenciais doadores, fornecer feedback às agências reguladoras brasileiras e informar o público do que está sendo feito. Em geral, a NHR Brasil está trabalhando para se tornar mais forte na comercialização de seu programa, nos sucessos e no impacto sobre os beneficiários do projeto no País. Este tipo de marketing, bem como a manutenção e atualização do site, são elementos relativamente novos no programa e ocuparam um tempo considerável em novembro e dezembro de 2013.

Por fim, o escritório local conseguiu fortalecer ainda mais suas relações positivas com o Ministério da Saúde no Brasil. Parte disso vem de vários anos na posição de coordenador nacional da ILEP, mas as supervisões técnicas conjuntas, bem como o projeto CGHDE também contribuíram. Com o apoio do Dr. Wim van Brakel, a NHR Brasil conseguiu avançar no desenvolvimento de um projeto de RBC em 2014 - a ser financiado quase inteiramente pelo MS - e abrir a possibilidade de o Brasil fazer parte do Projeto Internacional de Quimioprofilaxia.

2.3 *Lições aprendidas*

Obviamente, a lição principal é que o programa precisa ser expandido para equilibrar a proporção de despesas gerais com todas as despesas. Ao mesmo tempo, também é essencial melhorar a taxa de uso nos projetos de cluster para aumentar o tamanho das despesas do programa não-administrativo. O programa no Brasil se concentrará na arrecadação de fundos institucionais em um futuro próximo.



Embora também se procure criar uma associação local para captação de recurso nacional, a maior parte da atenção será dedicada à captação internacional e ao desenvolvimento, redação e apresentação de propostas de qualidade.



INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 55. 'ESCRITÓRIO REPRESENTANTE' **

Resultado	No.	Indicadores	Objetivo (se definido)	Resultados
O orçamento alocado para o funcionamento do escritório local utilizou	55.1	% do orçamento do programa NLR utilizado para o funcionamento do escritório local		27% (local); 45,3% com custos de representante expat.
Gestão adequada de recursos humanos	55.2	% do orçamento do programa NLR gasto em recursos humanos do escritório local		13,4% (local - contador apenas, não incluindo assessora técnica); 36,1% com custos de representante de expat.
A infraestrutura do escritório e dos meios de transporte está completa e bem mantida	55.3	% do orçamento do programa NLR utilizado em todos os outros custos de funcionamento do escritório		3.8%
Gestão financeira adequada garantida	55.4	Classificação de auditoria externa *		

* Este indicador é calculado no escritório internacional, pois diz respeito a uma classificação de todos os escritórios de representação, em comparação uns com os outros.

** A prática de definir metas de indicadores só começou na preparação para o Plano Anual de 2014

3 Apoio ao programa de resultados

3.1 Visão geral dos indicadores e metas nesta área de resultado

Essa é a maior área de resultado, respondendo por 29,1% do orçamento local total. Este total cobre os custos de pessoal e viagens de um conselheiro técnico permanente e uma visita de consultoria adicional de um ex-conselheiro do programa. Era intenção que a assessora técnica realizasse 18 visitas de campo no ano, representando visitas trimestrais a cada um dos clusters. No entanto, muitas das visitas aos Clusters não foram visitas de campo, e sim parte de reuniões do Comitê de Gestão que reuniram os coordenadores de diferentes áreas técnicas.

A assessora técnica fez um trabalho sólido este ano em face dos desafios mencionados no sumário executivo, especialmente se adaptando aos projetos de cluster com tempos de viagem mais longos para áreas mais remotas. Ela também tem conseguido manter um cronograma de viagens extremamente rigoroso entre as visitas do projeto do agrupamento e as visitas esporádicas de parceria com o Ministério da Saúde. Ela está obviamente mais confortável com os parceiros do setor público, então o programa tem demorado a fazer contatos com os parceiros executores da sociedade civil necessários para projetos de arrecadação de fundos institucionais. No entanto, ela está muito disposta a trabalhar em propostas de



captação de recursos, muitas vezes compondo esboços de quadros de referência (logframes) para quaisquer chamadas de propostas que possam ser abertas para o Brasil.

A transição para projetos de cluster teve um início muito lento este ano, pois tentou-se determinar melhores estratégias de gerenciamento para trabalhar em vários níveis e evitar barreiras administrativas. Em 2013, percebeu-se que muitos indivíduos nos projetos assumiram compromissos, mas não puderam cumpri-los. Dada a dependência de parceiros de projeto para realizar os objetivos do programa, é imperativo melhorar as habilidades em motivar as pessoas como um escritório local, descobrindo continuamente como apoiar melhores práticas de gestão. Alguns somente funcionam bem sob pressão; outros precisam de mais incentivo – isto agora é mais responsabilidade do escritório do que era antes com os projetos dos coordenadores estaduais de hanseníase.

3.2 Conquistas e Resultados

Os parceiros do projeto NLR, especialmente os coordenadores do setor público, consideram as visitas da assessora técnica aos projetos extremamente valiosas. Eles a reconhecem consistentemente como uma importante fonte de apoio e aconselhamento muito além do escopo básico dos projetos. No entanto, há muito a ser feito em termos de mudança para os projetos de cluster, principalmente no desenvolvimento da captação de recursos e no aumento de parcerias com OSCs e universidades.

Além disso, os relatórios técnicos da assessoria técnica ainda estão muito atrasados. Foram apresentados 6 de 11 (55%) relatórios dentro de quatro semanas após o retorno de suas visitas, o que foi equivalente ao total do ano anterior (57%) - vale lembrar que reuniões do Comitê de Gestão muitas vezes não resultaram em relatórios formais. Embora seja ideal ter todos os relatórios a tempo para dar feedback aos parceiros o mais rápido possível, também é reconhecido que, com a apertada agenda de viagens, algo precisa acontecer. Dados os outros instrumentos usados com os parceiros, os relatórios de viagem podem frequentemente estar atrasados sem grande impacto nos projetos.

3.3 Principais lições aprendidas

A principal lição em termos de apoio ao programa e práticas de monitoramento e avaliação é que o aumento do monitoramento indireto da implementação do projeto é essencial. Embora a excelência técnica tenha sido a marca registrada dos projetos estaduais da NLR por muitos anos, os projetos de cluster enfrentam barreiras para atingir os mesmos níveis. É essencial continuar com a sólida reputação técnica, pois também busca-se iniciar a captação de recursos e melhorar o marketing e a presença locais. Dado que o foco deve ser em encontrar mais financiamento - obtendo mais ideias no estágio de desenvolvimento, desenvolvendo laços com parceiros locais e colocando propostas viáveis em andamento - é imperativo usar meios menos trabalhosos para monitorar e fortalecer a qualidade do projeto. O elemento chave será um monitoramento mais indireto por meio de listas de verificação *checklists* e gráficos de Gantt feitos com os coordenadores do projeto para que mais tempo em campo possa ser dedicado ao desenvolvimento de captação de recursos.

INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 60. 'SUPORTE AO PROGRAMA' **

Resultado	No.	Indicadores	Objetivo (se definido)	Resultados
O planejamento e a geração de	60.1	% dos planos e relatórios de todos os projetos recebidos a tempo pelo escritório local		70% (QRO4)



relatórios sobre os projetos e o fornecimento de outros dados importantes (principalmente o impacto) são feitos de acordo com as diretrizes da NLR	60.2	% dos planos e relatórios de todos os projetos que atendem aos padrões da NLR		67%
	60.3	Número de oficinas de formulação de projetos planejadas implementadas de acordo com o planejamento (de longo prazo)		1 – MAPA (Cluster 1); 6 – AP
	60.4	Número de auditorias internas implementadas de acordo com o planejamento		N/A
Gestão técnica de programas e projetos individuais aprimorados	60.5	Número de visitas de monitoramento por equipe técnica/consultores planejadas		18 (3 por Cluster)
	60.6	Número de visitas de monitoramento por equipe técnica/assessores implementados		12
	60.7	Número de visitas de monitoramento sobre as quais um relatório foi produzido, em tempo hábil e de acordo com os padrões		11
	60.8	Número de revisões do projeto e avaliações (intermediárias e finais) implementadas		N/A
	60.9	Número de relatórios de revisão e/ou avaliação enviados para escritório no tempo e de acordo com os padrões		N/A
	60.10	% dos projetos que foram implementados de forma satisfatória (conforme julgamento do escritório local)		57,5% (média de QRO 'na meta')

** A prática de definir metas de indicadores só começou na preparação para o Plano Anual de 2014

4 Projetos de resultados agregados

4.1 Visão geral dos indicadores em todas as áreas de resultados relativos à hanseníase e reabilitação

A grande maioria do financiamento do programa no Brasil (74,1%) em 2013 concentrou-se em 3 áreas de resultado - RA 80 (Apoio ao Projeto, 18%), RA 90 (Escritório Local, 27,1%) e RA 95 (Apoio ao Programa, 29,1%). A decisão de sair do financiamento rotineiro é claramente vista na queda nos gastos totais nas áreas de resultado 10 (descoberta de casos), que caíram de 15,4% dos gastos do programa em 2012 para 4,1% em 2013, e RA 20 (Gestão de casos) de 13,9% das despesas (2012) para 6,8% em 2013.

No entanto, a intenção era que essa mudança no controle de rotina da hanseníase levasse a intervenções muito mais fortes nas RAs 30 (reabilitação médica) e 50 (reabilitação não-médica). Ambos os ARs representaram uma porcentagem orçamentária mais alta do que em 2012, mas ainda representaram apenas 6,6% e 6,8% das despesas do programa, respectivamente. Esse deve ser um ponto de expansão nos próximos anos, à medida que o programa do Brasil trabalha para se envolver mais com parceiros de reabilitação/organizações de pessoas com deficiências, bem como outros interessados em RBC e SER.

Como nos anos anteriores, o programa Brasil luta para coletar dados sobre indicadores que não constam na base de dados do SINAN. Portanto, quase todos os indicadores fora dos ARs 10 e 20 causam problemas para um bom relatório de dados. Isso depende muito de iniciativas individuais para obter informações da NLR ou das ferramentas de outros parceiros.



4.2 Conquistas e Resultados

Todos os quatro maiores projetos de cluster - 1, 3, 4 e 6 - agora têm planos de atividades plurianuais de desenvolvimento com indicadores para todos os tipos de intervenções; a oficina do Cluster 1 em agosto foi o último a ocorrer. Uma vez que todos os projetos de cluster são divididos em cinco áreas temáticas, os resultados de 2013 também são relatados em relação a elas.

Área 1: Abordagens inovadoras para o controle da hanseníase: Houve discussões iniciais com o coordenador Nacional de Hanseníase / Doenças em Eliminação sobre ser um parceiro em um piloto de quimioprofilaxia no Brasil. A Fundação Novartis para o Desenvolvimento Sustentável confirmou o financiamento para essa iniciativa no final do ano, e o Brasil está na lista de países potenciais. A iniciativa ainda depende de aprovação do comitê científico do Ministério da Saúde, mas conta com o apoio de importantes membros do Ministério da Saúde. Se possível, a NLR gostaria que isso ocorresse no projeto do Cluster 1, visto que é a parte mais endêmica do país e tem um projeto em andamento. Além disso, há discussão com a Universidade Federal do Ceará para realizar o mapeamento de casos (GIS/GPS) nos projetos dos Cluster 1 e 3 para determinar os “clusters dentro dos clusters”.

TA 2: Advocacy/desenvolvimento institucional: Dada a decisão da política de interromper o financiamento das atividades de controle da hanseníase, a NLR queria garantir o fornecimento contínuo de cuidados de qualidade e financiamento por meio do setor público. A NLR Brasil realizou um curso piloto de mobilização de recursos para o Cluster 6 em outubro de 2013 com professores locais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É essencial replicar este curso em outros grandes projetos de cluster e, posteriormente, aprimorar as ferramentas para monitorar o seu impacto.

TA 3: Reabilitação física: Os projetos dos grupos 1, 4 e 6 incluíram iniciativas para expandir os grupos de autocuidado (GAC) de hanseníase existentes ou criar novos. Em quase todos os cursos, busca-se a criação de GAC inclusivos que integrem pessoas com hanseníase, diabetes, outras DTNs e vítimas de acidentes de trânsito, a fim de promover a sustentabilidade e reduzir o estigma. Esta foi uma ideia apresentada na visita do Dr. van Brakel em fevereiro de 2013 e acordada entre a equipe local.

TA 4: Pesquisa de Sistemas de Saúde: Em dezembro de 2013, a NLR patrocinou a primeira oficina de HSR de hanseníase verdadeiramente municipal em Cacoal, Rondônia (Cluster 3), em conjunto com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Anteriormente, as oficinas eram sempre nacionais - envolvendo diversos grupos estaduais - ou estaduais (Rondônia e Tocantins) onde participavam vários municípios do mesmo estado. Uma universidade local (FACIMED) foi um forte parceiro nesta iniciativa e dois de seus professores estão treinando para se tornarem facilitadores de HSR plenos. Isso permitirá que outros municípios do cluster examinem as questões da hanseníase, reabilitação e DTN com um processo de facilitação local que não depende dos professores da UFC.

TA 5: Reabilitação não-médica (SER/RBC/ estigma): A reabilitação baseada na comunidade nunca se desenvolveu totalmente no Brasil, apesar das inúmeras iniciativas. Em discussões com o coordenador nacional de hanseníase e o Dr. van Brakel, acredita-se que uma abordagem de RBC com foco na hanseníase poderia fazer incursões importantes no país. A NLR escreveu uma proposta para uma série de oficinas de RBC que o Ministério da Saúde financiará em 2014. Além disso, a parceria com a UFC no projeto INTEGRAHANS se concentrará em RBC e validação de escala de estigma em C1 e C3, que são áreas importantes que não receberam atenção nos últimos anos.



4.3 Principais lições aprendidas (cada área de resultado)

10 e 20 - A NLR deixou claro durante os últimos anos que seu apoio aos serviços de controle de rotina da hanseníase diminuiria com o período da política nacional. A velocidade dessa mudança foi obviamente mais rápida do que o previsto, mas mesmo assim era esperada. Dada a força relativa do governo brasileiro, a NLR acreditava que esses órgãos poderiam financiar lacunas nos serviços básicos, se acompanhados por uma maior defesa por grupos de usuários locais e gestores. A NLR também promoveu um curso no Cluster 6 para ajudar os coordenadores de hanseníase a ter acesso a financiamento público e reduzir o impacto dessa mudança. No entanto, os relatórios de campo mostram que, sem o apoio da NLR, a maioria dos programas reduziu muito o número de sessões de treinamento, visitas de supervisão e atividades de IEC.

30 - A NLR continuou a fornecer apoio significativo a esta área na produção de calçados adaptados, órteses customizadas, molas, talas, tipóia, muletas, etc. O Ministério da Saúde está analisando formas de facilitar o acesso de estados e municípios a financiamento federal para esses dispositivos/materiais de assistência, mas ainda há muita dependência da NLR e de outras agências da ILEP para fornecer esse suporte. O programa do Brasil concentra tempo e energia consideráveis para encontrar parceiros de organizações de pessoas com deficiências dispostas nas áreas dos projetos de cluster. No entanto, as prioridades institucionais dessas organizações não parecem convergir com as da NHR Brasil, e elas muitas vezes questionam como poderiam fazer um trabalho conjunto.

50 - Esse componente do programa ainda está em grande parte restrito aos estados de Rondônia - SENAC qualificação profissional, Paraíba - grupos de autoajuda e Tocantins/Piauí - pequenas iniciativas de artesanato com os grupos de autocuidado. No entanto, em 2013, o Amapá (Cluster 7) também firmou parceria com cursos de qualificação profissional locais para incluir pessoas atingidas pela hanseníase. As iniciativas de reabilitação socioeconômica/geração de renda na Paraíba (Cluster 6) continuaram à medida que muitos grupos de autocuidado evoluíram para grupos de autoajuda, já que membros de cinco grupos mantiveram suas iniciativas de geração de renda. A parceria com o Ministério da Saúde levou a uma reunião nacional sobre reabilitação socioeconômica em hanseníase, bem como a uma reunião de representantes de grupos de autocuidado de 17 estados diferentes. Esse foi um aumento de escala de uma iniciativa realizada na Paraíba nos últimos anos.

70 - A NHR Brasil trabalhou em conjunto com o escritório internacional para produzir uma nota conceitual para o *NPL Dream Fund* em 2013, embora não tenha recebido aprovação para a fase de proposta completa. Durante a reunião interna da NHR Brasil em outubro, foram concluídos vários elementos de uma proposta simulada para a chamada *STOP TB wave 4*, a fim de ajudar o coordenador da assessoria técnica e do RIF do C6 a compreender o nível de detalhes envolvido nas propostas institucionais. Ao longo do ano, o programa desenvolveu várias ideias para refinamento e apresentação em 2014 com o apoio de um oficial antigo de IF.

INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 10. 'BUSCA DE CASOS' * / **

Resultado	No.	Indicadores	Objetivos (se definidos)	Resultados
	10.1	Número de novos casos detectados no ano de relatório		3.483
	10.2	Taxa de novos casos (por 10.000) detectados no ano do relatório		39,47 / 100,000



	10.3	Número de novos casos com grau 1 de incapacidade		570
	10.4	Número de casos com grau 2 de incapacidade		149
	10.5	Proporção de novos casos com grau 2 de incapacidade		4,3%
	10.6	Taxa de novos casos com grau 2 de incapacidade por 1 milhão de habitantes		16,88 / 1.000.000
	10.7	Número de novos casos de crianças		347
	10.8	Proporção de casos infantis entre os novos casos		10,0%
	10.9	Número de novos casos femininos		1.747
	10.10	Proporção de pacientes do sexo feminino entre os casos novos		50,2%
	10.11	Número de novos casos MB		1.835
	10.12	Proporção de casos multibacilares (MB) entre os novos casos		52,7%

* Observe que todos os dados epidemiológicos (SINAN) são preliminares (dados finais previstos para maio de 2014)

** A prática de definir metas de indicadores só começou na preparação para o Plano Anual de 2014

INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 15. 'MANEJO DE CASOS' *

Resultado	No.-15	Indicadores	Objetivo (se definido)	Resultados
Manejo de casos aprimorado	15.1	Proporção de pacientes com hanseníase que desenvolvem incapacidade nova/adicional durante a poliquimioterapia (MDT)		N/A
Aumento da adesão ao tratamento	15.2	Taxa de conclusão do tratamento entre PB		87,9%
	15.3	Taxa de conclusão do tratamento entre MB		83,5%
	15.4	Número de pacientes que completaram o tratamento		3.085
Manejo aprimorado de casos de reação	15.5	Número de casos de reação que são tratados		N/A
Melhoria do autocuidado de pessoas atingidas pela hanseníase	15.6	Número de pessoas treinadas para autocuidado		194
	15.7	Proporção de pessoas treinadas para autocuidado cuja incapacidade não aumentou		N/A
	15.8	Número de grupos de autocuidado funcionando por meio de intervenção da NLR (até o final do ano)		12
	15.9	Número de grupos de autocuidado estabelecidos por meio de suporte / facilitação de NLR (durante o ano)		6

* Observe que todos os dados epidemiológicos (SINAN) são preliminares (dados finais previstos para maio de 2014)



INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 25. 'REABILITAÇÃO MÉDICA'

Resultado	No.-25	Indicadores	Objetivo (se definido)	Resultados
Melhor acesso aos serviços de reabilitação médica	25.1	Número total de pessoas afetadas pela hanseníase que receberam serviços de reabilitação médica por meio da intervenção da NLR		0
	25.2	Proporção de pessoas afetadas pela hanseníase que receberam serviços de reabilitação médica por meio da intervenção de NLR		N/A
	25.3	Número de parceiros que fornecem serviços de reabilitação médica para pessoas afetadas pela hanseníase que são apoiados pela NLR		5

INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 30. 'REABILITAÇÃO NÃO MÉDICA'

Resultados	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Melhoria do bem-estar social entre pessoas acometidas pela hanseníase	30.1	Número total de pessoas que receberam comodidades básicas (moradia, alimentação) por meio da intervenção de NLR		0
	30.2	Número de parceiros que oferecem reabilitação social apoiados por NLR		0
Melhoria na educação das pessoas acometidas pela hanseníase e seus membros familiares	30.3	Número total de pessoas que receberam educação por meio da intervenção de NLR		0
	30.4	Número total de pessoas que começaram a educação por meio da intervenção de NLR e que passaram para o próximo nível		0
Autossuficiência dos meios de subsistência de pessoas acometidas pela hanseníase e seus membros da família	30.5	Número total de grupos de autoajuda formados por intervenção de NLR		2
	30.6	Número total de pessoas que receberam serviços visando à autossuficiência econômica por meio da intervenção da NLR		22

¹ (re)iniciar na força de trabalho, abrir um negócio, iniciar atividades para obter renda, etc. capital para iniciar negócios, micro-crédito, empréstimo, animais ou outros produtos para a agricultura, formação profissional, etc.

INDICADORES BÁSICOS PARA A ÁREA DE RESULTADO 70. 'MOBILIZAÇÃO / FINANCIAMENTO DE RECURSOS'



Resultados	No.	Indicador	Meta (se definida)	Alcance
Aumento do financiamento por meio de doadores individuais	70.1	Fundos gerados pela arrecadação de fundos individuais		N/A
Aumento do financiamento por meio de empresas	70.2	Nº de propostas apresentadas para financiamento corporativo		0
	70.3	Nº de projetos financiados por empresas		0
	70.4	Nº de propostas apresentadas para esquemas governamentais		0
	70.5	Nº de projetos financiados por esquemas governamentais		0
O financiamento aumentou por meio das instituições	70.6	Nº de propostas apresentadas para financiamento institucional		1
	70.7	Nº de projetos financiados por instituições		0

5 Situação epidemiológica

Conforme mencionado acima, todos os dados dos projetos vieram de bancos de dados do SINAN em nível estadual que não são definitivos para 2013. O programa nacional consolidará todos os dados epidemiológicos em 1º de maio de 2014 e os distribuirá internacionalmente. Na ocasião, a NHR Brasil enviará uma lista atualizada dos indicadores do projeto, bem como todos os dados nacionais finais.

6 Informações Adicionais

6.1 Informações importantes

Item	Informação	Detalhes
Número de novos casos encontrados por meio de busca ativa de casos, por suporte (financeiro/logístico/organizacional/técnico) da NLR	409	O apoio a campanhas ativas de busca de casos diminuiu significativamente nos últimos dois anos. Os parceiros públicos ainda realizam atividades, muitas vezes perto do Dia Mundial da Hanseníase.
Número de funcionários de centros de saúde treinados para hanseníase	600	O treinamento de rotina de profissionais de saúde primários e secundários também foi reduzido significativamente. Iniciativas mais especializadas agora são mais comuns.
Número de funcionários médicos não pertencentes a centros de saúde (médicos/especialistas) treinados em hanseníase	N/A	Interpreta-se isso como significando médicos do setor privado. Isso é difícil de quantificar devido ao fato de que muitos médicos trabalham tanto no setor público quanto no privado. No entanto, nenhum pessoal estritamente privado foi visado.
Número de funcionários não médicos (por exemplo, voluntários de saúde) treinados em hanseníase	N/A	É concebível que uma organização baseada na Igreja Católica (Pastoral da Criança) possa se qualificar aqui. No entanto, eles fazem seu próprio treinamento interno. Em geral, não há "voluntários de saúde".



Número de pessoas de comunidades educadas na hanseníase	15.486	
Número de pessoas treinadas em prevenção, causas e consequências de deficiências (definir)	135	
Número de beneficiários treinados em autocuidado	195	Esse total é voltado para os beneficiários que fazem parte dos grupos de autocuidado. Todos os pacientes recebem orientações básicas de autocuidado no momento do diagnóstico.
Número de profissionais de saúde e não profissionais treinados em autocuidado	129	
Número de novos grupos de autocuidado formados	6 (12)	Cinco novos GACs foram formados em 2013 junto com 7 grupos existentes que continuaram do ano passado para os atuais 12 grupos. Infelizmente, ainda há vários grupos sendo encerrados ano após ano.
Número de grupos de autoajuda formados	2 (6)	Dois novos grupos no Piauí com componentes do SER além de quatro já existentes na Paraíba
Número de organizações de pessoas com deficiência recebendo assistência da NLR (definir o tipo de assistência)	0	Busca-se construir parcerias com esses grupos para projetos futuros, mas no momento, nenhum deles recebe financiamento da NLR.
Número de contatos de pacientes examinados	10.262	
Número de instalações de reabilitação apoiadas	5	
Número de pessoas que receberam calçados ortopédicos	350	Ainda é um componente essencial do valor agregado para as pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil. É difícil para o setor público comprar os materiais e financiar a produção, por isso preenche-se uma lacuna importante.
Número de pessoas submetidas a cirurgia reconstrutiva	40	Esse total deveria ser maior, mas os dados do Cluster 3 (Rondônia), que é referência nacional em reabilitação cirúrgica, não foram recebidos
Número de pessoas que receberam próteses	76	
Número de pessoas com cadeiras de rodas	0	
Número de pessoas que receberam óculos de sol	0	
Número de pessoas com instalações de eletricidade	0	
Número de pessoas com instalações de água	0	
Número de pessoas com instalações sanitárias	0	
Número de pessoas que receberam ajuda alimentar	0	
Número de pessoas com treinamento vocacional	46	Principalmente em conjunto com o SENAC por meio do Programa Nacional de Capacitação Técnica (PRONATEC) - o apoio se concentra em conscientizar pessoas acometidas pela hanseníase sobre as oportunidades
Número de pessoas com microcrédito / empréstimo	0	



Número de pessoas que recebem apoio financeiro para a educação (ensino fundamental, médio ou superior)	0	
Número de oficinas organizados (definir)	1-MAPA; 5-AP (6)	A distinção entre uma oficina, um curso e uma reunião é frequentemente confusa. Considera-se que as sessões de planejamento plurianual e anual são oficiais porque um produto final é desenvolvido
Número de pessoas com deficiências que receberam treinamento de capacitação / habilidade de liderança	0	
Número de pessoas com deficiências que foram orientados sobre seus direitos	0	
Número de visitas de supervisão executadas	11 (NLR) 46 (projetos); 57 total	As primeiras são as visitas realizadas pela Assessora Técnica da NLR (mais monitoramento do que avaliação); o segundo são as visitas realizadas a partir do nível estadual às regiões e municípios do cluster - prática que é cada vez menos financiada

6.2 Informação qualitativa

A NHR Brasil está trabalhando muito para se aproximar de seus beneficiários - pessoas acometidas pela hanseníase e pessoas com deficiência - após muitos anos de uma abordagem do sistema de saúde pública que se concentrou quase exclusivamente em parcerias do setor público. Em todas as operações, busca-se incorporar os pontos de vista dos beneficiários nas intervenções e capacitá-los para se engajarem na sociedade em geral. Existem vários exemplos de 2013 que ilustram esse foco:

- O referido curso de capacitação e direitos humanos no Cluster 6, que utilizou materiais sobre direitos humanos e hanseníase criados pelo Ministério da Saúde em parceria com o movimento social nacional MORHAN e com base em suas necessidades;
- Um incentivo para que todas as reuniões da NLR tenham representação do MORHAN, onde tais núcleos existam, ou de quaisquer outros usuários ou pessoas atingidas pela hanseníase/pessoas com deficiências que possam ajudar a melhor moldar as intervenções;
- O desenvolvimento de intervenções de RBC, que são, por sua própria natureza, baseadas nas necessidades e focadas nos desejos dos beneficiários do projeto;
- Desenvolvimento de mais capacidade de defesa por grupos de usuários. O MORHAN é extremamente forte nesse aspecto, principalmente no nível nacional/federal. Sua capacidade de afetar a política de saúde diminui nos estados e municípios, sem filiais ativas em vários estados brasileiros. A capacidade das organizações de pessoas com deficiências locais para fazer pressão por seus interesses também é bastante fraca em comparação com outros países e outras causas no Brasil. Muitos grupos se concentram fortemente em jogos paraolímpicos e iniciativas esportivas locais, mas negligenciam questões sociais mais amplas. A NHR Brasil está em discussões com pessoas com deficiência em Rondônia (Cluster 3) para ajudar a criar uma organização local que se concentrará quase inteiramente na representação de interesses e na implementação do plano Viver sem Limites.

O desenvolvimento do site da NHR Brasil foi abordado anteriormente, mas um detalhe merece atenção. O site contém três histórias de casos muito fortes de indivíduos apoiados por meio do projeto Cluster 3 da NLR. Foi uma iniciativa que envolveu diversos parceiros locais - o Centro de Formação Profissional SENAC, os parceiros em nível estadual e um fotojornalista local. Apesar de os casos estarem em português, dão um bom reflexo do trabalho na região.



Finalmente, foi um ano muito positivo em termos de aprendizagem organizacional por meio de diferentes programas nacionais da NLR, principalmente para o representante do país. Uma auditoria operacional da NLR Indonésia e a oficina de política do país com a NLR Moçambique ofereceram oportunidades para aprender mais sobre cada programa e tentar aplicá-los a um contexto muito diferente no Brasil. Tem havido há muito tempo um objetivo para os diferentes escritórios da NLR em aprender uns com os outros, e isso aconteceu mais do que nunca em 2013.

7 Conclusão e recomendações

A equipe local da NLR no Brasil conduziu uma revisão completa de suas práticas em outubro de 2013 e janeiro de 2014. Essa revisão ajudou a orientar o desenho do plano anual de 2014 e apontar o caminho para os elementos essenciais do programa que precisam ser alterados. Como resultado, o plano de 2014 tem três componentes principais:

- a) Melhoria da qualidade técnica e execução dos seis projetos do cluster;
 - b) Busca consistente de financiamento institucional (FI) com as propostas aprovadas; e
 - c) Melhor marketing da organização para fins de FI locais e internacionais.
- Vários indicadores estão incluídos no plano para esses objetivos abrangentes e, se alcançados, devem levar a um desempenho muito melhor ao longo de 2013.

Há muitas intervenções estimulantes planejadas para o próximo ano, incluindo as oficinas de RBC, implementação de ICP e maior apoio para propostas de FI. Nesse sentido, há motivos para otimismo no programa, mas ainda há muito a fazer para superar os desafios na transição para os projetos de cluster.



Anexo I: OUTROS INDICADORES

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 10. 'LOCALIZAÇÃO DE CASO'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Melhor localização de casos	10.13	Proporção de novos casos detectados por meio de exame de contato		7,7%
	10.14	Proporção de novos casos detectados por meio de métodos ativos de busca de casos, exceto exame de contato		1,5%
	10.15	Proporção de pacientes que se auto-reportaram aos serviços de saúde		41,8%
Atraso reduzido no serviço de saúde	10.16	Proporção de casos suspeitos encaminhados para centros de saúde que comprovadamente são casos de hanseníase		
	10.17	Proporção de casos verificados como diagnosticados corretamente		
Atraso reduzido do paciente	10.18	Tempo médio entre a observação dos sintomas pelo paciente e o relato aos serviços de saúde		
	10.19	Tempo médio entre o relato aos serviços de saúde e o diagnóstico correto		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 15. 'MANEJO DE CASO'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Manejo de caso aprimorado	15.12	Proporção de casos que desenvolveram deficiência (adicional) após o tratamento durante o período de vigilância		
	15.13	Proporção de Centros de Saúde que deveriam realizar VMTST e realmente fazem		
Maior Conformidade com o Tratamento	15.14	Proporção de pessoas que abandonaram o tratamento		18%
	15.15	Proporção de pessoas que ficaram satisfeitas com seu tratamento / procedimento de atendimento		
Melhor encaminhamento de pacientes para serviços médicos especializados	15.16	Número de pacientes que foram encaminhados do nível de atenção primária à saúde para o nível superior		
	15.17	Proporção de pacientes com necessidade (de encaminhamento) que foram encaminhados do nível de tratamento para cuidados especializados		



	15.18	Proporção de casos encaminhados que reportaram ao nível de referência		
	15.19	Proporção de casos encaminhados que foram recusados no nível de referência		
Melhor manejo de casos de reação	15.20	Proporção de casos de reação que são tratados		
Autocuidado aprimorado por pessoas atingidas pela hanseníase	15.21	Proporção de pessoas necessitadas (com grau 1 e grau 2 de incapacidade) treinadas em autocuidado		
	15.22	Proporção de pessoas com necessidade treinadas em autocuidado praticando isso regularmente após o treinamento (por exemplo, 6 ou 12 meses)		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 25. 'REABILITAÇÃO MÉDICA'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Melhor qualidade dos serviços de reabilitação médica fornecidos	25.4	% das pessoas afetadas pela hanseníase que receberam reabilitação médica que consideraram este serviço útil (pode ser medido com diferentes ferramentas, por exemplo, pesquisa, entrevista, MSC, etc.)		
	25.5	% das pessoas afetadas pela hanseníase que receberam dispositivos assistivos que ainda usam este dispositivo um ano após a intervenção		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 30. 'REABILITAÇÃO NÃO MÉDICA'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Empoderamento de pessoa acometida pela hanseníase	30.7	Número de reuniões/oficinas relevantes em que participaram Pessoas Afetadas pela Hanseníase		
Autossuficiência de modo de vida de pessoas atingidas pela hanseníase e seus familiares	30.8	% do total de pessoas apoiadas que ganharam uma renda adequada um ano após a intervenção (adequado = capaz de fornecer as necessidades básicas de vida para si e seus dependentes).		10%
	30.9	% das pessoas afetadas pela hanseníase, nas quais a qualidade de vida (QV) melhorou após a intervenção (por exemplo, medida com a escala de QV, escala P, MSC, mapeamento de resultados, entrevistas, etc.)		



Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
	30.10	% das pessoas afetadas pela hanseníase que receberam intervenções cujo nível de participação social aumentou um ano após a intervenção		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 35. 'ESTIGMA'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Redução de Legislação e Políticas Discriminatórias	35.1	Número de políticas e leis discriminatórias que foram revogadas ou alteradas		
Autoestigma reduzido entre as pessoas afetadas pela hanseníase	35.2	% das pessoas afetadas pela hanseníase com aumento da autoestima após intervenção para reduzir o estigma (por exemplo, medido com ISMI, mudança mais significativa ou outros métodos qualitativos)		
Redução do estigma em relação às pessoas afetadas pela hanseníase na comunidade	35.3	Diminuição de 35,3% no estigma em relação às pessoas afetadas pela hanseníase na comunidade após intervenção para reduzir o estigma (por exemplo, medido com a escala EMIC)		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 45. 'APOIO AO PROJETO'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
A gestão técnica de projetos melhorou	45.8	% das visitas de supervisão onde uma lista de verificação de supervisão foi usada		100%
Maior integração dos serviços de hanseníase	45.9	% de prestadores de serviços de busca e manejo de casos de hanseníase que oficialmente têm a responsabilidade de contribuir com essas áreas de resultado, que realmente proporcionam a busca e o manejo de casos de pessoas afetadas pela hanseníase		
	45.10	% de prestadores de serviços em reabilitação médica de pessoas atingidas pela hanseníase que oficialmente têm a responsabilidade de contribuir com esta área de resultado, que estão realmente		



Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
		contribuindo para a reabilitação médica de pessoas atingidas pela hanseníase		
	45.11	% de prestadores de serviços em reabilitação não médica que oficialmente têm a responsabilidade de contribuir para esta área de resultado que realmente estão contribuindo para a reabilitação não médica de pessoas afetadas pela hanseníase		
	45.12	Número de instituições / serviços específicos para hanseníase que prestam serviços a clientes não afetados pela hanseníase		10
Maior participação das partes interessadas no programa de hanseníase	45.13	% do orçamento total para hanseníase que vem da NLR		
	45.14	% dos cargos oficiais no controle da hanseníase preenchidos (de contrapartida)		

OUTROS INDICADORES PARA A ÁREA DE RESULTADO 60. 'SUPORTE AO PROGRAMA'

Resultado	No.	Indicadores	Meta (se definida)	Resultados
Maior participação das partes interessadas no programa de hanseníase	60.12	% do orçamento total do programa que vem da NLR		
	60.13	% dos cargos oficiais no controle da hanseníase preenchidos (de contrapartida)		
Financiamento do programa aprimorado	60.14	% do orçamento gerenciado do escritório local da NLR coberto por fundos levantados localmente		
	60.15	% do orçamento gerido do escritório local da NLR coberto por financiamento institucional		



Anexo II: Relatório de Fundo de Reorganização, Investimento e Inovação (RIF) - Brasil 2013

1 Introdução

2013 foi o primeiro ano de implementação total e exclusiva dos Projetos de cluster previstos na Política Nacional da NLR para o Brasil (2012-16). Isso concentrou o trabalho em áreas de alto risco relativo de transmissão e carga da hanseníase, mas também teve um impacto considerável na forma de trabalho em comparação com anos anteriores. Dado o escopo dos desafios na implementação desses novos tipos de projetos (listados na seção inicial do relatório), ficou claro que apoio adicional seria necessário para os dois projetos de cluster que cobriam mais de três estados - Clusters 4 e 6. Ao mesmo tempo, também foi reconhecida a necessidade de pessoas no local para encontrar parceiros viáveis e desenvolver propostas e oportunidades para captação de recursos institucionais (FI) no futuro.

Como tal, a equipe do NHR Brasil propôs financiamento de Reorganização, Investimento e Inovação (RIF) para duas posições de coordenador para cobrir funções técnicas (gerenciamento de projetos) e arrecadação de fundos nos clusters. A proposta inicial do RIF se concentrou em consultores de meio período que residiriam nos dois grupos clusters para trabalhar em colaboração com parceiros locais na organização de serviços e na implementação e execução desses projetos inovadores.

Apesar do fato de a abordagem de cluster ser inovadora em si mesma, esses projetos teriam aplicabilidade limitada para a arrecadação de fundos, dada a dependência contínua de parceiros do setor público – todavia nos níveis municipal e regional em vez do estado. Portanto, é essencial aumentar nossa rede de parceiros na sociedade civil local, universidades e empresas privadas nessas áreas para desenvolver propostas financiáveis. Esperava-se que os coordenadores dos clusters tanto colocassem os projetos em andamento quanto oferecessem propostas fortes para mostrar aos doadores em potencial com novos pontos de apoio em reabilitação (física e socioeconômica), pesquisa operacional e projetos de defesa de direitos.

Após uma rodada de discussões e esclarecimentos, a matriz em Amsterdã aprovou a proposta para esses coordenadores no início de fevereiro de 2013. Posteriormente, a NHR Brasil postou os cargos e enviou a descrição do trabalho para os principais interessados, e aqueles que participaram das oficinas MAPA dos dois projetos. Houve uma resposta muito boa de diferentes profissionais do Cluster 6, mas muito morna do Cluster 4. Na última semana de março, houve um processo de entrevista de vários candidatos do Cluster 6, quando se chegou a um consenso sobre o melhor candidato. A candidata escolhida veio para o escritório de Fortaleza para treinamento em meados de abril, mas logo depois informou que encontrou um cargo de enfermagem em tempo integral e recusou a oferta.

Em maio, o escritório internacional aprovou uma modificação da proposta de dois assessores de meio período para um único coordenador de tempo integral para o projeto Cluster 6. Este projeto está localizado na parte mais favorável ao IF do Brasil devido aos altos níveis de pobreza/necessidade. Foi contratada uma jovem enfermeira muito dinâmica e disposta a se mudar para Petrolina/PE e assumir o cargo a partir de 20 de maio, 2013. O coordenador do Cluster 4 foi desconsiderado devido aos níveis gerais de desenvolvimento da região e às dificuldades em encontrar profissionais de alta qualidade dispostos a trabalhar nas condições oferecidas.



2 Resultados de RIF esperados

Conforme estipulado acima, a principal motivação de longo prazo por trás dessa contratação era ajudar a desenvolver propostas de FI e localizar parceiros executores (não-governamentais) adequados nos cinco estados da região do Cluster 6. Foi considerado inviável que o único assessor técnico e representante do país fizessem todo o trabalho de base necessário para desenvolver as propostas do FI. Ter uma presença local com o coordenador C6 acabará por ajudar a garantir intervenções de qualidade para apresentar a outros financiadores, bem como o acesso a organizações da sociedade civil locais para realizar tais intervenções.

No entanto, esperava-se que esses resultados levassem algum tempo para serem desenvolvidos sob uma abordagem em duas fases:

- a) Os primeiros sete meses do RIF (junho a dezembro de 2013) foram dedicados ao lançamento do projeto Cluster 6. Isso incluiu tempo para conhecer as partes interessadas da sociedade civil municipal, fazer contatos com coordenadores estaduais e municipais e aumentar o perfil da NHR Brasil por meio da implementação de atividades.
- b) Os doze meses seguintes (janeiro - dezembro de 2014) seriam dedicados exclusivamente a encontrar novos parceiros, desenvolvendo conceitos e propostas, de modo que, ao final do compromisso de 19 meses do RIF, o projeto fosse suficientemente fortalecido com várias propostas. No final desse período, espera-se que o financiamento externo esteja disponível para cobrir a posição de forma contínua.

Resultados RIF em 2013

Como o componente RIF em 2013 se concentrou na implementação do projeto do Cluster 6, as taxas de gastos nesse projeto dão uma ideia geral de execução aprimorada. Após a análise das despesas do projeto por trimestre, fica claro que o coordenador C6 ajudou a promover a implementação do projeto após sua contratação em 20 de maio e um breve processo de indução:

T1 = 1,5% de uso do orçamento geral do projeto

T2 = 11,0%

T3 = 17,1%

T4 = 31,2%

Enquanto o uso geral do orçamento do Cluster 6 em 2013 corresponde apenas a 60,8% do orçamento total do projeto de R\$ 98.367, é quase exatamente equivalente aos 61% do ano em que ela estava no cargo (20 de maio a 31 de dezembro).

Sua presença no posto trouxe um dinamismo considerável ao projeto e ajudou a superar algumas das limitações de gerenciamento de projetos nos novos projetos do cluster - principalmente, a falta de clareza nas responsabilidades do projeto e nas linhas de comunicação. Muito poucas das atividades propostas no Plano Anual para 2013 teriam ocorrido sem seu envolvimento direto. Isso inclui encontrar profissionais altamente qualificados que desenvolveram e, em seguida, ministraram uma oficina para funcionários públicos terem acesso a financiamento do setor público em geral. Isso era algo previsto na época da Política Nacional em julho de 2011, mas entregue apenas em outubro de 2013.



Além disso, ela apoiou a oficina do MAPA no Cluster 1 e isto foi um fator facilitador nas reuniões do Cluster 5 devido ao seu envolvimento anterior no MORHAN na região metropolitana de Recife. Este trabalho em dois outros clusters pode ser útil no desenvolvimento de outras propostas de FI, se necessário.

Em suma, a profissional contratada para o cargo de Coordenador do RIF / C6 cumpriu os resultados esperados para 2013. Ela desenvolveu fortes contatos com parceiros públicos no agrupamento e começou a lançar as bases para a fase dois do RIF.

3. Expectativas para 2014

O projeto do Cluster 6 agora terá um foco na implementação de projetos mais descentralizados. Não é possível que o projeto de 2014 dependa do envolvimento direto do coordenador na medida em que dependia em 2013. Como tal, ela terá um foco muito reduzido nas questões do dia-a-dia da gestão de projetos e mais no desenvolvimento de propostas de FI. Parte desta iniciativa será reforçada pela visita do Diretor do Programa da NLR e do Diretor Sênior de FI em abril de 2014.

É de alta prioridade manter o coordenador do RIF na equipe em 2015, mas os custos contínuos seriam em torno de R\$ 102.000. Dada a quebra 70/30 estabelecida entre o escritório internacional e os sete escritórios locais da NLR, isso significa trazer pelo menos R\$ 146.000 em fundos adicionais em 2014 para justificar a continuação da inclusão na folha de pagamento do pessoal. Caso contrário, deve haver uma série de propostas promissoras já apresentadas que podem justificar mais paciência por parte do escritório internacional.

RIF - Pesquisa Operacional de Fluxo Lateral na região do Cluster 5 de Pernambuco

Perto da rodada orçamentária de 2013, o escritório da NHR Brasil recebeu um pedido de apoio a uma proposta de pesquisa operacional e acadêmica usando o ML Flow para comparar anticorpos contra PGL-1 com genotipagem de genes MBL 2 entre casos-índice e seus contatos domiciliares. O pedido foi revisado pelo Dr. Post e pela Dra. Samira Buhner, um colaborador de longa data da NLR, e ambos concordaram que os R\$ 5.000 solicitados eram facilmente justificáveis para levar adiante esta iniciativa.

Este estudo foi incluído no RIF e aprovado junto com os coordenadores do Cluster no início de fevereiro de 2013. No entanto, havia também uma linha orçamentária para pesquisa operacional incluída no Cluster 5 no valor de R\$ 2.000 para componentes do mesmo estudo, uma vez que era para ter ocorrido nessa região geográfica.

Apenas foi notificado à pesquisadora em Pernambuco que o fundo havia sido aprovado em março de 2013, e ela havia adquirido metade dos testes do ML Flow por conta própria nesse período. Ela solicitou R\$ 2.000 em apoio em setembro de 2013, que foi comprado por meio do orçamento do projeto Cluster 5. Preferiu-se deixar o orçamento RIF intacto para este item, a fim de evitar o esgotamento das reservas do escritório internacional. Os resultados da pesquisa serão apresentados no relatório do Cluster 5.



Anexo III: Despesas orçamentárias anuais por projeto

ORÇAMENTO DO PROGRAMA BRASIL – 2013

Número ILEP	Projeto	Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAIS DE 2013
		R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
306.90.16	Cluster 1 - TO/PI	0	7.240	8.232	31.677	47.149
306.25.90	Cluster 3 Rondônia	0	8.595	21.839	18.064	48.497
306.90.15	Cluster 4 - BA/ES/MG	0	2.880	23.809	23.451	50.141
306.90.17	Cluster 5 – Recife	0	0	2.578	1.331	3.909
306.90.18	Cluster 6 - BA/CE/PB/PE/PI	1.449	10.835	16.792	30.689	59.765
306.23.02	Cluster 7 – AP	0	4.832	4.153	1.482	10.467
306.91.09	NLR RO - Administração 2013	36.763	47.474	46.208	45.481	175.926
306.91.10	Monitoramento de Projeto NLR	26.494	51.014	58.049	56.791	192.348
306.91.10	Workshops técnicos da NLR	0	849	24.664	0	25.513
306.90.90	Projeto Nacional – CGHDE	0	6.110	1.402	30.713	38.225
	Total do Programa Brasil	64.706	139.829	207.725	239.680	651.940



OE	Despesas não relacionadas ao projeto	7.055	24.674	691	2.592	35.011
RIF	Fundo de Reorganização / Investimento do Brasil	249	7.472	19.848	27.398	54.967

69.615	79,0%
--------	-------

Programa:	741.919	935.524	79,3%
------------------	----------------	----------------	--------------