



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Patrícia Isabel Cândido Moita

**Implementação de Serviços de Saúde
em Empresas de Economia Social com Apoio
Social para Pessoas com Deficiência**

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Professora Coordenadora Maria do Rosário Baeta Neves

Professor Doutor Francisco Paulo Vilhena Antunes Bernardino Carvalho

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde

RESUMO

As empresas de economia social prestam um serviço fulcral às pessoas em situação de fragilidade social, económica e de saúde, disponibilizando para tal diversos serviços aos seus clientes. Para a prestação desses serviços as empresas de economia social dispõem de diversos técnicos, designadamente da área da saúde. No entanto, um dos principais problemas que se coloca a estas organizações prende-se com a sua sustentabilidade, seja económica, ambiental ou social.

Assim, o presente estudo dedicou-se à verificação da existência de recursos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência, e tentou perceber se esses recursos poderiam ser rentabilizados no âmbito do sistema nacional de saúde proporcionando uma fonte de sustentabilidade para estas organizações. Para tal, realizou-se um estudo quantitativo a nível nacional com estas empresas, aplicando um inquérito por questionário, no sentido de verificar que recursos de saúde existem nestas organizações. Foi ainda realizado um estudo qualitativo – estudo de caso com uma empresa de economia social com apoio social para pessoas com deficiência – que pretendeu verificar se a rentabilização dos recursos de saúde existentes seria uma via de sustentabilidade para essa organização.

Concluiu-se com este estudo que existem diversos técnicos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência, e que a rentabilização dos recursos de saúde existentes pode ser um fator de sustentabilidade destas organizações.

Palavras-chave: Sustentabilidade, Economia Social, Recursos de Saúde, Técnicos de Saúde.

ABSTRACT

Nonprofit organizations provide an important service to people in fragile situations such as social, economic or health, providing various services. The referred services are mostly realized by technicians, particularly in the health field. However, a major problem that arises with these organizations is linked to its sustainability, whether economic, environmental or social.

Thus, the present study devoted to the finding of health resources in nonprofit enterprises with social support for people with disabilities, and tried to understand if these resources could be monetized under the national health system providing a source of sustainability for these organizations. To this end, was realized a quantitative study at the national level with these companies, applying a questionnaire, in order to verify that health resources exist in these organizations. It was also performed a qualitative study - case study of a nonprofit enterprise with social support for people with disabilities - which sought to check whether the profitability of existing health resources would be a means of sustainability for this organization.

It was concluded from this study that there are several health workers in nonprofit enterprises with social support for people with disabilities, and that the profitability of existing health resources may be a factor of sustainability to these organizations.

Keywords: Sustainability, Nonprofit Enterprises, Health Resources, Health Technicians

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e aos meus filhos...

Aos meus pais, sogros, irmã e cunhado...

Aos professores...

Aos colegas de trabalho...

Ao CRIT...

Índice

RESUMO.....	III
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VII
Índice	IX
Índice de Figuras	XIII
Índice de Tabelas.....	XV
Lista de Abreviaturas.....	XVII
1. Introdução.....	1
2. Mapa Conceptual.....	5
3. Metodologia.....	7
3.1. Introdução à metodologia de investigação	7
3.2. Tipo de estudo e seleção de metodologia	7
3.3. Método de análise de dados.....	8
3.3.1. Inquérito por questionário	8
3.3.2. Estudo de caso	8
4. Revisão da Literatura.....	9
4.1. Sustentabilidade da Economia Social.....	9
4.1.1. Introdução.....	9
4.1.2. Sustentabilidade das empresas de economia social	9
4.1.3. Requisitos para a sustentabilidade das empresas de economia social	11
4.1.4. As diretrizes para as empresas de economia social portuguesas	13
4.1.5. Síntese.....	15
4.2. Economia Social.....	17
4.2.1. Introdução.....	17
4.2.2. Economia Social.....	17
4.2.3. Licenciamento de Empresas de Economia Social	19

4.2.4. Apoio Social para a Pessoa com Deficiência	21
4.2.5. Arquitetura das Empresas de Economia Social de Apoio Social para a Pessoa com Deficiência.....	38
4.2.6. Síntese.....	39
4.3.Sistema Nacional de Saúde.....	41
4.3.1. Introdução	41
4.3.2. História da criação do Sistema Nacional de Saúde	41
4.3.3. Organização	45
4.3.4. Unidades privadas de saúde.....	48
4.3.5. Contratualização em saúde com empresas de economia social.....	61
4.3.7. Síntese.....	62
5. Definição de Hipóteses	63
6. Análise e Discussão dos Resultados	65
6.1. Inquéritos por questionários	65
6.1.1. A população em estudo.....	65
6.1.2. O questionário.....	66
6.1.2. Os resultados.....	72
6.1.3. Síntese.....	79
6.2. Estudo de Caso – Projeto de Viabilidade	81
6.2.1. Descrição da Empresa de Economia Social	81
6.2.2. O Projeto.....	88
6.2.3. Avaliação do Projeto	102
6.2.4. Síntese.....	106
6.3. Síntese da análise e discussão dos resultados	107
7. Conclusões, Limitações e Sugestões para estudos seguintes	109
8. Referências Bibliográficas.....	113
Anexos	119

Anexo I – Declaração IPT	121
Apêndices	125
Apêndice I - Questionário.....	127
Apêndice II – E-mail enviado para instituições.....	139
Apêndice III – Dados do CRIT.....	141
Apêndice IV - Análise de Cenários	155

Índice de Figuras

Figura 1: Mapa conceptual	5
Figura 2: Organização das fontes de recursos financeiros	10
Figura 3: Formas de constituição das IPSS	18
Figura 4: Organograma Ministério da Saúde	46
Figura 5: Distribuição das instituições por forma jurídica	73
Figura 6: Distribuição das instituições por horário de funcionamento.....	73
Figura 7: Distribuição das instituições por CAE principal.....	74
Figura 8: Número de respostas sociais por instituição	74
Figura 9: Respostas sociais das instituições	75
Figura 10: Número de técnicos de saúde por instituição.....	75
Figura 11: Distribuição das instituições por percentagem de financiamento público	76
Figura 12: Evolução do n.º de técnicos de saúde em função do n.º de respostas sociais	78
Figura 13: Evolução histórica dos setores do CRIT	82
Figura 14: Áreas de atuação do CRIT e população-alvo.....	83
Figura 15: Evolução do número de clientes das valências do CRIT	83
Figura 16: Organograma do CRIT.....	84
Figura 17: Distribuição dos colaboradores por nível de escolaridade	85
Figura 18: Financiamento dos Técnicos de Saúde	86
Figura 19: Evolução dos principais rendimentos	86
Figura 20: Principais gastos no ano 2014.....	87
Figura 21: Distribuição da população de Alcanena, Entroncamento e Torres Novas por grupos etários.....	91

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação das fontes de recursos financeiros	11
Tabela 2: Dimensões das áreas funcionais	39
Tabela 3: Compartimentos a considerar nas clínicas e consultórios médicos	52
Tabela 4: Equipamento médico e equipamento geral da clínica e consultório médico..	53
Tabela 5: Compartimentos a considerar nas clínicas de enfermagem.....	55
Tabela 6: Equipamento médico e equipamento geral da clínica de enfermagem	55
Tabela 7: Compartimentos a considerar nas clínicas de medicina e de reabilitação	57
Tabela 8: Equipamento médico e equipamento geral da clínica de medicina física e de reabilitação.....	59
Tabela 9: Distribuição de instituições por distrito.....	66
Tabela 10: Perguntas do questionário.....	67
Tabela 11: Categorias da variável CAE principal	69
Tabela 12: Categorias da variável Distrito	69
Tabela 13: Categorias da variável Forma Jurídica	70
Tabela 14: Categorias da variável Horário	70
Tabela 15: Categorias da variável Especialidades Médicas	70
Tabela 16: Categorias da variável Serviços à Comunidade	71
Tabela 17: Percentagem de respostas por distrito	72
Tabela 18: Número de Técnicos de Saúde	85
Tabela 19: Espaços físicos da área da saúde	87
Tabela 20: Matriz SWOT	90
Tabela 21: Custos totais de investimento do Projeto.....	92
Tabela 22: Investimentos do projeto por anos	93
Tabela 23: Evolução do número de horas/semana de contrato com os colaboradores ao longo do projeto.....	93
Tabela 24: Evolução do número de horas de funcionamento do projeto	94
Tabela 25: Gastos com o Fornecimentos e Serviços Externos	95
Tabela 26: Condições de contrato dos colaboradores	96
Tabela 27: Gastos com pessoal.....	96
Tabela 28: Tabela de preços de consultas individuais.....	97
Tabela 29: Tabela de preços de atividades de grupo	97
Tabela 30: Número de clientes por mês por área técnica	98

Tabela 31: Número de clientes por mês por atividade de grupo	98
Tabela 32: Rendimentos previstos para o Projeto	99
Tabela 33: Resumo dos gastos e rendimentos	99
Tabela 34: Taxas e valores de amortizações	100
Tabela 35: Pressupostos do Projeto	100
Tabela 36: Demonstração de resultados	101
Tabela 37: Fontes de financiamento	102
Tabela 38: Cash-flows líquidos	103
Tabela 39: Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado	104
Tabela 40: Indicadores de avaliação.....	104
Tabela 41: Análise de Cenários	105
Tabela 42: Síntese das hipóteses em estudo	108

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ATL – Atividades de Tempos Livres
CAE – Código de Atividade Económica
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais
CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CIRIEC – Centro Internacional de Pesquisa e Informação sobre Economia Pública, Social e Cooperativa
CNIS – Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade
COJ – Centro de Ocupação Juvenil
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRI – Centro de Recursos para a Inclusão
CRIT – Centro de Reabilitação e Integração Torrejano
ECG – Eletrocardiograma
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
FC – Frequência Cardíaca
FE – Formação e Emprego
HG – Hidroginástica
HT – Hidroterapia
IAOQE – Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional
IEFP, IP – Instituto do Emprego e Formação Profissional, Instituto Público
IPPB – Intermittent Positive-Pressure Breathing
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
IRS – Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares
IS – Instalação Sanitária
ISS – Instituto da Segurança Social
IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado
OBESP – Observatório da Economia Social em Portugal
PIC – Sistema Pictográfico
PNI – Pressão Arterial Não Invasiva
RSI – Rendimento Social de Inserção

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SICAE – Sistema de Informação da Classificação Portuguesa de Atividades Económicas

SNQ – Sistema Nacional de Qualificações

SPC – Sistema Pictográfico de Comunicação

SpO2 – Saturação de Oxigénio

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TIR – Taxa Interna de Rendibilidade

VAL – Valor Atual Líquido

VSE – Valência Sócio-Educativa

1. Introdução

A sustentabilidade de uma empresa é algo imprescindível à sua manutenção no mercado, seja para as empresas privadas ou para a área social. Desta forma, um dos maiores desafios que se coloca atualmente às empresas de economia social prende-se com a redução da dependência dos dinheiros públicos, questionando-se de que forma são estas empresas financiadas ao nível público, mas também quais as formas que podem existir de “autofinanciamento”.

Neste estudo abordam-se as empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência, sabendo que possuem diversas respostas sociais, tuteladas por diversos ministérios, mas que no entanto na maioria das situações não financiam na totalidade o funcionamento destas organizações. Torna-se assim necessário perceber que recursos existem nestas empresas e se os mesmos podem ser uma fonte de sustentabilidade para a organização. Neste estudo coloca-se ainda a questão da existência ou não de recursos de saúde nestas organizações.

Assim, o estudo que agora se apresenta tem por base a seguinte questão: *“Poderiam os recursos de saúde potencialmente existentes nas Empresas de Economia Social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência serem rentabilizados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde?”*

Este estudo enquadra-se na estratégia europeia “Europa 2020” que tem por base a construção de uma Europa mais inteligente, mais sustentável e mais inclusiva (Comissão Europeia, s.d.), sendo os seus objetivos alicerçados no Emprego, Investigação & Desenvolvimento, Alterações Climáticas e Sustentabilidade Energética, Educação e Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social.

Em específico, para o território nacional alguns dos objetivos da Europa 2020 relacionados com a economia social são (Comissão Europeia, 2014):

- ☞ Proporcionar o Acesso a Bens e Serviços Sociais de Qualidade e Sustentáveis, no sentido de “alargar e diversificar a oferta de serviços e equipamentos sociais de qualidade, de preferência flexibilizando e maximizando a capacidade instalada” (Comissão Europeia, 2014);
- ☞ Promover a Economia Social por uma Nova Resposta em Parceria, com reforço da “lógica da parceria como forma de gestão social participada, com metodologias de ação mais ativas, mais descentralizadas e próximas dos cidadãos e das famílias

e baseadas na partilha da responsabilidade com outros” (Comissão Europeia, 2014).

Assim, e partindo da questão “*Poderiam os recursos de saúde potencialmente existentes nas Empresas de Economia Social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência serem rentabilizados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde?*”, este estudo pretende em primeiro lugar perceber o ponto da situação quanto à sustentabilidade de empresas de economia social e perceber depois no setor específico do apoio social para pessoas com deficiência se os recursos de saúde potencialmente existentes poderiam ser uma forma de sustentabilidade dessas organizações.

Importa ainda perceber a evolução destas organizações ao longo dos anos e ao mesmo tempo perceber o porquê destas organizações não se encontrarem enquadradas na área da saúde apesar da deficiência e/ou incapacidade ser uma consequência de uma alteração de saúde (doença).

Em síntese, ao nível académico, este estudo pretende organizar os conhecimentos acerca da sustentabilidade de empresas de economia social, sistematizar os procedimentos de constituição de uma empresa de economia social, e sintetizar a evolução do sistema nacional de saúde e descrever os procedimentos de registo e licenciamento de uma unidade privada de saúde em empresas de economia social.

Em termos práticos este estudo pretende identificar os recursos humanos de saúde existentes em empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência e verificar se os recursos de saúde existentes numa organização de economia social com ação social para pessoas com deficiência em específico podem ser uma via de sustentabilidade dessa organização.

Assim, em termos de organização e apresentação deste estudo, o mesmo encontra-se organizado em sete capítulos, sendo o primeiro o respeitante à introdução, o segundo a apresentação do mapa conceptual e o terceiro a apresentação da metodologia. Entramos depois no quarto capítulo que diz respeito à revisão da literatura onde se abordam os temas de “Sustentabilidade da economia social”, “Economia Social” e “Sistema Nacional de Saúde”. Os capítulos cinco e seis apresentam as hipóteses em estudo e a parte prática desta investigação (estudo de caso e inquéritos por questionários), bem como a análise dos resultados encontrados. Por fim, o capítulo sete apresenta as conclusões e limitações ao estudo, bem como sugestões de estudos futuros.

De forma mais pormenorizada refere-se que na revisão da literatura no subcapítulo da sustentabilidade da economia social se pretende identificar formas de sustentabilidade

nos campos financeiro e de intervenção social. No subcapítulo da economia social para além da descrição da constituição de uma empresa de economia social são ainda apresentadas as características das respostas sociais que podem ser desenvolvidas no âmbito do apoio social para a pessoa com deficiência, bem como identificadas quais as áreas da saúde que potencialmente estão presentes nestas respostas sociais. No subcapítulo do sistema nacional de saúde descreve-se a evolução e o estado atual do Sistema Nacional de Saúde português, qual a forma de registo e licenciamento de unidades privadas de saúde em empresas de economia social, bem como os requisitos legais da abertura e funcionamento das áreas específicas para as quais as empresas de economia social dispõem de técnicos de intervenção.

2. Mapa Conceptual

Tendo por base os objetivos do estudo e as questões a que se pretende responder, construiu-se o seguinte mapa conceptual:

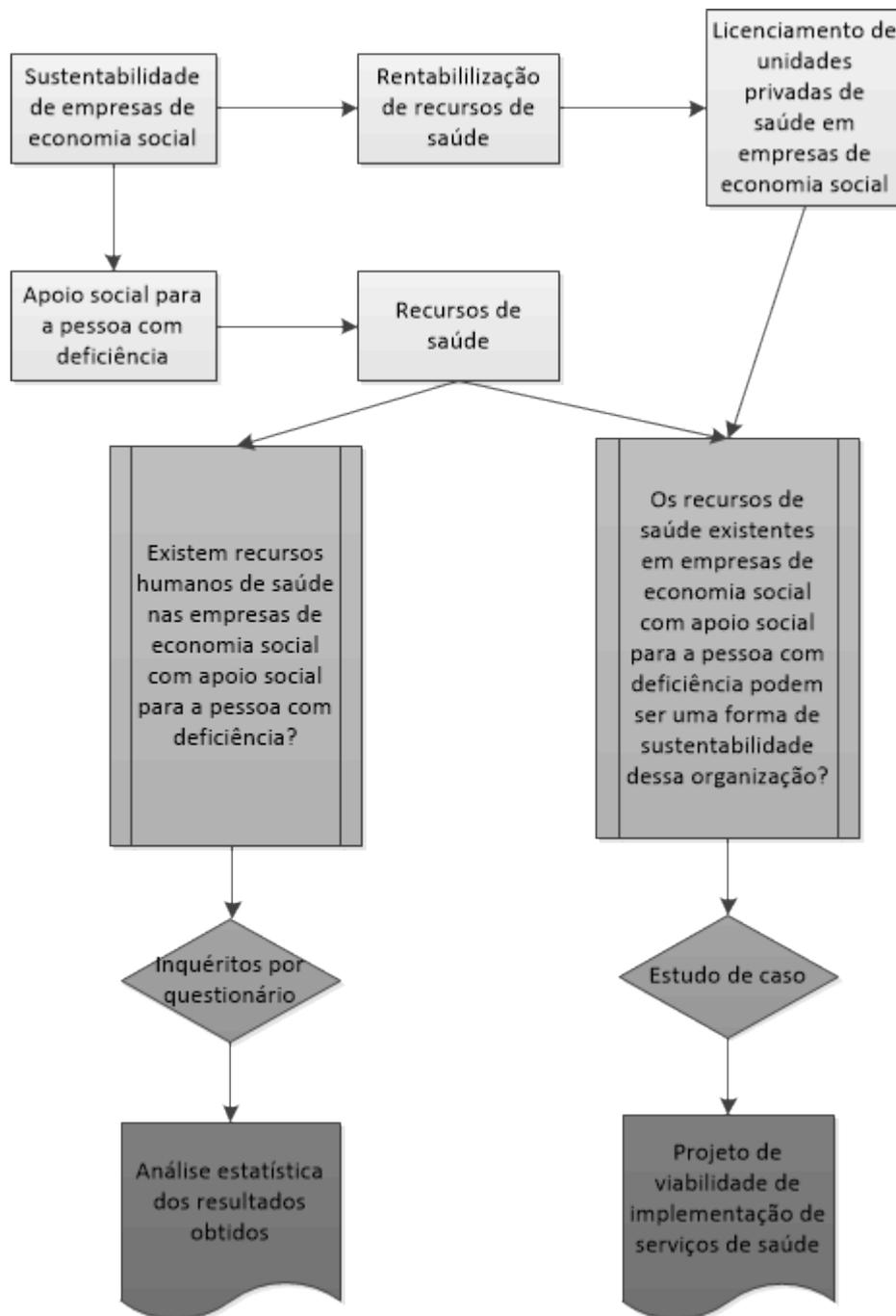


Figura 1: Mapa conceptual

3. Metodologia

3.1. Introdução à metodologia de investigação

Neste capítulo identifica-se o tipo de estudo que se pretende realizar, bem como os motivos que levaram à escolha destes métodos de investigação. São ainda descritos alguns critérios utilizados em cada um dos métodos de investigação.

3.2. Tipo de estudo e seleção de metodologia

Este pretende ser um estudo exploratório que parte de uma revisão da literatura existente acerca da sustentabilidade de Empresas de Economia Social, e também da legislação de base e documentos de suporte à constituição das empresas deste tipo que se dedicam ao Apoio Social para Pessoas com Deficiência, quais as tipologias e respostas sociais específicas que podem desenvolver, bem como quais as suas características específicas. Aborda-se ainda na revisão da literatura a organização da saúde em Portugal e os procedimentos necessários ao registo e licenciamento de unidades de saúde, de forma genérica mas também em específico para as empresas de economia social.

Em termos de metodologia de investigação, neste estudo foram realizadas duas abordagens: uma mais qualitativa – Estudo de Caso; e outra mais quantitativa – Inquérito por Questionário. Estas duas abordagens permitem obter resultados diferentes mas que se podem complementar (Carvalho, 2009; Carmo & Ferreira, 1998; Quivy & Campenhoudt, 2005).

O Inquérito por Questionário tem uma abordagem mais genérica mas que nos permite a caracterização de alguns dados da população e portanto dá-nos uma fotografia da realidade num determinado momento.

O Estudo de Caso permite-nos uma abordagem individual e o estudo de características específicas de um caso. Neste estudo de caso pretende-se verificar a viabilidade de implementação de serviços de saúde numa empresa de economia social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência.

3.3. Método de análise de dados

3.3.1. Inquérito por questionário

Para a parte quantitativa deste estudo será utilizado o inquérito por questionário enquanto instrumento de recolha de dados e o programa SPSS versão 22.0 para a análise descritiva e estatística dos dados recolhidos.

O inquérito será construído com base na revisão da literatura e dos dados que se pretendem analisar e será depois aplicado à população deste estudo que será constituída por todas as empresas de economia social registadas com código de atividade económica de apoio social para pessoas com deficiência, com ou sem alojamento (87302 e 88102, respetivamente) ou identificadas como desenvolvendo respostas sociais com acordo com a Segurança Social. A identificação das empresas com acordos com a Segurança Social será realizada através de consulta da Carta Social.

3.3.2. Estudo de caso

O presente Estudo de Caso consiste na realização de um Projeto de Viabilidade Económica com uma Empresa de Economia Social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência e na verificação das formas de implementação dos serviços de saúde nessa empresa.

O Estudo de Caso/Projeto de Viabilidade está organizado em três partes: Descrição da Empresa de Economia Social, onde se identifica a empresa, a sua história e a sua estrutura organizacional; O Projeto, onde se inclui a descrição do projeto e o diagnóstico da empresa face ao projeto onde se realizou a análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), o estudo de exequibilidade e o estudo de viabilidade; e a Avaliação do Projeto com avaliação de indicadores, avaliação de sensibilidade e avaliação dos benefícios.

Para a recolha de dados para elaboração do Projeto de Viabilidade serão tidos em conta os dados da revisão da literatura e os dados recolhidos junto da empresa de economia social.

Os dados da empresa de economia social serão recolhidos através de documentos estruturados da própria organização e que estão disponíveis no site da referida organização ou através de uma abordagem mais direta com envio dos dados solicitados por parte da própria empresa. Para recolha direta dos dados serão utilizados contatos via e-mail e reuniões presenciais.

4. Revisão da Literatura

4.1. Sustentabilidade da Economia Social

4.1.1. Introdução

Neste capítulo pretende-se descrever o conceito de sustentabilidade aplicado às empresas de economia social, bem como formas de atingir essa sustentabilidade seja no campo financeiro ou no campo da intervenção social.

4.1.2. Sustentabilidade das empresas de economia social

O conceito de sustentabilidade diz respeito a uma característica ou qualidade do que é realizado por forma a não esgotar totalmente todos os recursos naturais nem prejudicar o meio ambiente, no momento atual ou no futuro, e inclui três dimensões: a económica, a ambiental e a social.

No plano de uma empresa, a dimensão económica da sustentabilidade inclui todas as atividades da “economia formal”, mas também todas as atividades que resultem em serviços disponibilizados e que permitem um aumento de rendimentos e melhoria da “vida” da empresa. A dimensão ambiental inclui o impacto que as atividades desenvolvidas pela organização têm sobre o meio ambiente, no momento atual e no futuro. A dimensão social diz respeito ao meio interno e externo da empresa, constituído por todas as pessoas que contactam com a organização e que têm diferentes qualidades, experiências, capacidades e necessidades (Claro, Claro, & Amâncio, 2008).

Na economia social, à semelhança do que acontece no setor lucrativo, a sustentabilidade está dependente não só da própria empresa mas de todo o contexto que a rodeia, sendo a sustentabilidade global uma condição da interação de um conjunto de sistemas (Fowler, 2000).

No âmbito deste estudo considera-se sustentabilidade de uma empresa de economia social a sua viabilidade financeira e organizacional a médio e longo prazo (Wood, 2013; Bell, Masaoka, & Zimmerman, 2010; Sontag-Padilla, Staplefoote, & Morganti, 2012). Ou seja, a sua capacidade de fazer face a todas as despesas inerentes ao seu funcionamento, e portanto ter recursos financeiros suficientes, mas também, e não menos importante, a sua capacidade de desenvolver atividades que levam ao cumprimento da missão da organização.

Segundo Fowler (2000), para avaliação da influência dos recursos financeiros e das fontes de financiamento da organização devem utilizar-se diversos critérios:

- Vulnerabilidade – a forma como os recursos da organização são vulneráveis a acontecimentos externos;
- Sensibilidade – o grau e velocidade de impacto que a alteração de uma fonte de recursos tem sobre a organização;
- Criticidade – a probabilidade de conseguir substituir uma fonte de recursos por outra;
- Consistência – a capacidade de substituir uma fonte de recursos por outra sem que isso comprometa a missão e a identidade da organização;
- Autonomia – o grau em que as fontes dos recursos afetam a tomada de decisão e a capacidade de negociação da organização;
- Compatibilidade – o grau de concordância com que uma organização consegue gerir os recursos existentes e os novos recursos necessários.

Sendo que a escolha do tipo de fontes de financiamento e de recursos é uma opção estratégica da empresa e que deve estar alinhada com a missão e os objetivos a médio prazo da mesma.

A figura 1 mostra uma possível organização das fontes de recursos financeiros.

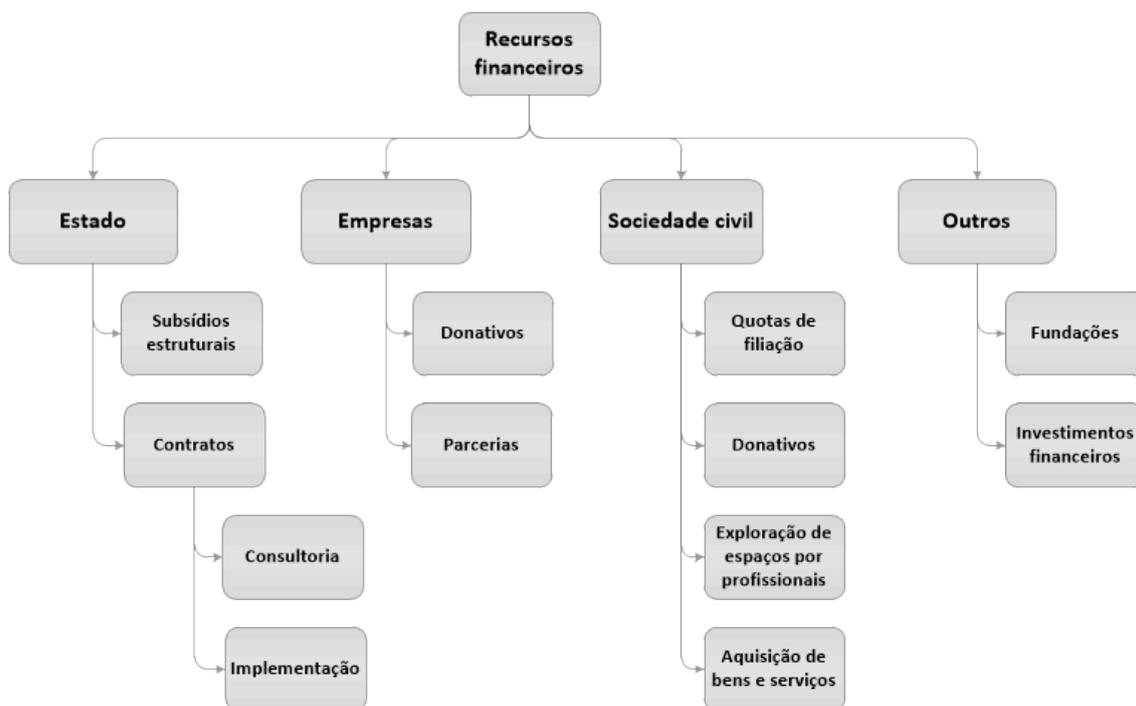


Figura 2: Organização das fontes de recursos financeiros (adaptado de Fowler, 2000; Bell, Masaoka, & Zimmerman, 2010, e Azevedo, 2012)

A tabela 1 mostra a classificação de algumas destas fontes quanto aos critérios de vulnerabilidade, sensibilidade, criticidade, consistência, autonomia e compatibilidade.

Tabela 1: Classificação das fontes de recursos financeiros (Fowler, 2000, p. 122)

Fontes	Estado		Empresas		Sociedade civil		
	Subsídios estruturais	Contratos	Donativos	Parcerias	Donativos Quotas	Explorar espaços	Bens e serviços
Vulnerabilidade	+	+	=	+	-	-	+
Sensibilidade	+	=	=	+	+	-	+
Criticidade	+	+	=	+	-	+	+
Consistência	=	-	□	□	*	*	#
Autonomia	-	-	=	#	*	=	●
Compatibilidade	=	-	#	#	#	=	-

Legenda: + aumenta; - diminui; = sem influência; □ compromete; #desafia; ● constrange; * melhora.

Qualquer das fontes de recursos financeiros poderá solicitar contrapartidas pela entrega de valores monetários. No caso do Estado, a principal contrapartida exigida é a prestação de contas, ou seja, o relatório das atividades realizadas com o valor monetário entregue. O mesmo se passa muitas vezes com os donativos das empresas, bem como com o valor entregue pelas fundações. Em suma, o impacto obtido com o dinheiro doado (Wood, 2013).

No caso de fontes de recursos financeiros que promovam o aumento do lucro de que são exemplo a venda de bens e serviços por parte da organização ou a possibilidade de arrendamento para exploração de espaços por profissionais, terá que se ter em conta qual o efeito que estas atividades têm sobre a imagem pública da organização perante a sociedade em geral (Fowler, 2000).

Na opção por desenvolver atividades que geram lucro, que segundo Bell, Masoaka e Zimmerman (2010) deveria ser imprescindível, a empresa de economia social deverá ainda ter em conta o sistema legal e fiscal do país, bem como garantir a transparência das atividades desenvolvidas, em especial aquando da prestação de contas aos parceiros e financiadores (Fowler, 2000).

4.1.3. Requisitos para a sustentabilidade das empresas de economia social

Existem já diversas características identificadas como sendo imprescindíveis à sustentabilidade de uma empresa de economia social. Assim, os requisitos considerados

mais importantes são a capacidade de adaptabilidade da organização ao contexto social e económico que a rodeia e a capacidade de liderança dos órgãos diretivos e dos cargos de chefia (Fowler, 2000; York, 2009).

Fowler (2000) considera ainda de extrema importância a capacidade de aprendizagem da organização com os eventos passados (vitórias e erros) e com as vivências dos colaboradores, considerando que deveria existir uma auscultação constante das necessidades e das lacunas ao funcionamento identificadas por quem se encontra no terreno.

Segundo York (2009), o terceiro fator crucial à sustentabilidade das empresas de economia social é a capacidade de programação das atividades da organização por parte dos corpos diretivos, onde se incluem as capacidades de gestão dos recursos de forma eficaz e eficiente, bem como de identificar quais os recursos técnicos necessários à implementação das estratégias e atividades que permitem concretizar a missão da organização.

York (2009) considera ainda que para o sucesso da organização é imprescindível a aprendizagem contínua a partir dos dados existentes e a participação de todas as partes interessadas no processo de tomada de decisão (clientes, parceiros, financiadores, fornecedores, colaboradores, órgãos diretivos, comunidade em geral, ...).

Em 2012, num estudo elaborado por Sontag-Padilla, Staplefoote & Morganti para a RAND Corporation (instituição sem fins lucrativos que procura melhorar a política e a capacidade de decisão das empresas de economia social através de estudos de investigação) foram identificados os seguintes desafios e práticas facilitadoras da sustentabilidade das empresas de economia social:

- Dependência de financiamento externo: as empresas devem ter diversas fontes de recursos financeiros (por exemplo: Estado, fundações, donativos privados, vendas de bens e serviços e outros contratos) e devem verificar o plano de angariação de fundos com regularidade por forma a manter a sustentabilidade financeira.
- Criar a “marca” da empresa social: as empresas devem apostar no marketing e na divulgação da sua “marca” como forma de ajuda à promoção e sustentação dos seus programas e serviços. A comunicação clara e consistente da missão e das atividades desenvolvidas pela organização pode aumentar a confiança da população abrangida e da comunidade em que se insere, podendo em última instância facilitar a angariação de donativos privados.

- Estabelecimento de parcerias e expectativas dos parceiros: estabelecer parcerias com outras empresas de economia social para partilha de recursos ou serviços pode tornar-se bastante vantajoso, devendo haver especial atenção à continuidade da autonomia e independência de cada um dos parceiros relativamente à sua missão e às atividades desenvolvidas.
- Demonstração de valor e *accountability* aos financiadores: a prestação de contas é uma obrigação legal e ética para com algumas fontes de recursos financeiros. Associado à prestação de contas seria aconselhável um relatório das atividades desenvolvidas com vista à demonstração da forma de gestão dos recursos financeiros recebidos, bem como com identificação de qual o impacto que essas atividades tiveram junto da população abrangida diretamente e também junto da comunidade onde se inserem. Os relatórios elaborados devem possuir toda a informação financeira e informação suficiente sobre as atividades desenvolvidas; serem acessíveis a todas as partes interessadas (clientes, parceiros, financiadores, comunidade em geral); serem transparentes; e serem relevantes no sentido de demonstrarem como foi atingida a missão da organização.
- Promover a liderança e o envolvimento da comunidade: as empresas de economia social ao envolverem a comunidade no desenvolvimento das suas atividades promovem em simultâneo o sentimento de pertença e facilitam a colaboração dessa população na identificação das necessidades da comunidade e na angariação de fundos ou no desenvolvimento de voluntariado. Desta forma a organização pode desenvolver atividades mais dirigidas aos problemas em específico e através do voluntariado reduzir alguns dos custos associados aos colaboradores assalariados ou desenvolver outras atividades para as quais os colaboradores não têm disponibilidade temporal ou emocional, melhorando em última instância o impacto da sua intervenção junto da sociedade em geral.

4.1.4. As diretrizes para as empresas de economia social portuguesas

No desenrolar da atual crise económica em Portugal, foram realizados alguns estudos que tiveram por base a importância das Instituições Particulares de Solidariedade Social (adiante designada de IPSS) na sociedade portuguesa, bem como a identificação de formas que permitam a estas empresas ter sustentabilidade.

Assim, num estudo elaborado por Sousa et al para a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) a sustentabilidade foi considerada como a conjugação de três fatores: viabilidade económico-financeira, capacidade para subsistência e complementaridade de serviços.

Como estratégias para a viabilidade económico-financeira foram identificados:

- Gestão empresarial com sentido social:
 - Os órgãos sociais devem ser apoiados por uma equipa com experiência de gestão;
 - Apostar no voluntariado para cargos específicos que não necessitem ser executados a tempo inteiro;
- Os fundos públicos não devem ser a única fonte de receitas;
- Diversificação das fontes de receitas:
 - Rentabilização do património tanto imóvel como móvel;
 - Estabelecimento de parcerias com empresas no âmbito da promoção da responsabilidade social;
 - Programas de apoio/donativos a uma causa específica;
- Redução de custos e aumento da eficiência na utilização dos recursos existentes:
 - Criação de central de compras;
 - Partilha de equipamentos e instalações físicas por forma a rentabilizar os recursos existentes;
 - Partilha de recursos humanos especializados.

Como estratégia para a subsistência foi dado ênfase ao enfoque nos problemas reais e atuais, de que são exemplo no contexto atual o desemprego e a pobreza extrema com dificuldade de acesso da população aos bens essenciais.

Como estratégia para a complementaridade é sugerido o estabelecimento de parcerias entre empresas de economia social por forma a criar uma rede social coesa e que chegue a todos os que necessitam dos serviços sociais. É ainda importante o estabelecimento de parcerias com empresas privadas que possam doar para além de recursos financeiros outro tipo de recursos de que são exemplos material informático substituído ou os *stocks* não vendidos ou ainda bens perecíveis que já não serão utilizados pela empresa dentro do seu período de vida útil. É ainda importante nesta área da complementaridade a comunicação com a sociedade em geral através de um bom plano de comunicação e marketing,

facilitando assim a divulgação das atividades desenvolvidas pela empresa de economia social.

Num outro estudo levado a cabo por Soares, Fialho, Chau, Gageiro & Pestana (2013) as principais conclusões encontradas são semelhantes às do estudo anteriormente apresentado. Neste estudo são apresentadas como boas práticas:

- Órgãos de gestão profissionalizados com capacidade de gestão estratégica, com maior envolvimento da sociedade civil e da economia no setor social;
- Formação dos recursos humanos para a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação em todas as atividades das organizações;
- Obter equilíbrio orçamental através de:
 - Redução de custos – central de compras com stock zero, energias renováveis, recurso ao voluntariado, envolvimento dos utentes, ...;
 - Aumento das receitas – melhorar a transparência, criação de atividades produtivas - farmácia, saúde, atividades educativas, atividades extra curriculares, atividades agrícolas, ...;
- Dimensionar as organizações de modo a gerar economias de escala, quando não de forma independente, em associação com outras empresas de economia social através do estabelecimento de parcerias;
- Adotar um plano de marketing social, modernizando a imagem e divulgando as “marcas” de bens e serviços que possuem e que podem oferecer à comunidade onde estão inseridas.

É de referir que em relação aos estudos internacionais, Portugal apresenta apenas como ponto extra para a sustentabilidade das empresas de economia social a necessidade de a gestão assentar em modelos empresariais e com base no planeamento estratégico da organização.

4.1.5. Síntese

Para as empresas de economia social a sustentabilidade prende-se não só com a viabilidade financeira da organização, mas também com a capacidade de se manter fiel à sua missão e ao desenvolvimento das atividades necessárias para a atingir.

Para a obtenção de sustentabilidade é importante as empresas de economia social apostarem nas suas capacidades de adaptabilidade ao contexto socioeconómico onde estão integradas, nas capacidades de liderança dos cargos de chefia e direção, e no

desenvolvimento das suas atividades de intervenção social para que possam também ser reconhecidas pelo impacto que têm na comunidade em que se encontram e na sociedade em geral.

Para a obtenção destas capacidades contribuem a diversificação das fontes de recursos financeiros, a motivação dos colaboradores e a capacidade de aprendizagem da organização com as partes interessadas e com o percurso passado, o desenvolvimento de um plano de marketing e comunicação e o estabelecimento de parcerias na comunidade, com outras empresas de economia social e/ou com empresas privadas.

4.2. Economia Social

4.2.1. Introdução

Neste capítulo pretende-se descrever o conceito de economia social e como se pode constituir uma empresa de economia social. São ainda descritas as características das respostas sociais que podem ser desenvolvidas no âmbito do Apoio Social para a Pessoa com Deficiência, bem como identificadas quais as áreas da saúde que potencialmente estão presentes nestas respostas sociais.

4.2.2. Economia Social

Por definição de dicionário, *economia* corresponde à “habilidade em administrar os bens ou rendimentos” e *social* “diz respeito à sociedade”.

De acordo com o CIRIEC – Centro Internacional de Pesquisa e Informação sobre Economia Pública, Social e Cooperativa (2014) por *Economia Social* entende-se “o conjunto das empresas de livre adesão e autonomia de decisão, democraticamente organizadas, com personalidade jurídica própria, criadas para satisfazer as necessidades dos seus membros no mercado, produzindo bens e serviços, e nas quais a eventual distribuição dos excedentes de exercício e a tomada de decisões não estão ligadas ao capital individual dos membros, que terão um voto cada”

Assim, as empresas da economia social produzem bens e serviços que correspondem às necessidades dos seus utilizadores, independentemente da sua rentabilidade económica, tendo portanto um espírito solidário.

Neste tipo de organizações é dada primazia à participação dos vários intervenientes na produção dos bens e serviços – utilizadores, colaboradores, associados, parceiros sociais e fornecedores.

De acordo com o Observatório da Economia Social em Portugal (OBESP), as empresas da Economia Social devem ter como pressupostos de funcionamento:

- O respeito pela dimensão humana;
- O combate à exclusão social;
- A vontade de promover espaços de realização individual;
- Uma visão democrática e participada da organização;
- Uma visão da missão organizacional que a encastra no tecido social (sem a reduzir a uma mera unidimensionalidade económica);
- Autonomia de gestão:

- Primazia das pessoas e do trabalho sobre o capital;
- Assunção de responsabilidade quer individuais quer coletivas;
- O desenvolvimento de um elevado grau de capital social.

Nas empresas de Economia Social incluem-se: Cooperativas, Mutualidades, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Misericórdias, Associações de Desenvolvimento Local e Regional e Fundações, bem como empresas sociais e entidades voluntárias não lucrativas que produzam serviços de não mercado para as famílias, e cujos eventuais excedentes não podem ser apropriados pelos agentes económicos que as criaram, controlam ou financiam.

As IPSS podem ser de natureza associativa ou fundacional, e representarem associações de solidariedade social ou fundações (ISS, 2013).

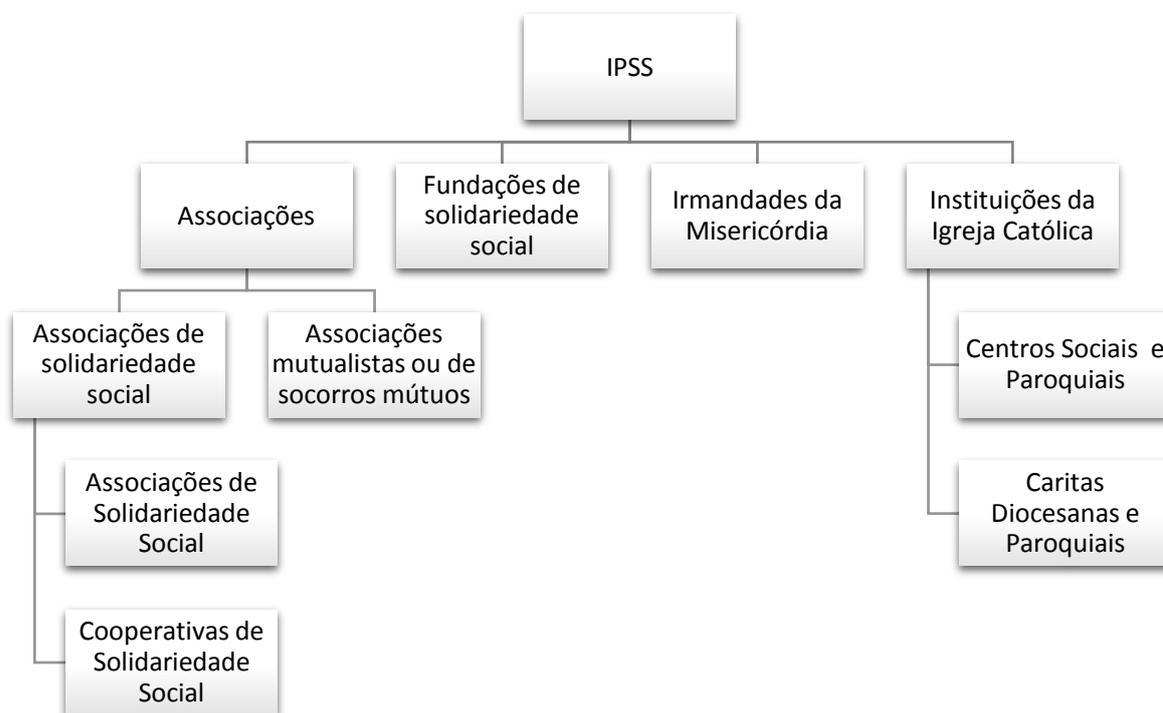


Figura 3: Formas de constituição das IPSS (adaptado de Pereira, 2013)

As empresas de economia social podem agrupar-se em Uniões, Federações e Confederações (Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro).

4.2.3. Licenciamento de Empresas de Economia Social

4.2.3.1. Constituição

As IPSS são empresas de Economia Social e que portanto pressupõem fins não lucrativos, mas que são da iniciativa de particulares. De acordo com o artigo 1º-A do Estatuto das IPSS (Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro), estas instituições podem prosseguir os seguintes objetivos em consonância com o licenciamento efetuado:

- a) Apoio à infância e juventude, incluindo as crianças e jovens em perigo;
- b) Apoio à família;
- c) Apoio às pessoas idosas;
- d) Apoio às pessoas com deficiência e incapacidade;
- e) Apoio à integração social e comunitária;
- f) Proteção social dos cidadãos nas eventualidades da doença, velhice, invalidez e morte, bem como em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- g) Prevenção, promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação e assistência medicamentosa;
- h) Educação e formação profissional dos cidadãos;
- i) Resolução dos problemas habitacionais das populações;
- j) Outras respostas sociais não incluídas nas alíneas anteriores, desde que contribuam para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos.

Para além da atividade principal registada no licenciamento, as IPSS podem desenvolver outras atividades secundárias com fins não lucrativos e que sejam compatíveis com a atividade principal (Soares, Fialho, Gageiro & Pestana, 2013; artigo 1.º-B do Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro).

O licenciamento e a obtenção de personalidade jurídica verifica-se com a entrega dos estatutos da IPSS, de onde constam (Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, n.º 2 do artigo 10.º):

- a) A denominação, que não poderá confundir-se com denominação de instituições já existentes;
- b) A forma jurídica adotada;
- c) A sede e âmbito de ação;
- d) Os fins e atividades da instituição;

- e) A denominação dos órgãos, a sua composição e forma de designar os respetivos membros;
- f) As competências e regras de funcionamento dos órgãos;
- g) O regime financeiro.

O registo de todas as IPSS é realizado junto do Instituto da Segurança Social (adiante designado de ISS) (Portaria n.º 139/2007, de 29 de janeiro), podendo ser necessário um registo conjunto com outro ministério de acordo com a área de intervenção licenciada. Exemplo desta situação são as IPSS com intervenção em saúde que têm que ser registadas no ISS e simultaneamente no Ministério da Saúde (Portaria n.º 466/86 de 25 de agosto, artigo 2.º).

No âmbito da ação social, as instituições podem desenvolver várias respostas sociais nas quais podem desenvolver várias atividades (ISS, 2013):

- Apoio a crianças e jovens
 - Creche e creche familiar;
 - Centro de atividades de tempos livres;
 - Centro de apoio familiar e aconselhamento parental;
 - Intervenção precoce;
 - Lar de apoio;
 - Equipa de rua de apoio a crianças e jovens;
 - Centro de acolhimento temporário;
 - Lar de infância e juventude;
 - Apartamento de autonomização;
 - Casa de acolhimento temporário.
- Apoio à família
 - Centro de atendimento/acompanhamento psicossocial;
 - Casa de abrigo;
 - Serviço de apoio domiciliário;
 - Centro de férias e lazer.
- Apoio à integração social e comunitária
 - Acompanhamento social;
 - Centro comunitário;
 - Refeitório/cantina social;
 - Comunidade de inserção;
 - Centro de alojamento temporário e comunidade de reinserção;

- Ajuda alimentar;
 - Equipa de rua para pessoas sem-abrigo;
 - Equipa de intervenção direta;
 - Apartamento de reinserção social.
- Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho
 - Cuidados continuados;
 - Centro de atividades ocupacionais;
 - Serviço de apoio domiciliário;
 - Centro de convívio;
 - Centro de dia;
 - Centro de noite;
 - Lar de idosos;
 - Lar residencial;
 - Ajuda à alimentação;
 - Equipa de rua para pessoas sem-abrigo;
 - Equipa de intervenção direta.

No caso de desenvolverem mais que uma resposta, deve nos estatutos da organização estar definido qual ou quais as que são consideradas como os fins principais.

4.2.4. Apoio Social para a Pessoa com Deficiência

De acordo com a Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, no seu artigo 2.º, “considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.”

Paralelamente à intervenção em saúde e como forma de minimizar as limitações de cariz social das pessoas com deficiência ou incapacidades, foram criadas nas décadas de 70 e 80 instituições de apoio social para esta população, que foram evoluindo ao longo dos anos e que atualmente possuem diversas respostas ao nível da Segurança Social,

Educação, e Formação e Emprego desenvolvidas em empresas de Economia Social (SNRIPD, 2006).

A constituição e licenciamento destas empresas de economia social respeita os procedimentos gerais da constituição de uma associação com registo específico da área de intervenção junto da Segurança Social.

As respostas específicas que podem ser desenvolvidas por estas instituições são as seguintes:

- Instituto da Segurança Social
 - Centro de atendimento, acompanhamento e reabilitação social
 - Serviço de apoio domiciliário
 - Centro de atividades ocupacionais
 - Acolhimento familiar para pessoas com deficiência
 - Lar residencial e residência autónoma
 - Transporte de pessoas
 - Centro de férias e lazer
 - Apoio em regime ambulatorio
 - Intervenção precoce
 - Lar de Apoio
 - Fórum Sócio-Ocupacional (para a Doença Mental)
 - Unidade de vida autónoma (para a Doença Mental)
 - Unidade de vida apoiada (para a Doença Mental)
 - Unidade de vida protegida (para a Doença Mental)
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (adiante designado de IEFP)
 - Formação e certificação profissional de pessoas com deficiência
 - Informação, avaliação e orientação para a qualificação e o emprego
 - Apoio à colocação
 - Acompanhamento pós-colocação
- Ministério da Educação e Ciência
 - Valência sócio-educativa
 - Centro de recursos para a inclusão

4.2.4.1. Instituto da Segurança Social

De acordo com o ISS (2015), os **Centros de atendimento, acompanhamento e reabilitação social** são locais onde existem serviços de capacitação e suporte às famílias e cuidadores da pessoa com deficiência e incapacidade. O atendimento e acompanhamento social destina-se ao apoio à prevenção e à resolução de problemas sociais apresentados pelo cliente, enquanto a reabilitação social consiste na aquisição de competências pessoais e sociais, para obtenção de maior autonomia e participação social da pessoa com deficiência e incapacidade, podendo ser desenvolvida em equipamento, no domicílio ou na comunidade (ISS, 2015)

Os objetivos definidos para estas respostas são:

- Informar, orientar e encaminhar para os serviços e equipamentos sociais adequados a cada situação
- Promover programas de reabilitação inclusivos com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais
- Assegurar o acompanhamento do percurso de reabilitação social com vista à autonomia e capacidade de representação
- Capacitar e apoiar as famílias, bem como os cuidadores informais.

Este tipo de resposta é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal a Portaria n.º 60/2015, de 2 de março, que estabelece as condições de organização e funcionamento do Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARPD). Os serviços prestados por esta resposta social são diferentes conforme assuma a modalidade de centro de atendimento e acompanhamento social ou de centro de atendimento, acompanhamento e reabilitação social.

No caso do centro de atendimento e acompanhamento social os serviços prestados pela atividade de atendimentos são:

- a) Orientação e encaminhamento adequados a cada situação específica;
- b) Informação sobre o acesso a recursos, serviços e equipamentos sociais que permitam às pessoas com deficiência e incapacidade o exercício dos direitos de cidadania e de participação social;
- c) Apoio jurídico.

Os serviços prestados pela atividade de acompanhamento social são:

- a) Elaboração do diagnóstico individual, social e familiar, sempre que possível com a participação dos próprios, familiares ou cuidadores informais;
- b) Planeamento, organização e acompanhamento na integração social;
- c) Fortalecimento de fatores de resiliência, minimizando fatores de risco associados ao suporte social da família e dos cuidadores informais.

No caso do centro de atendimento, acompanhamento e reabilitação social os serviços prestados no âmbito da reabilitação social incluem atividades de estimulação da autonomia como:

- a) Atividades da vida diária;
- b) Competências básicas de autonomia;
- c) Orientação e mobilidade;
- d) Estimulação sensorial;
- e) Formação comportamental;
- f) Apoio psicossocial para utilizadores e familiares.

Ainda de acordo com a Portaria n.º 60/2015 de 2 de março, a equipa desta resposta social deve ser composta por profissionais com formação superior em ciências sociais, do comportamento ou serviço social, e se necessário integrar outros técnicos, quando haja atividade de reabilitação social, devendo a composição da equipa ser determinada em função das necessidades e das modalidades de funcionamento desenvolvidas. Assim e no caso da reabilitação social as equipas poderão incluir na sua constituição técnicos da área da saúde como Psicólogos ou Terapeutas Ocupacionais.

O **Serviço de Apoio Domiciliário**, segundo o ISS (2014), é composto por uma equipa que vai a casa das pessoas e famílias que não possam cuidar de si ou das tarefas domésticas, e que ajuda a limpar a casa, fazer as refeições, tratar das roupas, cuidar da higiene pessoal e fazer pequenas reparações na casa. Os objetivos definidos para esta resposta social são:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Garantir cuidados físicos e apoio psicossocial;
- Ajudar nas tarefas básicas do dia-a-dia, como fazer compras, limpar a casa, cozinhar as refeições e tratar da roupa;
- Incentivar as relações familiares;
- Assegurar o acesso a cuidados de saúde;
- Evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições;

- Prevenir situações de dependência, promover a autonomia.

Este tipo de resposta é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal a Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, que estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário e o Decreto-Lei n.º 141/89 de 28 de abril em que são definidas as condições de exercício e o regime de proteção social da atividade que, no âmbito da ação social realizada pela Segurança Social ou por outras entidades, é desenvolvida por ajudantes familiares.

De acordo com a Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, estes serviços devem prestar pelo menos quatro dos seguintes serviços:

- a) Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- b) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- c) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- d) Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;
- e) Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
- f) Serviço de teleassistência.

Podendo ainda assegurar outros serviços como:

- g) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes;
- h) Apoio psicossocial;
- i) Confeção de alimentos no domicílio;
- j) Transporte;
- k) Cuidados de imagem;
- l) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;
- m) Realização de atividades ocupacionais.

Dos serviços assinalados atrás, os serviços da alínea g) e m), quando não são realizados por técnicos de saúde, deveriam ser supervisionados por estes.

Em específico a formação dos cuidadores deve ser feita no âmbito das atividades da vida diária por Enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala ou Terapeuta Ocupacional, mediante a área específica dos cuidados. No que diz respeito às atividades ocupacionais, as mesmas devem ser supervisionadas e/ou dinamizadas preferencialmente por Terapeutas Ocupacionais ou Técnicos de Psicomotricidade.

Os **Centros de Atividades Ocupacionais** são, de acordo com o ISS (2014), centros de apoio para jovens e adultos com deficiência grave, onde se desenvolvem atividades de ocupação, e têm como objetivos:

- Estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades;
- Reforçar a autoestima e a autonomia pessoal e social;
- Privilegiar a relação com a família e com a comunidade para integrar socialmente as pessoas com deficiência;
- Encaminhar, sempre que possível, para programas de integração social e profissional.

Este tipo de resposta é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal o Despacho n.º 52/SESS/90, de 16 de julho, que aprova as normas reguladoras dos aspetos referidos no artigo 16º do Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro, designadamente no que diz respeito à implementação, criação e funcionamento dos serviços e equipamentos que desenvolvem atividades ocupacionais; o Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro, que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades, sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral; e a Portaria n.º 432/2006, de 3 de maio, que regulamenta as atividades desenvolvidas nos Centros de Atividades Ocupacionais.

De acordo com o Despacho n.º 52/SESS/90, de 16 de julho, os Centros de Atividades Ocupacionais devem proporcionar aos seus utentes:

- a) A realização de atividades socialmente úteis e estritamente ocupacionais;
- b) O apoio técnico permanente nos planos físico, psíquico e social;
- c) A participação em ações culturais, gimnodesportivas e recreativas.

Para a prossecução destes objetivos, o Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro, refere que a equipa técnica deve ser constituída nomeadamente pelos seguintes elementos:

- Psicólogo;
- Assistente Social;
- Fisioterapeuta;
- Médico com experiência na área de reabilitação;
- Terapeuta Ocupacional;
- Monitores com formação específica

Sendo que todos os elementos acima, com exceção do Assistente Social e dos Monitores, são Técnicos de Saúde que intervêm na área da saúde numa resposta para a população com deficiência.

Segundo o ISS (2014), o **Acolhimento familiar para pessoas com deficiência** consiste no realojamento temporário ou permanente de adultos com deficiência em casas de famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro, e tem por objetivos:

- Acolher pessoas com deficiência;
- Garantir à pessoa acolhida um ambiente familiar e afetivo apropriado, que satisfaça as suas necessidades básicas, respeitando a sua identidade, personalidade e privacidade;
- Facilitar a relação com a comunidade, para integrar as pessoas com deficiência;
- Reforçar a autoestima e a autonomia pessoal e social;
- Evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

Este tipo de resposta é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal o Despacho Conjunto n.º 727/99, de 23 de agosto, que estabelece as condições de formação para as famílias de acolhimento para pessoas idosas e adultas com deficiência; e o Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro, que disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência.

O **Lar Residencial e Residência Autónoma**, de acordo com o ISS (2014), consistem em alojamento temporário ou definitivo de jovens e adultos com deficiência que se encontrem impedidos de viver com a família.

Os objetivos definidos para estas respostas sociais são:

- Contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes;
- Promover estratégias de reforço da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das atividades de vida diária;
- Promover ou manter a funcionalidade e a autonomia do residente;
- Facilitar a integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes;
- Promover a interação com a família e com a comunidade.

Este tipo de respostas é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal a Portaria n.º 59/2015, de 2 março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação de estabelecimentos residenciais destinados a

pessoas com deficiência e incapacidade, designados por lar residencial e residência autónoma.

O **Lar Residencial** é um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar. Nesta resposta social devem ser desenvolvidas os seguintes serviços:

- a) Alojamento;
- b) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- c) Apoio nos cuidados de higiene pessoal;
- d) Apoio no desempenho das atividades de vida diária;
- e) Tratamento de roupa;
- f) Apoio no cumprimento de planos individuais de medicação e no planeamento e acompanhamento regular de consultas médicas e outros cuidados de saúde.

Podem ainda ser desenvolvidas outras atividades e serviços de animação sociocultural, lúdico-recreativa, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

Para o lar residencial a equipa técnica, e de acordo com a Portaria n.º 59/2015, de 2 de março, deve ser constituída por um profissional que assegura a direção técnica, e um animador sociocultural durante o fim-de-semana. O profissional que assegura a direção técnica deverá ser um técnico superior da equipa, com formação superior em ciências sociais, do comportamento, saúde ou serviços sociais, preferencialmente com experiência profissional ou formação na área da deficiência.

A **Residência Autónoma** é um estabelecimento de alojamento temporário ou permanente que funciona num apartamento, moradia ou outra tipologia similar, destinado a pessoas com deficiência e incapacidade que, mediante apoio, possuem capacidade de viver de forma autónoma.

Em termos de equipa técnica, nesta resposta social deverá apenas existir um profissional que assume a direção técnica, e que é responsável pela supervisão e adequado funcionamento do estabelecimento, com formação superior em ciências sociais, do comportamento, saúde ou serviço social, podendo a sua função ser exercida a tempo parcial.

O **Transporte de pessoas** é, de acordo com o ISS (2014), um serviço de transporte e acompanhamento personalizado para todas as crianças, jovens e adultos com deficiência, e que tem por objetivos:

- Garantir o transporte e o acesso aos serviços de reabilitação e saúde;
- Facilitar a integração das pessoas com deficiência.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

De acordo com o ISS (2014), os **Centros de férias e lazer** são centros onde as pessoas com deficiência e as suas famílias podem passar algum tempo e quebrar a rotina. Estas estadias são essenciais para o equilíbrio físico, psicológico e social dos utentes. Os objetivos desta resposta social são:

- Proporcionar aos utentes estadias fora da sua rotina e contactos com pessoas e espaços diferentes;
- Estimular o espírito de interajuda;
- Estimular a criatividade e o espírito de iniciativa.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

O **Apoio em regime ambulatorio** é, segundo o ISS (2014), uma resposta social, desenvolvida através de um serviço/equipamento, destinada ao apoio de pessoas com deficiência, a partir dos 7 anos, suas famílias e técnicos da comunidade, que desenvolve atividades de avaliação, orientação, intervenção terapêutica e socioeducativa, promovidas por equipas transdisciplinares. Os seus objetivos são:

- Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da pessoa com deficiência;
- Promover a integração social, designadamente, escolar, laboral e comunitária;
- Implementar programas aumentativos e alternativos de comunicação, de autonomia, de orientação, de mobilidade e de apoio às entidades onde se insere a população abrangida;
- Otimizar as condições de interação familiar;
- Envolver a comunidade no processo de intervenção de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de interajuda.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

Não existindo suporte legal neste tipo de resposta, a informação seguinte baseia-se apenas na descrição da resposta social e que está disponível no sítio da internet da Segurança

Social (www.seg-social.pt). A intervenção em “atividades de avaliação, orientação, intervenção terapêutica” será totalmente desenvolvida por técnicos de saúde das áreas de reabilitação como a Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

A **Intervenção Precoce** consiste, segundo o ISS (2014) em apoios nas áreas da educação, da saúde e da ação social, focado nas necessidades da criança e da sua família, e tem como objetivos:

- Facilitar o desenvolvimento global da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- Minimizar as consequências dos seus problemas;
- Melhorar a interação da família com a criança (por exemplo, dando-lhes informação sobre o problema e ajudando-os a ter acesso aos apoios existentes);
- Tornar as famílias mais capazes de usar os seus recursos e os da comunidade para lidar com os problemas associados à deficiência

Este tipo de resposta é formalizada através de acordo típico com a Segurança Social e tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro, que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; e o Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro, que aprova as orientações reguladoras de apoio integrado a crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias, no âmbito da intervenção precoce.

Sendo a Intervenção Precoce uma resposta conjunta de diversos ministérios: Educação, Segurança Social e Saúde, são por vezes os técnicos da área da saúde disponibilizados não só pelas instituições de saúde (ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais), mas também por IPSS com intervenção na deficiência ou intervenção na área social (por exemplo creches e jardins de infância).

De acordo com o ISS (2014), o **Lar de Apoio** destina-se a crianças e jovens com deficiência dos 6 aos 16/18 anos, cuja situação familiar aconselhe o internamento ou que precisem de alojamento por estarem a receber apoio longe de casa, e consiste em alojamento temporário dessas crianças ou jovens com necessidades educativas especiais.

Os objetivos desta resposta social são:

- Dar à criança ou jovem um alojamento que se aproxime, tanto quanto possível, do ambiente familiar;
- Facilitar a integração da criança ou jovem na família e na sociedade;

- Garantir condições de bem-estar e qualidade de vida adequadas às necessidades da criança ou jovem;
- Reforçar a autoestima e a autonomia pessoal e social da criança ou jovem.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

De acordo com o ISS (2014), o **Fórum Sócio-Ocupacional** destina-se a pessoas com doença mental temporária ou permanente, e consiste em apoio diurno à pessoa com doença mental no sentido da sua reintegração social, familiar e/ou profissional (ou eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido). Esta resposta social tem por objetivos:

- Promover a autonomia e o relacionamento com os outros;
- Promover a reintegração social, familiar e profissional;
- Encaminhar, se necessário, para estruturas residenciais adequadas;
- Integrar em programas de formação profissional, em emprego normal ou protegido.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

Não existindo suporte legal neste tipo de resposta, a informação seguinte baseia-se apenas na descrição da resposta social e que está disponível no sítio da internet da Segurança Social.

Assim, e apesar da Doença Mental não ser considerada no âmbito da pessoa com deficiência, ela é causadora muitas vezes de incapacidades, estando a intervenção muito associada à população com deficiência e sendo muitas vezes desenvolvida nas instituições com Apoio Social para a Pessoa com Deficiência.

A intervenção nestes equipamentos sociais será maioritariamente realizada com base na reabilitação pessoal e social, passando a intervenção muitas vezes pelas áreas técnicas de Psicologia na vertente clínica e Terapia Ocupacional, ambas áreas de intervenção da saúde.

A **Unidade de vida autónoma** é, segundo o ISS (2014), destinada a pessoas adultas com problemas psiquiátricos graves estabilizados e de evolução crónica, mas autónomas, e sem uma residência satisfatória. Neste tipo de unidade, a pessoa com doença mental reside num apartamento e recebe apoio no sentido de se integrar em programas de formação

profissional ou em emprego normal ou protegido. Esta resposta social tem como objetivos:

- Proporcionar alojamento;
- Garantir a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer socialmente, quer no trabalho.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

De acordo com o ISS (2014), a **Unidade de vida apoiada** destina-se a pessoas adultas que, por limitação mental crónica e fatores sociais graves, não têm autonomia para viver sozinhos ou com a família mas que não precisam de intervenção médica frequente. Nesta situação, a pessoa com doença mental reside num apartamento e recebe apoio nas atividades do dia-a-dia. Os objetivos destas unidades são:

- Proporcionar alojamento;
- Garantir a satisfação das necessidades básicas;
- Promover a integração dos utentes na comunidade através de programas de reabilitação psicossocial e/ou ocupacionais;
- Promover as relações familiares.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

A **Unidade de vida protegida**, de acordo com o ISS (2014), é destinada a jovens e adultos com problemas psiquiátricos crónicos e graves, clinicamente estáveis. Nestas unidades, a pessoa reside num apartamento onde treina a sua autonomia e como fator de autonomia associam-se a existência de atividade profissional ou a integração num programa de reintegração psicossocial. Os objetivos destas unidades são:

- Promover a reabilitação, a autonomia e a reintegração social;
- Promover uma relação próxima com a comunidade para uma melhor integração;
- Evitar os internamentos em instituições.

Este tipo de resposta não dispõe de suporte legal e é sujeito a acordo atípico com a Segurança Social.

Financiamento

O financiamento destas respostas sociais é feito mediante contratualização, por acordo típico, no caso das respostas em que já estão definidas as regras de funcionamento, e em

que é atribuído um valor por cliente admitido, ou por acordo atípico, quando as respostas não têm regras de funcionamento definidas e em que é contratualizado diretamente com aquela instituição os serviços contratados (Rio, 2010).

Ainda assim, independentemente do tipo de acordo estabelecido entre o Instituto da Segurança Social e a empresa de economia social, os gastos associados ao funcionamento da resposta social não estão totalmente cobertos pelo valor financiado.

4.2.4.2. Instituto do Emprego e Formação Profissional

De acordo com o Guia Organizativo da Formação Profissional e Certificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades, a **Formação e Certificação Profissional de Pessoas com Deficiência** consiste em programas de formação inicial e contínua de dupla certificação, ajustada às necessidades das pessoas com deficiências e incapacidades, permitindo a aquisição e/ou o reforço de competências – profissionais, pessoais, sociais e relacionais – potenciadoras da sua integração no mercado de trabalho.

Esta resposta social tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 396/2007, de 31 de dezembro, que estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de Qualificações (SNQ) e que define, entre os seus objetivos, a promoção das “competências necessárias ao desenvolvimento dos indivíduos, à promoção da coesão social e ao exercício dos direitos de cidadania” bem como a “promoção da qualificação e integração socioprofissional de grupos com particulares dificuldades de inserção”.

Neste tipo de resposta a equipa de intervenção deve ser constituída por:

- Responsável pedagógico;
- Formadores;
- Psicólogo;
- Técnico de serviço social;
- Técnico de acompanhamento da formação em empresa ou Técnico de apoio à inserção;
- Tutor (externo à Entidade de Reabilitação Profissional);
- Terapeutas.

Sendo que os terapeutas têm como função a intervenção em atividades no âmbito da reabilitação profissional, nomeadamente, nas áreas de terapia da fala, ocupacional, fisioterapia, psicoterapia e no treino da orientação e mobilidade. É de referir que qualquer uma destas áreas de intervenção se enquadra no âmbito da intervenção em saúde.

De acordo com o IEFP (2014), o **Programa de Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego** pretende apoiar as pessoas com deficiência e incapacidade na tomada de decisões vocacionais adequadas, disponibilizando a informação necessária à definição dos percursos profissionais e promovendo a avaliação da sua funcionalidade e incapacidade e a determinação dos meios e apoios considerados indispensáveis à definição e desenvolvimento do seu plano pessoal de emprego.

As ações no âmbito desta modalidade de apoio podem abranger:

- Informação para a qualificação e o emprego visando proporcionar os elementos úteis para a definição de possíveis percursos profissionais;
- Avaliação para a qualificação e o emprego para determinar a capacidade de trabalho e identificar as adaptações do meio e os produtos e dispositivos mais adequados, com vista a superar as limitações de atividade e restrições de participação no âmbito do trabalho e emprego;
- Orientação para a qualificação e o emprego apoiando as pessoas com deficiência e incapacidade na escolha informada do seu percurso profissional através da identificação das etapas e dos meios mais adequados à elevação do seu nível de empregabilidade e à inserção no mercado de trabalho.

Esta resposta social tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro, alterado pela Lei n.º 24/2011, de 16 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 131/2013, de 11 de setembro que republica o diploma e o Despacho Normativo n.º 18/2010, de 29 de junho. O **Apoio à Colocação** é, segundo o IEFP (2014), um processo de mediação entre as pessoas e empregadores, desenvolvido pelos centros de recursos da rede de suporte do IEFP equacionando simultaneamente, os aspetos relativos à acessibilidade, à adaptação do posto de trabalho, ao desenvolvimento de competências gerais de empregabilidade, bem como sensibilizando os empregadores para as vantagens da contratação deste público, apoiando o candidato na procura ativa de emprego e na criação do próprio emprego. As ações podem abranger:

- Avaliação dos perfis dos candidatos e dos postos de trabalho disponibilizados pelos empregadores;
- Apoio na procura ativa de emprego possibilitando a identificação de postos de trabalho em função dos perfis dos candidatos;
- Apoio à integração através de apoio técnico a potenciais empregadores e aos candidatos a emprego com deficiência, bem como aos que pretendam criar o seu

próprio emprego, designadamente, ao nível da criação de condições de acessibilidade, de adaptação do posto de trabalho e de apoio à reorganização do processo produtivo.

À semelhança da resposta anterior, esta resposta social tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro, alterado pela Lei n.º 24/2011, de 16 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 131/2013, de 11 de setembro que republica o diploma e o Despacho Normativo n.º 18/2010, de 29 de junho.

O **Acompanhamento Pós-Colocação** consiste, de acordo com o IEFP (2014), em apoios técnicos aos trabalhadores com deficiência e incapacidade e respetivos empregadores, visando a manutenção no emprego e a progressão na carreira das pessoas com deficiência e incapacidade, através de intervenções especializadas no domínio da reabilitação profissional, desenvolvidas pelos centros de recursos da rede de suporte do IEFP, IP, designadamente:

- Adaptação às funções a desenvolver e ao posto de trabalho;
- Integração no ambiente sócio laboral da empresa;
- Desenvolvimento de comportamentos pessoais e sociais adequados ao estatuto de trabalhador;
- Acessibilidade para deslocações às instalações da empresa por parte dos trabalhadores com deficiência e incapacidade.

À semelhança das respostas anteriores, esta resposta social tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro, alterado pela Lei n.º 24/2011, de 16 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 131/2013, de 11 de setembro que republica o diploma e o Despacho Normativo n.º 18/2010, de 29 de junho.

Financiamento

Todas as respostas do IEFP são financiadas mediante concurso/candidatura realizada (decreto-lei n.º 290/2009 de 12 de outubro) ao abrigo de candidaturas ao IEFP ou ao Programa Operacional do Potencial Humano (IEFP, 2011), não havendo na maioria das candidaturas aprovação de gastos a 100%.

4.2.4.3. Ministério da Educação

A **Valência Sócio-Educativa** é uma resposta do Ministério da Educação que desenvolve atividades de ensino para alunos com necessidades educativas especiais e que não

apresentam condições de inclusão e frequência no ensino regular, incluindo nos serviços disponibilizados apoios técnicos adequados a cada aluno.

O suporte legal a esta resposta é a Portaria n.º 1102/97, de 3 de novembro, que garante as condições de educação para os alunos que frequentam as associações e cooperativas de ensino especial, e que foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro.

Nesta resposta e de acordo com a portaria n.º 1102/97, a equipa técnica destes serviços é constituída por:

- a) Pessoal docente
- b) Pessoal técnico, designadamente psicólogos, terapeutas e de serviço social;
- c) Pessoal auxiliar pedagógico

Sendo que no pessoal técnico se encontram maioritariamente técnicos de saúde.

A outra resposta do Ministério da Educação, o **Centro de Recursos para a Inclusão** consiste no apoio a crianças com necessidades educativas especiais em idade escolar e pré-escolar com o intuito de as incluir ao máximo no ensino regular. Os objetivos dos Centros de Recursos para a Inclusão são:

- Apoiar a elaboração, a implementação e a monitorização de programas educativos individuais;
- Criar e disseminar materiais de trabalho de apoio às práticas docentes, nos domínios da avaliação e da intervenção;
- Consciencializar a comunidade educativa para a inclusão de pessoas com deficiências e incapacidade;
- Promover e monitorizar processos de transição da escola para a vida pós-escolar de jovens com deficiências e incapacidade;
- Mobilizar as entidades empregadoras e apoiar a integração profissional;
- Promover os níveis de qualificação escolar e profissional, apoiando as escolas e os alunos;
- Promover a formação contínua dos docentes;
- Promover ações de apoio à família;
- Promover a participação social e a vida autónoma;
- Conceber e implementar atividades de formação ao longo da vida para jovens com deficiências e incapacidade;
- Apoiar o processo de avaliação das situações de capacidade por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- Promover acessibilidades.

Esta resposta social tem como suporte legal o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

Assim, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, sempre que as escolas não disponham de recursos suficientes para responder às necessidades dos alunos com Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente, deve recorrer a parcerias com IPSS ou centros de recursos especializados visando os seguintes fins:

- a) A referenciação e avaliação das crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente;
- b) A execução de atividades de enriquecimento curricular, designadamente a realização de programas específicos de atividades físicas e a prática de desporto adaptado;
- c) A execução de respostas educativas de educação especial, entre outras, ensino do braille, do treino visual, da orientação e mobilidade e terapias;
- d) O desenvolvimento de estratégias de educação que se considerem adequadas para satisfazer necessidades educativas dos alunos;
- e) O desenvolvimento de ações de apoio à família;
- f) A transição para a vida pós-escolar, nomeadamente o apoio à transição da escola para o emprego;
- g) A integração em programas de formação profissional;
- h) Preparação para integração em centros de emprego apoiado;
- i) Preparação para integração em centros de atividades ocupacionais;
- j) Outras ações que se mostrem necessárias para desenvolvimento da educação especial, designadamente terapia da fala, terapia ocupacional, avaliação e acompanhamento psicológico, treino da visão e intérpretes de Língua Gestual Portuguesa são desempenhadas por técnicos com formação profissional adequada.

Sendo que os técnicos que desenvolvem estas atividades são técnicos de saúde das áreas técnicas de Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala (artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro), será necessário que estes técnicos sejam colaboradores da instituição para que a mesma possa ser acreditada enquanto Centro de Recursos para a Inclusão (alínea b) do n.º 3.1 do Aviso n.º 5834-A/2013, de 3 de maio).

Financiamento

O financiamento da Valência Sócio-Educativa é feita de acordo com o número de alunos colocadas nestas “escolas especiais”, com atribuição de uma verba por aluno, mas também com o financiamento de determinados recursos humanos, de acordo com o total do número de alunos colocados.

O financiamento do Centro de Recursos para a Inclusão é feito mediante candidatura conjunta entre a empresa de economia social e o agrupamento de escolas onde serão implementadas as atividades a desenvolver. Mediante o valor aprovado em candidatura, assim também são reorganizados os serviços a prestar aos agrupamentos de escolas, podendo o valor aprovado não cobrir 100% dos custos de funcionamento.

4.2.5. Arquitetura das Empresas de Economia Social de Apoio Social para a Pessoa com Deficiência

Atualmente todas as estruturas físicas têm que respeitar as normas de acessibilidade aos edifícios públicos e habitacionais definidas através do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto, que aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

Em específico e no que às empresas de economia social de Apoio Social para Pessoas com Deficiência diz respeito, para além do cumprimento das normas técnicas de acessibilidade deverão ainda ser respeitadas algumas regras nas dimensões dos espaços das respostas sociais que desenvolvem, de acordo com o suporte legal de regulamentação da mesma.

Assim, apenas as respostas sociais de Centro de Atividades Ocupacionais, Lar Residencial e Serviço de Apoio Domiciliário possuem regulamentação das suas áreas funcionais, apresentando-se em seguida algumas dessas dimensões:

Tabela 2: Dimensões das áreas funcionais (adaptado de Despacho normativo n.º 52/SESS/90 de 16 de julho, Portaria n.º 59/2015 de 2 de março e Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro)

	CAO	Lar Residencial	SAD
Átrio/recepção	sem definição	9m ²	3m ²
Direção técnica	12m ²	10m ²	10m ²
Gabinetes técnicos	9m ²	10m ²	10m ²
Sala de reuniões	18m ²	sem definição	sem definição
Sala de atividades	3m ² /utente	2m ² /utente (mínimo 15m ²)	sem definição
Ginásio	90m ²	sem definição	sem definição
Sala de fisioterapia	9m ²	sem definição	sem definição

4.2.6. Síntese

As empresas de economia social de Apoio Social para as Pessoas com Deficiência podem desenvolver diversas respostas sociais para diversas entidades, a saber: Instituto da Segurança Social, Instituto do Emprego e Formação Profissional e Ministério da Educação e Ciência.

Das respostas acima apresentadas, apenas algumas delas, realizam intervenção em saúde, sendo que em algumas é o próprio suporte legal que o descreve e noutras ela é apenas constatada pela experiência prática.

Considera-se que não há intervenção em saúde nas seguintes respostas sociais:

- Centro de atendimento, acompanhamento e reabilitação social;
- Acolhimento familiar para pessoas com deficiência;
- Lar Residencial e Residência Autónoma;
- Transporte de pessoas;
- Centro de férias e lazer;
- Lar de Apoio;
- Unidade de vida autónoma;
- Unidade de vida apoiada;
- Unidade de vida protegida:
- Informação, Avaliação e Orientação para a Qualificação e o Emprego;
- Apoio à Colocação;
- Acompanhamento Pós-Colocação.

Considera-se no entanto que dependendo das atividades dinamizadas em específico, as respostas sociais de Centro de atendimento, acompanhamento e reabilitação social e de Lar Residencial pode existir intervenção no âmbito da saúde.

As respostas sociais onde se considera existir intervenção em saúde são:

- Serviço de Apoio Domiciliário;
- Centro de Atividades Ocupacionais;
- Apoio em Regime Ambulatório;
- Intervenção Precoce;
- Fórum Sócio-Ocupacional;
- Formação e Certificação Profissional de Pessoas com Deficiência;
- Valência Sócio-Educativa;
- Centro de Recursos para a Inclusão;

Considera-se assim que em específico nestas respostas sociais existe intervenção direta na área da saúde nas áreas terapêuticas de Fisioterapia, Psicologia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, sendo que em algumas destas empresas de economia social existem ainda outros cuidados de saúde como de Enfermagem ou de Medicina.

4.3.Sistema Nacional de Saúde

4.3.1. Introdução

Neste capítulo pretende-se descrever a evolução e o estado atual do Sistema Nacional de Saúde português, qual a forma de licenciamento de unidades privadas de saúde em empresas de economia social, bem como os requisitos legais da abertura e funcionamento das áreas específicas para as quais as empresas de economia social dispõem de técnicos de intervenção.

4.3.2. História da criação do Sistema Nacional de Saúde

Em Portugal, como em muitos outros países, a intervenção em saúde começa por ser apenas a resposta à doença e à procura da cura dessa doença.

A resposta organizada e regulamentada em saúde surge em força com a criação da Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública, em 1901, pela mão do médico Dr. Ricardo Jorge. É reorganizada em 1911 com a separação dos serviços de Beneficência Pública dos serviços da Direção Geral de Saúde que passam *“a ter a seu cargo a resolução e o expediente dos serviços de saúde pública”* (Viegas, Frada, & Miguel, 2006, p. 26). Os serviços de assistência social *“são reorganizados com a intenção de garantir a coordenação geral de todas as iniciativas e serviços onde a Direcção-Geral de Saúde tem papel de destaque”* (Viegas, Frada, & Miguel, 2006, p. 33), sendo que estes serviços não devem limitar a sua atuação a curar ou minimizar o sofrimento dos doentes, mas devem também combater as causas das doenças e melhorar as condições de vida de toda a população (Viegas, Frada, & Miguel, 2006).

Nesta altura (década de 40), cabe ao Estado o apoio de saúde aos mais pobres e que não têm acesso a outros cuidados de saúde, nomeadamente através de serviços médico-sociais associados ao trabalho e de instituições privadas (Marques & Nunes, 2008).

As instituições de saúde incluíam (Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946):

- a) Hospitais centrais, regionais e sub-regionais;
- b) Postos de consulta e de socorro;
- c) Centros de convalescença e de readaptação;
- d) Hospícios;
- e) Brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes.

Para além dos hospitais gerais, haviam hospitais especializados para tratamento de doenças infetocontagiosas, das crianças, ou de outras doenças especiais (Portal da Saúde, 2010).

Em 1958 é autonomizada pela primeira vez a saúde enquanto ministério com a criação do Ministério da Saúde e da Assistência com o Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. Em 1973 (Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro) o Ministério da Saúde é autonomizado da Assistência. No entanto, é de imediato, transformado em Secretaria de Estado da Saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais em 1974 através do Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio. Só volta a ganhar autonomia ministerial em 1983 com a publicação do Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho, onde a autonomia é ditada pela importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem.

Em termos assistenciais, em 1963 é fomentada a criação de instituições particulares de saúde que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos fins de saúde do Estado (Portal da Saúde, 2010), sendo os custos associados à instalação e funcionamento destas instituições suportados por receitas de quotizações, rendimentos de bens próprios e pagamento de serviços prestados; heranças, legados e doações recebidas; e o Estado através do Orçamento ou de subsídios do Governo e das Autarquias (Correia de Campos & Simões, 2014).

Até 1971, o Estado não se envolveu muito no sistema de saúde público, mas permitiu a criação de diversos subsistemas de saúde independentes que promoveram a duplicação de serviços, mas ao mesmo tempo a sua rivalidade, sem se conseguir com isso uma cobertura razoável de saúde do território português (Correia de Campos & Simões, 2014). Em 1971, através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, é reconhecido pela primeira vez o direito à saúde da população, sendo este decreto-lei o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde que *“tem por objectivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição e que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.”* Com este decreto-lei surgem ainda os “centros de saúde de primeira geração” que estavam associados a um programa de saúde pública – vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde

escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente e cartões de sanidade (Branco & Ramos, 2001).

Em 1974, aquando da Revolução de Abril, o sistema de saúde português tinha as seguintes características:

- “a) Baixa cobertura (58%) da população, segmentada por esquemas públicos, ou sectoriais, de base ocupacional: Previdência para os trabalhadores por conta de outrem, ADSE para os funcionários públicos, Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas e Militarizadas, a funcionários do Ministério da Justiça, dos Serviços Prisionais, das Obras Públicas e ainda pequenos subsistemas das companhias de Águas, Eletricidade, Telefones e Transportes Públicos, bem como a assistência organizada pelos sindicatos de trabalhadores bancários. Dispersão de recursos e subsistemas que conduzia ao desperdício e à redundância de cobertura.*
- b) Dificuldades na acessibilidade resultantes da concentração na faixa litoral de hospitais de melhor qualidade (estando os hospitais distritais na sua maioria instalados em edifícios antigos, obsoletos e não funcionais) e desigual distribuição territorial de médicos e enfermeiros, a par de uma notória escassez de ambos os grupos profissionais. 60% da população dispunha apenas de 20% dos médicos, com quase 80% destes profissionais residindo em Lisboa, Porto e Coimbra, as três únicas cidades onde existiam faculdades de medicina.*
- c) Dispersão de propriedade e controlo de meios materiais: os hospitais centrais e os especializados (sanatórios e psiquiátricos) pertenciam quase todos ao Estado, com exceção de duas unidades propriedade da Misericórdia do Porto (Hospital Geral de Santo António e Hospital Psiquiátrico de Conde Ferreira); os hospitais distritais pertenciam todos a Misericórdias, excepto os recém-construídos (Bragança, Funchal, Beja, Portalegre); os edifícios dos hospitais concelhios que tinham sido transformados em centros de saúde, pertenciam todos às Misericórdias; os postos de Previdência estavam precariamente instalados em regime de arrendamento, em edifícios ou andares construídos para habitação.*
- d) Inexistência de uma carreira de médicos de família, apesar de existirem cerca de 1700 postos dos Serviços Médico-Sociais da Previdência, onde trabalhavam 7000 médicos em turnos de duas horas, prestando consultas de cuidados de saúde primários e prescrevendo medicamentos com escassa relação personalizada com o doente e sua família.*

e) *Dispersão de meios e recursos, sem sistema de referência, os cuidados primários sem articulação com os hospitalares, conduzindo a excesso na prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e ausência de unidade públicas de reabilitação de doentes.*

f) *Ensino médico e de enfermagem centrado sobre o modelo clínico, orientado para a prática hospitalar, com escassa articulação com a gestão da saúde da comunidade, atribuída esta a um número escasso e pouco preparado de médicos de saúde pública, assoborçados em funções excessivamente burocráticas.*

g) *Ausência de articulação entre o sistema de saúde e o da segurança social, funcionando em compartimentos estanques, com diferentes fontes de financiamento, conduzindo à retenção de doentes convalescentes e idosos em hospitais por tempo superior ao necessário. Inexistência de um sistema de cuidados continuados para idosos e doentes em situação de dependência.*

h) *Inexistência de uma política coerente de planeamento estratégico e gestão de recursos humanos no setor da Saúde.*

i) *Reforma dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde iniciada, mas ainda sem ter conseguido aplicar os seus princípios integradores, logo posta em causa pelas vicissitudes do processo revolucionário, o que atrasou ainda mais a sua plena execução.*

j) *Gastos públicos crescendo de forma visível em relação ao PIB, a partir de 1970 (1,9%) 1972 (2,5%) e 1974 (2,9-5-9, duplicando de valor, a preços constantes, entre 1970 e 1974. Por seu lado, os gastos privados em Portugal situavam-se em 1974, em 1,4% do PIB.” (Correia de Campos & Simões, 2014).*

Após o 25 de Abril de 1974, e também de acordo com o Manifesto das Forças Armadas de “lançar as bases de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde”, foi consagrado na Constituição da República Portuguesa, em 1976, no artigo 64.º o direito à proteção e defesa da própria saúde (Correia de Campos & Simões, 2014).

O Serviço Nacional de Saúde foi criado em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição (Portal da Saúde, 2010). O Sistema Nacional de Saúde envolve, de acordo com o n.º 2 do artigo 6.º, todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Em termos organizacionais, e de acordo com o artigo 18.º da Lei 56/79, de 15 de setembro, “o Sistema Nacional de Saúde goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados”. É ainda referido nesta Lei, no artigo 19.º que aos “órgãos do Sistema Nacional de Saúde compete, no seu conjunto, assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, definir a complementaridade de valências e promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços”.

4.3.3. Organização

O Sistema de Saúde português é constituído pelo “Serviço Nacional de Saúde [que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde] (...) que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades” (n.º 1 e 2 da Base XII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto).

O Sistema e o Serviço Nacional de Saúde baseiam a sua organização na divisão do território nacional em regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, as quais ainda se dividem em sub-regiões de saúde que correspondem as áreas dos distritos de Portugal Continental (Base XVIII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e artigos 3.º, 4.º e 5.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

O Sistema Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde (artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro). Para além do Serviço Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde têm ainda a responsabilidade de tutelar diversos organismos:

- a) Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.;
- b) INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde, I.P.;
- c) Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.;
- d) Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.;
- e) Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.;
- f) Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;

- g) Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
- h) Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
- i) Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
- j) Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.;

O Ministério da Saúde integra ainda nos seus organismos centrais a Secretaria-Geral, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Direção Geral de Saúde e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (artigos 4.º e 5.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

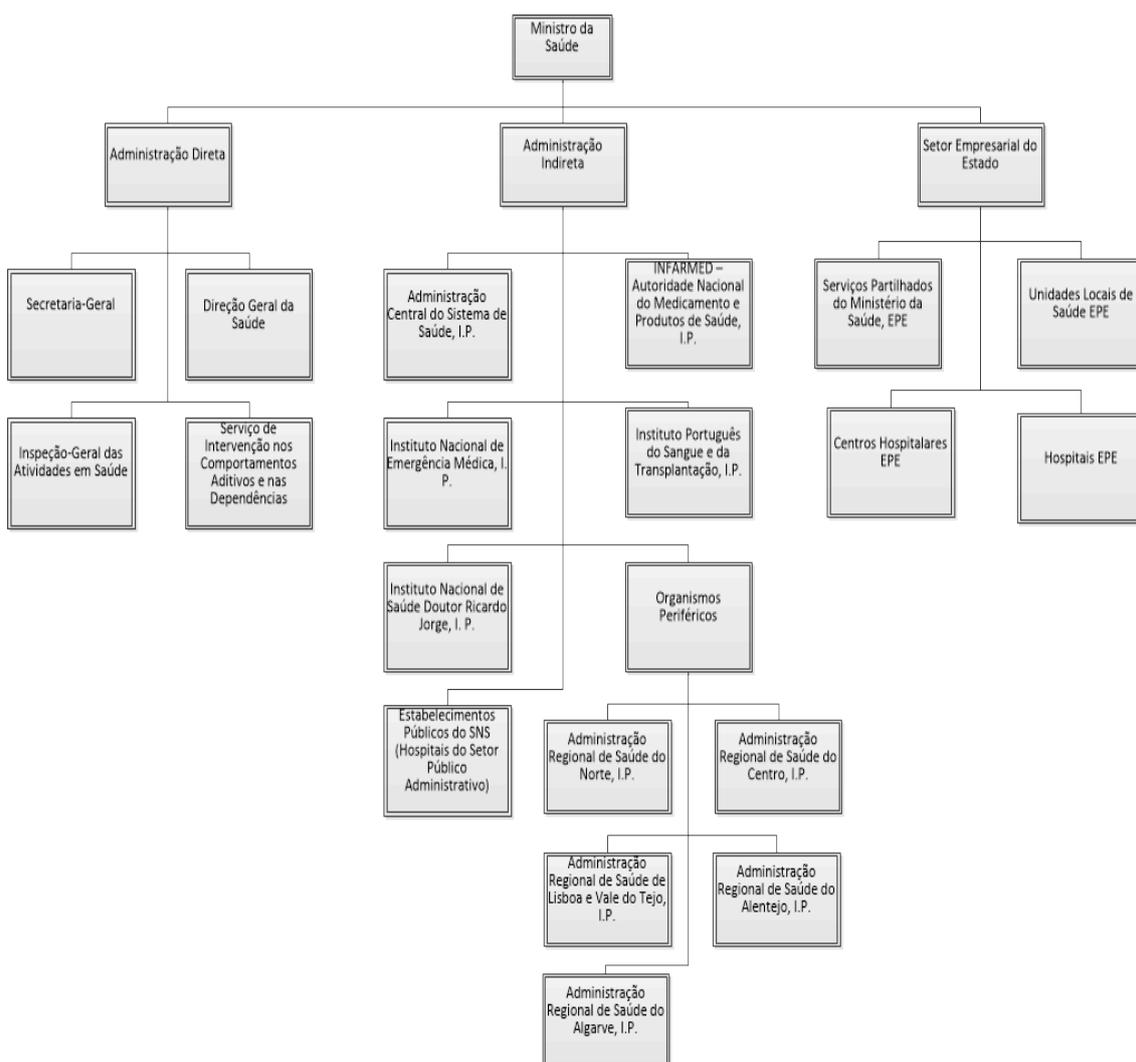


Figura 4: Organograma Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2015)

Em termos de organização cada um dos organismos atrás referidos têm uma missão definida no âmbito do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro:

- A Secretaria-Geral tem por missão *“assegurar o apoio técnico e administrativo aos gabinetes dos membros do Governo integrados no MS e aos demais órgãos, serviços e organismos deste ministério que não integram o Serviço Nacional de Saúde, nos domínios da gestão de recursos internos, do apoio técnico-jurídico e contencioso, da documentação e informação e da comunicação e relações públicas”* (artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde tem por missão *“auditar, inspeccionar, fiscalizar e desenvolver a acção disciplinar no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação em todos os domínios da actividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do MS, ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos”* (artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro)
- A Direcção-Geral de Saúde tem por missão *“regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS) e ainda, a coordenação das relações internacionais do MS”* (artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências tem por missão *“promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências”* (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. tem por missão *“assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, bem como das instalações e equipamentos do Serviço Nacional de Saúde, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde no domínio da contratação da prestação de cuidados”* (artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

- O INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. tem por missão *“regular e supervisionar os sectores dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde, segundo os mais elevados padrões de protecção da saúde pública e garantir o acesso dos profissionais da saúde e dos cidadãos a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros”* (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- O Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. tem por missão *“definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde”* (artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. tem por missão *“garantir e regular, a nível nacional, a actividade da medicina transfusional e de transplantação e garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana”* (artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. tem por missão *“contribuir para ganhos em saúde pública através da investigação e desenvolvimento tecnológico, actividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica, fomentar a capacitação e formação e ainda assegurar a prestação de serviços diferenciados, nos referidos domínios”* (artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).
- As Administrações Regionais de Saúde, I. P. têm por missão *“garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção”* (artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

4.3.4. Unidades privadas de saúde

O Sistema de Saúde português é constituído pelas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde e pelas unidades privadas de saúde, sejam elas pertencentes ao setor

privado ou ao setor social, as quais podem ou não contratualizar com o Estado ou outras entidades a prestação de serviços.

A prestação de serviços de saúde em Portugal inclui várias etapas: registo na Entidade Reguladora da Saúde (adiante designada de ERS); licenciamento de unidades de saúde; e contratualização de serviços.

4.3.4.1. Registo de unidades privadas de saúde

O registo na ERS é obrigatório para todas as entidades que prestem algum serviço de saúde, independentemente da sua forma jurídica ou dos seus fins (Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto).

O registo na ERS é um procedimento de registo administrativo que se destina a dar publicidade à entidade registada e que permite à ERS declarar qual a situação jurídica dos estabelecimentos relativamente ao cumprimento dos requisitos de exercício de atividades e funcionamento (licenciamento), à transparência e legalidade das relações económicas estabelecidas entre entidades financiadoras e utentes, e à garantia de qualidade de prestação de serviços e cumprimento dos direitos dos utentes.

O registo de unidades privadas de saúde tem associado o pagamento de taxas anuais. A taxa de registo (TR), paga no momento do registo na ERS, apresenta a seguinte fórmula:

$$(1) TR = 900€ + 25€ * NPS$$

Em que NPS representa o número de profissionais de saúde do estabelecimento sujeito a registo. Esta taxa tem um limite mínimo de €1000 e um limite máximo de €50 000 (artigo 1.º do Anexo I da Portaria n.º 150/2015, de 26 de maio).

A contribuição regulatória (CR), paga nos anos subsequentes pretende remunerar os custos específicos da ERS nas suas atividades de regulação, supervisão, promoção e defesa da concorrência na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social. A contribuição regulatória tem a seguinte fórmula:

$$(2) CR = 450€ + 12,50€ * NMPS$$

Em que NMPS representa o número médio anual de profissionais de saúde do estabelecimento sujeito a registo. Esta taxa tem um limite mínimo de €500 e um limite máximo de €25 000 (artigo 2.º do Anexo I da Portaria n.º 150/2015, de 26 de maio).

4.3.4.2. *Licenciamento – condições gerais*

O licenciamento das unidades privadas de saúde, independentemente da sua forma jurídica é regulamentado de forma geral e específica, de acordo com a tipologia dos serviços disponibilizados.

O licenciamento e as condições de abertura e funcionamento de unidades privadas de saúde pertencentes a empresas privadas pode ser realizada através de procedimento simplificado ou procedimento ordinário.

O procedimento simplificado consiste no preenchimento eletrónico de uma declaração de comunicação prévia onde o declarante *“se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a atividade que se propõem exercer ou que exercem”* (n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

Este tipo de procedimento apenas é possível para algumas tipologias de prestações de serviços (n.º 4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto):

- a) Clínicas e consultórios dentários;
- b) Clínicas e consultórios médicos;
- c) Centros de enfermagem;
- d) Unidades de medicina física e reabilitação;
- e) Unidades de radiologia;
- f) Outras pertencentes a IPSS e/ou que estejam dispensadas por portaria própria.

No caso das unidades de radiologia, para além da comunicação prévia é necessário anexar cópia da licença de proteção e segurança radiológica (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).

O procedimento ordinário é aplicável a todas as situações em que não se aplica o procedimento simplificado, e implica para além do preenchimento de um formulário de responsabilização pelo cumprimento dos requisitos de funcionamento da unidade privada de saúde, a entrega dos seguintes documentos:

“a) Memória descritiva e justificativa e telas finais dos projetos de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos mecânicos e

- instalações e equipamentos de águas e esgotos relativos às instalações em que a unidade de saúde deve funcionar, assinados por técnicos devidamente habilitados;*
- b) Autorização de utilização emitida pela câmara municipal competente;*
- c) Parecer da Autoridade Nacional de Proteção Civil, que comprove o cumprimento do regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios;*
- d) Certificado de cumprimento dos requisitos de licenciamento, emitido por empresa ou entidade externa reconhecida pela ERS, nos termos a fixar em regulamento, ou pedido de realização de vistoria pela ERS.” (n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto).*

O licenciamento e as condições de abertura e funcionamento das unidades privadas de saúde de IPSS será objeto de diploma próprio (n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto), mas que ainda não foi publicado. Ainda assim no Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, é referido que o licenciamento das unidades privadas de saúde pertencentes a empresas de economia social se realiza através de procedimento simplificado (alínea f) do n.º 4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto). Assim, à data atual não é emitida licença de funcionamento a unidades de saúde pertencentes a IPSS até que o diploma em causa seja publicado (ERS, 2015).

4.3.4.3. Licenciamento – condições específicas

Existem apenas algumas tipologias de serviços que estão totalmente regulamentadas através de portarias específicas. Entre elas encontram-se as clínicas e consultórios médicos (Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro), as clínicas onde se desenvolvem serviços de enfermagem (Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto alterado pela Portaria n.º 1056-A/2010, de 14 de outubro), e as clínicas de Medicina Física e Reabilitação (Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro).

No entanto não se encontram definidas regras de abertura e funcionamento para as unidades em que se prestam serviços de psicologia, ou de fisioterapia, terapia da fala e/ou terapia ocupacional sem estarem associados à existência de Médico Fisiatra.

Para as unidades regulamentadas é exigida a idoneidade dos requerentes e dos profissionais, bem como a garantia da qualidade técnica dos cuidados a prestar e dos equipamentos de que ficarão dotados. É ainda necessária a existência de pessoal de atendimento e de assistência aos utentes, com formação técnica e específica para cada uma das funções a desempenhar.

É ainda exigido que as unidades sejam de fácil acessibilidade para as infraestruturas viárias, abastecimento de água, saneamento, energia elétrica e telecomunicações. Devem ainda cumprir as disposições legais para a gestão de resíduos e não devem ter no espaço envolvente próximo indústrias poluentes ou produtoras de ruído, zonas insalubres e zonas perigosas.

A construção das unidades de saúde deve respeitar a legislação acerca das acessibilidades e barreiras arquitetónicas, Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, e o pé direito útil deve ser de pelo menos 2,40m. Os acabamentos utilizados devem ser compatíveis com a manutenção do grau de higienização da atividade a desenvolver. A organização do espaço físico deve ainda garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utilizadores.

Os compartimentos existentes devem satisfazer as condições de qualidade do ar, de temperatura e de humidade previstas na legislação em vigor sobre comportamento térmico e sistemas energéticos dos edifícios e sobre higiene e segurança do trabalho.

4.3.4.3.1. Clínicas e consultórios médicos

No que diz respeito às clínicas e consultórios médicos, o responsável máximo – diretor clínico, deve ser um médico inscrito na Ordem dos Médicos.

Apresentam-se na tabela 3 os compartimentos a considerar na organização das clínicas e consultórios médicos, e na tabela 4 o equipamento médico e geral que deverá existir nestas unidades de saúde.

Tabela 3: Compartimentos a considerar nas clínicas e consultórios médicos (Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro)

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	Observações
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	--
Zona de espera	--	--	Junto à receção/secretaria
Instalação sanitária (IS)	--	--	Adaptada a pessoas com mobilidade condicionada

Área clínica/técnica			
Gabinete de consulta	10	2,60	--
Sala de observação/ tratamentos	12	--	Facultativa
Sala de exames endoscópicos	12	--	Quando haja lugar à sua realização
Sala de recuperação	4/cadeirão	--	Mínimo de 2 cadeirões por sala de exame
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal	--	--	Com zona de cacifos
Instalação Sanitária de pessoal	--	--	Em unidades com mais de 2 gabinetes de consulta
Área logística			
Sala de sujos e despejos	--	--	Não necessita sala de despejos caso não exista sala de tratamento ou de exames endoscópicos
Sala de desinfecção – zona de desinfecção	--	--	Se forem tratados na unidade de saúde e haja sala de tratamento ou de exames endoscópicos
Sala de desinfecção – zona limpa	--	--	
Zona de roupa limpa	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de material de consumo	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de material de uso clínico	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Material de limpeza	--	--	--

Tabela 4: Equipamento médico e equipamento geral da clínica e consultório médico (Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro)

Designação	Equipamento	Quantidade
Área clínica/técnica		
Gabinete de consulta	Estetoscópio	1
	Esfigmomanómetro	1
	Oto-oftalmoscópio (facultativo)	1
	Martelo de reflexos (facultativo)	1
	Negatoscópio	1
	Divã de observações	1

	Balança e craveira	1
	Equipamento de ventilação manual (1/unidade de saúde)	1
Sala de observação/ tratamento	Candeeiro de observação	1
	Carro de emergência equipado com desfibrilhador automático, aspirador, equipamento de ventilação manual, máscaras laríngeas, tubos de Guedel e bala de oxigénio (dispensável se existir sala de exames endoscópicos)	1
Sala de exames endoscópicos	Marquesa de tratamentos	1
	Monitor de: ECG, FC, PNI, SpO2	1
	Aspirador de secreções	1
	Carro de emergência, com monitor/desfibrilhador, aspiração, material de intubação traqueal, equipamento de ventilação manual, bala de oxigénio, tábua e fármacos de reanimação	1
	Marquesa de endoscopia	1
Sala de desinfeção	Máquina de lavar endoscópios	1

Ao nível das instalações sanitárias é de referir que a de serviço ao público deve estar adaptada a pessoas com mobilidade condicionada, devendo quer a de serviço ao público quer a de pessoal estar equipada com lavatório e bacia de retrete.

Deverão ainda existir lavatórios no gabinete de consulta e na sala de exames endoscópicos. A sala de observação/tratamento deverá dispôr de uma tina de bancada. A sala de exames endoscópicos deve ainda ter uma instalação sanitária própria equipada com lavatório e bacia de retrete.

4.3.4.3.2. Clínicas de Enfermagem

No que diz respeito às clínicas de enfermagem, o responsável máximo será um enfermeiro com título profissional adequado aos cuidados de enfermagem a prestar.

Apresentam-se na tabela 5 os compartimentos a considerar na organização das clínicas de enfermagem, e na tabela 6 o equipamento médico e geral que deverá existir nestas unidades de saúde.

Tabela 5: Compartimentos a considerar nas clínicas de enfermagem (Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto)

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	Observações
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	--
Zona de espera	--	--	Junto à receção/secretaria
Instalação sanitária (IS)	--	--	Adaptada a pessoas com mobilidade condicionada
Área clínica/técnica			
Gabinete de enfermagem	--	--	--
Sala de tratamentos	16	--	--
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal	--	--	Com zona de cacifos
IS de pessoal	--	--	--
Área logística			
Sala de sujos e despejos	--	--	--
Sala de desinfeção	--	--	--
Zona de medicamentos	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de roupa limpa	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de material de consumo	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de material de uso clínico	--	--	Arrumação em armário/estante/carro

Tabela 6: Equipamento médico e equipamento geral da clínica de enfermagem (Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto)

Designação	Equipamento	Quantidade
Área clínica/técnica		
Sala de tratamentos	Estetoscópio	1
	Candeeiro de observação	1
	Esfigmomanómetro	1
	Otoscópio	1
	Equipamento de ventilação manual tipo “ambu”	1
	Marquesa de tratamentos	1

Ao nível das instalações sanitárias é de referir que a de serviço ao público deve estar adaptada a pessoas com mobilidade condicionada, devendo quer a de serviço ao público quer a de pessoal estar equipada com lavatório e bacia de retrete.

Deverão ainda existir lavatório no gabinete de enfermagem e uma tina de bancada na sala de tratamentos.

4.3.4.3.3. *Clínicas de Medicina Física e de Reabilitação*

As unidades de medicina física e de reabilitação são unidades de saúde onde se efetuam: consulta médica da especialidade; atos complementares de diagnóstico; atos terapêuticos; treinos terapêuticos; outras técnicas terapêuticas; e ensino e treino de doentes e familiares e acompanhantes (artigo 2.º da Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro).

Nos atos complementares de diagnóstico e nos atos terapêuticos incluem-se (artigo 10.º da Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro):

- a) Eletroterapia;
- b) Fototerapia;
- c) Termoterapia;
- d) Hidroterapia;
- e) Massoterapia;
- f) Cinesiterapia;
- g) Ventiloterapia;
- h) Mecanoterapia;
- i) Treinos terapêuticos;
- j) Ensino e treino de doentes e familiares/acompanhantes;
- k) Outras técnicas terapêuticas e de diagnóstico.

As unidades de medicina física e de reabilitação podem organizar-se nos seguintes departamentos funcionais independentes:

- a) Cuidados a doentes agudos, subagudos e crónicos;
- b) Cuidados continuados a doentes idosos e ou dependentes, em tratamento ambulatório ou no domicílio;
- c) Cuidados no âmbito da reabilitação pediátrica.

Devendo existir consulta médica de especialidade e equipamento técnico adequados a cada um dos departamentos (artigo 9.º da Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro).

No que diz respeito ao responsável máximo – diretor clínico das clínicas de medicina física e de reabilitação, o cargo deve ser exercido por um médico especialista em fisioterapia, inscrito na Ordem dos Médicos. No caso de existirem departamentos funcionais, o diretor clínico poderá ser um dos diretores técnicos dos departamentos (médico especialista na

área funcional do departamento) (artigo 13.º da Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro).

Apresentam-se na tabela 7 os compartimentos a considerar na organização das clínicas de medicina física e de reabilitação.

Tabela 7: Compartimentos a considerar nas clínicas de medicina e de reabilitação (Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro)

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	Observações
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	--
Zona de espera	--	--	Junto à receção/secretaria
Zona de macas e cadeiras de rodas			Junto à receção/secretaria
Instalação sanitária (IS)	--	--	Adaptada a pessoas com mobilidade condicionada
Área clínica/técnica			
Gabinete de consulta	12	2.60	--
Sala de provas de próteses	15	--	Dispensável se existir ginásio na unidade
Área clínica/técnica – Terapia da Fala (se existir)			
Sala de terapia da fala	9	--	--
Área clínica/técnica – Terapia Ocupacional (se existir)			
Sala de tratamentos	20	--	Dispensável se existir ginásio na unidade equipado para o efeito
Equipamento	--	--	--
Área clínica/técnica – Eletroterapia (se existir)			
Sala de tratamentos	6	--	Zona de preparação
Box de tratamento	2,5/box	--	--
Sala de tratamentos – parafina e parafango	6	--	Se existir
Área clínica/técnica – Cinesiterapia respiratória (se existir)			
Sala de tratamentos com aersossóis	2/posto	--	Se existir
Sala de cinesiterapia	12	--	Dispensável se existir ginásio na unidade

Área clínica/técnica – Cinesiterapia (se existir)			
Ginásio terapêutico	30	--	--
Sala de repouso	12	--	Facultativo (pode ser comum à hidroterapia)
Área técnica/hidroterapia (se existir)			
Vestiário de doentes	--	--	Com instalação sanitária, cacifos e duche
Piscina/tanque de marcha	Cais de 1,4m de perímetro		Facultativo
Zona de banho de contraste	5/posto		Facultativo
Zona para hidromassagem	15		Facultativo
Sala de repouso	12	--	Facultativo (pode ser comum à hidroterapia)
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal	--	--	Com zona de cacifos
IS de pessoal	--	--	--
Sala de pessoal	--	--	Facultativo
Sala de reuniões	--	--	Facultativo
Área logística			
Sala de equipamento	--	--	--
Sala de sujos e despejos	--	--	--
Zona de roupa limpa	--	--	Arrumação em armário/estante/carro
Zona de material de consumo	--	--	Arrumação em armário/estante/carro

De referir ainda que as clínicas de medicina física e de reabilitação devem dispor de sistemas de recirculação e renovação do ar com extração forçada nas áreas clínica e técnica. Deverão ainda ser mantidas temperaturas estáveis entre os 22°C de mínima no inverno e 25°C de máxima no verão. Nas unidades de hidroterapia a temperatura ambiente deve encontrar-se entre os 30-32°C com 40-60% de humidade relativa durante todo o ano. Na tabela 8 apresentam-se o equipamento médico e geral que deverá existir nas clínicas de medicina física e de reabilitação.

Tabela 8: Equipamento médico e equipamento geral da clínica de medicina física e de reabilitação (Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro)

Designação	Equipamento	Quantidade
Área clínica/técnica		
Gabinete de consulta	Estetoscópio	1
	Esfigmomanómetro	1
	Negatoscópio	1
	Martelo de reflexos	1
	Oftalmoscópio (opcional)	1
	Goniómetro (opcional)	1
	Podoscópio (opcional)	1
	Espirómetro (opcional)	1
	Catre	1
Balança de adultos com craveira ou equivalente	1	
Sala de provas de próteses	Barras paralelas	1
	Espelho	1
	Marquesa	1
Área clínica/técnica – Terapia da Fala (adaptado segundo a área de intervenção – linguagem ou voz)		
Sala de terapia da fala	Equipamento de perceção visual	1
	Equipamento de cálculo mental	1
	Equipamento de construção no espaço	1
	Equipamento de motricidade fina	1
	Equipamento de reeducação lógica	1
	Equipamento de perceção auditiva	1
	Equipamento de leitura escrita	1
	Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação, PIC, SPC (opcional)	1
Área clínica/técnica – Terapia Ocupacional		
Sala de tratamentos	Equipamento de treino sensitivo e sensorial	1
	Equipamento de fortalecimento e reeducação motora do membro superior/mão	1
	Equipamento e material de treino e estimulação neuro-cognitiva	1
	Material específico para treino de destreza manual	1
	Equipamento e material, incluindo dispositivos de compensação para atividades da vida diária (opcional)	1
	Equipamento adequado à confeção de talas e ortóteses estáticas e dinâmicas (opcional)	1
	Espelho de reeducação	1

	Marquesa	1
	Colchão de reeducação	1
Área clínica/técnica – Cinesiterapia respiratória		
Sala de tratamentos com aerossóis	Nebulizador com sistema de aquecimento por aerossolterapia	1/posto
	Cadeira/cadeirão relax	1/posto
Sala de cinesiterapia	Espirometria incentivada	1
	Mesa de tratamentos para drenagem brônquica/ manipulação torácica e reeducação respiratória (opcional)	1
	IPPB e ou ventiloterapia não invasiva (opcional)	1
	Aspirador (opcional)	1
Área clínica/técnica – Cinesiterapia		
Ginásio terapêutico	Tapete de reeducação	1
	Colchão de reeducação	1
	Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha	1
	Barras paralelas	1
	Cintos, talas	1
	Espelho de reeducação	1
	Espaldar	1
	Mangas pneumáticas para membros superiores e inferiores	2
	Conjunto de cunhas e rolos de espuma de diversas formas e volumes	1
	Bolas tipo Bobath	1
	Bolas medicinais de vários tamanhos	1
	Conjunto de tábuas para reeducação proprioceptiva	1
	Tábuas/plataformas para treino de equilíbrio	1
	Conjunto de pesos de diversos tipos	1
	Gaiola de Rocher ou similar com acessórios	1
	Bicicleta ergométrica	1
	Plano inclinado ou mesa de verticalização (opcional)	1
	Ortóteses/próteses de treino (opcional)	1
	Tapete rolante (opcional)	1
	Aparelho de tração vertebral (opcional)	1
Aparelho de mobilização articular para membro superior e inferior (opcional)	1	
Aparelho de fortalecimento muscular (opcional)	1	
Aparelho de fortalecimento isocinético (opcional)	1	

	Carro de emergência equipado com desfibrilhador automático, aspirador, equipamento de ventilação manual, máscara laríngea, tubos de Guedel e bala de oxigénio	1
Área técnica – Hidroterapia		
Piscina/tanque de marcha	Colete de flutuação para adultos	1/doente em tratamento
	Cadeira/maca de altura regulável, para introdução do doente dentro da piscina	1
	Barras paralelas ou tapete rolante subaquático	1
	Tanque de Hubard (opcional)	1
Zona de banhos de contraste	Banho de contraste para membros superiores	1
	Banho de contraste para membros inferiores	1
Zona de hidromassagem	Tina de hidromassagem	1
	Banco interior para hidromassagem	1
	Ascensor para transferência de doentes (opcional)	1

Ao nível das instalações sanitárias é de referir que as de serviço ao público devem estar adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada, devendo quer as de serviço ao público quer a de pessoal estar equipada com lavatório e bacia de retrete.

Deverão ainda existir lavatório no gabinete de consulta e uma tina de bancada na sala de tratamentos de parafina e na sala de pessoal. No caso de existir hidroterapia o vestiário quer dos doentes quer do pessoal deve incluir lavatório, bacia de retrete e tina de duche.

4.3.5. Contratualização em saúde com empresas de economia social

Após o licenciamento das unidades privadas de saúde em empresas de economia social, o estabelecimento de acordo com o sistema nacional de saúde pode ser realizado através de:

- a) Acordo de cooperação;
- b) Convenções.

O acordo de cooperação visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às empresas de economia social no sistema nacional de saúde, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do sistema nacional de saúde. A convenção visa a realização de prestações de saúde pelas empresas da economia social aos utentes do sistema nacional de saúde através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados, de acordo e nos termos do regime jurídico das convenções (artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro).

As unidades privadas de saúde podem ainda contratualizar serviços com outras entidades para além do Sistema Nacional de Saúde de que são exemplo os subsistemas de saúde (ADSE, ADM, ...) ou seguradoras.

4.3.7. Síntese

O sistema de saúde português é composto por diversas unidades de saúde, as públicas e as privadas (pertencentes ao setor privado ou ao setor social), sendo que todas as unidades privadas devem estar registadas na ERS.

Para efeitos do registo na ERS são considerados estabelecimentos prestadores de serviços de saúde todos os estabelecimentos onde se prestam cuidados de saúde, independentemente da sua forma jurídica ou dos seus fins.

O registo na ERS é seguido da verificação das condições físicas, habitacionais e de equipamento regulamentadas em legislação própria de acordo com a tipologia a licenciar. A este processo chama-se licenciamento.

No entanto no caso de unidades de saúde pertencentes a empresas de economia social, por ausência de regulamentação específica, não existem regras quanto às condições físicas, habitacionais e de equipamento necessárias para o licenciamento destas unidades de saúde.

Por esta razão a ERS não emite licenças de funcionamento para unidades de saúde pertencentes a empresas de economia social.

A contratualização com unidades de saúde pertencentes a empresas de economia social, seja pelo Estado ou por outras entidades (ADSE, ADM, Seguradoras), pode apresentar como limitação a não existência de licença de funcionamento. Ainda assim, a prestação de serviços de saúde a clientes que “comprem” diretamente os serviços está autorizada com o registo na ERS.

5. Definição de Hipóteses

De acordo com a revisão da literatura realizada, e tendo em conta que a questão de partida do presente estudo é: “*Podariam os recursos de saúde das empresas de economia social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência serem rentabilizados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde?*”, definem-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem recursos humanos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência, nomeadamente:

H1.1: Existem enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Serviço de Apoio Domiciliário.

H1.2: Existem fisioterapeuta, psicólogo, médico ou terapeuta ocupacional nas instituições com Centro de Atividades Ocupacionais.

H1.3: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Apoio em Regime Ambulatório.

H1.4: Existem enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Intervenção Precoce.

H1.5: Existem psicólogo ou terapeuta ocupacional nas instituições com Fórum Sócio-Ocupacional.

H1.6: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Formação e Certificação Profissional de Pessoas com Deficiência.

H1.7: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Valência Sócio-Educativa.

H1.8: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Centro de Recursos para a Inclusão.

H2: Os recursos de saúde existentes nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência podem ser uma forma de sustentabilidade dessa organização.

6. Análise e Discussão dos Resultados

6.1. Inquéritos por questionários

6.1.1. A população em estudo

A população deste estudo é constituída por todas as empresas de economia social registadas com código de atividade económica de apoio social para pessoas com deficiência, com ou sem alojamento (87302 e 88102, respetivamente) ou identificadas como desenvolvendo respostas sociais com acordo com a Segurança Social, sendo a identificação destas empresas realizada através de consulta da Carta Social.

Os dados de identificação da população foram recolhidos durante o mês de abril de 2015 tendo sido identificadas através da Carta Social as organizações que desenvolvem as respostas sociais para “crianças e jovens com deficiência”, “pessoas adultas com deficiência” e “pessoas com doença do foro mental/psiquiátrico”.

Foram ainda identificadas através do site SICAE (Sistema de Informação da Classificação Portuguesa de Atividades Económicas - <http://www.sicae.pt/Consulta.aspx>) todas as entidades que tem registado como Código de Atividade Económica (adiante designado de CAE) principal ou secundário “atividades de apoio social para pessoas com deficiência, com alojamento” (87302) ou “atividades de apoio social para pessoas com deficiência, sem alojamento” (88102). Desta listagem foram selecionadas todas as que pertenciam à economia social, utilizando para tal a listagem de abril das entidades registadas na Segurança Social enquanto IPSS, Cooperativas e Associações Mutualistas. Foram ainda consultadas as listas de associadas das Uniões e Federações de instituições de apoio à deficiência – FENACERCI (Federação Nacional De Cooperativas De Solidariedade Social), HUMANITAS (Federação Portuguesa para a Deficiência Mental), UNICRISANO (União dos Centros de Recuperação Infantil do Distrito de Santarém e Outros), FAPPC (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral), FPDA (Federação Portuguesa de Autismo) e ACAPO (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal).

Desta pesquisa foi constituída uma lista de 423 instituições distribuídas da seguinte forma pelos distritos de Portugal Continental:

Tabela 9: Distribuição de instituições por distrito

Distrito	N.º de Instituições
Aveiro	31
Beja	10
Braga	36
Bragança	8
Castelo Branco	9
Coimbra	23
Évora	19
Faro	18
Guarda	16
Leiria	23
Lisboa	85
Portalegre	10
Porto	49
Santarém	27
Setúbal	20
Viana do Castelo	7
Vila Real	10
Viseu	22
Total	423

6.1.2. O questionário

O questionário foi construído tendo por base os objetivos do estudo, em especial a identificação dos recursos humanos de saúde existentes e quais as respostas à comunidade que estão a ser rentabilizadas, bem como as que poderiam vir a sê-lo.

O questionário (apêndice I) foi enviado por e-mail para a população do estudo (apêndice II), estando disponível através de um link durante 4 semanas entre 28 de maio e 26 de junho. No e-mail foi apresentado o objetivo do estudo e enviada uma declaração do Instituto Politécnico de Tomar (anexo I) com compromisso de confidencialidade de tratamento dos dados recolhidos.

Foi reenviado novamente o e-mail na última semana de prazo de preenchimento, bem como no último dia em que o questionário esteve disponível para apelar, uma vez mais, ao contributo das IPSS que ainda não tinham respondido ao questionário.

O questionário que foi construído incluiu perguntas fechadas e abertas, tendo sido posteriormente categorizadas as respostas dadas às perguntas abertas.

O questionário era composto por 55 perguntas que pretenderam por um lado caracterizar a organização e por outro identificar os recursos e serviços existentes e também o seu financiamento.

Apresenta-se na tabela 10 as perguntas do questionário, bem como a identificação de ser uma pergunta aberta ou fechada.

Tabela 10: Perguntas do questionário

N.º de pergunta	Informação da Pergunta	Tipo de Pergunta
1	Qual a Designação Social da organização?	Aberta
2	Identifique a Morada da Sede Fiscal da organização.	Aberta
3	Identifique o Concelho onde se localiza a organização.	Aberta
4	Identifique o Distrito onde se localiza a organização.	Fechada
5	Identifique o CAE Principal da organização.	Aberta
6	Identifique o(s) CAE Secundário(s) da organização.	Aberta
7	Qual a forma jurídica da organização?	Fechada
8	Qual o horário de funcionamento?	Aberta
9	Assinale as respostas sociais que desenvolve.	Fechada
10	Para as respostas sociais assinaladas, identifique a capacidade das mesmas.	Aberta
11	Identifique outras respostas sociais que desenvolva.	Aberta
12	Número de Recursos Humanos da organização.	Aberta
13	Técnicos de Saúde – Existem Enfermeiro(s) na organização?	Fechada
14	Quantos enfermeiros existem na organização?	Aberta
15	Quantos enfermeiros têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
16	Quantos enfermeiros têm contrato a tempo parcial?	Aberta
17	Qual a percentagem de financiamento público dos enfermeiros?	Aberta
18	Existem outras formas de financiamento dos enfermeiros? Se sim identifique quais.	Aberta
19	Técnicos de Saúde – Existem Fisioterapeuta(s) na organização?	Fechada
20	Quantos fisioterapeutas existem na organização?	Aberta
21	Quantos fisioterapeutas têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
22	Quantos fisioterapeutas têm contrato a tempo parcial?	Aberta
23	Qual a percentagem de financiamento público dos fisioterapeutas?	Aberta
24	Existem outras formas de financiamento dos fisioterapeutas? Se sim identifique quais.	Aberta
25	Técnicos de Saúde - Existem Médico (s) na organização?	Fechada
26	Quantos médicos existem na organização?	Aberta
27	Qual a(s) sua(s) especialidade(s) médica(s)?	Aberta

28	Quantos médicos têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
29	Quantos médicos têm contrato a tempo parcial?	Aberta
30	Qual a percentagem de financiamento público dos médicos?	Aberta
31	Existem outras formas de financiamento dos médicos? Se sim identifique quais.	Aberta
32	Técnicos de Saúde - Existem Psicólogo(s) na organização?	Fechada
33	Quantos psicólogos existem na organização?	Aberta
34	Quantos psicólogos têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
35	Quantos psicólogos têm contrato a tempo parcial?	Aberta
36	Qual a percentagem de financiamento público dos psicólogos?	Aberta
37	Existem outras formas de financiamento dos psicólogos? Se sim identifique quais.	Aberta
38	Técnicos de Saúde - Existem Terapeuta(s) da Fala na organização?	Fechada
39	Quantos terapeutas da fala existem na organização?	Aberta
40	Quantos terapeutas da fala têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
41	Quantos terapeutas da fala têm contrato a tempo parcial?	Aberta
42	Qual a percentagem de financiamento público dos terapeutas da fala?	Aberta
43	Existem outras formas de financiamento dos terapeutas da fala? Se sim identifique quais.	Aberta
44	Técnicos de Saúde - Existem Terapeuta(s) Ocupacional(is) na organização?	Fechada
45	Quantos terapeutas ocupacionais existem na organização?	Aberta
46	Quantos terapeutas ocupacionais têm contrato a tempo inteiro?	Aberta
47	Quantos terapeutas ocupacionais têm contrato a tempo parcial?	Aberta
48	Qual a percentagem de financiamento público dos terapeutas ocupacionais?	Aberta
49	Existem outras formas de financiamento dos terapeutas ocupacionais? Se sim identifique quais.	Aberta
50	Técnicos de Saúde – Existem outros técnicos de saúde na organização?	Fechada
51	Presta serviços de saúde para a comunidade em geral?	Fechada
52	Que serviços de saúde presta à comunidade?	Aberta
53	Está registado na Entidade Reguladora da Saúde?	Fechada
54	Qual a percentagem de financiamento público da organização?	Aberta
55	Outras informações	Aberta

As perguntas realizadas foram depois convertidas em variáveis para análise no programa SPSS. Nos casos em que as respostas dadas às perguntas de resposta aberta não fossem números, as respostas foram agrupadas em categorias.

Assim, para a variável CAE principal, com os dados recolhidos a partir da pergunta 5, foram criadas 7 categorias que correspondem ao agrupamento dos CAE's apresentados

pelos organizações. Assim, se por exemplo uma organização apresentasse um CAE 87302 – atividades de apoio social para pessoas com deficiência, com alojamento – a sua categoria para análise estatística seria 873 - Atividades de apoio social para pessoas idosas e com deficiência, com alojamento. Na tabela 11 apresenta-se as categorias da variável CAE principal.

Tabela 11: Categorias da variável CAE principal

Categoria	Descrição
855	Outras atividades educativas
872	Atividades dos estabelecimentos para pessoas com doença do foro mental e do abuso de drogas, com alojamento
873	Atividades de apoio social para pessoas idosas e com deficiência, com alojamento
879	Outras atividades de apoio social com alojamento
881	Atividades de apoio social para pessoas idosas e com deficiência, sem alojamento
889	Outras atividades de apoio social sem alojamento
949	Outras atividades de organizações associativas, não especificada

Para a variável Distrito, correspondente às respostas dadas à pergunta 4 foram criadas as seguintes categorias apresentadas na tabela 12.

Tabela 12: Categorias da variável Distrito

Categoria	Descrição
1	Aveiro
2	Beja
3	Braga
4	Bragança
5	Castelo Branco
6	Coimbra
7	Évora
8	Faro
9	Guarda
10	Leiria
11	Lisboa
12	Portalegre
13	Porto
14	Santarém
15	Setúbal

16	Viana do Castelo
17	Vila Real
18	Viseu

Para a variável Forma Jurídica, correspondente às respostas dadas à pergunta 7 as categorias de resposta possível eram as apresentadas na tabela 13.

Tabela 13: Categorias da variável Forma Jurídica

Categoria	Descrição
1	Associação de solidariedade social
2	Cooperativa de solidariedade social
3	Associação mutualista ou de socorros mútuos
4	Fundação de solidariedade social
5	Irmandade da misericórdia
6	Centro social e paroquial
7	União, federação ou confederação
8	Outra

Para a variável Horário, correspondente às respostas dadas à pergunta 8 foram criadas as seguintes categorias apresentadas na tabela 14.

Tabela 14: Categorias da variável Horário

Categoria	Descrição
1	Entre as 8h30/9h00 e as 17h30/18h00
2	24 horas por dia
3	Entre as 8h30/9h e as 17h30/18h + 24 horas por dia para as respostas com alojamento

Para a variável Especialidades Médicas, correspondente às respostas dadas à pergunta 27 foram criadas as seguintes categorias apresentadas na tabela 15.

Tabela 15: Categorias da variável Especialidades Médicas

Categoria	Descrição
1	Medicina Geral e Familiar
2	Medicina Física e de Reabilitação
3	Pediatria
4	Psiquiatria

5	Medicina Geral e Familiar e Medicina Física e de Reabilitação
6	Medicina Geral e Familiar, Psiquiatria e Outros
7	Medicina Física e de Reabilitação e Outras

Para a variável Serviços à Comunidade, correspondente às respostas dadas à pergunta 52 foram criadas as seguintes categorias apresentadas na tabela 16.

Tabela 16: Categorias da variável Serviços à Comunidade

Categoria	Descrição
1	Consultas médicas
2	Terapias
3	Consultas médicas e terapias
4	Outros

As respostas às perguntas 18, 24, 31, 37, 43 e 49 foram agrupadas em novas variáveis com resposta de sim e não e que são apresentadas de seguida:

- Outras formas de financiamento – Angariação de fundos;
- Outras formas de financiamento – Participação dos clientes;
- Outras formas de financiamento – Participação dos familiares;
- Outras formas de financiamento – Consignação de IRS;
- Outras formas de financiamento – Donativos;
- Outras formas de financiamento – Prestação de Serviços;
- Outras formas de financiamento – Quotizações de associados;
- Outras formas de financiamento – Pagamento de consultas por parte dos utentes;
- Outras formas de financiamento – Venda de bens;
- Outras formas de financiamento – Voluntariado.

Para a realização da análise estatística foram ainda recolhidos alguns dados durante o mês de maio sobre as características da população de Portugal Continental através do site www.pordata.pt e também das respostas de saúde existentes por município/distrito através do site da ERS.

6.1.2. Os resultados

6.1.2.1. Apresentação dos resultados

Dos 423 inquéritos enviados, apenas se obtiveram cerca de 15% de inquéritos preenchidos. Apresentam-se na tabela 17 as respostas obtidas distribuídas por distrito.

Tabela 17: Percentagem de respostas por distrito

Distrito	N.º de Instituições	N.º de respostas	Percentagem (%)
Aveiro	31	2	6,5%
Beja	10	2	20,0%
Braga	36	5	13,9%
Bragança	8	1	12,5%
Castelo Branco	9	0	0,0%
Coimbra	23	4	17,4%
Évora	19	3	15,8%
Faro	18	5	27,8%
Guarda	16	3	18,8%
Leiria	23	3	13,0%
Lisboa	85	11	12,9%
Portalegre	10	1	10,0%
Porto	49	5	10,2%
Santarém	27	7	25,9%
Setúbal	20	2	10,0%
Viana do Castelo	7	2	28,6%
Vila Real	10	2	20,0%
Viseu	22	4	18,2%
Total	423	62	14,7%

Dos dados recolhidos refere-se que 82% das organizações são associações de solidariedade social, distribuindo-se da seguinte forma pelas várias formas jurídicas possíveis a uma empresa de economia social:

Distribuição das Instituições por Forma Jurídica

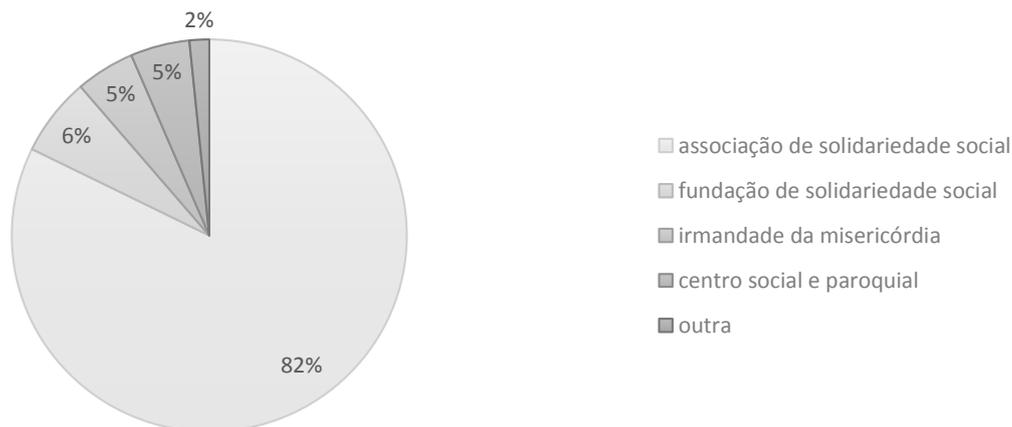


Figura 5: Distribuição das instituições por forma jurídica

Refere-se ainda que quanto ao horário de atendimento as instituições se distribuem da seguinte forma:

Distribuição das instituições por horário de funcionamento

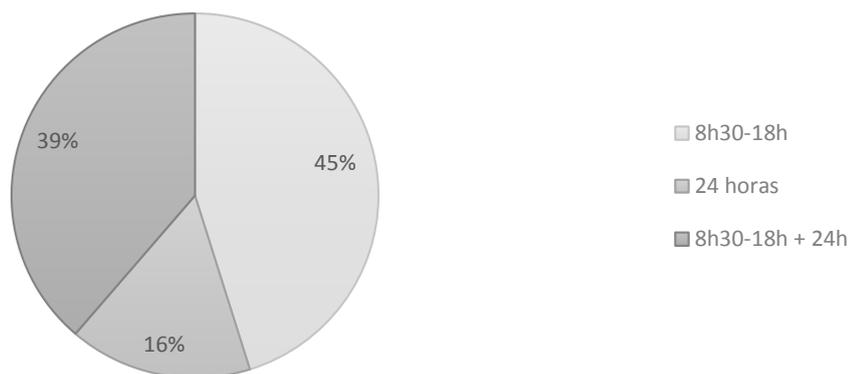


Figura 6: Distribuição das instituições por horário de funcionamento

Quanto ao Código de Atividade Económica principal, e como seria de esperar, as instituições que responderam apresentam CAE's mais relacionados com a área da deficiência e idosos.

Distribuição das instituições por CAE principal

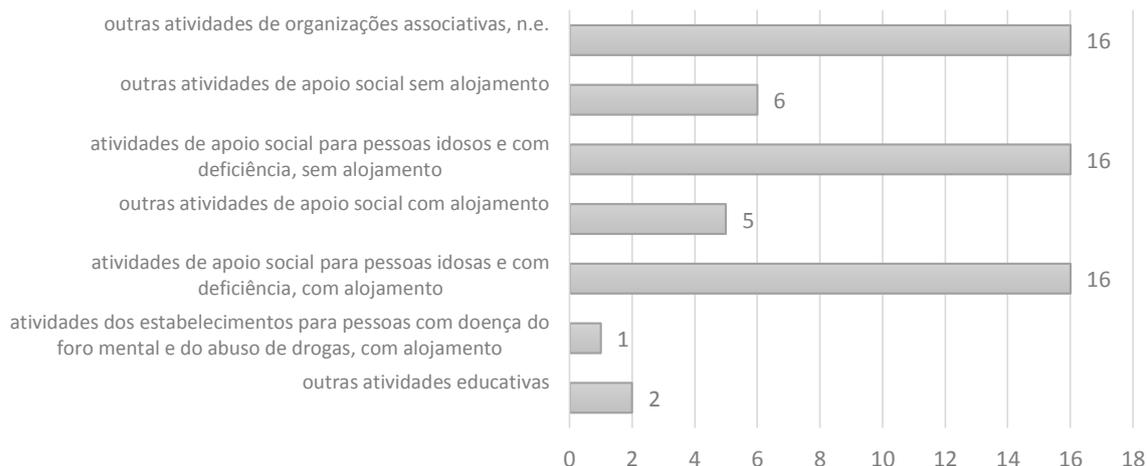


Figura 7: Distribuição das instituições por CAE principal

Salienta-se ainda que em termos de respostas sociais, 60 instituições desenvolvem algum tipo de resposta e apenas duas não desenvolvem qualquer tipo de resposta. Refere-se ainda que a maioria das instituições desenvolve mais do que um tipo de resposta social.

Número de respostas sociais por instituição

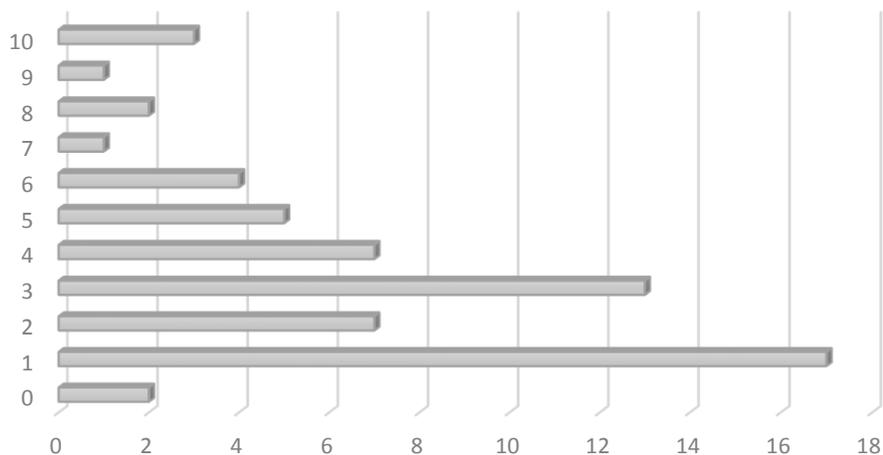


Figura 8: Número de respostas sociais por instituição

Refere-se ainda que a resposta social mais frequente é o Centro de Atividades Ocupacionais seguido do Lar Residencial e da Intervenção Precoce.

Respostas sociais das instituições

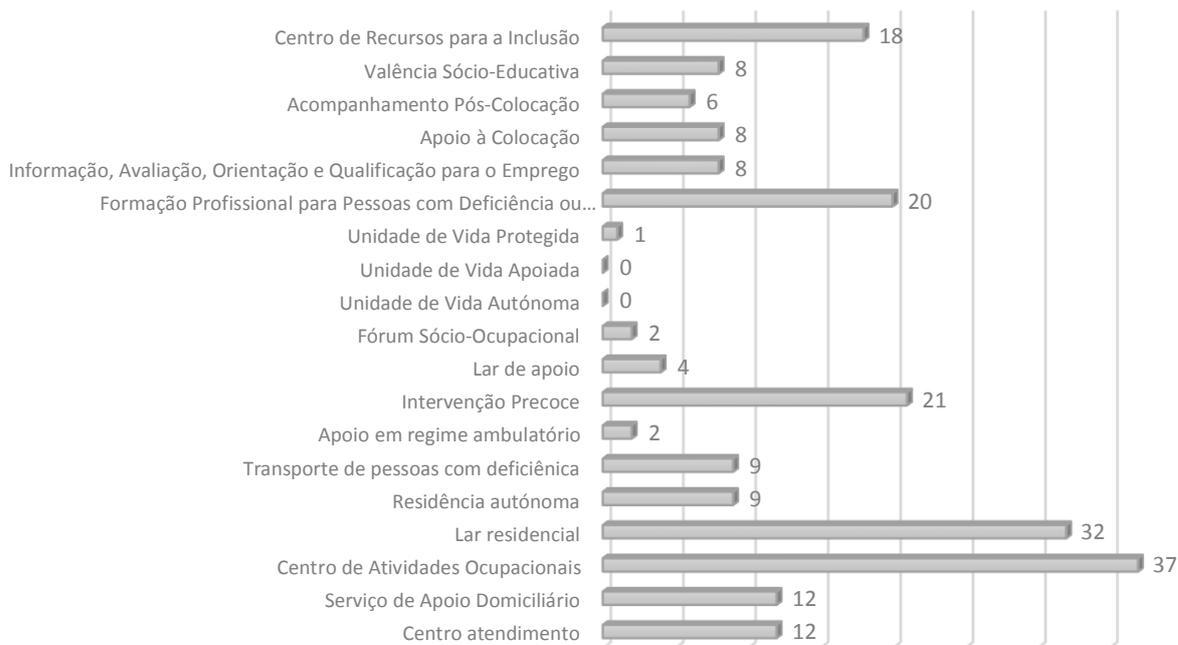


Figura 9: Respostas sociais das instituições

Em termos de características dos dados recolhidos salienta-se ainda que existem técnicos de saúde em praticamente todas as instituições que responderam, sendo que quase todas têm pelo menos psicólogos e que na sua maioria existe pelo menos mais uma área técnica de saúde para além da psicologia. Refere-se ainda que em média, os técnicos de saúde representam 20% dos recursos humanos das instituições.

Número de técnicos de saúde por instituição

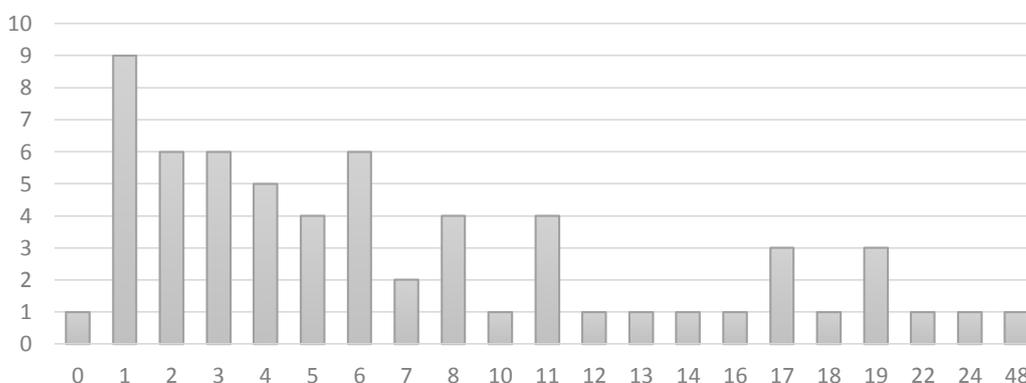


Figura 10: Número de técnicos de saúde por instituição

Enquanto dados descritivos recolhidos refere-se ainda que apenas 21% das organizações prestam serviços de saúde à comunidade onde estão inseridas e que apenas 16,1% das instituições estão registadas na ERS, apesar do referido registo ser obrigatório desde agosto de 2014.

No que diz respeito ao financiamento público, as instituições distribuem-se de forma muito assimétrica de acordo com a percentagem de financiamento, sendo de salientar que das que têm menos de 10% de financiamento, 18 não têm qualquer tipo de financiamento público.

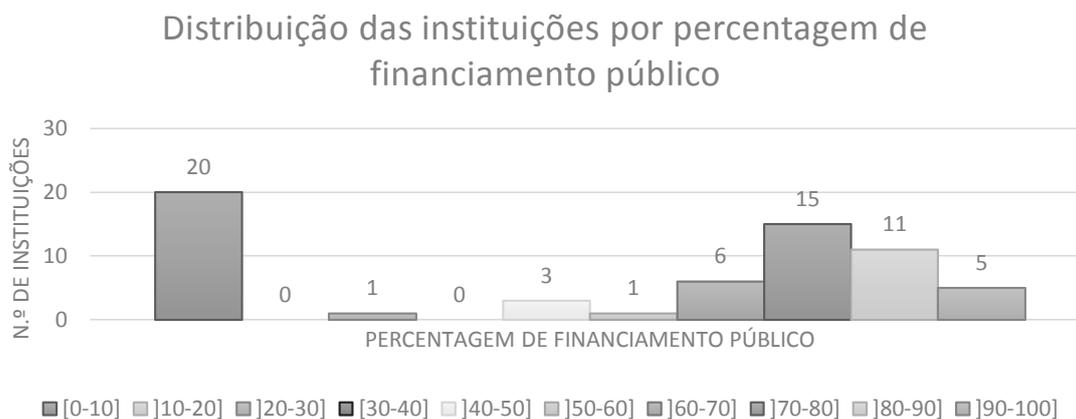


Figura 11: Distribuição das instituições por percentagem de financiamento público

Para as organizações que responderam, as outras principais formas de financiamento consistem em donativos, organização de atividades de angariação de fundos e venda de bens e serviços.

6.1.2.2. Análise dos resultados

Para a análise estatística dos resultados, interessou principalmente verificar as relações presentes entre as respostas sociais e os técnicos de saúde existentes, a relação entre a existência de algumas valências numa mesma instituição e também a relação da percentagem de financiamento público com o número de respostas sociais e a relação entre a prestação de serviços à comunidade e o registo na ERS.

No que diz respeito às respostas sociais e aos técnicos de saúde, para as respostas sociais presentes em mais de dez instituições, verificou-se que (para um nível de significância $\alpha = 0,05$):

- A resposta social Serviço de Apoio Domiciliário está associada à existência de Enfermeiros na organização, verificando-se esta situação em 83,3% das instituições que desenvolvem a resposta de Serviços de Apoio Domiciliário;
- A resposta social Centro de Atividades Ocupacionais está associada à existência de Fisioterapeutas na organização, verificando-se esta situação em 73% das instituições que desenvolvem esta resposta. Está ainda associada a existência de Centro de Atividades Ocupacionais com a existência de Terapeutas da Fala, verificando-se esta situação em 56,8% das instituições que desenvolvem a resposta de Centro de Atividades Ocupacionais;
- A resposta social Intervenção Precoce está associada à existência de Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais na organização, verificando-se a existência de Fisioterapeutas em 95,2% das instituições que desenvolvem a resposta de Intervenção Precoce, Terapeutas da Fala também em 95,2% e Terapeutas Ocupacionais em 72,6%;
- A resposta social Formação e Certificação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade está associada à existência de Terapeutas da Fala na organização, verificando-se esta situação em 70% das instituições que desenvolvem esta resposta. Está ainda associada a existência de Formação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade com a existência de Médicos, verificando-se esta situação em 40% das instituições que desenvolvem a resposta de Formação Profissional;
- A resposta social Centro de Recursos para a Inclusão está associada à existência de Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais na organização, verificando-se a existência de Fisioterapeutas em 94,4% das instituições que desenvolvem a resposta de Intervenção Precoce, Terapeutas da Fala também em 94,4% e Terapeutas Ocupacionais em 77,8%;

Salienta-se ainda que os Psicólogos não se encontram associados a nenhuma resposta social apesar de ser a área técnica de saúde mais presente nas instituições que responderam.

Verificou-se ainda que o aumento do número de respostas sociais está associado ao aumento do número total de técnicos de saúde por instituição (coeficiente de correlação de Pearson = 0,477), podendo inclusive criar-se um modelo de associação entre estas duas variáveis:

$$(3) Nr_Técnicos = 2,825 + 1,506 Nr_Respostas_Sociais$$

em que $Nr_Técnicos$ representa o número total de técnicos de saúde existentes na organização e $Nr_Respostas_Sociais$ representa o número total de respostas sociais desenvolvidas pela instituição.

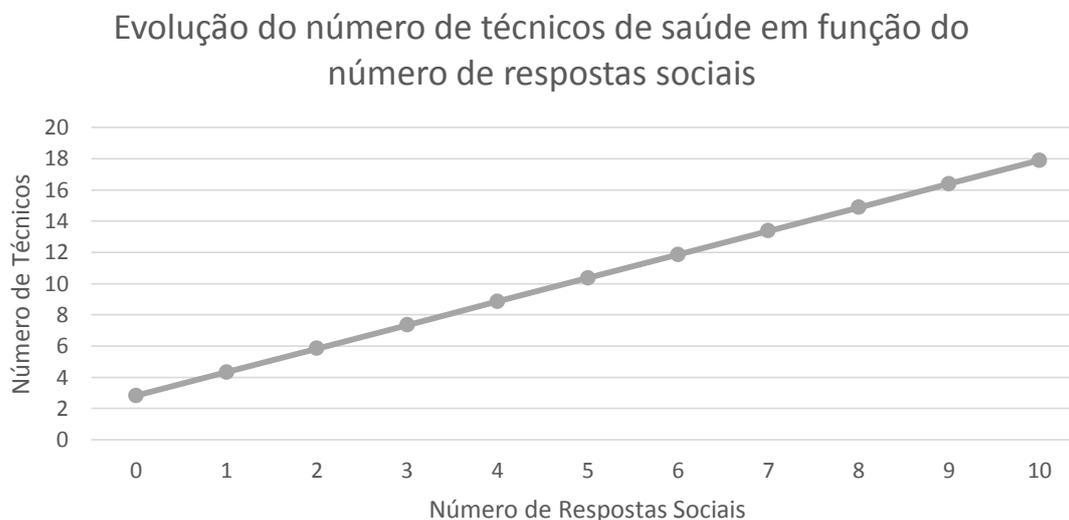


Figura 12: Evolução do n.º de técnicos de saúde em função do n.º de respostas sociais

Na relação entre respostas sociais, verifica-se a existência simultânea das seguintes respostas sociais:

- Centro de Atividades Ocupacionais e Lar Residencial (coeficiente de correlação de Pearson = 0,520);
- Formação e Certificação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade e Informação, Avaliação, Orientação e Qualificação para o Emprego (coeficiente de correlação de Pearson = 0,558);
- Formação e Certificação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade e Apoio à Colocação (coeficiente de correlação de Pearson = 0,558);
- Informação, Avaliação, Orientação e Qualificação para o Emprego e Apoio à Colocação e Acompanhamento Pós-Colocação (coeficiente de correlação de Pearson = 0,856);
- Informação, Avaliação, Orientação e Qualificação para o Emprego e Acompanhamento Pós-Colocação (coeficiente de correlação de Pearson = 0,850);

- Apoio à Colocação e Acompanhamento Pós-Colocação (coeficiente de correlação de Pearson = 0,850).

Refere-se ainda que poderão existir outras respostas desenvolvidas em simultâneo, mas nas quais não existe uma associação tão forte e de que são exemplo:

- Centro de Atividades Ocupacionais e Centro de Recursos para a Inclusão (coeficiente de correlação de Pearson = 0,453);
- Centro de Atividades Ocupacionais e Formação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (coeficiente de correlação de Pearson = 0,286);
- Intervenção Precoce e Centro de Recursos para a Inclusão (coeficiente de correlação de Pearson = 0,443);
- Valência Sócio-Educativa e Centro de Recursos para a Inclusão (coeficiente de correlação de Pearson = 0,496).

No que concerne à percentagem de financiamento público, para além da diversidade de percentagem de financiamento às organizações já verificada (18 instituições sem qualquer financiamento público e 28 instituições com mais de 75% de financiamento, das quais 5 têm mais de 90% de financiamento), refere-se ainda que a percentagem de financiamento público está relacionada com o número de respostas sociais desenvolvidas, sendo que o mais favorável é desenvolver entre 3 e 6 respostas sociais, caindo a percentagem de financiamento quer acima, quer abaixo deste número de respostas desenvolvidas.

Por último refere-se que não existe independência entre o desenvolvimento de serviços à comunidade e o registo na ERS (para um nível de significância $\alpha = 0,05$; teste de independência Exato de Fisher - valor $p = 0,027$).

6.1.3. Síntese

Com a análise dos resultados acima apresentados pôde verificar-se a existência de técnicos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência, salientando-se que quanto maior o número de respostas sociais desenvolvidas por uma organização, maior o número de técnicos de saúde existentes nessa organização, sendo que em média os técnicos de saúde representam cerca de 20% de todos os colaboradores destas empresas de economia social.

Encontrou-se ainda como dados importantes a variação do financiamento público em função do número de respostas sociais, sendo que a maior percentagem de financiamento se verifica quando as instituições desenvolvem entre 3 e 6 respostas sociais.

Verificou-se ainda que apesar da obrigatoriedade de registo na ERS estar em vigor desde agosto de 2014, apenas algumas organizações o fizeram, sendo que a maioria das que realizaram este registo desenvolvem, como atividade paralela às respostas sociais, serviços de saúde para a comunidade onde se encontram integradas.

6.2. Estudo de Caso – Projeto de Viabilidade

6.2.1. Descrição da Empresa de Economia Social

6.2.1.1. Identificação

Designação Social: CRIT – Centro de Reabilitação e Integração Torrejano

Morada (Sede Fiscal): Avenida do Bom Amor, 2350-649 Torres Novas

CAE Principal: 87302 – Outros serviços de apoio social para pessoas adultas com deficiência, com alojamento

CAE Secundário:

- 88102: Outros serviços de apoio social para pessoas adultas com deficiência, sem alojamento;
- 88910: Atividades de cuidados para crianças, sem alojamento;
- 86906: Outras atividades de saúde humana, não especificado;
- 85591: Formação profissional;
- 35113: Produção de eletricidade de origem eólica, geotérmica, solar e de origem, não especificado.

Data de constituição: 12 de outubro de 1977

Data de início de atividade: 1 de outubro de 1978

Forma Jurídica: Associação de Solidariedade Social

6.2.1.2. História

O Centro de Reabilitação e Integração Torrejano (adiante designado por CRIT) foi criado em 12 de outubro de 1977, enquanto associação de solidariedade social, tendo sido reconhecido como pessoa coletiva de utilidade pública, em 29 de dezembro de 1979 e registada como IPSS, em 29 de Abril de 1982 (CRIT, 2012).

O CRIT tem atualmente como principal atividade económica o apoio social para a pessoa com deficiência, com alojamento, estando ainda registado com outros serviços de apoio social para pessoas adultas com deficiência, sem alojamento; atividades de cuidados para crianças, sem alojamento; outras atividades de saúde humana, não especificado; formação profissional; e atividades de produção de eletricidade de origem eólica, geotérmica, solar e de origem, não especificada. Tem por Visão “ser referência de excelência na reabilitação de pessoas com deficiência e noutras respostas a necessidades sociais”, sendo a sua Missão “educar, formar, reabilitar e integrar social e profissionalmente pessoas com deficiência e incapacidades e outros grupos desfavorecidos” (CRIT, 2012).

O CRIT, ainda enquanto Centro de Recuperação Infantil Torrejano, iniciou a sua atividade com a valência socioeducativa em 1978 com 25 crianças. Em 1982 adquiriu o terreno onde se localiza a sede social desta empresa (CRIT, 2014). Em 1985 abre um novo setor que permite alargar os potenciais clientes da instituição: o setor da formação e emprego. Numa outra vertente, abre em 1988 o centro de atividades ocupacionais e por fim, em 1999 abre o lar residencial (CRIT, 2012).

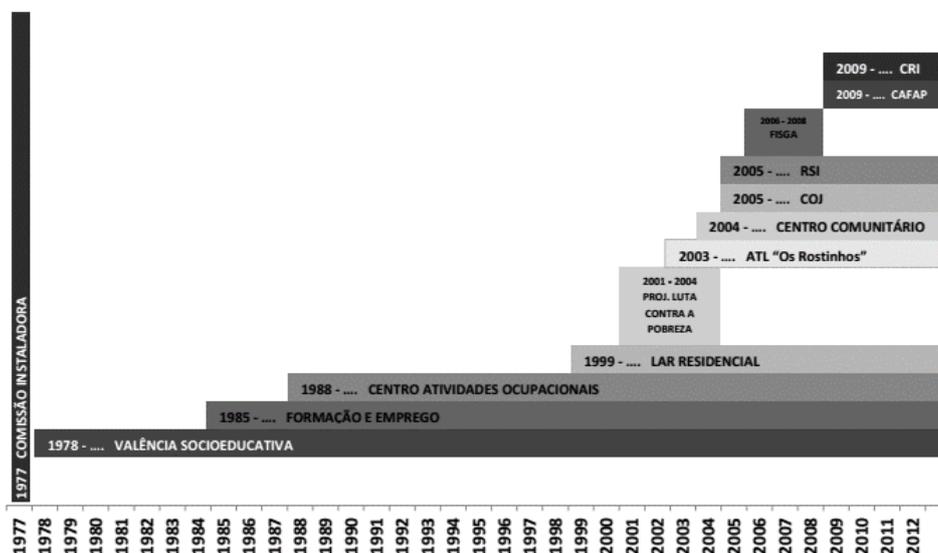


Figura 13: Evolução histórica dos setores do CRIT (CRIT, 2015)

Passa nesta altura a olhar para a população desfavorecida desenvolvendo um projeto de luta contra a pobreza entre 2001 e 2004, iniciando nesse seguimento os setores de ATL – atividades de tempos livres (2003), centro comunitário (2004) e COJ – centro de ocupação juvenil (2005).

Em 2002, como forma de responder à evolução dos clientes do CRIT muda o seu nome para a sua designação atual Centro de Reabilitação e Integração Torrejano (CRIT, 2014). Com a implementação de novas políticas de apoio à população desfavorecida inicia em 2005 o projeto de apoio ao rendimento mínimo, que se mantém até hoje e que foi mais tarde renomeado em rendimento social de inserção (CRIT, 2012).

Entre 2006 e 2008 implementa o projeto FISGA – famílias integradas sorriem e ganham asas – dirigido à intervenção com crianças/jovens e respetivas famílias, também como forma de apoio à comissão de proteção de crianças e jovens em risco (CPCJ). Em 2009, e na sequência do projeto FISGA surge o setor CAFAP – centro de apoio familiar e aconselhamento parental (CRIT, 2012).

Volta ainda em 2009 a abrir um novo setor do âmbito da deficiência, fruto de uma nova resposta criada pelo Ministério da Educação e Ciência, o centro de recursos para a inclusão.

Presentemente as áreas de atuação do CRIT são diversificadas de acordo com a população-alvo que serve.



Figura 14: Áreas de atuação do CRIT e população-alvo (CRIT, 2015)

As valências que possui dão resposta atualmente a cerca de 1500 clientes:

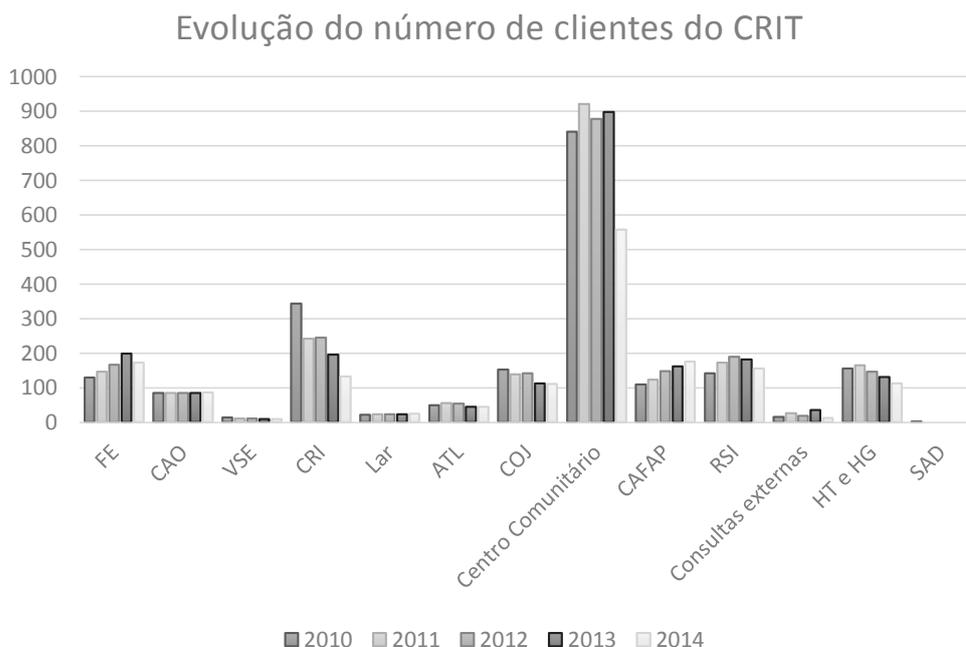


Figura 15: Evolução do número de clientes das valências do CRIT (elaboração própria, adaptada de CRIT, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015)

A área de abrangência geográfica do CRIT inclui não só o concelho de Torres Novas mas também os concelhos limítrofes de Alcanena, Entroncamento, Vila Nova da Barquinha, Golegã e Santarém por resposta às necessidades/solicitações desses concelhos.

6.2.1.3. Estrutura Organizacional

No que se refere à estrutura organizacional, o CRIT é gerido por uma direção eleita pela assembleia de sócios. Os elementos que constituem este órgão e todos os da mesa da assembleia e do concelho fiscal são voluntários.

Em termos organizacionais tem ainda um gestor profissional que desempenha o cargo de Diretor Executivo, e que representa a direção no funcionamento diário da instituição. Ao Diretor Executivo respondem os serviços administrativos e os serviços financeiros, bem como o gabinete de qualidade, comunicação e imagem. O Diretor Executivo tem ainda sobre a sua alçada todo o funcionamento de intervenção do CRIT, sendo que cada setor tem um coordenador responsável pela implementação das diretrizes da Direção e prestação de serviços diretamente ao cliente final.

Apresenta-se em seguida o organograma do CRIT.

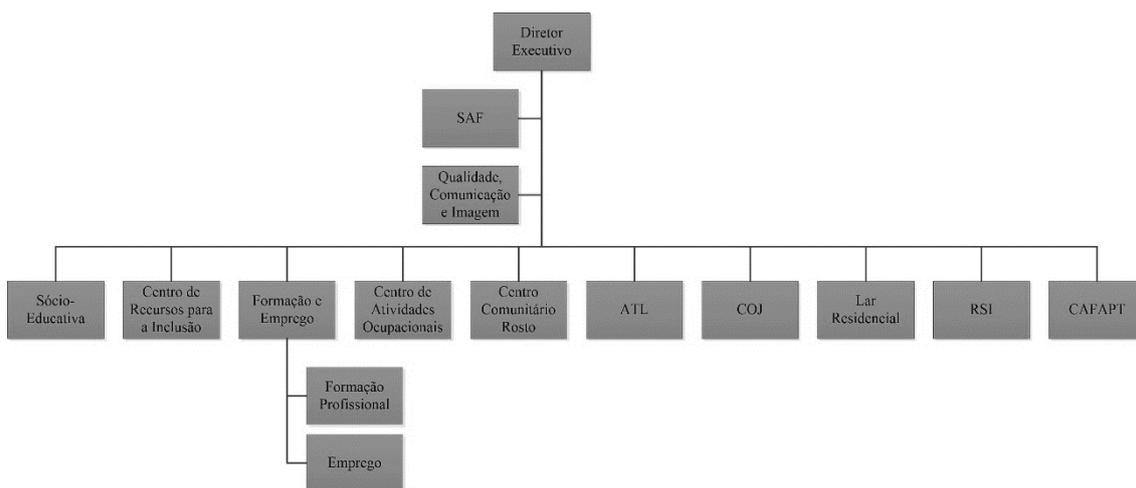


Figura 16: Organograma do CRIT (CRIT, 2015)

O CRIT tem atualmente 107 funcionários, 16 do sexo masculino e 91 do sexo feminino, com diferentes níveis de formação de acordo com as suas categorias profissionais.

Distribuição dos colaboradores por nível de escolaridade

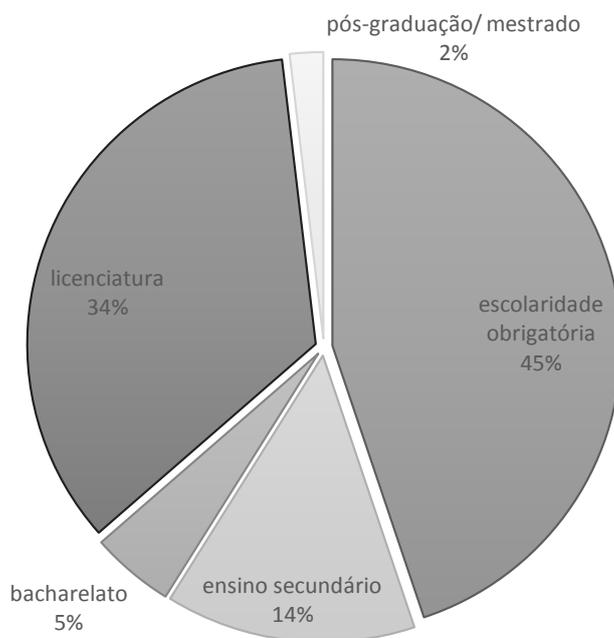


Figura 17: Distribuição dos colaboradores por nível de escolaridade (elaboração própria, adaptado de CRIT, 2015)

Em específico os técnicos superiores da organização pertencentes à área da saúde distribuem-se da seguinte forma por categoria profissional e regime de contrato a tempo inteiro e tempo parcial:

Tabela 18: Número de Técnicos de Saúde

Categoria Profissional	Número Total de técnicos	Número de técnicos com horário completo	Número de técnicos com horário parcial
Fisioterapeuta	2	2	0
Psicólogo	12	11	1
Terapeuta da Fala	2	2	0
Terapeuta Ocupacional	3	2	1
Total	19	17	2

Em relação ao seu financiamento, existem técnicos financiados a 100% e outros financiados a 80% (percentagem de financiamento público da organização).

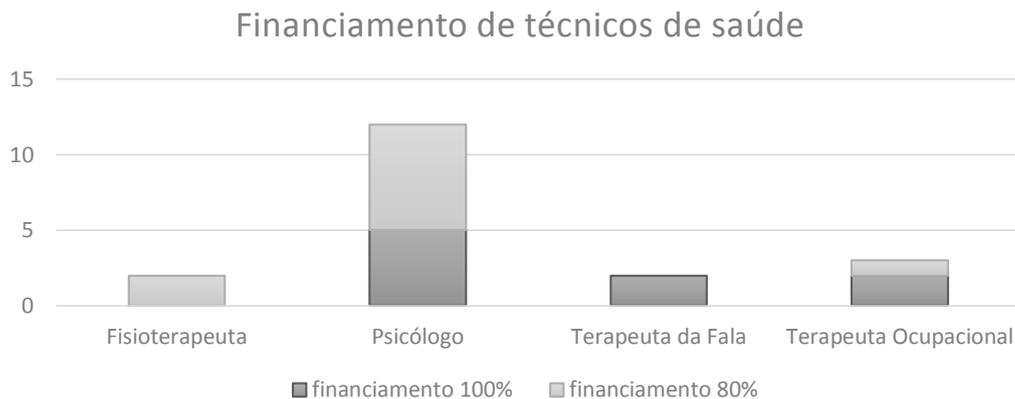


Figura 18: Financiamento dos Técnicos de Saúde (elaboração própria)

Enquanto IPSS, e sendo o seu financiamento maioritariamente público (cerca de 80%), um dos desafios que se coloca a esta organização é a redução da dependência estatal, devendo para tal encontrar alternativas para aumento das verbas próprias.

É ainda de referir que apesar desta dependência do financiamento público, o CRIT tem apresentado uma rendibilidade anual positiva nos últimos anos, mas com um aumento ligeiro da prestação de serviços.



Figura 19: Evolução dos principais rendimentos (elaboração própria, adaptado de CRIT, 2013, 2014, 2015)

Em relação aos gastos verifica-se que a principal despesa é com os colaboradores.

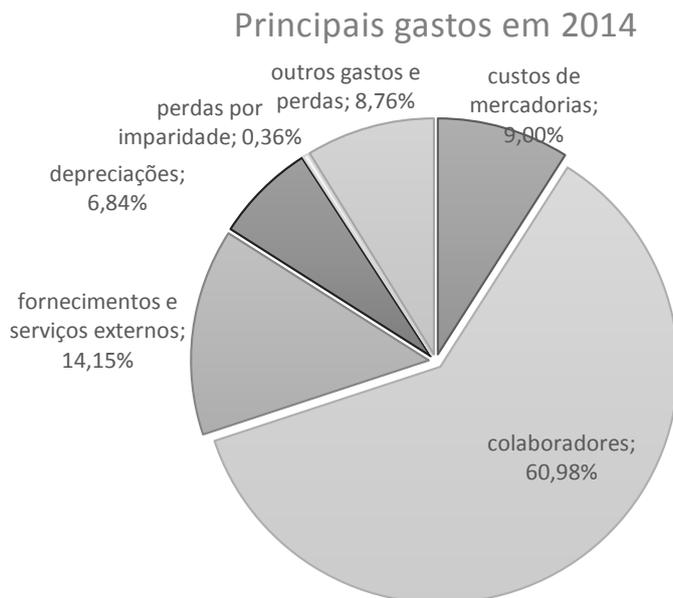


Figura 20: Principais gastos no ano 2014 (elaboração própria, adaptado de CRIT, 2015)

Ao nível das instalações, o CRIT tem os seus serviços distribuídos por 4 edifícios:

1. Sede – onde se localizam as valências de Formação e Emprego, Centro de Atividades Ocupacionais, Valência Sócioeducativa, Centro de Recursos para a Inclusão e Serviços Administrativos e Financeiros;
2. Lar Residencial;
3. Centro Comunitário ROSTO, onde se desenvolvem também as atividades do ATL e do COJ;
4. CAFAP e Rendimento Social de Inserção.

Em relação aos espaços físicos da área da saúde, salienta-se ainda a existência na sede da organização de diversos gabinetes e salas distribuídas da seguinte forma:

Tabela 19: Espaços físicos da área da saúde

Espaço Físico	Quantidade
Gabinete de Psicologia	4
Ginásio	1
Tanque Terapêutico	1
Sala de Fisioterapia	1
Sala Snoezelen (Estimulação Sensorial)	1
Sala de Terapia da Fala	1
Sala de Terapia Ocupacional	2

As salas e gabinetes, em termos de condições físicas, respeitam a maioria das diretrizes existentes para o licenciamento de unidades de saúde de consultórios médicos (referência utilizada para a área da Psicologia) e de Medicina Física e de Reabilitação (referência utilizada para as áreas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional).

É de referir que a receção/secretaria e zona de espera da organização se localiza na entrada do edifício principal da sede e não junto às salas e gabinetes técnicos. Sinaliza-se ainda que a organização não dispõe de vestiário para os colaboradores nem sala de sujos e despejos por sala.

Expõe-se ainda que a sala de fisioterapia não possui gabinete de consulta, nem está preparada para os tratamentos em boxes, sendo constituída apenas por espaços amplos que funcionam como ginásio terapêutico. No tanque terapêutico existente, salienta-se a ausência de uma sala de repouso.

No que respeita a equipamento, os gabinetes/salas encontram-se equipadas com diverso material específico de cada área técnica, sendo a área da fisioterapia a que dispõe de menos equipamento, e denota-se ainda a falta de barras paralelas ou tapete rolante subaquático na piscina.

6.2.2. O Projeto

6.2.2.1. Descrição sumária do projeto

O presente projeto trata da adaptação das instalações físicas do CRIT, da aquisição de novos equipamentos e da rentabilização dos recursos físicos e materiais já existentes para a prestação de serviços de saúde à comunidade por esta empresa de economia social.

A população alvo do projeto abrangerá preferencialmente os concelhos de Alcanena, Entroncamento e Torres Novas que têm tendencialmente uma população mais envelhecida, podendo atividades de grupo ser mais apelativas. No projeto serão ainda contempladas atividades terapêuticas individuais nas várias áreas técnicas.

Assim, os serviços prestados no âmbito do projeto serão consultas individuais nas áreas técnicas de Fisioterapia, Psicologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional e dinamização de atividades de grupo onde se incluem Hidroterapia em Classe, Pilates Clínico e Classe de Mobilidade para Paraplégicos.

Sendo a entidade dinamizadora do projeto uma IPSS que trabalha com população socioeconomicamente desfavorecida propõe-se que o projeto contemple duas tabelas de preços diferentes para as consultas individuais, uma para a população em geral e outra

para população economicamente desfavorecida com preços mais acessíveis. A tabela das atividades de grupo será única.

6.2.2.2. Diagnóstico da situação/empresa face ao projeto

Análise SWOT

De acordo com os dados recolhidos acerca do CRIT e tendo em conta o presente projeto considera-se a seguinte análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats):

- Pontos Fortes:
 - Equipa de saúde vasta e diversificada;
 - Experiência de intervenção terapêutica;
 - Espaço físico com horário disponível e com acessibilidades;
 - Reconhecimento pela comunidade.
- Pontos Fracos:
 - Falta de equipamento em algumas áreas da saúde;
 - Pouco conhecimento específico da intervenção ao abrigo da saúde;
 - Ausência de registo na ERS (obrigatório).
- Oportunidades:
 - Ausência de legislação específica para licenciamento de unidades de saúde em empresas de economia social;
 - Capacidade instalada subaproveitada;
 - Pouca resposta local para algumas terapias (ex: Terapia Ocupacional).
- Ameaças:
 - Dependência de financiamento público;
 - Possibilidade de publicação de legislação com condições específicas para licenciamento de unidades de saúde em empresas de economia social;
 - Conjuntura económica atual.

Apresenta-se na tabela 20 os dados acima em Matriz SWOT:

Tabela 20: Matriz SWOT

	Vantagens	Desvantagens
Análise Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de saúde vasta e diversificada • Experiência de intervenção terapêutica • Espaço físico com horário disponível e com acessibilidades • Reconhecimento pela comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de equipamento em algumas áreas da saúde • Pouco conhecimento específico da intervenção ao abrigo da saúde • Ausência de registo na ERS (obrigatório)
Análise Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de legislação específica para licenciamento de unidades de saúde em empresas de economia social • Capacidade instalada subaproveitada • Pouca resposta local para algumas terapias (ex: Terapia Ocupacional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência de financiamento público • Publicação de legislação com condições específicas para licenciamento de unidades de saúde em empresas de economia social • Conjuntura económica atual

6.2.2.3. Estudo de exequibilidade

Segundo a legislação em vigor, as empresas de economia social são obrigadas a estar registadas na ERS a partir do momento em que prestem serviços de saúde nas suas instalações, seja para clientes internos da organização ou para clientes externos.

Para além da obrigatoriedade deste registo que tem uma taxa de registo inicial e contribuição regulatória anual associada, a abertura e funcionamento de unidades de saúde em empresas de economia social ainda não foi regulamentada em diploma próprio, pelo que não são exigidas quaisquer condições específicas para funcionar, mas também significa que não pode ser emitida uma licença de funcionamento pela ERS, licença essa que é exigida para a contratualização com o Estado.

Ainda assim considera-se que por bom senso e para o presente projeto deverão ser respeitados os requisitos mínimos exigidos às empresas privadas para o funcionamento de unidades privadas de saúde, nomeadamente os requisitos de equipamento e espaço físico regulamentado para consultórios médicos, enfermagem e medicina física e de reabilitação.

Tendo em conta que o horário de funcionamento total do CRIT é das 8h-21h e que o funcionamento interno é entre as 8h30-17h30, de segunda a sexta-feira, sendo que os técnicos de saúde trabalham maioritariamente entre as 9h-17h, considera-se como potencial tempo útil de utilização dos espaços físicos e equipamentos existentes o horário restante (17h30-21h).

Quanto às necessidades de intervenção em saúde nesta área geográfica, é de referir que existem várias unidades de saúde que prestam serviços na área da psicologia e terapia da fala, e também algumas na área da fisioterapia. Refere-se ainda que não existem unidades de prestação de serviços nas áreas de terapia ocupacional.

A caracterização da população abrangida pela zona de influência do CRIT foi feita com base nos dados recolhidos do Perfil Local de Saúde do ACES do Médio Tejo, dos dados recolhidos da base PORDATA e do CCDR Centro.

A população abrangida apesar de se distribuir por todas as faixas etárias, apresenta-se tendencialmente envelhecida com uma esperança de vida a rondar os 80 anos.

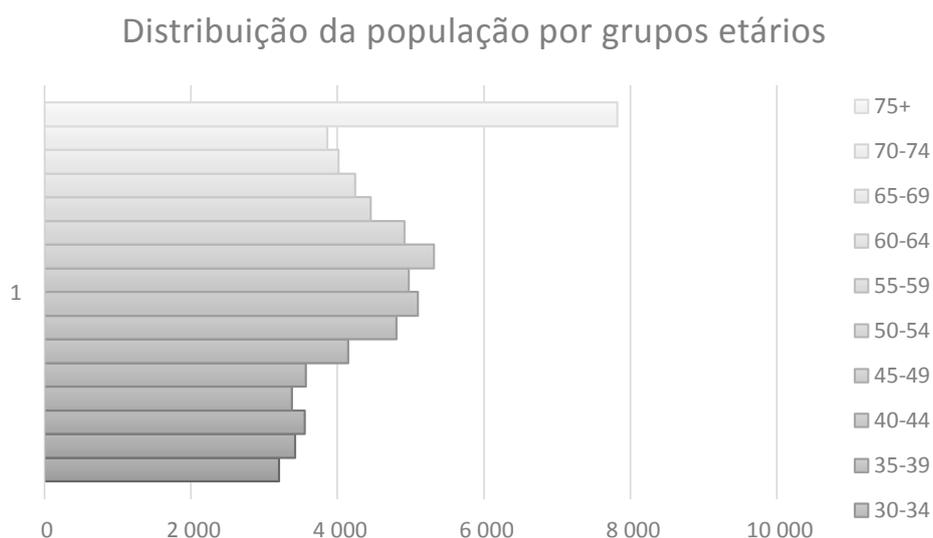


Figura 21: Distribuição da população de Alcanena, Entroncamento e Torres Novas por grupos etários (elaboração própria, adaptada de PORDATA, 2011)

Esta população quando no ativo apresenta uma remuneração média que ronda os 950€, mas face também ao envelhecimento da população, o número de pensionistas tem vindo a subir nos últimos anos, podendo suspeitar-se de remunerações relativamente mais baixas nessa população, apresentando esta população um poder de compra de cerca de 95% da média nacional.

As principais causas de morte no médio tejo são as Doenças do Aparelho Circulatório, Tumores Malignos e Doenças do Aparelho Respiratório.

Em termos comparativos com a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a zona do Médio Tejo possui maior número de doentes inscritos por Hipertensão Arterial, Alteração no metabolismo dos lípidos, Diabetes, Depressão, Demência, Osteoartrose de joelho, Osteoporose e Bronquite. Tem valor semelhante de inscritos para a Obesidade, Doença

cardíaca isquémica, enfarte agudo do miocárdio, DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e AVC – Acidente Vascular Cerebral. Tem menos inscritos para as Doenças de dentes e gengivas, Asma e Osteoartrose da anca.

Assim assinalam-se como principais áreas de intervenção as Doenças do Aparelho Circulatório com intervenção na Hipertensão Arterial, Alteração no metabolismo dos lípidos e Diabetes. Consideram-se ainda como áreas de intervenção as associadas ao envelhecimento e à redução da mobilidade (Osteoporose e Osteoartrose) e também a Depressão e Demência.

6.2.2.3. Estudo de viabilidade

Descrição Sumária do Plano de Investimento

Para o funcionamento do projeto será necessário a utilização dos recursos físicos da organização, tais como o(s) gabinete(s) de psicologia, o(s) gabinete(s) de terapia ocupacional, a sala snoezelen, a sala da fisioterapia, o ginásio e a piscina, e também do equipamento já existente.

De acordo com a análise dos dados recolhidos junto do CRIT serão necessárias obras de requalificação da sala de fisioterapia e a aquisição de equipamentos para as áreas da fisioterapia e da terapia ocupacional (apêndice IV).

Para o cálculo dos valores de investimento são utilizadas as informações recolhidas junto do CRIT referentes ao valor das obras a efetuar para requalificação dos espaços físicos, e foram recolhidos orçamentos para a aquisição de equipamentos em falta nas áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

A tabela 21 mostra os investimentos necessários para o funcionamento do projeto.

Tabela 21: Custos totais de investimento do Projeto

Custos de investimento	Obras	Equipamento	Total
Fisioterapia	20.000,00 €	22.038,94 €	42.038,94 €
Psicologia	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Terapia da Fala	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Terapia Ocupacional	0,00 €	1.482,64 €	1.482,64 €
Total	20.000,00 €	23.521,58 €	43.521,58 €

O investimento em obras de requalificação deverá ser realizado aquando do início do projeto, sendo o investimento em equipamento realizado ao longo do projeto. A tabela 22

mostra de que forma se prevê serem realizados os investimentos propostos, considerando como primeiro ano de investimentos o ano de 2016:

Tabela 22: Investimentos do projeto por anos

Ativos não correntes	2016	2017	2018	2019	2020
Ativos tangíveis					
Edifícios e infraestruturas	20.000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Equipamentos	2.580,41 €	6.848,09 €	5.337,14 €	7.743,65 €	0,00 €
Mobiliário e equipamentos administrativos	219,99 €	459,70 €	147,60 €	185,00 €	0,00 €
Investimento anual	22.800,40 €	7.307,79 €	5.484,74 €	7.928,65 €	0,00 €

O CRIT propõe que o investimento em obras e equipamento seja realizado em capital próprio da organização. Esta situação prende-se com a possibilidade de utilização do novo equipamento e do espaço requalificado por parte dos clientes internos da organização.

Descrição Sumária do Plano de Exploração

Para o funcionamento do projeto para além da utilização dos recursos físicos e equipamento existente, prevêem-se alguns custos associados ao funcionamento do mesmo e que se prendem com o volume de serviços prestados.

Os recursos humanos necessários para o projeto são: dois Fisioterapeutas (um para dinamização das atividades de grupo e outro para a realização das consultas individuais), um Psicólogo, um Terapeuta da Fala, um Terapeuta Ocupacional e um Administrativo. Prevê-se que todos os colaboradores terão um contrato de trabalho a tempo parcial com aumento gradual do número de horas contratadas em função das necessidades da prestação de serviços. A tabela 23 mostra o número de horas previstas para contrato ao longo dos anos de funcionamento do projeto.

Tabela 23: Evolução do número de horas/semana de contrato com os colaboradores ao longo do projeto

	2016	2017	2018	2019	2020
Fisioterapeuta (grupo)	10h	10h	11h	11h	11h
Fisioterapeuta	5h	10h	10h	15h	15h
Psicólogo	3h	6h	9h	12h	15h
Terapeuta da Fala	3h	6h	9h	12h	15h
Terapeuta Ocupacional	3h	6h	9h	12h	15h
Administrativo	11h	13h	14h	15h	16h

Como custos de funcionamento consideram-se os gastos associados ao consumo de água, eletricidade, gás, telecomunicações, consumíveis administrativos e terapêuticos, os gastos com publicidade e marketing, os gastos com pessoal e as taxas de registo na ERS da organização para os colaboradores do projeto.

Os cálculos dos valores de água, eletricidade, telecomunicações e consumíveis administrativos e terapêuticos tiveram por base valores atribuídos pela organização, bem como o volume de serviços prestados em função das horas máximas que o projeto irá funcionar.

Na tabela 24 apresenta-se a evolução do volume de horas de funcionamento do projeto ao longo dos anos e a taxa de ocupação que serviu de base ao cálculo dos gastos com água, eletricidade, telecomunicações e consumíveis administrativos e terapêuticos. Considera-se ainda que o volume máximo de funcionamento do projeto é atingido no último ano do mesmo (2020).

Tabela 24: Evolução do número de horas de funcionamento do projeto

	2016	2017	2018	2019	2020
Atividades de grupo	10h	10h	11h	11h	11h
Consultas	14h	28h	37h	51h	60h
Total	24h	38h	48h	62h	71h
% Funcionamento	34%	54%	63%	87%	100%

Segundo o CRIT, os gastos com o gás prendem-se principalmente com o funcionamento do tanque terapêutico, pelo que se mantêm constantes ao longo do projeto.

De salientar que para os gastos da rubrica “Fornecimentos e Serviços Externos” onde se incluem eletricidade, gás, telecomunicações, consumíveis administrativos e terapêuticos, publicidade e marketing se prevê uma atualização de preços com base numa taxa de inflação de 2%. Os custos com água têm um valor de 0,00€ por o CRIT não pagar água por acordo estabelecido com a entidade fornecedora deste serviço.

Na tabela 25 estão descritos os gastos de funcionamento do projeto ao longo dos anos para os Fornecimentos e Serviços Externos.

Tabela 25: *Gastos com o Fornecimentos e Serviços Externos*

Rúbrica	2016	2017	2018	2019	2020
% Funcionamento	34%	54%	63%	87%	100%
Água	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Energia elétrica	1.224,00 €	1.982,88 €	2.359,63 €	3.323,70 €	3.896,76 €
Combustíveis e lubrificantes	2.028,17 €	2.068,73 €	2.110,11 €	2.152,31 €	2.195,36 €
Consumíveis de escritório	408,00 €	660,96 €	786,54 €	1.107,90 €	1.298,92 €
Consumíveis terapêuticos	122,40 €	198,29 €	235,96 €	332,37 €	389,68 €
Telefones e telecomunicações	204,00 €	330,48 €	393,27 €	553,95 €	649,46 €
Publicidade e propaganda	600,00 €	612,00 €	624,24 €	636,72 €	649,46 €
Total dos gastos com FSE	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €

Não estão previstos outros custos para o projeto com fornecimentos e serviços externos uma vez que os mesmos já são suportados pela organização no seu funcionamento diário. Como exemplos apresentam-se as rúbricas de limpeza, higiene e conforto ou a manutenção e conservação dos bens.

Para os recursos humanos, os gastos ponderados incluem 14 meses de remunerações com base no número de horas contratadas, o pagamento de subsídio de alimentação em função desse número de horas (sendo que o valor diário de subsídio de alimentação são 4,27€ e o valor anual máximo previsto são $4,27€ \times 22 \text{ dias} \times 11 \text{ meses} = 1\,033,34€$), o pagamento de seguro de trabalho com taxa de 1% e pagamento da taxa social única por parte do CRIT à taxa de 21,6% (taxa em vigor em 2015 para as IPSS) e ainda outras despesas anuais não especificadas onde se podem incluir também despesas com formação (são previstos 250€/ano de outras despesas para os técnicos de saúde e 100€/ano para o administrativo). Na tabela 26 apresentam-se as percentagens referentes aos contratos anuais por colaborador, bem como o valor de base das remunerações dos mesmos. De notar que as remunerações de base dos colaboradores sofrem uma atualização de 2% ao ano durante o projeto.

Tabela 26: Condições de contrato dos colaboradores

Descrição de categoria ou função	2016	2017	2018	2019	2020
% de contratação					
Administrativo	29%	34%	37%	39%	43%
Técnicos de Saúde					
Fisioterapeuta 1	29%	29%	31%	31%	31%
Fisioterapeuta 2	14%	29%	29%	43%	43%
Psicólogo	9%	17%	26%	34%	43%
Terapeuta da Fala	9%	17%	26%	34%	43%
Terapeuta Ocupacional	9%	17%	26%	34%	43%
Número de colaboradores					
Total Administrativo	1	1	1	1	1
Total Técnicos de Saúde	5	5	5	5	5
Pessoal Total	6	6	6	6	6
Remuneração base					
Administrativo	600,00 €	612,00 €	624,24 €	636,72 €	649,46 €
Técnicos de Saúde	1.050,00 €	1.071,00 €	1.092,42 €	1.114,27 €	1.136,55 €

Na tabela 27 são apresentados os cálculos totais dos custos com pessoal ao longo dos anos em função das horas contratadas.

Tabela 27: Gastos com pessoal

Gastos com pessoal	2016	2017	2018	2019	2020
Remunerações	12.726,00 €	19.256,58 €	24.339,12 €	30.932,09 €	36.210,60 €
Subsídios de alimentação	1.023,01 €	1.477,68 €	1.808,35 €	2.221,68 €	2.542,02 €
Seguros de acidentes de trabalho	127,26 €	192,57 €	243,39 €	309,32 €	362,11 €
Encargos salariais	2.748,82 €	4.159,42 €	5.257,25 €	6.681,33 €	7.821,49 €
Outros encargos salariais	1.350,00 €	1.377,00 €	1.404,54 €	1.432,63 €	1.461,28 €
Total	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €

Como rendimentos do projeto consideram-se os valores cobrados pelos serviços prestados em função de uma tabela de preços proposta para o efeito. A referida tabela de preços é apresentada na tabela 28 com a tabela de consultas individuais, com preço normal e preço reduzido, e na tabela 29 com a tabela de atividades de grupo que possui preço único.

Tabela 28: Tabela de preços de consultas individuais

Consultas		
Descrição	Preço normal	Preço reduzido
Fisioterapia (avaliação com relatório)	50€	20€
Fisioterapia – 1.ª sessão (avaliação)	35€	15€
Fisioterapia – sessões seguintes	15€	7,50€
Psicologia (avaliação com relatório)	70€	25€
Psicologia – 1.ª sessão (avaliação)	50€	15€
Psicologia – sessões seguintes	35€	15€
Terapia da Fala (avaliação com relatório)	60€	20€
Terapia da Fala – 1.ª sessão (avaliação)	35€	15€
Terapia da Fala – sessões seguintes	25€	15€
Terapia Ocupacional (avaliação com relatório)	50€	20€
Terapia Ocupacional – 1.ª sessão (avaliação)	35€	15€
Terapia Ocupacional – sessões seguintes	25€	15€

Tabela 29: Tabela de preços de atividades de grupo

Atividades de Grupo	
Atividade	Mensalidades
Hidroterapia (até 10 pessoas/grupo)	27,50€ (bisemanal)
Hidroterapia (até 10 pessoas/grupo)	17,50 (semanal)
Pilates Clínico (até 10 pessoas/grupo)	12,50€ (semanal)
Classe de Mobilidade para Paraplégicos (até 5 pessoas/grupo)	40,00€ (bisemanal)

Para aceder à tabela de preços de consultas individuais a preço reduzido, o cliente terá que apresentar por elemento de agregado familiar rendimentos inferiores ao valor do IAS em vigor (419,22 € para o ano 2015), com base na declaração de IRS do ano anterior.

Para elaboração da tabela de preços normal foram tidos por base os valores constantes da tabela de preços praticada pelo Sistema Nacional de Saúde no pagamento aos hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 20/2014 de 29 de janeiro) e os valores praticados na zona geográfica onde se pretende desenvolver o projeto. A tabela de preços reduzida tem por base os custos de funcionamento do projeto.

Para contabilização dos rendimentos foram considerados que apenas são realizadas sessões individuais de continuidade e que o número de consultas individuais está relacionado com o número de horas trabalhadas por semana. Assim pressupõe-se que as áreas de Psicologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional realizem uma sessão por hora de trabalho e a Fisioterapia realiza duas sessões por hora de trabalho. Esta diferença

prende-se com o tipo de serviços prestados e a capacidade de resposta simultânea da área da fisioterapia através da utilização de meios físicos como tratamento.

Na tabela 30 apresenta-se o número de clientes previsto para a realização de consultas individuais ao longo dos anos.

Tabela 30: Número de clientes por mês por área técnica

Área Técnica	2016	2017	2018	2019	2020
Fisioterapia	44	66	88	110	132
Psicologia	12	24	39	51	66
Terapia da Fala	12	24	39	51	66
Terapia Ocupacional	12	24	39	51	66

Em termos de utilização da tabela a preço reduzido e para o presente projeto propõe-se que o número de consultas realizadas a preço reduzido corresponda por mês no máximo a um terço do total de consultas realizadas nesse mês.

Nas atividades de grupo considera-se a abertura de quatro classes de hidroterapia (que já se encontram em funcionamento), a abertura de uma classe de Pilates Clínico que passarão a duas no terceiro ano de funcionamento do projeto e a abertura de uma Classe de Mobilidade para Paraplégicos que se manterá única ao longo do projeto. Para além da evolução no número de classes a dinamizar pressupõe-se também que ao longo dos anos as classes aumentem o número de alunos/clientes por classe.

Na tabela 31 apresenta-se o número de clientes previsto para as atividades de grupo ao longo dos anos.

Tabela 31: Número de clientes por mês por atividade de grupo

Atividades de grupo	2016	2017	2018	2019	2020
Hidroterapia em classe	24	28	30	32	34
Pilates Clínico	6	9	12	14	16
Mobilidade para Paraplégicos	3	3	4	4	4

Na tabela 32 apresentam-se os rendimentos estimados para o projeto ao longo dos anos.

Tabela 32: Rendimentos previstos para o Projeto

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	15.510,00 €	27.995,00 €	42.845,00 €	55.330,00 €	70.180,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	84.425,00 €

Não são pressupostos nos rendimentos destes cinco anos alterações nas tabelas de preços, uma vez que perante a atual conjuntura económica o que tem sido verificado nos últimos anos é uma manutenção e por vezes até descida dos preços dos serviços de saúde prestados por entidades privadas.

Para resumo dos dados de exploração apresentamos na tabela 33 uma síntese dos gastos e rendimentos previstos.

Refere-se que o valor da rubrica “Outros gastos ou perdas (taxas)” correspondem no ano 2016 ao valor a pagar como taxa de registo na ERS para 5 técnicos e nos anos seguintes ao valor a pagar como contribuição regulatória na ERS para os mesmos 5 técnicos.

Tabela 33: Resumo dos gastos e rendimentos

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	84.425,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	84.425,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado	1.328,35 €	6.193,42 €	15.255,11 €	18.498,48 €	26.435,38 €

De referir que para efeitos de contabilização de resultados finais deverão ainda ser contabilizadas as amortizações e os impostos.

Para as amortizações foram consideradas as taxas associadas à Formação Profissional para as obras de requalificação e para o equipamento administrativo por ser este o valor utilizado pelo CRIT aquando do cálculo das amortizações, e a taxa de outro equipamento

de saúde no que diz respeito ao equipamento de saúde a adquirir. As taxas e valores em causa são apresentados na tabela 34.

Tabela 34: Taxas e valores de amortizações

Rubricas	Taxa	2016	2017	2018	2019	2020
Edifícios e infraestruturas	16,66%	3.332,00 €	3.332,00 €	3.332,00 €	3.332,00 €	3.332,00 €
Outro equipamento de saúde	14,28%	368,48 €	1.346,39 €	2.108,53 €	3.214,33 €	3.214,33 €
Outro equipamento	16,66%	36,65 €	113,24 €	137,83 €	168,65 €	168,65 €
Total anual		3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €

Quanto aos impostos e sendo o CRIT uma IPSS, refere-se que tem isenção do IRC ao abrigo do artigo 11.º do Código do Imposto sobre Rendimentos de Pessoas Coletivas uma vez que os rendimentos obtidos não são distribuídos mas revertem para a própria organização, e é também isento de IVA ao abrigo do artigo 9.º do Código do Imposto sobre Valor Acrescentado por se tratar de uma IPSS com prestação de serviços para pessoas com deficiência e também com base na isenção dos serviços de saúde.

Para facilidade de leitura dos cálculos do Plano de Exploração apresentam-se na tabela 35 os pressupostos utilizados.

Tabela 35: Pressupostos do Projeto

Moeda	€ (Euro)
Anos de investimentos	2016 a 2019
IVA (prestação de serviços)	Isento
Taxa da Segurança Social	21,6%
Taxa de IRC	Isento
Taxa de inflação	2%
Evolução dos Custos com Pessoal	2%

Na tabela 36 é apresentada a demonstração de resultados do projeto.

Tabela 36: Demonstração de resultados

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	84.425,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	84.425,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	1.328,35 €	6.193,42 €	15.255,11 €	18.498,48 €	26.435,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	19.720,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultado antes de impostos	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	19.720,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	19.720,40 €

Descrição Sumária do Plano de Financiamento

Tal como referido anteriormente, o projeto necessita de investimentos ao nível de obras de requalificação e ao nível da aquisição de equipamentos para as áreas de fisioterapia e terapia ocupacional num total de 43.521,58 € distribuídos ao longo de quatro anos.

Também como foi referido atrás, para fazer face ao investimento necessário a organização propõe que o investimento em obras e equipamento seja realizado em capital próprio da organização, uma vez que o espaço requalificado e o equipamento adquirido será também utilizado pelos clientes internos da organização.

Assim, e tendo em conta os resultados obtidos da exploração do projeto, consideram-se os seguintes valores para fontes de financiamento (tabela 37):

Tabela 37: Fontes de financiamento

	2016	2017	2018	2019	2020
Capital próprio	22.800,40 €	7.307,79 €	5.484,74 €	7.928,65 €	0,00 €
Meios libertos de exploração	1.328,35 €	6.193,42 €	15.255,11 €	18.498,48 €	26.435,38 €
Total	24.128,75 €	13.501,21 €	20.739,85 €	26.427,13 €	26.435,38 €

6.2.3. Avaliação do Projeto

6.2.3.1. Avaliação de indicadores

Para avaliação do Projeto foram tidos em conta os *cash-flows* líquidos do projeto, que são calculados com base na seguinte fórmula:

$$(4) \text{ Cash-flow líquido} = - \text{Cash-flow de investimento} + \text{Cash-flow de exploração}$$

Para cálculo do *cash-flow* de investimento foram tidos em conta os valores de investimento em ativos não correntes.

Para cálculo do *cash-flow* de exploração foi utilizada a seguinte fórmula:

$$(5) \text{ Cash-flow de exploração} = \text{Resultados líquidos} + \text{Amortizações}$$

Assim, para cálculo dos *cash-flows* líquidos do projeto foi utilizada a seguinte fórmula:

$$(6) \text{ Cash-flow líquido} = - \text{Investimento em ativos não correntes} + \\ (\text{Resultados líquidos} + \text{Amortizações})$$

Na tabela 38 apresentam-se os valores dos *cash-flows* líquidos.

Tabela 38: *Cash-flows líquidos*

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-2.408,79 €	3.737,13 €	-21.472,05 €
2017	7.307,79 €	1.401,79 €	4.791,63 €	-1.114,37 €
2018	5.484,74 €	9.676,75 €	5.578,36 €	9.770,37 €
2019	7.928,65 €	11.783,51 €	6.714,97 €	10.569,83 €
2020	0,00 €	19.720,40 €	6.714,97 €	26.435,38 €

Para uma análise mais objetiva do projeto foram utilizados os indicadores Valor Atual Líquido (VAL), Taxa Interna de Rendibilidade (TIR) e o Prazo de Retorno do Investimento ou *Pay Back*.

Para o cálculo do VAL foi utilizada a seguinte fórmula:

$$(7) VAL = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+i)^t}$$

Em que CF_t representa o *cash-flow* líquido no momento t e i representa a taxa do custo de oportunidade.

Para o cálculo da TIR foi utilizada a seguinte fórmula:

$$(8) TIR = i, \text{ tal que } \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+i)^t} = 0$$

Perante a aplicação de fórmulas e para um custo de oportunidade de 10% (valor de referência dado pelo CRIT tendo por base os valores das taxas de juro e os investimentos realizados nos últimos anos pela organização), o VAL é positivo com um valor de 10.533,23€ €. Verificou-se ainda que com os dados acima apresentados a TIR tem o valor de 25%, superior portanto ao valor da taxa do custo de oportunidade.

Em relação ao *Pay Back*, o mesmo calculou-se através do somatório dos *cash-flows* atualizados e representa o número de anos de exploração necessário para que o investimento realizado seja totalmente recuperado (corresponde ao ano em que o valor atualizado acumulado passa a ter valor positivo).

Na tabela 39 são apresentados os cálculos utilizados para cálculo do *Pay back*.

Tabela 39: Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado

	Cash-flow líquido	Cash-flow atualizado	Atualizado acumulado
2016	-21.472,05 €	-21.472,05 €	-21.472,05 €
2017	-1.114,37 €	-1.010,35 €	-22.482,40 €
2018	9.770,37 €	8.889,54 €	-13.592,86 €
2019	10.569,83 €	9.629,03 €	-3.963,84 €
2020	26.435,38 €	24.086,76 €	20.122,92 €

Refere-se assim que o retorno do investimento seria atingido ao fim de 4 anos e 2 meses de funcionamento do projeto, considerando que os rendimentos e gastos são proporcionais ao longo dos meses.

Em resumo apresentam-se os indicadores na tabela 40.

Tabela 40: Indicadores de avaliação

VAL	10.533,23€
TIR	25%
<i>Pay Back</i>	4 anos e 2 meses

Assim, considera-se que do ponto de vista da avaliação financeira este é um projeto viável e rentável.

6.2.3.2. Avaliação de sensibilidade

Para a avaliação da sensibilidade procedeu-se à simulação de diversos cenários em que se fez variar o valor auferido com a prestação de serviços, procedendo depois ao cálculo dos indicadores VAL, TIR e *Pay Back*.

A tabela 41 apresenta os valores dos indicadores para os diversos cenários hipotéticos. As contas de base aos cenários apresentados encontram-se no apêndice III.

Tabela 41: Análise de Cenários

Cenário	VAL	TIR	Pay Back
Projeto	10.533,23 €	25%	4 anos e 2 meses
1/2 dos clientes são de população desfavorecida	- 3.798,93 €	4%	4 anos e 11 meses
1/10 dos clientes são de população desfavorecida	30.598,24 €	54%	3 anos e 2 meses
- 5% de consultas realizadas	2.993,53 €	14%	4 anos e 6 meses
Tabela sócios*	-1.430,65 €	8%	4 anos e 9 meses
Quebra de 20% nas consultas previstas para o ano 2020	1.817,97 €	13%	4 anos e 6 meses

*10% desconto sobre tabela normal contra pagamento de quota de sócio

Assim, perante a análise dos diversos cenários propostos pode afirmar-se que o projeto apresentado, mesmo havendo alguma variabilidade nos seus rendimentos, é um projeto rentável e que poderá promover a sustentabilidade da organização.

Refere-se ainda que caso o CRIT assim deseje poderá favorecer a prestação de serviços a população desfavorecida em detrimento da rentabilidade do projeto (baixando em relação à taxa do custo de oportunidade, mas ainda assim tendo uma taxa de rendibilidade positiva).

No caso do favorecimento aos sócios nos preços da tabela normal das consultas individuais (10% de desconto) e considerando que todos os clientes de consultas a preço normal eram sócios, o CRIT reduz a sua rendibilidade abaixo das taxa de custo de oportunidade, mas ainda assim continua a ter uma taxa de rendibilidade positiva.

6.2.3.3. Avaliação dos benefícios

Como qualquer projeto, este apresenta alguns custos financeiros mas que se mostraram inferiores aos lucros auferidos com o mesmo. Importa ainda perceber que outros custos ou benefícios o projeto pode trazer à organização, à comunidade onde se insere e eventualmente também ao país.

Não se identificam numa primeira análise outros custos associados ao projeto para além dos custos financeiros.

Quanto aos benefícios, sinalizam-se o aumento do lucro da organização que permite a diminuição da dependência de financiamento público. Refere-se ainda que a diminuição da dependência de financiamento público permite maior segurança para a continuidade da prestação de serviços aos clientes internos e que como consequência, garante a

disponibilidade de tempo aos cuidadores para a realização de outras atividades como por exemplo para trabalhar.

Considera-se ainda que os investimentos realizados com o projeto permitem um aumento na variedade das respostas para os clientes internos que podem conduzir à melhoria da qualidade de vida dos mesmos e por consequência dos respetivos cuidadores. Esta melhoria da qualidade de vida dos cuidadores pode eventualmente significar maior disponibilidade para o trabalho por parte destes.

Considera-se ainda que o facto de a organização ter capacidade para realizar investimentos com capital próprio conseguindo retorno desse mesmo investimento, permite evitar gastos ao Estado com financiamento de investimentos em requalificação de edifícios ou aquisição de novos equipamentos.

Para a comunidade onde se insere o projeto, sinaliza-se como benefício a existência de uma nova resposta de serviços de saúde, especialmente por prever a disponibilização de serviços a preços reduzidos para a população economicamente desfavorecida, o que permite o acesso a cuidados de saúde a mais pessoas. Este maior acesso a serviços de saúde apresenta como possíveis consequências a diminuição dos custos de prestações de serviços de saúde por parte do Estado uma vez que os clientes poderão aceder a serviços de saúde privados. Para os clientes, o facto de usufruírem de serviços de saúde permite-lhes aumentarem os seus níveis de saúde e portanto estarem mais disponíveis para trabalhar.

Por último considera-se ainda como benefício o contributo que o projeto traz ao nível do emprego de técnicos de saúde, seja no sentido da manutenção de postos de trabalho já existentes (não dependendo os postos de trabalho das respostas sociais dinamizadas pela organização) ou no sentido da criação de novos postos de trabalho.

6.2.4. Síntese

Este projeto é viável do ponto de vista financeiro e poderá ter impactos positivos ao nível social e económico na comunidade onde se insere a organização que desenvolve o projeto, e também ao nível dos potenciais gastos por parte do Estado.

Como sugestões para este projeto salienta-se que o registo na ERS pode facilitar a contratualização de serviços com entidades como o Sistema Nacional de Saúde ou outros subsistemas de saúde ou seguradoras, o que se pode mostrar uma via de prestação de

serviços de saúde ainda mais rentável do que a apresentada, e que terá capacidade para responder ainda a mais pessoas do que o projeto apresentado.

Refere-se ainda que o presente projeto é compatível com candidaturas ao Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego do Programa Portugal 2020, em específico com a prioridade de investimento 9iv que diz respeito à “melhoria do acesso a serviços sustentáveis, de grande qualidade e a preços comportáveis, incluindo cuidados de saúde e serviços sociais de interesse geral”, o que poderá vir a reduzir os custos financeiros para a organização.

6.3. Síntese da análise e discussão dos resultados

De acordo com os dados recolhidos na análise dos questionários e no estudo de caso realizados, verificamos que as hipóteses de estudo colocadas se verificam. Ou seja, comprova-se que “existem recursos humanos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência” e que “os recursos de saúde existentes nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência podem ser uma forma de sustentabilidade dessa organização”.

Como síntese apresenta-se na tabela seguinte a informação relativa às hipóteses apresentadas para análise estatística:

Tabela 42: Síntese das hipóteses em estudo

Hipóteses	Resultado	Observações
H1.1: Existem enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Serviço de Apoio Domiciliário.	Confirmada para enfermeiro.	
H1.2: Existem fisioterapeuta, psicólogo, médico ou terapeuta ocupacional nas instituições com Centro de Atividades Ocupacionais.	Confirmada para fisioterapeuta.	Existe ainda associação com terapeuta da fala.
H1.3: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Apoio em Regime Ambulatório.	Não testado.	Número de instituições com esta resposta social inferior a 10.
H1.4: Existem enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Intervenção Precoce.	Confirmada para terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.	
H1.5: Existem psicólogo ou terapeuta ocupacional nas instituições com Fórum Sócio-Ocupacional.	Não testado.	Número de instituições com esta resposta social inferior a 10.
H1.6: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Formação e Certificação Profissional de Pessoas com Deficiência.	Confirmada para terapeuta da fala.	Existe ainda associação com médico.
H1.7: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Valência Sócio-Educativa.	Não testado.	Número de instituições com esta resposta social inferior a 10.
H1.8: Existem fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional nas instituições com Centro de Recursos para a Inclusão.	Confirmada para fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.	

7. Conclusões, Limitações e Sugestões para estudos seguintes

Esta dissertação de mestrado ambicionou no seu ponto de partida perceber se os recursos de saúde existentes nas empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência poderiam ser rentabilizados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, e como tal serem uma fonte de sustentabilidade para a referida organização.

Para dar resposta a esta questão começou por se tentar perceber quais as formas de sustentabilidade das empresas de economia social, concluindo-se que essa sustentabilidade depende não só da viabilidade financeira da organização, mas também da sua capacidade de se manter fiel à missão e ao desenvolvimento das atividades necessárias para a atingir. Para a sustentabilidade das empresas de economia social contribuem ainda as suas capacidades de adaptação ao contexto socioeconómico onde se inserem e o reconhecimento que a comunidade faz da sua intervenção. Importa ainda que as empresas de economia social diversifiquem as suas fontes de financiamento e que aprendam com o seu passado e planeiem o seu futuro.

Para compreender o setor em estudo – apoio social para pessoas com deficiência – tentou perceber-se a sua evolução no contexto da realidade portuguesa, bem como o seu estado atual. Desta forma percebeu-se que as instituições deste setor foram criadas como resposta de cariz social para as pessoas com deficiência ou incapacidades, mas incluíam não só as respostas ao nível do apoio social mas também ao nível da saúde (situação que não levantava problemas, uma vez que à data da criação destas empresas o setor da saúde era tutelado em conjunto com os assuntos sociais). Atualmente estas empresas incluem diversas respostas sociais tuteladas pelo Instituto da Segurança Social, Instituto do Emprego e Formação Profissional e Ministério da Educação e Ciência. Das respostas desenvolvidas considerou-se existir intervenção de técnicos da área da saúde em muitas delas, sendo os técnicos mais frequentes fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, podendo existir ainda enfermeiro ou médico.

Por último, tentou-se perceber quais os procedimentos para criação de uma unidade de saúde nas empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência. Neste ponto percebeu-se que desde agosto de 2014 são considerados estabelecimentos prestadores de serviços de saúde todos os estabelecimentos onde se prestam cuidados de saúde, independentemente da sua forma jurídica ou dos seus fins, e que todos eles deveriam estar registados na ERS. Percebeu-se ainda que o referido registo permite à entidade prestar serviços de saúde a qualquer cliente, mas que no entanto este registo

apenas permite a prestação de serviços ao cliente que “compra” os serviços diretamente “em privado” (sem recurso a nenhum seguro ou outro subsistema de saúde). Esta situação prende-se com a não emissão de licença de funcionamento por parte da ERS (documento potencialmente necessário para a contratualização com o Estado, subsistemas de saúde e seguradoras), justificando esta a não emissão da referida licença por ausência de regulamentação específica para as unidades de saúde desenvolvidas por empresas de economia social.

Ou seja, à data atual, as empresas de economia social que prestam serviços de saúde aos seus clientes internos, e que portanto têm entre os seus colaboradores técnicos de saúde, deveriam estar registadas na ERS e poderiam a partir desse momento prestar serviços de saúde não só aos clientes internos, mas também a qualquer outra pessoa que o solicite.

Por fim, e passando à parte prática desta dissertação, realizaram-se por um lado inquéritos por questionário a nível nacional às empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência com o intuito de provar a existência de recursos de saúde nestas organizações, e por outro um estudo de caso com uma organização em específico para verificar se a rentabilização dos recursos de saúde existentes nessa organização poderiam ou não ser uma fonte viável de rendimentos.

Assim, nos inquéritos por questionário verificou-se a existência de técnicos de saúde nas empresas de economia social com apoio social para a pessoa com deficiência, salientando-se que quanto maior o número de respostas sociais desenvolvidas por uma organização, maior o número de técnicos de saúde existentes nessa organização, sendo que em média os técnicos de saúde representam cerca de 20% de todos os colaboradores destas empresas de economia social.

No estudo de caso, verificou-se que o projeto de rentabilização dos recursos de saúde da organização era viável do ponto de vista financeiro para a organização, e que poderia potencialmente trazer benefícios ao nível social e económico para a comunidade onde a empresa de economia social se insere, não só pela dinamização de um novo serviço de saúde como pela possibilidade de ser uma resposta com preços mais acessíveis por ser desenvolvida por uma IPSS.

Assim, considera-se que a rentabilização dos recursos de saúde das empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência pode ser uma via de sustentabilidade da organização quer do ponto de vista financeiro, quer no sentido da dinamização da própria missão e do apoio e reconhecimento por parte da comunidade onde a empresa se insere.

Quanto às limitações, considera-se que este estudo apresenta algumas, designadamente ao nível do reduzido número de empresas de economia social que responderam ao inquérito por questionário e que acabaram por limitar o estudo estatístico realizado, limitando também a possibilidade de realizar uma análise dos recursos de saúde existentes nas empresas de economia social e compará-los às necessidades de respostas de saúde por zona geográfica.

Assim, apresentam-se como sugestões para estudos futuros a possibilidade de realizar um estudo aprofundado dos recursos de saúde das empresas de economia social por zona geográfica, tentando depois entender se esses recursos poderiam ser uma resposta de saúde viável para a população local.

Sugere-se ainda a realização de um estudo com as empresas de economia social que já rentabilizam os seus recursos de saúde, tentando perceber se essa rentabilização se mostra ou não como um meio para a sustentabilidade das organizações.

Por fim, considera-se que os principais objetivos deste estudo foram atingidos, considerando no entanto que este estudo constituiu apenas um contributo para o conhecimento do setor da saúde associado às empresas de economia social com apoio social para pessoas com deficiência, e que esta é uma área ainda por explorar e onde muitos estudos de investigação poderão ainda ser realizados.

8. Referências Bibliográficas

- Portal da Saúde. (24 de fevereiro de 2010). *Portal da Saúde*. Obtido em 23 de novembro de 2014, de www.portaldasaude.pt:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- ARSLVT. (30 de março de 2015). *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Obtido de www.arslvt.min-saude.pt: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/197>
- Aviso n.º 5834-A/2013, de 3 de maio. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Azevedo, C. (2012). Desempenho, Sustentabilidade e Eficiência Económica em OSFL. Em C. Azevedo, R. Franco, & J. Meneses, *GEstão de Organizações Sem Fins Lucrativos* (pp. 371-407). Porto: Impulso Positivo.
- Bell, J., Masaoka, J., & Zimmerman, S. (2010). *Nonprofit Sustainability: Making Strategic Decisions for Financial Viability*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Cabral, A. P. (Outubro de 2011). O Sistema de Saúde Português. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, n.º 5, pp. 6-9.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico*. Lisboa: Escolar Editora.
- Cebola, A. (2011). *Projetos de Investimento de PME - Elaboração e Análise*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Claro, P., Claro, D., & Amâncio, R. (out/nov/dez de 2008). Entendendo o conceito de sustentabilidade nas organizações. *Revista de Administração de São Paulo*, pp. 289-300.
- Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas. (2014). Portugal: Diário da República Portuguesa. Obtido de http://info.portaldasfinancas.gov.pt/pt/informacao_fiscal/codigos_tributarios/CI_RC_2R/

- Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado. (2014). Portugal: Diário da República Portuguesa. Obtido de http://info.portaldasfinancas.gov.pt/pt/informacao_fiscal/codigos_tributarios/civa_rep/index_iva.htm
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro. (2014). *Centro 2020*. Obtido em 30 de março de 2015, de <http://centro.portugal2020.pt/>: <http://centro.portugal2020.pt/images/centro/pdf/BrochuraCentro2020.pdf>
- Comissão Europeia. (abril de 2014). *Comissão Europeia - Europa 2020*. Obtido em 06 de novembro de 2014, de <http://ec.europa.eu/>: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/nrp2014_portugal_pt.pdf
- Comissão Europeia. (s.d.). *Comissão Europeia - Europa 2020*. Obtido em 06 de novembro de 2014, de <http://ec.europa.eu/>: http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/targets/index_pt.htm
- Constituição da República Portuguesa. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Correia de Campos, A., & Simões, J. (2014). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- CRIT. (2011). *Relatório e Contas 2010*. Torres Novas: CRIT.
- CRIT. (2012). *Manual de Processos do CRIT*. Torres Novas, Santarém, Portugal.
- CRIT. (2012). *Relatório e Contas 2011*. Torres Novas: CRIT.
- CRIT. (2013). *Relatório e Contas 2012*. Torres Novas: CRIT.
- CRIT. (18 de 05 de 2014). *Centro de Reabilitação e Integração Torrejano*. Obtido de www.crit.pt: <http://www.crit.pt/htmls/conteudos/EEZFEEAypATjaBuLsp.shtml>
- CRIT. (2014). *Relatório e Contas 2013*. Torres Novas: CRIT.
- CRIT. (2015). *Relatório e Contas 2014*. Torres Novas: CRIT.
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 131/2013, de 11 de setembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.

- Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 163/2008, de 8 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 296/2007, de 31 de dezembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de julho. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-lei n.º 396/2007, de 31 de dezembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Despacho Conjunto n.º 727/99, de 23 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Despacho n.º 52/SESS/90, de 16 de julho. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Despacho Normativo n.º 18/2010, de 29 de junho. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Despacho Normativo n.º 28/2006, de 3 de maio. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- ERS, E. R. (27 de fevereiro de 2015). *Entidade Reguladora da Saúde*. Obtido em 16 de abril de 2015, de www.ers.pt:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1336/ARS_LF_IPSS-1.pdf

- Fowler, A. (2000). *The Virtuous Spiral*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Gomes, A. F. (2014). *Financiamento na saúde em países da OCDE: evolução & tendências*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia.
- Governo da República Portuguesa. (12 de novembro de 2014). *Portugal 2020*. Obtido em 30 de março de 2015, de www.portugal2020.pt:
[https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/VERSOES%20CONSULTA/PO_ISE_FINAL_data_09122014_decisao_C\(2014\)9621.pdf](https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/Programas%20Operacionais/VERSOES%20CONSULTA/PO_ISE_FINAL_data_09122014_decisao_C(2014)9621.pdf)
- Governo da República Portuguesa. (2015). *Portugal 2020*. Obtido em 10 de julho de 2015, de www.portugal2020.pt:
https://www.portugal2020.pt/Portal2020/Media/Default/Docs/avisos/Planos/Plano-Avisos_01_07_2015.pdf
- IEFP. (2011). *Formação Profissional e Certificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades - Guia organizativo*.
- Infópedia. (04 de junho de 2014). *Infopédia - enciclopédia e dicionários Porto Editora*. Obtido de www.infopedia.pt:
<http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/sustentabilidade>
- ISS. (2013). *Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- ISS. (2014). *Guia Prático – Apoios Sociais – Crianças e Jovens com Deficiência*. Instituto da Segurança Social.
- ISS. (2014). *Guia Prático - Apoios Sociais - Pessoas com Deficiência*. Instituto da Segurança Social.
- ISS, I. d. (05 de março de 2015). *Instituto da Segurança Social*. Obtido em 23 de abril de 2015, de www4.seg-social.pt: <http://www4.seg-social.pt/adultos-com-deficiencia>
- Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Lei n.º 24/2011, de 16 de junho. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
- Marques, A., & Nunes, J. (maio de 2008). www.huc.min-saude.pt. Obtido em 04 de dezembro de 2014, de Hospitais da Universidade de Coimbra - Ministério da

- Saúde: http://www.huc.min-saude.pt/imagiologia/area_tecnica/evolucao%20do%20sns.pdf
- Ministério da Saúde. (06 de janeiro de 2015). *Ministério da Saúde - Portal da Saúde*. Obtido de www.min-saude.pt: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/654BD286-EC95-422C-9F54-C1B19097CC23/0/OrganogramaMS22052014.pdf>
 - Pereira, S. (2013). *Práticas de Gestão de Recursos Humanos nas IPSS - Tese de Mestrado*. Porto: Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
 - PORDATA. (16 de abril de 2015). *PORDATA*. Obtido de www.pordata.pt.
 - Portaria n.º 1056-A/2010, de 14 de outubro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 1102/97, de 3 de novembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 1212/2012, de 30 de novembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 139/2007, de 29 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 150/2015, de 26 de maio. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 432/2006, de 3 de maio. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 466/86, de 25 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 59/2015, de 2 março. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 60/2015, de 2 de março. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Portaria n.º 801/2010, de 23 de agosto. (s.d.). Lisboa: Diário da República.
 - Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
 - Rio, S. (2010). *Estado, IPSS e protecção social na área da reabilitação e integração das pessoas com deficiências e incapacidades*. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
 - SNRIPD, S. N. (2006). *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades 2006/2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
 - Soares, C., Fialho, J., Chau, F., Gageiro, J., & Pestana, H. (2013). *A Economia Social e a sua Sustentabilidade como Fator de Inclusão Social*. SERGA. Obtido

em 10 de fevereiro de 2015, de

<http://serga.pt/userfiles/files/Relatorio%20Final.pdf>

- Soares, C., Fialho, J., Gageiro, J., & Pestana, H. (2013). *A economia social e a sua sustentabilidade como fator de inclusão social*. Lisboa: Serga.
- Sontag-Padilla, L. M., Staplefoote, L., & Morganti, K. G. (2012). *Financial Sustainability for Nonprofit Organizations*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Sousa, S. e. (2012). *As Instituições Particulares de Solidariedade Social num contexto de crise económica*. CNIS - Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade.
- Sousa, S. e. (abril de 2012). *Confederação Nacional de Instituições de Solidariedade*. Obtido em 10 de fevereiro de 2015, de www.cnis.pt:
http://novo.cnis.pt/images_ok/ApresCNIS_MillenniumBCP_Abr2012.pdf
- Viegas, V., Frada, J., & Miguel, J. P. (2006). *www.dgs.pt*. Obtido em 30 de novembro de 2014, de Direção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-direccao-geral-da-saude-notas-historicas.aspx>
- Wood, C. (2013). *Value Based Business Planning: Practical strategies for non-profit sustainability*. Lexington: Chris Wood.
- York, P. (2009). *TCC Group*. Obtido em 09 de fevereiro de 2015, de www.tccgrp.com: <http://www.tccgrp.com/pdfs/SustainabilityFormula.pdf>

Anexos

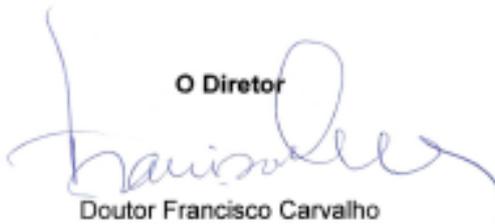
Anexo I – Declaração IPT

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que **PATRÍCIA MOITA**, aluna da Escola Superior de Gestão de Tomar, nº 18492, pretende efetuar um questionário no âmbito da realização de tese de Dissertação do Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde, subordinada ao tema "Implementação de Serviços de Saúde em Empresas de Economia Social com Apoio Social para pessoas com Deficiência".

Mais se declara, que os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito da Dissertação de Mestrado.

O Diretor



Doutor Francisco Carvalho

Apêndices

Apêndice I - Questionário



Instituto Politécnico de Tomar

Questionário

O presente questionário é realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde da aluna n.º 18492 do Instituto Politécnico de Tomar, Patrícia Moita. O tema da Dissertação é "Implementação de Serviços de Saúde em Empresas de Economia Social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência".

Com este questionário pretendo identificar as empresas de economia social que desenvolvem atividades no âmbito da pessoa com deficiência, bem como identificar os recursos humanos da área da saúde existentes nestas empresas.

Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito da Dissertação de Mestrado.

Apenas é permitido responder ao questionário uma vez.

O questionário será encerrado a 26 de junho de 2015.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário, envie-me um email: patmoita@gmail.com

A sua participação é muito importante!

***Obrigatório**

1. Designação Social *

2. Morada (Sede Fiscal) *

3. Concelho *

4. Distrito *

5. CAE Principal *

Identifique o CAE Principal da Organização.

6. CAE Secundário(s)

Caso tenha outros CAE registados, identifique-os.

7. Forma Jurídica *

Assinale a forma jurídica da organização.

- Associação de Solidariedade Social
- Cooperativa de Solidariedade Social
- Associação Mutualista ou de Socorros Mútuos
- Fundação de Solidariedade Social
- Irmandade da Misericórdia
- Centro Social e Paroquial
- União, Federação ou Confederação
- Outra: _____

8. Horário de Funcionamento *

Qual o horário de funcionamento das respostas sociais?

9. Respostas Sociais *

Assinale as respostas sociais que desenvolve.

- Centro de atendimento/acompanhamento na deficiência
- Serviço de Apoio Domiciliário
- Centro de Atividades Ocupacionais
- Lar Residencial
- Residência Autónoma
- Transporte de Pessoas com Deficiência
- Apoio em Regime Ambulatório
- Intervenção Precoce
- Lar de Apoio
- Fórum Sócio-Ocupacional
- Unidade de Vida Autónoma
- Unidade de Vida Apoiada
- Unidade de Vida Protegida
- Formação Profissional para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade
- Informação, Avaliação, Orientação e Qualificação para o Emprego
- Apoio à Colocação
- Acompanhamento Pós Colocação
- Valência Sócio-Educativa
- Centro de Recursos para a Inclusão
- Outras

10. Respostas Sociais - capacidade *

Para as respostas sociais assinaladas na questão anterior, identifique a capacidade e o número de cada resposta social.

--

11. Outras Respostas Sociais

Se respondeu "Outras" à questão 10, identifique as outras respostas sociais ou atividades.

Se respondeu "Não" passe à pergunta seguinte.

--

12. Recursos Humanos *

Qual o número total de colaboradores da organização?

13. Técnicos de Saúde - Enfermeiro *

A organização tem enfermeiro(s) como colaborador(es)?

- Sim
 Não

14. Quantos enfermeiros existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 19.

15. Quantos enfermeiros têm contrato a tempo inteiro?

16. Quantos enfermeiros têm contrato a tempo parcial?

17. Qual a percentagem de financiamento público dos enfermeiros?

18. Existem outras formas de financiamento dos enfermeiros? Se sim identifique quais. Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

19. Técnicos de Saúde - Fisioterapeuta *

A organização tem fisioterapeuta(s) como colaborador(es)?

- Sim
 Não

20. Quantos fisioterapeutas existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 25.

21. Quantos fisioterapeutas têm contrato a tempo inteiro?

22. Quantos fisioterapeutas têm contrato a tempo parcial?

23. Qual a percentagem de financiamento público dos fisioterapeutas?

24. Existem outras formas de financiamento dos fisioterapeutas? Se sim identifique quais. Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

25. Técnicos de Saúde - Médico *

A organização tem médico(s) como colobarador(es)?

- Sim
- Não

26. Quantos médicos existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 32.

27. Qual a(s) sua(s) especialidade(s) médica(s)?

28. Quantos médicos têm contrato a tempo inteiro?

29. Quantos médicos têm contrato a tempo parcial?

30. Qual a percentagem de financiamento público dos médicos?

31. Existem outras formas de financiamento dos médicos? Se sim identifique quais.

Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

32. Técnicos de Saúde - Psicólogo *

A organização tem psicólogo(s) como colobarador(es)?

- Sim
- Não

33. Quantos psicólogos existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 38.

34. Quantos psicólogos têm contrato a tempo inteiro?

35. Quantos psicólogos têm contrato a tempo parcial?

36. Qual a percentagem de financiamento público dos psicólogos?

37. Existem outras formas de financiamento dos psicólogos? Se sim identifique quais.
Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

38. Técnicos de Saúde - Terapeuta da Fala *

A organização tem terapeuta(s) da fala como colobarador(es)?

- Sim
- Não

39. Quantos terapeutas da fala existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 44.

40. Quantos terapeutas da fala têm contrato a tempo inteiro?

41. Quantos terapeutas da fala têm contrato a tempo parcial?

42. Qual a percentagem de financiamento público dos terapeutas da fala?

43. Existem outras formas de financiamento dos terapeutas da fala? Se sim identifique quais.

Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

44. Técnicos de Saúde - Terapeuta Ocupacional *

A organização tem terapeuta(s) ocupacional(is) como colobarador(es)?

- Sim
- Não

45. Quantos terapeutas ocupacionais existem na organização?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta 50.

46. Quantos terapeutas ocupacionais têm contrato a tempo inteiro?

47. Quantos terapeutas ocupacionais têm contrato a tempo parcial?

48. Qual a percentagem de financiamento público dos terapeutas ocupacionais?

49. Existem outras formas de financiamento dos terapeutas ocupacionais? Se sim identifique quais.

Exemplos: donativos, exploração de espaços por profissionais, venda de bens e serviços

50. Técnicos de Saúde - Outros *

A organização tem outros técnicos de saúde como colobarador(es)? Se sim, quais.

51. Presta serviços de saúde para a comunidade em geral? *

- Sim
- Não

52. Que serviços de saúde presta à comunidade?

Se respondeu "Sim" à questão anterior continue o questionário. Se respondeu "Não" passe à pergunta seguinte. Exemplos: consultas de psicologia, terapia da fala, sessões de hidroterapia

53. Entidade Reguladora da Saúde *

Está registado na Entidade Reguladora da Saúde?

Sim

Não

54. Percentagem de financiamento público *

Qual a percentagem de financiamento público da organização?

55. Outras informações

Acrescente as informações que considere pertinentes

Apêndice II – E-mail enviado para instituições

Boa tarde

Chamo-me Patrícia Moita e sou aluna do Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde do Instituto Politécnico de Tomar.

Encontro-me atualmente a realizar a Dissertação de Mestrado com o tema "Implementação de Serviços de Saúde em Empresas de Economia Social com Apoio Social para Pessoas com Deficiência". Para tal pretendo estudar os recursos humanos da área da saúde existentes nas empresas de economia social que desenvolvem atividades no âmbito da pessoa com deficiência.

Assim, venho por este meio solicitar que proceda ao preenchimento do questionário on-line disponível no seguinte endereço eletrónico:

https://docs.google.com/forms/d/1eSKYQQdraCgNJlhDAf6DvDTJCvfvSgh-8iADb_kkmk/viewform?usp=send_form

Junto envio ainda em anexo uma declaração do Instituto Politécnico de Tomar a atestar que os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito da Dissertação de Mestrado.

A recolha de dados será encerrada a 26 de junho de 2015, pelo que solicito que as respostas ao questionário sejam dadas até essa data.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário ou a dissertação de mestrado poderá contactar-me através de email (patmoita@gmail.com) ou via telefone (938272511).

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os meus cumprimentos,

--

Patrícia Moita

contatos: 938272511/patmoita@gmail.com

aluna n.º 18492 do Mestrado de Gestão de Recursos de Saúde do Instituto Politécnico de Tomar

Apêndice III – Dados do CRIT

Recursos Físicos do CRIT

Fisioterapia

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	CRIT
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	Sim (comum)
Zona de espera (junto à receção/secretaria)	--	--	Sim (comum)
Zona de macas e cadeiras de rodas (junto à receção/secretaria)	--	--	Sim
Instalação sanitária (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)	--	--	Sim
Área clínica/técnica – Eletroterapia (se existir)			
Sala de tratamentos (zona de preparação)	6	--	Não
Box de tratamento	2,5/box	--	Não
Sala de tratamentos – parafina e parafango (se existir)	6	--	Sim
Área clínica/técnica – Cinesiterapia respiratória (se existir)			
Sala de tratamentos com aerossóis (se existir)	2/posto	--	Não
Sala de cinesiterapia (dispensável se existir ginásio na unidade)	12	--	Sim
Área clínica/técnica – Cinesiterapia			
Gabinete de consulta	10	2,60	Não
Ginásio terapêutico	30	--	Sim (<30m ²)
Sala de repouso (facultativo - pode ser comum à hidroterapia)	12	--	Não
Área técnica/hidroterapia (se existir)			
Vestiário de doentes (com instalação sanitária, cacifos e duche)	--	--	Sim
Piscina/tanque de marcha (facultativo)	Cais de 1,4m de perímetro	--	Sim
Zona de banho de contraste (facultativo)	5/posto	--	Não
Zona para hidromassagem (facultativo)	15	--	Sim (<15m ²)
Sala de repouso (facultativo - pode ser comum à hidroterapia)	12	--	Não
Área de pessoal			

Vestiário de pessoal (com zona de cacifos)	--	--	Sim (sem cacifos)
IS de pessoal	--	--	Sim
Sala de pessoal (facultativo)	--	--	Não
Sala de reuniões (facultativo)	--	--	Não
Área logística			
Sala de equipamento	--	--	Sim
Sala de sujos e despejos	--	--	Não
Zona de roupa limpa (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim
Zona de material de consumo (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim

Psicologia

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	CRIT)
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	Sim (comum)
Zona de espera (junto à receção/secretaria)	--	--	Sim (comum)
Instalação sanitária (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)	--	--	Sim
Área clínica/técnica			
Gabinete de consulta	10	2,60	Sim
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal (com zona de cacifos)	--	--	Não
Instalação Sanitária de pessoal (em unidades com mais de 2 gabinetes de consulta)	--	--	Sim
Área logística			
Zona de material de consumo (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim
Zona de material de uso clínico (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim
Material de limpeza	--	--	Sim

Terapia da Fala

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	CRIT)
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	Sim (comum)
Zona de espera (junto à receção/secretaria)	--	--	Sim (comum)
Zona de macas e cadeiras de rodas (junto à receção/secretaria)			Sim (comum)
Instalação sanitária (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)	--	--	Sim
Área clínica/técnica – Terapia da Fala (se existir)			
Sala de terapia da fala	9	--	Sim
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal (com zona de cacifos)	--	--	Não
IS de pessoal	--	--	Sim
Sala de pessoal (facultativo)	--	--	Não
Sala de reuniões (facultativo)	--	--	Não
Área logística			
Sala de equipamento	--	--	Sim
Sala de sujos e despejos	--	--	Não
Zona de roupa limpa (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim
Zona de material de consumo (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim

Terapia Ocupacional

Designação	Área útil mínima (m2)	Largura mínima (m)	CRIT
Área de acolhimento			
Receção/secretaria	--	--	Sim (comum)
Zona de espera (junto à receção/secretaria)	--	--	Sim (comum)
Zona de macas e cadeiras de rodas (junto à receção/secretaria)			Sim (comum)
Instalação sanitária (adaptada a pessoas com mobilidade condicionada)	--	--	Sim
Área clínica/técnica – Terapia Ocupacional (se existir)			
Sala de tratamentos (dispensável se existir ginásio na unidade equipado para o efeito)	20	--	Sim
Equipamento	--	--	Sim
Área de pessoal			
Vestiário de pessoal (com zona de cacifos)	--	--	Não
IS de pessoal	--	--	Sim
Sala de pessoal (facultativo)	--	--	Não
Sala de reuniões (facultativo)	--	--	Não
Área logística			
Sala de equipamento	--	--	Sim
Sala de sujos e despejos	--	--	Não
Zona de roupa limpa (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim
Zona de material de consumo (arrumação em armário/estante/carro)	--	--	Sim

Equipamento existente no CRIT

Fisioterapia

Designação	Equipamento	Qtidade	CRIT
Área clínica/técnica			
Gabinete de consulta	Estetoscópio	1	Não
	Esfigmomanómetro	1	Sim
	Negatoscópio	1	Não
	Martelo de reflexos	1	Não
	Oftalmoscópio (opcional)	1	Não
	Goniómetro (opcional)	1	Não
	Podoscópio (opcional)	1	Não
	Espirómetro (opcional)	1	Não
	Catre	1	Não
	Balança de adultos com craveira ou equivalente	1	Sim
Sala de provas de próteses	Barras paralelas	1	Sim
	Espelho	1	Sim (não graduado)
	Marquesa	1	Sim
Área clínica/técnica – Cinesiterapia respiratória			
Sala de tratamentos com aerossóis	Nebulizador com sistema de aquecimento por aerossolterapia	1/posto	Não
	Cadeira/cadeirão relax	1/posto	Não
Sala de cinesiterapia	Espirometria incentivada	1	Não
	Mesa de tratamentos para drenagem brônquica/ manipulação torácica e reeducação respiratória (opcional)	1	Não
	IPPB e ou ventiloterapia não invasiva (opcional)	1	Não
	Aspirador (opcional)	1	Sim
Área clínica/técnica – Cinesiterapia			
Ginásio terapêutico	Tapete de reeducação	1	Sim
	Colchão de reeducação	1	Sim
	Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha	1	Sim
	Barras paralelas	1	Sim
	Cintos, talas	1	Não
	Espelho de reeducação	1	Sim (não graduado)
	Espaldar	1	Não
	Mangas pneumáticas para membros superiores e inferiores	2	Sim

	Conjunto de cunhas e rolos de espuma de diversas formas e volumes	1	Não
	Bolas tipo Bobath	1	Sim
	Bolas medicinais de vários tamanhos	1	Sim
	Conjunto de tábuas para reeducação proprioceptiva	1	Sim
	Tábuas/plataformas para treino de equilíbrio	1	Sim
	Conjunto de pesos de diversos tipos	1	Não
	Gaiola de Rocher ou similar com acessórios	1	Não
	Bicicleta ergométrica	1	Não
	Plano inclinado ou mesa de verticalização (opcional)	1	Sim
	Ortóteses/próteses de treino (opcional)	1	Não
	Tapete rolante (opcional)	1	Não
	Aparelho de tração vertebral (opcional)	1	Não
	Aparelho de mobilização articular para membro superior e inferior (opcional)	1	Não
	Aparelho de fortalecimento muscular (opcional)	1	Não
	Aparelho de fortalecimento isocinético (opcional)	1	Não
	Carro de emergência equipado com desfibrilhador automático, aspirador, equipamento de ventilação manual, máscara laríngea, tubos de Guedel e bala de oxigénio	1	Não
Área técnica – Hidroterapia			
Piscina/ tanque de marcha	Colete de flutuação para adultos	1/doente	Sim
	Cadeira/maca de altura regulável, para introdução do doente dentro da piscina	1	Sim
	Barras paralelas ou tapete rolante subaquático	1	Não
	Tanque de Hubard (opcional)	1	Não
Zona de banhos de contraste	Banho de contraste para membros superiores	1	Não
	Banho de contraste para membros inferiores	1	Não
Zona de hidromassagem	Tina de hidromassagem	1	Sim
	Banco interior para hidromassagem	1	Não
	Ascensor para transferência de doentes (opcional)	1	Não

Terapia da Fala

Designação	Equipamento	Qtdade	CRIT
Área clínica/técnica – Terapia da Fala (adaptado segundo a área de intervenção – linguagem ou voz)			
Sala de terapia da fala	Equipamento de perceção visual	1	Sim
	Equipamento de cálculo mental	1	Sim
	Equipamento de construção no espaço	1	Sim
	Equipamento de motricidade fina	1	Sim
	Equipamento de reeducação lógica	1	Sim
	Equipamento de perceção auditiva	1	Sim
	Equipamento de leitura escrita	1	Sim
	Sistemas aumentativos e alternativos de comunicação, PIC, SPC (opcional)	1	Sim

Terapia Ocupacional

Designação	Equipamento	Qtidade	CRIT
Área clínica/técnica – Terapia Ocupacional			
Sala de tratamentos	Equipamento de treino sensitivo e sensorial	1	Sim
	Equipamento de fortalecimento e reeducação motora do membro superior/mão	1	Sim
	Equipamento e material de treino e estimulação neuro-cognitiva	1	Sim
	Material específico para treino de destreza manual	1	Sim
	Equipamento e material, incluindo dispositivos de compensação para atividades da vida diária (opcional)	1	Sim
	Equipamento adequado à confeção de talas e ortóteses estáticas e dinâmicas (opcional)	1	Sim
	Espelho de reeducação	1	Não
	Marquesa	1	Não
	Colchão de reeducação	1	Não

Equipamentos a adquirir pelo CRIT

Equipamento	Fisioterapia	Terapia Ocupacional
Estetoscópio	1	0
Esfigmomanómetro	1	0
Negatoscópio	1	0
Martelo de reflexos	1	0
Goniómetro	1	0
Cadeira/cadeirão relax	1	0
Espirómetro (Espirometria incentivada)	1	0
Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha	2	0
Espaldar	1	0
Ascensor para transferência de doentes	1	0
Aparelho eletroterapia + ultra-som	1	0
Aparelho de eletroterapia com EMG	1	0
Aparelho de ultra-som + laser	1	0
Tina de parafina	1	0
Luz de infravermelhos	1	0
Aparelho de pressoterapia	1	0
Frigorífico (crioterapia)	1	0
Espelho de reeducação	1	1
Marquesa de Bobath	1	0
Marquesa hidráulica	2	1
Marquesa madeira	1	0
Nebulizador com sistema de aquecimento por aerosolterapia	1	0
Almofadas	7	0
Cunhas	3	0
Pesos diversos (0,5kg, 1 Kg, 1,5 Kg, 2Kg - par)	1	0
Gaiola de Rocher ou similar com acessórios	1	0
Bicicleta ergométrica	1	0
Colchão de reeducação	0	1
Carro de emergência	1	0
Desfibrilhador automático	1	0
Equipamento de ventilação manual	1	0
Máscara laríngea	2	0

Máscara pediátrica	1	0
Bala de oxigénio	1	0
Tubos de Guedel	3	0
Cadeiras	6	0
Cadeira com rodas	1	0
Cacifos	3	0

Orçamento dos equipamentos a adquirir pelo CRIT

Equipamento de saúde	Empresa	Preço unitário	2016	2017	2018	2019
Estetoscópio	Medical	53,00 €		53,00 €		
Esfigmomanómetro	Medical	68,00 €		68,00 €		
Negatoscópio	Medical	96,00 €		96,00 €		
Martelo de reflexos	Medical	11,50 €		11,50 €		
Goniómetro	Medical	16,50 €		16,50 €		
Cadeira/cadeirão relax	Medical	472,00 €			472,00 €	
Espirómetro (Espirometria incentivada)	Medical	6,20 €		6,20 €		
Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha	Medical	9,00 €				18,00 €
Espaldar	Medical	302,00 €			302,00 €	
Ascensor para transferência de doentes	Medical	790,00 €				790,00 €
Aparelho eletroterapia + ultra-som	Quirumed	2.532,69 €	2.532,69 €			
Aparelho de eletroterapia com EMG	Quirumed	3.517,80 €				3.517,80 €
Aparelho de ultra-som + laser	Quirumed	1.857,30 €				1.857,30 €
Tina de parafina	Quirumed	178,35 €		178,35 €		
Luz de infravermelhos	Quirumed	378,15 €			378,15 €	
Aparelho de pressoterapia	Quirumed	1.160,87 €		1.160,87 €		
Espelho de reeducação	Quirumed	518,48 €			518,48 €	518,48 €
Marquesa de Bobath	Quirumed	1.350,28 €		1.350,28 €		
Marquesa hidráulica	Quirumed	797,45 €		797,45 €	797,45 €	797,45 €
Marquesa madeira	Quirumed	340,54 €			340,54 €	
Nebulizador com sistema de aquecimento por aerossolterapia	Quirumed	47,72 €	47,72 €			
Almofadas	Quirumed	19,16 €			134,14 €	
Cunhas	Quirumed	40,81 €			122,43 €	
Peso pulso/tornozelo 0,5kg	Quirumed	12,80 €				12,80 €
Peso pulso/tornozelo 1kg	Quirumed	16,92 €				16,92 €
Peso pulso/tornozelo 2kg	Quirumed	27,98 €				27,98 €
Peso halter 1,5kg	Quirumed	20,20 €				20,20 €

Gaiola de Rocher ou similar com acessórios	Quirumed	2.070,23 €			2.070,23 €	
Bicicleta ergométrica	Quirumed	201,72 €			201,72 €	
Colchão de reeducação	Quirumed	166,71 €				166,71 €
Carro de emergência	Quirumed	1.040,92 €		1.040,92 €		
Desfibrilhador automático	Quirumed	1.652,87 €		1.652,87 €		
Equipamento de ventilação manual	Quirumed	20,79 €		20,79 €		
Máscara laríngea	Quirumed	5,41 €		10,82 €		
Máscara pediátrica	Quirumed	10,46 €		10,46 €		
Bala de oxigénio	Quirumed	371,58 €		371,58 €		
Tubos de Guedel	Medical	0,83 €		2,49 €		
Total por ano			2.580,41 €	6.848,09 €	5.337,14 €	7.743,65 €

Outro Equipamento	Empresa	Preço unitário	2016	2017	2018	2019
Cadeiras	Staples	29,90 €		89,70 €	89,70 €	
Cadeira com rodas	Staples	57,90 €			57,90 €	
Cacifos	Staples	185,00 €		370,00 €		185,00 €
Frigorífico	Worten	219,99 €	219,99 €			
Total por ano			219,99 €	459,70 €	147,60 €	185,00 €

Apêndice IV - Análise de Cenários

	Cenário	VAL	TIR	Pay Back
1	1/2 dos clientes são de população desfavorecida	- 3.798,93 €	4%	4 anos e 11 meses
2	1/10 dos clientes são de população desfavorecida	30.598,24 €	54%	3 anos e 2 meses
3	- 5% de consultas realizadas	2.993,53 €	14%	4 anos e 6 meses
4	Tabela sócios*	-1.430,65 €	8%	4 anos e 9 meses
5	Quebra de 20% nas consultas previstas para o ano 2020	1.817,97 €	13%	4 anos e 6 meses

*10% desconto sobre tabela normal contra pagamento de quota de sócio

Cenário 1: 1/2 dos clientes são de população desfavorecida

Descrição: O número de consultas realizadas será igual ao do Projeto, mas os rendimentos serão contabilizados como metade das consultas cobradas com base na tabela normal e metade das consultas cobradas com base na tabela reduzida.

Rendimentos previstos para o cenário 1

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	14.025,00 €	25.327,50 €	38.775,00 €	50.077,50 €	63.525,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	23.430,00 €	36.355,00 €	51.260,00 €	63.442,50 €	77.770,00 €

Demonstração de resultados para o cenário 1

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	23.430,00 €	36.355,00 €	51.260,00 €	63.442,50 €	77.770,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	23.430,00 €	36.355,00 €	51.260,00 €	63.442,50 €	77.770,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	- 156,65 €	3.525,92 €	11.185,11 €	13.245,98 €	19.780,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 3.893,79 €	- 1.265,71 €	5.606,75 €	6.531,01 €	13.065,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultado antes de impostos	- 3.893,79 €	- 1.265,71 €	5.606,75 €	6.531,01 €	13.065,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 3.893,79 €	- 1.265,71 €	5.606,75 €	6.531,01 €	13.065,40 €

Cash-flows líquidos do cenário 1

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-3.893,79 €	3.737,13 €	-22.957,06 €
2017	7.307,79 €	-1.265,71 €	4.791,63 €	-3.781,87 €
2018	5.484,74 €	5.606,75 €	5.578,36 €	5.700,37 €
2019	7.928,65 €	6.531,01 €	6.714,97 €	5.317,33 €
2020	0,00 €	13.065,40 €	6.714,97 €	19.780,37 €

Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado do cenário 1

	<i>Cash-flow</i> líquido	<i>Cash-flow</i> atualizado	Atualizado acumulado
2016	-22.957,06 €	-22.957,06 €	-22.957,06 €
2017	-3.781,87 €	-3.435,35 €	-26.392,40 €
2018	5.700,37 €	5.189,54 €	-21.202,86 €
2019	5.317,33 €	4.854,02 €	-16.348,84 €
2020	19.780,37 €	18.036,75 €	1.687,91 €

Indicadores de avaliação para o cenário 1

Taxa de custo de oportunidade	10%
VAL	-3.798,93 €
TIR	4%
<i>Pay Back</i>	4 anos e 11 meses

Cenário 2: 1/10 dos clientes são de população desfavorecida

Descrição: O número de consultas realizadas será igual ao do Projeto, mas os rendimentos serão contabilizados como 9/10 das consultas cobradas com base na tabela normal e 1/10 das consultas cobradas com base na tabela reduzida.

Rendimentos previstos para o cenário 2

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	17.589,00 €	31.729,50 €	48.543,00 €	62.683,50 €	79.497,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	26.994,00 €	42.757,00 €	61.028,00 €	76.048,50 €	93.742,00 €

Demonstração de resultados do cenário 2

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	26.994,00 €	42.757,00 €	61.028,00 €	76.048,50 €	93.742,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	26.994,00 €	42.757,00 €	61.028,00 €	76.048,50 €	93.742,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	3.407,35 €	9.927,92 €	20.953,11 €	25.851,98 €	35.752,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 329,79 €	5.136,29 €	15.374,75 €	19.137,01 €	29.037,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultado antes de impostos	- 329,79 €	5.136,29 €	15.374,75 €	19.137,01 €	29.037,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 329,79 €	5.136,29 €	15.374,75 €	19.137,01 €	29.037,40 €

Cash-flows líquidos do cenário 2

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-329,79 €	3.737,13 €	-19.393,06 €
2017	7.307,79 €	5.136,29 €	4.791,63 €	2.620,13 €
2018	5.484,74 €	15.374,75 €	5.578,36 €	15.468,37 €
2019	7.928,65 €	19.137,01 €	6.714,97 €	17.923,33 €
2020	0,00 €	29.037,40 €	6.714,97 €	35.752,37 €

Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado do cenário 2

	<i>Cash-flow</i> líquido	<i>Cash-flow</i> atualizado	Atualizado acumulado
2016	-19.393,06 €	-19.393,06 €	-19.393,06 €
2017	2.620,13 €	2 384,65 €	-17 008,40 €
2018	15.468,37 €	14 069,54 €	-2 938,86 €
2019	17.923,33 €	16 314,02 €	13 375,16 €
2020	35.752,37 €	32 556,75 €	45 931,91 €

Indicadores de avaliação para o cenário 2

Taxa de custo de oportunidade	10%
VAL	30.598,24 €
TIR	54%
<i>Pay Back</i>	3 anos e 2 meses

Cenário 3: - 5% de consultas realizadas por ano

Descrição: O número de consultas realizadas será inferior ao do Projeto, prevendo-se menos 5% de consultas realizadas por ano, mantendo a contabilização de rendimentos com 2/3 das consultas cobradas com base na tabela normal e 1/3 das consultas cobradas com base na tabela reduzida.

Rendimentos previstos para o cenário 3

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	14.734,50 €	26.595,25 €	40.702,75 €	52.563,50 €	66.671,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	24.139,50 €	37.622,75 €	53.187,75 €	65.928,50 €	80.916,00 €

Demonstração de resultados do cenário 3

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	24.139,50 €	37.622,75 €	53.187,75 €	65.928,50 €	80.916,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	24.139,50 €	37.622,75 €	53.187,75 €	65.928,50 €	80.916,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	552,85 €	4 793,67 €	13 112,86 €	15 731,98 €	22 926,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 3.184,29 €	2,04 €	7.534,50 €	9.017,01 €	16.211,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultado antes de impostos	- 3.184,29 €	2,04 €	7.534,50 €	9.017,01 €	16.211,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 3.184,29 €	2,04 €	7.534,50 €	9.017,01 €	16.211,40 €

Cash-flows líquidos do cenário 3

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-3.184,29 €	3.737,13 €	-22.247,56 €
2017	7.307,79 €	2,04 €	4.791,63 €	-2.514,12 €
2018	5.484,74 €	7.534,50 €	5.578,36 €	7.628,12 €
2019	7.928,65 €	9.017,01 €	6.714,97 €	7.803,33 €
2020	0,00 €	16.211,40 €	6.714,97 €	22.926,37 €

Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado do cenário 3

	<i>Cash-flow</i> líquido	<i>Cash-flow</i> atualizado	Atualizado acumulado
2016	-22.247,56 €	-22.247,56 €	-22.247,56 €
2017	-2.514,12 €	-2.282,85 €	-24.530,40 €
2018	7.628,12 €	6.942,04 €	-17.588,36 €
2019	7.803,33 €	7.114,02 €	-10.474,34 €
2020	22.926,37 €	20.896,75 €	10.422,41 €

Indicadores de avaliação para o cenário 3

Taxa de custo de oportunidade	10%
VAL	2.993,53 €
TIR	14%
<i>Pay Back</i>	4 anos e 6 meses

Cenário 4: Tabela de sócios

Descrição: O número de consultas realizadas será igual ao do Projeto, prevendo-se a criação de uma tabela para sócios em que é aplicada uma taxa de 10% de desconto sobre o preço da tabela normal. Para a contabilização de rendimentos considerou-se que os 2/3 das consultas cobradas com base na tabela normal foram sujeitos a 10% de desconto.

Rendimentos previstos para o cenário 4

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	14.278,00 €	25.773,00 €	39.446,00 €	50.941,00 €	64.614,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	23.683,00 €	36.800,50 €	51.931,00 €	64.306,00 €	78.859,00 €

Demonstração de resultados do cenário 4

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	23.683,00 €	36.800,50 €	51.931,00 €	64.306,00 €	78.859,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	23.683,00 €	36.800,50 €	51.931,00 €	64.306,00 €	78.859,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	96,35 €	3.971,42 €	11.856,11 €	14.109,48 €	20.869,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 3.640,79 €	- 820,21 €	6.277,75 €	7.394,51 €	14.154,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultado antes de impostos	- 3.640,79 €	- 820,21 €	6.277,75 €	7.394,51 €	14.154,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 3.640,79 €	- 820,21 €	6.277,75 €	7.394,51 €	14.154,40 €

Cash-flows líquidos do cenário 4

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-3.640,79 €	3.737,13 €	-22.704,06 €
2017	7.307,79 €	-820,21 €	4.791,63 €	-3.336,37 €
2018	5.484,74 €	6.277,75 €	5.578,36 €	6.371,37 €
2019	7.928,65 €	7.394,51 €	6.714,97 €	6.180,83 €
2020	0,00 €	14.154,40 €	6.714,97 €	20.869,37 €

Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado do cenário 4

	<i>Cash-flow</i> líquido	<i>Cash-flow</i> atualizado	Atualizado acumulado
2016	-22.704,06 €	-22.704,06 €	-22.704,06 €
2017	-3.336,37 €	-3.030,35 €	-25.784,40 €
2018	6.371,37 €	5.799,54 €	-19.984,86 €
2019	6.180,83 €	5.639,02 €	-14.345,84 €
2020	20.869,37 €	19.026,75 €	4.680,91 €

Indicadores de avaliação para o cenário 4

Taxa de custo de oportunidade	10%
VAL	-1.430,65€
TIR	8%
<i>Pay Back</i>	4 anos e 9 meses

Cenário 5: Quebra de 20% nas consultas previstas para o ano 2020

Descrição: O número de consultas realizadas será inferior ao do Projeto, prevendo-se menos 20% de consultas realizadas no ano 2020. Para contabilização de rendimentos considerou-se 2/3 das consultas cobradas com base na tabela normal e 1/3 das consultas cobradas com base na tabela reduzida.

Número de clientes por mês por área técnica com 20% de quebra nas consultas previstas para 2020

Área Técnica	2016	2017	2018	2019	2020
Fisioterapia	44	66	88	110	106
Psicologia	12	24	39	51	53
Terapia da Fala	12	24	39	51	53
Terapia Ocupacional	12	24	39	51	53

Rendimentos previstos para o cenário 5

Serviços	2016	2017	2018	2019	2020
Consultas	15.510,00 €	27.995,00 €	42.845,00 €	55.330,00 €	56.144,00 €
Atividades de Grupo	9.405,00 €	11.027,50 €	12.485,00 €	13.365,00 €	14.245,00 €
Total Rendimentos	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	70.389,00 €

Demonstração de resultados do cenário 5

Rubricas	2016	2017	2018	2019	2020
Serviços prestados	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	70.389,00 €
Total dos rendimentos e ganhos	24.915,00 €	39.022,50 €	55.330,00 €	68.695,00 €	70.389,00 €
Fornecimentos e serviços externos	4.586,57 €	5.853,34 €	6.509,75 €	8.106,96 €	9.079,62 €
Gastos com pessoal	17.975,08 €	26.463,24 €	33.052,64 €	41.577,06 €	48.397,50 €
Outros gastos ou perdas (Taxas)	1.025,00 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €	512,50 €
Total dos gastos e perdas	23.586,65 €	32.829,08 €	40.074,89 €	50.196,52 €	57.989,62 €
Resultado antes de depreciações, juros e impostos	1.328,35 €	6.193,42 €	15.255,11 €	18.498,48 €	12.399,38 €
Amortizações e depreciações	3.737,13 €	4.791,63 €	5.578,36 €	6.714,97 €	6.714,97 €
Resultado operacional	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	5.684,40 €
Juros	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €

Resultado antes de impostos	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	5.684,40 €
Impostos	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €	- 0,00 €
Resultados Líquidos	- 2.408,79 €	1.401,79 €	9.676,75 €	11.783,51 €	5.684,40 €

Cash-flows líquidos do cenário 5

	<i>Cash-flow</i> de investimento	<i>Cash-flow</i> de exploração		<i>Cash-flow</i> líquido
	Investimento em ativos não correntes	Resultados líquidos	Amortizações	
2016	22.800,40 €	-2.408,79 €	3.737,13 €	-21.472,06 €
2017	7.307,79 €	1.401,79 €	4.791,63 €	-1.114,37 €
2018	5.484,74 €	9.676,75 €	5.578,36 €	9.770,37 €
2019	7.928,65 €	11.783,51 €	6.714,97 €	10.569,83 €
2020	0,00 €	5.684,40 €	6.714,97 €	12.399,37 €

Cash-flow atualizado e Atualizado acumulado do cenário 5

	<i>Cash-flow</i> líquido	<i>Cash-flow</i> atualizado	Atualizado acumulado
2016	-21.472,06 €	-21.472,06 €	-21.472,06 €
2017	-1.114,37 €	-1.010,35 €	-22.482,40 €
2018	9.770,37 €	8.889,54 €	-13.592,86 €
2019	10.569,83 €	9.629,02 €	-3.963,84 €
2020	12.399,37 €	11.326,75 €	7.362,91 €

Indicadores de avaliação para o cenário 5

Taxa de custo de oportunidade	10%
VAL	1.817,97 €
TIR	13%
<i>Pay Back</i>	4 anos e 4 meses