

—
**ESCOLA
SUPERIOR
DE TECNOLOGIA
E GESTÃO**
POLITÉCNICO
DO PORTO

P.PORTO

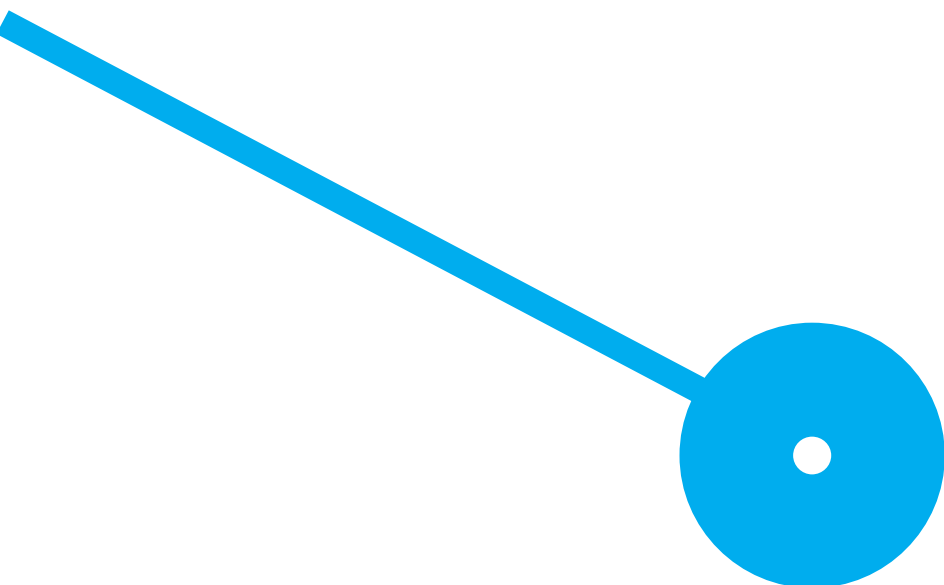
M

—
MESTRADO

Gestão das Organizações do 3º Setor

A problemática do diagnóstico duplo na Federação Nacional de
Cooperativas de Solidariedade Social
Jorge Manuel Correia Pereira

00/**2015**



“Curiosidade, criatividade, disciplina e especialmente paixão são algumas exigências para o desenvolvimento de um trabalho criterioso, baseado no confronto permanente entre o desejo e a realidade.”

Mirian Goldenberg

NOTA BIOGRÁFICA

Jorge Manuel Correia Pereira, 39 anos, licenciado em Psicologia Clínica pelo Instituto Universitário da Maia, com estágio curricular no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Gonçalo de Amarante, entre Outubro 1999 e Julho 2000.

Desde junho de 2013, Pós-Graduado em Gestão das Organizações do 3º Setor pela Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Felgueiras (ESTGF) do Instituto Politécnico do Porto (IPP).

Desde Março de 2012, Presidente da Direção da Cercimarante – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades, CRL. Também esteve como membro do conselho fiscal de 2006 a 2008 e vogal da direção entre 2008 a 2012.

Desde setembro 2011, Psicólogo do Centro de Atividades Ocupacionais da Cercimarante.

Desde setembro de 2008, Coordenador do Centro de Recursos para a Inclusão da Cercimarante.

De março de 2007 a dezembro de 2015, Secretário da Assembleia-Geral da Associação “A Terra dos Homens”.

De abril de 2005 a abril de 2006, Psicólogo na Equipa do Rendimento Social de Inserção no Centro Local de Animação e Promoção Rural (CLAP).

De setembro de 2004 a Julho de 2011, Diretor Pedagógico do Centro Educacional da Cercimarante.

De janeiro de 2001 a julho de 2011, Psicólogo do Centro Educacional da Cercimarante.

De setembro de 2004 a novembro de 2015, Comissário da CPCJ de Amarante. Também durante alguns anos exerceu funções de Secretário na referida Comissão.

De junho de 2002 a maio 2005, Psicólogo e Coordenador do Projeto “Ser Criança” na Cercimarante.

De janeiro de 2001 a julho 2007, Psicólogo nos Agrupamentos de Escolas do concelho de Amarante.

Durante 6 anos exerceu Psicologia em clínicas privadas.

Publicações em conferências

A Problemática do Diagnóstico Duplo – Impactos Organizacionais, na 5ª Edição do ESTGF Masters, que decorreu no dia 04 de março de 2015, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Felgueiras (ESTGF) do Instituto Politécnico do Porto (IPP), em Felgueiras.

Qualidade no 3º Setor: O Sistema de Gestão EQUASS e a Accountability na Cercimarante, no V Congreso Internacional de Casos Docentes en Marketing Público y no Lucrativo, realizado no dia 13 de Dezembro de 2013, em Badajoz.

Perturbações da Linguagem em Crianças Vítimas de Negligência, no III Simpósio Luso-Brasileiro de Terapia da Fala “Contextos da Audiofonologia”, realizado entre os dias 15 e 17 de Fevereiro de 2007, na Universidade Fernando Pessoa – Porto.

AGRADECIMENTOS

A concretização de um trabalho desta natureza não é apenas fruto de um esforço individual, mas também do contributo de um grupo importante de pessoas, por isso aqui fica o meu reconhecimento público a todos aqueles que contribuíram para a realização deste estudo.

À Professora Doutora Marisa Roriz Ferreira, minha orientadora, agradeço não só a sua disponibilidade, mas também os seus ensinamentos, rigor científico e a motivação e incentivo que sempre me transmitiu ao longo deste percurso. Obrigado pela demonstração de confiança na minha capacidade de realização.

Um agradecimento muito especial à FENACERCI e aos membros da direção de todas as associadas, pela sua disponibilidade e amabilidade na resposta ao inquérito, porque sem eles não seria possível este estudo tão participativo.

Às minhas caras amigas Carla Silva da FENACERCI e Vânia Cerqueira pelo contributo que deram na elaboração do inquérito.

À minha esposa, pelo incentivo e paciência que teve para me acompanhar ao longo deste caminho.

Ao meu querido filho, que muitas vezes não lhe dei a devida atenção, mas que agora será recompensado.

RESUMO

O diagnóstico duplo (DD) parece ser cada vez mais frequente e faz emergir a necessidade do aprofundamento no conhecimento, no sentido de ajustar as práticas e os recursos às necessidades das pessoas com esta problemática, famílias e organizações da Economia Social/ Saúde. Por isso, este trabalho de investigação tem como objetivo verificar se as Cooperativas de Solidariedade Social, filiadas na Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), na perspetiva da direção, estão preparadas para a mudança de estratégias/ metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com DD. Dos resultados obtidos concluímos que estas Cooperativas estão preparadas para a mudança de estratégias/ metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com DD.

Palavras-chave: Economia Social; Diagnóstico Duplo; Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Doença Mental; Gestão; Mudança.

ABSTRACT

Dual Diagnosis (DD) appears to be increasingly frequent and brings out the need to deepen the knowledge in order to adjust the practices and resources to the needs of people with DD, families and organizations of the Social Economy/ Health. This research project aims to determine whether the Cooperativas de Solidariedade Social, affiliated to the Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), from the perspective of the Institution's Management, are prepared to change strategies/ methodologies of intervention with clients/ beneficiaries with DD. Through the results obtained we concluded that these organizations are prepared to change strategies/ methodologies of intervention with clients/ beneficiaries with DD.

Keywords: Social Economy; Dual Diagnosis; Intellectual and Developmental Difficulty; Mental Disease; Management; Change.

ÍNDICE

NOTA BIOGRÁFICA	ii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS	ix
ABREVIATURAS	x
Capítulo 1 - INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
Capítulo 2 – ORGANIZAÇÕES DA ECONOMIA SOCIAL	13
2.1 Importância da Economia Social	13
2.2 Caracterização da Economia Social em Portugal	14
Capítulo 3 – DIAGNÓSTICO DUPLO	18
3.1 Definição e Problemática	18
3.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	19
3.2.1 Perspetiva Histórica	19
3.2.2 Deficiência Intelectual: terminologia e conceptualização	21
3.2.3 Etiologia da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	22
3.3 Doença Mental	23
3.3.1 Saúde Mental em Portugal	24
3.3.2 Etiologia da Doença Mental	25
Capítulo 4 – A GESTÃO NA ECONOMIA SOCIAL	27
4.1 A Importância da Gestão na Economia Social	27
4.2 A Gestão dos Recursos Humanos e sua Importância na Economia Social	28
4.3 Gestão da Mudança Organizacional	30

Parte II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	33
Capítulo 5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	33
5.1 Problemática da Investigação	33
5.2 Hipóteses	34
5.3 Metodologia	35
Capítulo 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	36
Capítulo 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
Capítulo 8 – CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO	49
8.1 Conclusões Finais.....	49
8.2 Limitações e Linhas Futuras de Investigação.....	51
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1: Hipóteses de Investigação.....	35
Tabela 2: Correlações das Variáveis.....	43
Tabela 3: Confirmação de Hipóteses.....	48
Gráfico 1: Idade da população inquirida	36
Gráfico 2: Habilitações da população inquirida	37
Gráfico 3: Serviços das organizações	38
Gráfico 4: Número de clientes/ beneficiários que apoia a organização.....	38
Gráfico 5: Número de colaboradores na organização.....	39
Gráfico 6: Categorias profissionais existentes na organização	39
Gráfico 7: Organizações com clientes/ beneficiários com DD formal.....	40
Gráfico 8: Organizações que consideram que têm categorias importantes	41
Gráfico 9: Dificuldade em fazer o DD em pessoas com DID.....	41
Gráfico 10: Importância de sensibilizar os profissionais de saúde para o DD	42
Figura 1: Variáveis com correlações.....	50
Figura 2: Variáveis sem correlações.....	50
Figura 3: Recomendações	52

ABREVIATURAS

AAMD – Associação Americana para a Deficiência Mental

AMMR – American Association on Mental Retardation

CASES – Cooperativa António Sérgio para a Economia Social

DD – Diagnóstico Duplo

DGS – Direção Geral de Saúde

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

DM – Doença Mental

FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIB – Produto Interno Bruto

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

QI – Quociente Intelectual

SNR – Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Capítulo 1 - INTRODUÇÃO

Em Portugal, as organizações da Economia Social enfrentam grandes desafios e a resolução dos mesmos fará com que estas se tornem mais robustas e necessariamente mais inovadoras no que respeita à solução dos problemas sociais existentes na sociedade (Azevedo, 2013).

Um desses desafios verificados atualmente está relacionado com a problemática do diagnóstico duplo (DD), dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID) e doença mental (DM), difícil de identificar já que grande parte das vezes, a DID esconde uma DM (University of Queensland, 2002). É reconhecido que as pessoas com DD apresentam um comportamento desafiador, por isso têm mais necessidade de apoio e cuidados intensivos (Taua et al., 2012).

Nos últimos anos, a WPA - World Psychiatric Association e outras organizações internacionais, como o Royal College of Psychiatry do Reino Unido e a MHID - Mental Health in Intellectual Disability, ou a NADD - National Association for the Dually Diagnosed (EUA) consideraram uma prioridade o estabelecimento de pontes no DD entre a saúde mental e a deficiência intelectual. O aparecimento do DD poderá constituir dificuldades na gestão das organizações da Economia Social, por isso, as principais razões para a escolha desta temática prendem-se, essencialmente, com a necessidade de aprofundar conhecimentos e dar um contributo a estas organizações, uma vez que, os trabalhos de investigação são escassos. Como refere Taua et al. (2012) os poucos estudos de investigação que existem, apresentam diferentes metodologias pelo que não é possível fazer quaisquer comparações. Por isso, julgamos que este trabalho poderá ser uma mais-valia para as organizações da Economia Social, com intervenção na área da deficiência e reabilitação, em Portugal.

Com este estudo pretende-se verificar se as organizações da Economia Social filiadas na FENACERCI, na perspetiva da direção, estão preparadas para a mudança de estratégias/metodologias de intervenção, no sentido de prestar um serviço de qualidade às pessoas com DD. A partir deste objetivo geral, desejamos orientar esta investigação para o alcance de outros objetivos mais específicos (Torrington et al., 2014) como: identificar as necessidades de mudança, caracterizar a situação atual das organizações e identificar obstáculos à mudança.

Assim, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas mas que se complementam, a primeira corresponde ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. A primeira encontra-se estruturada em quatro capítulos: Introdução, Organizações da Economia Social, Diagnóstico Duplo e A Gestão na Economia Social. A segunda é constituída pelo estudo empírico e encontra-se dividida em quatro capítulos: Metodologia da

Investigação, Apresentação dos Resultados, Discussão dos Resultados e Conclusão, Limitações e Linhas Futuras de Investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 2 – ORGANIZAÇÕES DA ECONOMIA SOCIAL

2.1 Importância da Economia Social

O termo Economia Social que, em diversos países, pode assumir várias designações, nomeadamente “terceiro setor”, “setor não lucrativo”, “economia social e solidária”, “economia alternativa” e tantas outras expressões, corresponde à dinâmica gerada por um conjunto de organizações cuja atividade e sentido de existência reside, sobretudo, nas pessoas e na utilidade social (CASES & INE, 2013). Segundo Franco (2005) não existe um termo consensual, existem traços comuns atribuídos às organizações pertencentes ao setor da economia social, tais como objetivos sem fins lucrativos e um compromisso para satisfazer as necessidades das pessoas através do fornecimento de bens e serviços, num espírito de solidariedade e de partilha.

Na Europa, e em contraste com a América do Norte, o conceito central é o de Economia Social, sendo que este conceito está relacionado com toda a realidade europeia, na qual Portugal está inserido, mas foi em França que o termo “*economie sociale*”, foi utilizado pela primeira vez, tendo sido mais tarde difundido e adotado pelas restantes correntes europeias. Laville et al. (1999) usaram o conceito de “Economia Social” para se referirem ao Terceiro Setor, estes afirmam que o cooperativismo e o mutualismo são fulcrais na sua definição e que além do associativismo, a ênfase é colocada no bem coletivo da sociedade e não na distribuição de possíveis lucros. Segundo estes autores é precisamente o facto deste setor centrar a sua atenção e focar o seu trabalho em prol dum benefício coletivo que distingue as organizações com fins lucrativos das organizações da sociedade civil. A realidade europeia evidencia igualmente e confere o devido destaque aos princípios pelos quais todas as organizações sem fins lucrativos se devem reger, como sendo os do cooperativismo, mutualismo, entreajuda e solidariedade. O relatório *The Social Economy in the European Union* (European Economic and Social Committee, 2012:17), define a Economia Social como um “conjunto de empresas privadas, organizadas formalmente, com autonomia de decisão e liberdade de adesão, criadas para satisfazer as necessidades dos seus membros através do mercado, produzindo bens e serviços, assegurando o financiamento, onde o processo de tomada de decisão e distribuição de benefícios ou excedentes pelos membros não estão diretamente ligados ao capital ou quotas de cada um, correspondendo a cada membro um voto. A Economia Social agrupa também as entidades privadas organizadas formalmente, com autonomia de decisão e liberdade de adesão, que produzem serviços não mercantis para as famílias e cujos excedentes, quando existem, não podem ser apropriados pelos agentes económicos que os criam, controlam ou financiam.” Na Economia Social nada é estático, tudo está em movimento e em reformulação, não existem

conceitos vitalícios nem princípios gerais de orientação que não sofram o processo de evolução, de aperfeiçoamento e de adaptação aos contextos desafiantes que vão surgindo. Segundo Azevedo (2013) a missão principal da Economia Social é contribuir para o desenvolvimento económico e social, resolvendo de forma eficiente parte dos problemas com que se confronta a sociedade. Estas organizações não têm como objetivo principal a maximização do lucro, mas sim a criação de impacto social, ou seja, resolver os problemas sociais e utilizando o lucro somente como meio para atingir esse fim. Assumem uma grande responsabilidade na sociedade e um papel importante, uma vez que são capazes de garantir inclusão de quem é excluído do mercado; apoio de proximidade evitando as fragilidades de um Estado muito sensível aos ciclos políticos e confiança na sociedade. Ao longo deste trabalho de investigação usaremos o conceito de “Economia Social” porque entendemos, por um lado, que abrange todas as organizações que irão fazer parte deste estudo e por outro é o termo que é utilizado na Lei de Bases da Economia Social (Assembleia da República, 2013).

Segundo Mañas & Medeiros (2012), o aparecimento da Economia Social no mundo tem representado um enorme desafio diante das várias ações que esse segmento tem procurado apresentar em prol das comunidades desprovidas de meios de sobrevivência, fazendo a parte que o setor público, as empresas privadas e a própria sociedade não conseguem realizar. Abrange um conjunto de ações e finalidades que vão desde a questão da caridade, cidadania e defesa do ser humano, luta pela inclusão social e consolidação dos movimentos sociais, além de outras atitudes imprescindíveis para a sociedade como um todo. À semelhança do que acontece em vários países europeus, Portugal tem assistido, nos últimos tempos, a um crescimento do setor social e consequente aumento de emprego nesta área (Ferreira, 1999). Boura refere no prefácio do livro *Manual de Governo - O Desafio da Liderança nas Organizações do Terceiro Setor* (Azevedo, 2013:7), “o setor da Economia Social em Portugal tem uma relevância determinante na procura de soluções para a redução das assimetrias sociais e para o bem-estar da sociedade em geral, pelo que, os desafios são enormes e as responsabilidades maiores ainda”. É um setor com espírito de solidariedade, forte componente humana e neste momento, face ao contexto adverso em que vivemos, onde se destacam o desemprego, a pobreza e o envelhecimento das populações assume um papel importante na redução das assimetrias sociais. É sem dúvida um setor de cariz social, que pretende essencialmente ajudar os mais desfavorecidos e proporcionar-lhes maior qualidade de vida.

2.2 Caracterização da Economia Social em Portugal

Em Portugal, a partir do século XV, com os descobrimentos, surgem as primeiras instituições como as misericórdias e as irmandades. No séc. XIX, após a revolução

industrial, são fundadas as instituições de “ajuda mútua”, os sindicatos, associações humanitárias, associações empresariais e os círculos operários católicos. Com a constituição da primeira república em Portugal, em 1926, houve ao longo de 48 anos, um declínio na evolução das organizações sem fins lucrativos, que acabou em 1974 com a revolução civil portuguesa. Em 1976, com a constituição da república, o governo estava centralizado no processo de regulação da ação social, beneficiando as associações particulares de assistência na implementação do estado social. Em 1979 foi aprovado o primeiro estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) este é revisto em 1983 para aumento da prestação de serviços nas áreas da saúde, educação, formação profissional e habitação (Franco, 2005).

De acordo com o artigo 82º, da Constituição da República Portuguesa (2005), existem três setores de propriedade dos meios de produção: o setor privado, o setor público e o setor cooperativo e social. Ainda no referido artigo, o setor cooperativo e social compreende especificamente: “os meios de produção possuídos e geridos por cooperativas, em obediência aos princípios cooperativos, sem prejuízo das especificidades estabelecidas na lei para as cooperativas com participação pública, justificadas pela sua especial natureza; os meios de produção comunitários, possuídos e geridos por comunidades locais; os meios de produção objeto de exploração coletiva por trabalhadores; os meios de produção possuídos e geridos por pessoas coletivas, sem carácter lucrativo, que tenham como principal objetivo a solidariedade social, designadamente entidades de natureza mutualista.”

De acordo com o artigo 4º do Decreto n.º 130/XII da Lei de Bases da Economia Social, integram a Economia Social as seguintes entidades: Cooperativas; Associações Mutualistas; Misericórdias; Fundações; Instituições Particulares de Solidariedade Social; Associações com fins altruísticos que atuem no âmbito cultural, recreativo, do desporto e do desenvolvimento local; Entidades abrangidas pelos subsectores comunitário e autogestionário, integrados nos termos da Constituição no setor cooperativo e social; Outras entidades dotadas de personalidade jurídica, que respeitem os princípios orientadores da Economia Social.

As Cooperativas são pessoas coletivas autónomas, de livre constituição, de capital e composição variáveis, que, através da cooperação e entreajuda dos seus membros, com obediência aos princípios cooperativos, visam, sem fins lucrativos, a satisfação das necessidades e aspirações económicas, sociais ou culturais daqueles. Estas desenvolvem atividades transversais na economia, incluindo-se num dos doze ramos cooperativos previstos no Código Cooperativo: consumo, comercialização, agrícola, crédito, habitação e construção, produção operária, artesanato, pescas, cultura, serviços de ensino e solidariedade social. Pode encontrar-se uma multiplicidade de formas representativas do setor, desde as cooperativas de produção de leite, adegas e lagares cooperativos,

cooperativas de consumo ou de transportes, caixas de crédito agrícola mútuo, universidades, rádios e grupos de teatro. No âmbito da Lei n.º 51/96, de 7 de Setembro, que cria o Código Cooperativo, inseriram-se neste grupo da Economia Social todas as entidades cuja forma jurídica, de acordo com a classificação do Ministério da Justiça, é a de Cooperativa. O grupo das Cooperativas, em 2010, era constituído por 2 260 e as atividades de comércio, consumo e serviços eram as que registavam maior número de organizações (26,2%). O desenvolvimento, habitação e ambiente e as atividades de transformação também apresentaram um peso significativo 17,8% e 16,9%, respetivamente, para além da cultura, desporto e recreio onde operavam quase 12% das Cooperativas. Mais de 70% do total das Cooperativas posicionava-se nestas quatro atividades.

As mutualidades ou associações mutualistas são instituições particulares de solidariedade social com um número ilimitado de associados, capital indeterminado e duração indefinida que, essencialmente através da quotização dos seus associados praticam, no interesse destes e de suas famílias, fins de auxílio recíproco. Este grupo, em 2010, era constituído por 119 organizações.

As Santas Casas da Misericórdia ou Irmandades da Misericórdia, em 2010, era um grupo constituído por 381 unidades. São associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objetivo de satisfazer carências sociais e de praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios de doutrina e moral cristã. A esta família da Economia Social pertencem todas as Santas Casas da Misericórdia, as Irmandades das Santas Casas das Misericórdias e Misericórdias existentes em Portugal, com a exceção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que, detendo um Estatuto especial e pertencendo ao Setor Institucional das Administrações Públicas, não está incluída no universo da Economia Social.

Uma Fundação é uma pessoa coletiva, sem fins lucrativos, dotada de um património suficiente e irrevogavelmente afeto à prossecução de um fim de interesse social, sendo considerados fins de interesse social aqueles que se traduzem no benefício de uma ou mais categorias de pessoas distintas do fundador, seus parentes e afins, ou de pessoas ou entidades a ele ligadas por relações de amizade ou de negócios.

As IPSS que gozam deste estatuto são entidades constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços: apoio a crianças e jovens; apoio à família; apoio à integração social e comunitária; 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; promoção e proteção na saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados

de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; educação e formação profissional dos cidadãos; resolução dos problemas habitacionais das populações.

As IPSS podem revestir a forma de associações de solidariedade social, associações de voluntários de ação social, associações de socorros mútuos, Fundações de solidariedade social e Irmandades da Misericórdia, para além de poderem ainda ter a forma de Uniões, Federações e Confederações. Poderá também ser concedida a equiparação a IPSS a Cooperativas e Casas do Povo, existindo 117 Cooperativas e 109 Casas do Povo equiparadas a IPSS. Em 2010, no universo de mais de 55 mil unidades da Economia Social existiam mais de cinco mil organizações que detinham o estatuto de IPSS, sendo a forma jurídica da maioria a de associação sem fins lucrativos (84,3%), seguindo-se as Misericórdias (6,8%), as Fundações (4,2%), as Mutualidades (2,4%) e as Cooperativas (2,3%), (CASES & INE, 2013).

Ao longo dos tempos, o número de organizações que compõem este setor tem aumentado significativamente, face aos graves problemas sociais que a nossa sociedade atravessa, e onde a mesma se protege com maior frequência, estabelecendo relações de confiança e cooperação com as organizações. O relatório Portugal's Nonprofit Sector in Comparative Context (Salamon et al., 2012), refere que, em 2006, as organizações da Economia Social em Portugal empregavam cerca de 185.000 trabalhadores, que correspondia a 4,3% do emprego no nosso país. Descreve também que este setor cria os recursos financeiros a partir de várias fontes, nomeadamente as doações.

Segundo Carvalho (2010), no período de 2007 as organizações da Economia Social, em Portugal, empregavam 208.821 pessoas, correspondendo a 4% do emprego global do país e representava 5,64% do PIB de Portugal. Estas organizações ganham importância na economia Portuguesa, tanto ao nível do emprego, como da receita. Os dados disponíveis indicam que estas organizações se têm tornado mais autónomas do Estado, sendo que a sustentabilidade das mesmas tem sido um desafio nos países europeus (Anheier, 2002).

Em Portugal, em 2010, o setor da Economia Social era caracterizado por uma forte heterogeneidade, tanto em número, como no tipo de atividades desenvolvidas. Este setor era constituído por 55.383 organizações. Sendo que aproximadamente 50% das organizações da Economia Social desenvolviam a sua atividade na área da cultura, desporto e recreio. Seguindo-se os cultos, as congregações e a ação social, com um peso de 15,8% e 14,0%, respetivamente. A seguir, com um peso relativo inferior a 5%, faziam parte as organizações no âmbito do desenvolvimento, habitação e ambiente (4,9%), as organizações profissionais, sindicais e políticas (4,7%) e as organizações de ensino e investigação (4,2%). Com menor representatividade em número estavam relacionadas com a saúde e bem-estar (1,5%), o comércio e serviços (1,2%), as atividades de transformação (0,7%), a agricultura, silvicultura e pescas (0,5%) e, por fim, as atividades financeiras (0,2%).

Capítulo 3 – DIAGNÓSTICO DUPLO

3.1 Definição e Problemática

Nos últimos anos, a WPA - World Psychiatric Association e outras organizações internacionais, como o Royal College of Psychiatry do Reino Unido e a MHID - Mental Health in Intellectual Disability, ou a NADD - National Association for the Dually Diagnosed, sediada nos Estados Unidos da América, consideraram uma prioridade o estabelecimento de pontes no DD entre a saúde mental e a deficiência intelectual.

O termo DD tem sido adotado na área dos consumos e comportamentos aditivos, para indicar a coocorrência de perturbações de consumo de substâncias e outro tipo de perturbação. Mais recentemente encontra-se também aplicado para referir a comorbilidade entre DID e DM, ou seja, para identificar pessoas com DID e com perturbações do foro psiquiátrico (Baum, 2009). É um termo que foi utilizado pela primeira vez nos EUA na década de 70 para descrever problemas de saúde mental em adultos com deficiência intelectual. Os psiquiatras, Frank Menolascino, Irving Philips e George Tarjan, foram os primeiros a desenvolver a perspetiva clínica de que os indivíduos com deficiência intelectual são vulneráveis a toda a espécie de distúrbios psiquiátricos (Lisw, 2013). Estudos realizados indicam que pessoas com DID são mais propensas a sofrer de problemas de saúde secundários, como uma perturbação do foro psiquiátrico (Bregman, 1991; Holland, 1999). As pessoas com DD “representam desafios especiais para os profissionais devido à complexidade e gravidade da sua condição” (Baum, 1999:129). O DD pode apresentar desafios ao diagnóstico e a um tratamento eficaz. As pessoas com DID têm mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, quando comparados com a população em geral. Há um consenso geral na literatura a respeito da prevalência maior de transtornos mentais em adultos com DID, embora existam diferentes opiniões sobre a taxa de prevalência (Turner & Moss, 1996). Em mais de 30% das pessoas com deficiência intelectual ocorre comorbilidade com perturbações de saúde mental ou problemas severos de comportamento (Salvador-Carulla & Garcia-Gutierrez, 2009). As pessoas com deficiência intelectual são um grupo de risco e sabe-se que estas são mais propensas a sofrer de DM. Pessoas que apresentem um DD encontram-se comumente mais vulneráveis, estigmatizados e marginalizados. Muitos são mal entendidos, têm dificuldades de comunicação e encontram-se arredados de serviços de apoio especializados (National Coalition on Dual Diagnosis, 2008). Dados recentes das Nações Unidas indicam que as mortes por suicídio superam as mortes de guerra e homicídio, sendo 1 milhão por ano. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças mentais são responsáveis por mais de 12% das doenças de todo o mundo, passando para 23% nos países desenvolvidos. Quando este DD é atempado consubstancia-se o garante da melhoria

continua da resposta às problemáticas desafiantes destes “novos utentes” dos nossos serviços. No relatório *Models of Service Provision to Adults with an Intellectual Disability with Co-existing Mental Illness* (University of Queensland, 2002) psiquiatras, médicos de clínica geral e prestadores de serviços na área da saúde mental e deficiência admitem não ter formação adequada para poderem identificar e analisar pessoas com DM, quando esta é mascarada pela presença de uma deficiência intelectual. Vários autores têm defendido que a equipa que trabalha com as pessoas com DD não apresenta um conhecimento adequado (Taua et al., 2012).

A FENACERCI, num estudo realizado por Ferreira & Figueira (2014), às organizações nacionais privadas sem fins lucrativos da área da deficiência e reabilitação, que pretendeu fazer uma análise sobre a necessidade e o atendimento em saúde mental das pessoas com DD e reunir informações sobre a intervenção efetuada em contexto organizacional, chegou às seguintes conclusões: os profissionais acompanham em média 63 pessoas, sendo que 58% referiu que acompanha pelo menos uma pessoa com DD. Isto significa que as organizações participantes acompanham em média 2,4 pessoas com DD. Destes profissionais 53% percecionam ter pessoas com DD que ainda não foram alvo de diagnóstico efetivo. Assim, as pessoas com um DD muitas vezes não têm o tratamento adequado à sua condição de saúde, já que não existem soluções claras ou respostas para os problemas que enfrentam. No entanto, há um crescente reconhecimento de que as pessoas com DD necessitam de um tratamento especializado (Lunsky et al., 2010). Daí que estas pessoas possam não ser atendidas/ apoiadas adequadamente, uma vez que apresentam necessidades complexas e os serviços ao nível da saúde mental e da deficiência podem não estar preparados. Segundo Lunsky et al. (2010) os serviços de saúde mental para pessoas com DID são limitados, pelo que para responder a esta situação tem sido intensificado o serviço hospitalar e de ambulatório. O ideal seria que ambos os serviços de saúde mental e deficiência estarem articulados de modo a fornecerem uma melhor resposta (Day, 1994).

3.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

3.2.1 Perspetiva Histórica

Ao longo dos séculos, o conceito de deficiência mental sofreu inúmeras modificações. As conceções que vigoram na atualidade, no seio da nossa sociedade, são o reflexo dos valores instituídos pelos diversos sistemas implementados em cada uma das diferentes épocas ocorridas. Podemos considerar quatro abordagens diferentes tendo em conta a forma como foi perspetivada a deficiência ao longo dos tempos: a separação, a proteção, a

emancipação e, finalmente, a integração ou seja, o reconhecimento do deficiente como pessoa (Santos & Morato, 2002).

A primeira fase enunciada correspondia à era pré-cristã. Nessa fase, os deficientes eram colocados à margem, não recebiam qualquer tipo de atendimento, pois nessa altura não sabiam como lidar com a diferença, sendo o resultado a sua eliminação. Ao deficiente era atribuído um caráter divino ou demoníaco, o que determinava o seu modo de tratamento. O segundo período inicia-se na Alemanha no século XVIII. Nesta fase, com a influência da doutrina cristã, os deficientes começam a ser vistos como detentores de alma, portanto, filhos de Deus. Estas crianças deixam de ser abandonadas. Como tal, surgem instituições para “depositar” todos os que fossem considerados deficientes, passando a ser acolhidos por hospícios e asilos criados por ordens religiosas. Nessa altura vivia-se um período de compaixão, tolerância e amor ao próximo. No entanto, não existia qualquer interesse no tratamento ou inserção dessas pessoas na sociedade, pois o objetivo era a segregação. Os direitos da pessoa com deficiência como membro efetivo da sociedade, nesta fase, não eram considerados. A terceira fase corresponde ao final do século XIX. Dá-se uma mudança na conceção de homem e de sociedade, o que vem ocasionar uma nova conceção da pessoa com deficiência. Surge uma conotação mais ligada ao sistema económico. Segundo Zavareze (2009) é nesta fase que surge o conceito de funcionalidade, pois todos os que fossem considerados diferentes eram direcionados para postos de trabalho operacionais, sendo educados para executar atividades funcionais. Só neste século pela primeira vez se pensou em educar uma criança com deficiência – o menino selvagem de Aveyron – através do programa intensivo de tratamento desenvolvido pelos médicos Itard e Seguin. Esse período é marcado pela criação de escolas especiais que visavam uma educação diferenciada para todos aqueles que fossem considerados diferentes. Nesta fase, inicia-se a integração do deficiente na escola com o fim de educá-lo até que as suas capacidades cognitivas se esgotassem. Segundo Santos & Morato (2002) é ainda no final do século XIX que se inicia o estudo científico da deficiência mental, com particular destaque para as áreas da psicologia e psiquiatria que, posteriormente, contribuirão para a estruturação da Educação Especial. No final do séc. XIX a definição de deficiência mental estava associada a uma conceção organicista e neurológica que tinha por base a crença de que as diferenças apresentadas pelo indivíduo, considerado deficiente, tinham origem orgânica ou biológica e estariam relacionadas com deficiências do sistema nervoso (Alonso & Bermejo, 2001). Com o desenvolvimento da psicologia e da pedagogia, a deficiência mental passa a ser compreendida como um défice intelectual. A Psicologia e a Psicométrie passam a definir como deficiente mental todo o indivíduo que apresentasse um défice, ou seja, uma diminuição das suas capacidades intelectuais observáveis e mensuráveis através de testes psicométricos expressos em termos de quociente intelectual (QI). Os criadores desta escala

métrica de inteligência que tem sido amplamente utilizada no diagnóstico da deficiência mental foram Simon e Binet. “A deficiência mental passou então a ser perspectivada como um déficit intelectual, de que o QI era a expressão numérica de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incurável. O comportamento dos deficientes mentais era atribuído ao seu baixo QI” (Albuquerque, 1996:15).

Na quarta fase, surge uma nova denominação, a inclusão. Este novo termo vem gerar inúmeras controvérsias e discussões, pois o termo inclusão implica a inserção de pessoas com Necessidades Educativas Especiais (NEE) na escola regular. Os defensores da escola inclusiva pretendiam proporcionar às pessoas com deficiência um ambiente favorável à aprendizagem. Os avanços na investigação e nas práticas profissionais de avaliação, bem como intervenção, conduziram a uma mudança e à revisão global da concepção de deficiência mental construindo uma nova definição e um novo sistema de classificação ao qual se associa, também um sistema de apoios (Alonso & Bermejo, 2001).

3.2.2 Deficiência Intelectual: terminologia e conceptualização

A evolução histórica deste conceito demonstra que as suas definições foram consideravelmente influenciadas por exigências sociais, culturais, políticas e administrativas. A deficiência mental está inserida em sistemas categoriais há séculos, figurando como demência e comprometimento permanente da racionalidade e do controlo comportamental. Esta compreensão poderá ter contribuído para a manutenção do preconceito e influenciado atitudes discriminatórias, como se verifica ainda em muitas sociedades modernas.

De acordo com Lima-Rodrigues (2007) que apresenta o modelo proposto em 1992 pela American Association on Mental Retardation (AMMR), a deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento atual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média associado a limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicações, autonomia, atividades domésticas, socialização, autonomia na comunidade, responsabilidade, saúde e segurança, habilidades académicas, lazer e trabalho. Esta deficiência manifesta-se antes dos 18 anos de idade. Através desta definição, depreendemos que a deficiência mental não representa um atributo da pessoa, mas um estado particular de funcionamento. Daí que o processo de diagnóstico requeira a observação de três critérios essenciais: o funcionamento intelectual, o comportamento adaptativo e a idade de início das manifestações ou sinais indicativos de atraso no desenvolvimento.

O termo deficiência mental, utilizado a partir do século XIX, foi substituído pelo termo deficiência intelectual para evitar conotações usadas anteriormente, como “débil mental”, “idiota”, “retardado mental”, “incapaz mentalmente” e erradamente, associados a transtornos mentais, como o “maluco” ou o “louco” em determinados períodos históricos da sociedade

europeia (Pessotti, 1984). A expressão deficiência intelectual já havia sido oficialmente utilizada em 1995, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou em Nova Iorque o simpósio *Intellectual Disability: Programs, Policies and Planning for the Future* (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro). Em 2004, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde realizaram um evento em Montreal, Canadá, no qual foi aprovado o documento denominado Declaração de Montreal sobre deficiência intelectual, tendo sido o termo intelectual adotado e utilizado em francês e inglês, respetivamente: *Declaration de Montreal sur la Déficience Intellectuelle* e *Montreal Declaration on Intellectual Disability*.

No que respeita à definição de DID e às múltiplas concepções que foi adquirindo ao longo dos tempos, podemos constatar a existência de quatro concepções dominantes atualmente: deficiência intelectual como défice intelectual; deficiência intelectual como défice do comportamento adaptativo; deficiência intelectual como défice cognitivo e deficiência intelectual como défice socialmente definido.

Em função da formação científica de cada investigador e a forma como a percebem e a caracterizam, dando especial enfoque num ou noutro fator, a DID é definida e diagnosticada fundamentalmente pelas seguintes correntes: psicológica ou psicométrica; sociológica ou social e médica ou biológica. As três correntes abordadas anteriormente foram reunidas pelas definições de DID, da Associação Americana para a Deficiência Mental (AAMD), e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo que, para a primeira, a DID “refere-se a um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, surgindo durante o período de desenvolvimento e associado a um défice adaptativo” (Grossman, 1983, citado por Pacheco & Valencia, 1997:210); para a segunda, os indivíduos com DID denotam uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos (OMS, 1968).

3.2.3 Etiologia da Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Cerca de 3% da população tem um quociente de inteligência inferior a 70%, sendo esta uma das causas da DID, (Flint et al., 1995). A prevalência da DID grave é de cerca de 3 em 1000 e na ligeira de 30 em 1000 (Harper, 1993).

As causas da DID são numerosas e incluem fatores genéticos e ambientais. Em pelo menos 30 a 50% dos casos, os médicos são incapazes de determinar a etiologia apesar de uma avaliação completa (Baird & Sadvnick, 1985; Curry et al., 1997; Schaefer & Bodensteiner, 1992). Acredita-se também que os fatores comportamentais ou sociais, como a pobreza, a desnutrição, a droga e uso de álcool, bem como a ausência de estímulos pode contribuir para a DID (McLaren & Bryson, 1987).

Nos países industrializados a causa mais comum da DID é a síndrome alcoólica fetal, com uma taxa de incidência de 1 em cada 100 nascimentos. A segunda causa principal é a cromossomopatia (síndrome de Down), com uma taxa de incidência de 1 em 800-1000 nascimentos (Campbell et al., 2004).

3.3 Doença Mental

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (World Health Organization, 2002). A DM é difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades (SNR, 2006).

A perspetiva biopsicossocial da DM hoje consensualmente aceite, sublinha os vários aspetos da existência da pessoa com DM, ressaltando que além dos sintomas há outros âmbitos a atender na compreensão e tratamento da mesma. De acordo com esta visão, o tratamento integrado e contínuo (que englobe diferentes áreas e uma equipa multidisciplinar), que combina a parte psicofarmacológica com a reabilitação psicossocial, é hoje o modelo central no tratamento da DM. A primazia crescente deste paradigma e o reconhecimento que “(...) apesar das intervenções precoces e tratamentos eficazes para as fases agudas de exacerbação dos sintomas serem importantes para minimizar a incapacidade, os tratamentos a longo-prazo e a reabilitação são, quase sempre, essenciais para obter resultados terapêuticos bons e duradouros” (Kopelowicz & Liberman, 2003), impulsionaram o desenvolvimento de novos modelos de intervenção em saúde mental, entre os quais o Modelo de Recuperação Pessoal, e demonstram a urgência de implementação das respostas integradas criadas no âmbito do Decreto-Lei nº 8/2010 (Ministério da Saúde, 2010), e das medidas apontadas no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

No documento “Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016” (Ministério da Saúde, 2012) é reforçada a urgência de implementação de respostas comunitárias no cuidado a prestar a pessoas com DM. Esta intenção vai de encontro ao estudo realizado por Tartakovsky et al. (2013) que refere que durante os últimos 50 anos a filosofia de apoio às pessoas com DID e DM integrados na comunidade tem sido amplamente aceite pelos profissionais, em diferentes países. Esta filosofia tem como objetivo potenciar uma vida independente, integração social, trabalho e a participação nas tomadas de decisões da sua vida. Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações

psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.

3.3.1 Saúde Mental em Portugal

Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou os princípios para a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria dos cuidados de saúde, dando realce aos cuidados na comunidade e aos direitos das pessoas com perturbações mentais (ONU, 1991). Em 1993, a Declaração de Viena, veio reiterar o facto de que a legislação internacional dos direitos humanos inclui e protege as pessoas com incapacidades, físicas ou mentais, e afirma que os governos devem elaborar leis nacionais que assegurem esses direitos (Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, 1993).

A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas. De facto, Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar a Lei Nacional (Assembleia Nacional, 1963), que permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, como a psiquiatria social e a ligação aos cuidados de saúde primários. A nova legislação de saúde mental Lei nº 36/98 (Assembleia da República, 1998), e o Decreto-Lei nº 35/99 (Ministério da Saúde, 1999) reforçou este capital. Assim foi possível criar serviços descentralizados com um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas da população e maior articulação com os centros de saúde e agências da comunidade. No entanto, a cobertura do território nacional por estes serviços é ainda muito incompleta.

Outro aspeto positivo foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados a partir dos anos 90. Mas, a falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha atrasado muito relativamente aos outros países europeus (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

De acordo com os dados existentes e a análise dos resultados efetuados no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008), os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves a vários níveis: acessibilidades, equidade e qualidade dos cuidados. Desta forma, o relatório mostra que apenas uma pequena parte das pessoas que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental; a maior parte dos recursos continua centrada nos grandes centros: Porto, Lisboa e Coimbra; a distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos continua assimétrica; o internamento continua a consumir a maioria dos recursos; o recurso ao serviço de urgência e dificuldades na marcação de consultas apresenta problemas de acessibilidade aos cuidados especializados; escasso número de

psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais nas equipas de saúde mental. O modelo de gestão e financiamento existente em Portugal é totalmente anacrónico, uma vez que coloca o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade o que impediu qualquer tentativa de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade.

Os dados mais recentes disponibilizados pela Direção Geral da Saúde (DGS), indicam que as perturbações psiquiátricas afetam atualmente mais de um quinto da população portuguesa, sendo os de valores mais elevados relativos às perturbações da ansiedades (16,5%) e às perturbações depressivas (7,9%). Estes valores da prevalência de perturbações mentais em territórios nacional apenas são comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%) e aos EUA (26,4%) (DGS, 2014).

Atualmente, a abordagem e a intervenção da DM presencia uma mudança significativa. Assiste-se à assunção de um modelo de intervenção biopsicossocial ao contrário de um modelo meramente médico, onde a suscetibilidade física do indivíduo detém um papel importante na saúde mental, onde se assume que fatores psicossociais interagem continuamente com a dimensão biológica. Por isso é necessário uma mudança de paradigma no desenho e aplicação das medidas e políticas públicas (Ferreira & Figueira, 2014).

3.3.2 Etiologia da Doença Mental

Santos & Morato (2002) referem que a especificação da etiologia da DM permite aos técnicos não só um diagnóstico mais preciso, mas também uma consciencialização sobre as possíveis causas para o aparecimento da perturbação e, conseqüentemente, determina os meios técnicos mais adequados a aplicar, perspetivando-se a minimização das dificuldades dos sujeitos. Pacheco, 1993 (cit. Cuberos et al., 1997), considera que a etiologia desta doença é muito diversa, podendo classificar-se da seguinte forma: fatores genéticos, os que atuam antes da gestação (causas do tipo endógeno) e fatores extrínsecos, os que atuam antes, durante e após o nascimento. McLaren & Bryson (1987) referem que a distinção entre essas duas categorias: origem biológica e desvantagens psicossociais já não se verifica, pois uma grande percentagem da população com DM (mais de 50%) apresenta mais do que uma causa possível.

À luz deste debate científico e ainda de acordo com a AAMR, impõe-se uma abordagem multidisciplinar, multifactorial e intergeracional mais atual neste campo, distinguindo-se quatro grupos de causas diferentes, todos eles considerados ao longo do processo de classificação: fatores biomédicos relacionados com os processos biológicos (nutrição, desordens genéticas), fatores sociais que incluem a interação social e familiar

(responsabilidade e estimulação por parte dos adultos), fatores comportamentais (por exemplo o abuso de substâncias tóxicas) e fatores educacionais relativos à viabilidade dos apoios educativos que promovam o desenvolvimento do comportamento adaptativo (Santos & Morato, 2002).

O envelhecimento da população, a precaridade social e económica, a alteração e as dificuldades ao nível da estrutura familiar e os fenómenos de desertificação têm aumentado os fatores de risco e tornado mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações mentais. A estigmatização profunda a que, ainda, são sujeitas as pessoas com DM, coloca-as frequentemente em situações de completa exclusão e marginalização social que se constituem como um profundo desrespeito pelos direitos e dignidade destes indivíduos.

Capítulo 4 – A GESTÃO NA ECONOMIA SOCIAL

4.1 A Importância da Gestão na Economia Social

O advento de grandes empresas e a profissionalização da gestão moldaram de forma decisiva o estilo de vida nas sociedades industrializadas e criaram a sociedade organizacional em que vivemos. Nesta sociedade, o contacto com organizações é permanente, o que conduziu ao estudo dessas mesmas organizações, bem como à criação de teorias capazes de ajudar a melhor compreender e atuar sobre essas realidades sociais tão complexas (Cunha et al., 2007).

Segundo Kisil (2000) gerir uma organização é sempre um desafio, mas quando se trata de uma no âmbito da Economia Social, esse desafio é ainda maior, uma vez que exige cuidados especiais, porque os recursos financeiros e humanos são escassos. Como refere Parente (2014) num estudo sobre a gestão do voluntariado, o trabalho voluntário serve de resposta para algumas organizações, marcadas pela escassez de recursos humanos e financeiros numa época marcada pela crise económico-financeira. Como refere Petrescu & Tongel (2006) os diretores executivos das organizações sem fins lucrativos precisam de ter grande habilidade para gerir as mesmas com recursos limitados. Há uma crescente dependência financeira das organizações da Economia Social e que pode perturbar as mesmas e deixá-las com capacidades limitadas, porque não têm os recursos proporcionais para responder às necessidades (Lu, 2015). A diversidade de financiamento é um fator que contribui para tomada de decisões estratégicas para as organizações (LeRoux & Wright, 2010). Nos últimos anos a investigação sobre o financiamento destas organizações tem avançado consideravelmente (Lu, 2015). A gestão destas organizações deve contemplar as funções básicas, como qualquer outra gestão, nomeadamente planear, organizar, dirigir e controlar, incluindo nestas as questões motivacionais e comunicacionais, fundamentais para atingir os objetivos da organização (Tenório, 2005). Na Economia Social há uma gestão de resultados para o melhor atendimento a causas sociais relevantes, e embora não tenham como finalidade o lucro, as organizações precisam de ter capacidade financeira para fazer face a novos projetos e para a manutenção das atividades, através da maximização dos resultados e da redução da despesa, nunca esquecendo que a pessoa é o ponto central da intervenção (Pereira & Moraes, 2009).

Neste sentido, a gestão das organizações da Economia Social é fundamental para reajustar/reorganizar as suas práticas, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre os novos desafios e desta forma ir de encontro às necessidades e expectativas das pessoas. Para Kotter (2001) a gestão diz respeito à forma de lidar com a complexidade e as suas práticas são uma resposta ao aparecimento das grandes organizações. Sem uma boa gestão as organizações podem tornar-se caóticas, ficando em causa a sua existência. A liderança

prende-se com a maneira de lidar com a mudança e a sua relevância advém sobretudo da competitividade. Gestão e liderança são palavras que muitos autores tratam como se fossem a mesma coisa. No entanto, fora da área da investigação, é comum pensar-se que a liderança é um processo mais emocional e os líderes são carismáticos, inspiradores, dinâmicos, criativos e sabem lidar com a mudança, enquanto que os gestores são mais racionais, lidam com a eficiência, o planeamento, os procedimentos e controlo (Cunha et al., 2007). Para Azevedo (2013:46-49) a “gestão é a pessoa ou equipa que executa as decisões do principal órgão da governação e gere as atividades quotidianas da organização. Refere-se à implementação quotidiana da visão do órgão de governo através de políticas, procedimentos e atividades como forma de atingir os objetivos organizacionais.”

As organizações da Economia Social apresentam desafios específicos e exigem que o gestor tenha características adicionais (Pereira & Moraes, 2009). Na perspetiva de Azevedo (2013) estas organizações confrontam-se com desafios aos vários níveis da sua atividade. Por isso, cada vez mais pressupõem uma gestão eficiente e eficaz (Assis et al., 2011).

4.2 A Gestão dos Recursos Humanos e sua Importância na Economia Social

Nos últimos anos, têm sido usadas diferentes nomenclaturas, tais como capital intelectual, capital humano, ativos humanos ou gestão do talento, com conceitos alinhados com a perspetiva da Gestão de Recursos Humanos (GRH) e procurando evoluir para além dela, nomeadamente quanto à contribuição das pessoas para a definição da estratégia de negócio e a demonstração dos impactos nos resultados das organizações (Pina e Cunha et al., 2012). O sistema de GRH é uma abordagem global de gestão que inclui os aspetos de recrutamento/ seleção, retenção, desenvolvimento, ajustamento e gestão da mudança (Cascio, 2006). Na sua conceção moderna, o nosso entendimento da gestão em geral, e da gestão de recursos humanos em particular, tem sido formalmente influenciado pelo pensamento nos Estados Unidos da América. A GRH assume-se como uma atividade de gestão e, logo, da responsabilidade de todos os gestores (Pina e Cunha et al., 2012). A gestão do capital humano é uma abordagem estratégica da gestão das pessoas, centrada nas questões críticas para o sucesso da organização (Baron & Armstrong, 2007). As pessoas são um fator chave para o sucesso organizacional (Pina e Cunha et al., 2012).

Para Watson (1925) o principal objetivo do enfoque behaviorista é explicar o relacionamento entre estímulos, respostas e consequências, isto é, a aprendizagem é um condicionamento clássico que depende do meio externo. Segundo esta teoria, a motivação e o bem-estar dos colaboradores das organizações constitui uma preocupação constante. Pois, hoje em dia, um ambiente de trabalho agradável, aliado à motivação e ao reconhecimento de uma tarefa bem realizada são fundamentais no aumento da qualidade dos serviços prestados. As ideias apresentadas pelos teóricos desta escola trouxeram para o gestor um enorme desafio, que

é a constante busca pela satisfação dos seus colaboradores, clientes e *stakeholders* (Bergamini, 2005).

Os ideais da teoria behaviorista são alicerces fundamentais para as organizações da Economia Social. Vários autores (Ridder & McCandless, 2010; Santos, 2008; Bezboruah & Oyun, n.d.) consideram que as pessoas são o recurso mais importante de qualquer organização, seja ela com ou sem fins lucrativos.

Segundo Akingbola (2006), a gestão de recursos humanos nas entidades da Economia Social, tem uma importância acrescida, por três razões: (i) devido ao carácter dos serviços prestados pelas instituições sem fins lucrativos, estas não podem substituir os seus trabalhadores com investimentos em capital físico (máquinas). Em muitos casos, os empregados são o ativo mais importante destas organizações; (ii) a motivação dos funcionários advém de fatores intrínsecos, como a crença na missão da instituição, a oportunidade de fazer o bem, e a participação na tomada de decisões. Estes fatores são muito importantes no recrutamento, retenção e motivação dos trabalhadores do sector não lucrativo; (iii) devido à necessidade de prestação de serviços, limitada pelas alterações ao nível do financiamento, os empregados tornam-se nos parceiros importantes na concretização da estratégia destas organizações. Pensa-se que os recursos humanos terão uma influência significativa ao nível do desempenho das organizações da Economia Social, na medida em que se considera que as pessoas são o seu ativo mais importante (Akingbola, 2006; Pynes, 2009). Pynes (2009) considera que as organizações, para serem efetivamente capazes, terão que obter informações realistas da capacidade e talentos dos recursos humanos. Portanto, para que as organizações sejam bem-sucedidas na implementação de uma estratégia de gestão dos recursos humanos, precisam dos esforços colaborativos dos líderes da instituição e restantes profissionais (Pynes, 2009; Gomes et al., 2008).

Uma vez que os recursos humanos são o ativo mais importante das organizações sem fins lucrativos, é necessário que estes estejam preparados para enfrentarem novas realidades. As organizações da Economia Social estão em processo permanente de evolução, adaptando-se às contingências, bem como adequando-se às novas exigências dos diversos atores (Assis et al., 2012), como tal a formação e manutenção do capital humano são algumas das funções mais importantes dos recursos humanos, de tal modo que é necessário haver uma boa gestão desses recursos (Fischer, 1998; Ulrich, 2000).

Como tal, a gestão dos recursos parece ser ainda mais importante para as organizações da Economia Social e também para as organizações com intervenção na área da deficiência, por isso quando se deparam com problemáticas diversas que podem implicar mudanças na organização, torna-se fundamental reajustar os recursos por forma a prestarem um serviço de qualidade. Estas organizações têm que se mostrar eficientes na utilização dos recursos disponíveis, utilizando as melhores práticas que lhes permitam criar as condições

necessárias de adaptação às novas realidades e, conseqüentemente, manterem-se no mercado. Pynes (2009) considera que a chave do sucesso é terem colaboradores qualificados e flexíveis que respondam eficientemente a estas mudanças.

4.3 Gestão da Mudança Organizacional

Segundo Fischer (2004) a mudança organizacional funciona como um processo contínuo de construção e reconstrução do significado da organização, no qual se tenta aperfeiçoar os seus sistemas, processos, políticas e práticas que constituem a sua gestão, além de desenvolver as competências, pessoais e organizacionais, que constituem o seu mais valioso bem patrimonial. Para Parente (2006) as mudanças nas organizações surgem em contínuo, estando na sua origem alterações quer de natureza endógena, quer de natureza exógena. As organizações são pressionadas a desenvolverem estratégias que lhes permitam melhorar a sua posição no mercado de trabalho num ritmo acelerado. A mudança organizacional passa a ser uma constante e a fazer parte das rotinas das organizações, que se encontram expostas a um ambiente dinâmico. Apesar dos processos de mudança organizacional serem complexos e de terem diversas especificidades a que os gestores devem estar atentos, devem ser encarados como uma alavanca para a sobrevivência das organizações. Estas precisam ter consciência de que a mudança organizacional é uma “variável indispensável ao sucesso” (Ferreira & Martinez, 2008).

O mundo está a passar por intensas transformações, onde a maior constante é a mudança. Segundo Kotter (cit. Chu, 2003) a economia global proporciona tantos riscos quanto oportunidades, forçando as organizações a procurarem melhorias contínuas, não somente para competir, mas sobretudo para sobreviver. O tema das mudanças organizacionais tem sido amplamente abordado dada a sua importância para o sucesso das organizações, porém o facto de muitos autores atribuírem variados conceitos à mesma terminologia, dificultou o entendimento do seu verdadeiro significado.

Wood (1995) considera que a mudança organizacional é qualquer transformação de natureza estrutural, institucional, estratégica, cultural, tecnológica, humana, ou de qualquer outro componente capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização. Pode haver um conjunto de fatores intrínsecos ou extrínsecos que impliquem alterações no âmbito organizacional que no limite podem também definir-se como mudança organizacional. Esta implica que as organizações conheçam o estado em que se encontram e o estado a que querem chegar. Precisam conhecer exatamente o que querem mudar, envolvendo todos os trabalhadores neste processo e gerindo o próprio processo de mudança com o propósito de se tornarem mais competitivas (Amorim, 2005).

Um dos primeiros modelos teóricos sobre mudança foi proposto por Kurt Lewin, no quadro das suas investigações em psicologia social. Este modelo é constituído por três estádios. No

primeiro estágio comportamentos e atitudes correntes começam a ser encarados como inaceitáveis, ocorrendo quando a necessidade de mudança se torna óbvia, tornando-se rapidamente entendida e aceite. Este estágio cria nos gestores e colaboradores a necessidade de mudança, aumentando a motivação para a mesma, havendo a necessidade de abandonar comportamentos antigos e aceitar novos comportamentos. O segundo estágio envolve a mudança para outro nível e tem como objetivo procurar e estabelecer novas respostas aos problemas e novos modelos de comportamento; pode incluir a mudança de valores e cultura, ou seja, ocorre quando há descoberta e adoção de novas atitudes, valores e comportamentos, promovidos através de processos de identificação e de interiorização; nesta fase as novas ideias e práticas são interiorizadas de modo a que as pessoas passem a pensar e a agir de acordo com o novo modelo. O terceiro estágio ocorre quando novos comportamentos são estabelecidos e passam a ser aceites como regra, significando a incorporação do novo padrão de comportamento através de mecanismos de suporte e de reforço, assumindo-se como uma nova norma (o aprendido é integrado na prática) (Medley & Akan, 2008).

Neves (2002) entende que a mudança organizacional tem na sua base um conjunto de medidas que visam a melhoria do estado da organização, de modo a suportar a evolução e desenvolvimento estratégico da mesma. O conceito mudança na sua totalidade implica transformação que por sua vez implica dinamismo e variações, entendendo-se assim que a mudança organizacional assuma uma característica dinâmica com teores distintos que estão dependentes do grau de planeamento, de antecipação e de proatividade. Os tipos de mudança organizacional estão assim relacionados com os graus de mudança mais ou menos planeada, mais ou menos antecipatória e mais ou menos proativa, sendo que estas não se excluem umas das outras. Como tipos de mudança organizacional encontrados na literatura aqui enunciados temos a mudança organizacional planeada e a mudança emergente (Cunha & Rego, 2002). Mudança planeada é desencadeada do interior da organização. Esta mudança pressupõe estabilidade e alguma previsibilidade das condições em que a organização vai operar, daí permitir diferenciar, no tempo, a fase de conceção e planeamento da fase de implementação das alterações (Amorim, 2005). Implementar esta mudança consiste em pôr em prática as ações necessárias para alcançar os objetivos estipulados. Nessas ações estão incluídas a comunicação da visão, a afetação dos recursos, a clarificação das responsabilidades, o apoio sócio afetivo dos colaboradores em momentos de descrença e controlo/ pilotagem do processo. A mudança emergente denota características e pressupostos diferentes. Consiste no aparecimento de novos pressupostos organizativos como consequência da adaptação às contingências locais e a ausência de um plano pré-estabelecido. A mudança é um processo auto organizativo e não apenas um processo (planeado) de gestão e organização. Esta mudança tende a ser relegada para

segundo plano, isto é, enquanto a mudança planeada é gerida e controlada pela gestão, a mudança emergente é resultante das interações no sistema e não da vontade de quem gere (Cunha & Rego, 2002). Atualmente, a mudança emergente vai-se impondo cada vez mais à mudança planeada, isto porque resulta não de planos, de antecipação, mas da necessidade de agir para acomodar novas situações, para responder a problemas inesperados ou para aproveitar oportunidades que se revelaram sem aviso. Pina e Cunha et al. (2012) referem que a mudança emergente é uma fonte da vitalidade organizacional.

Os processos de mudança organizacional abordam um conjunto de procedimentos que visam garantir que as propostas sejam implementadas conforme foram planeadas. Por isso, a gestão da mudança organizacional implica o diagnóstico, intervenção e avaliação de todo o processo (Bilhim, 2009). Numa fase inicial é necessário compreender o estado atual da organização, definir as estratégias adequadas e os objetivos para direcionar a organização para a posição pretendida. Para gerir a mudança, a organização deve focar-se no resultado que a mudança deve produzir (Ferreira & Martinez, 2008). Gerir a mudança tem como objetivo o alinhamento entre a estratégia definida, as pessoas envolvidas no processo e a cultura organizacional. À medida que se aumenta o envolvimento dos colaboradores, diminui-se a resiliência à mudança.

Para que a mudança seja eficaz é necessário haver uma estratégia prévia e implica alterações não só das rotinas das pessoas, mas também das suas relações de trabalho, responsabilidades, hábitos e comportamentos. O mais difícil é convencer as pessoas a aceitar que os comportamentos que as fizeram ter sucesso no passado já não são válidos para o sucesso do futuro (Bilhim, 2009). Os líderes assumem o papel fundamental de promover, incentivar e estimular a mudança. Toda a mudança por mais pequena que seja é um desafio quer para os gestores, quer para os colaboradores (Torrington et al., 2014). Segundo Durant (1999) compreender os estados emocionais dos trabalhadores pode ser uma mais-valia para os gestores conseguirem reduzir os obstáculos e a resistência à mudança. Os gestores podem planear a mudança usando os processos e ferramentas certas: identificar as necessidades de mudança; definir o estado atual da organização; apresentar uma visão de futuro que deseja para a organização; identificar a diferença; identificar a capacidade de mudança, incluindo os obstáculos e a forma de os ultrapassar; planear e implementar as ações necessárias para superar as lacunas existentes; gerir a transição; e reforçar constantemente a mudança, manter as dinâmicas e avaliar os progressos (Torrington et al., 2014). A mudança organizacional constitui um desafio para toda a organização. Os trabalhadores encararam o futuro como incerto, por isso, é necessário provar que os resultados da mudança são favoráveis para todos, desta forma consegue-se diminuir a ansiedade e a resistência à mudança (Maltz, 2008).

Parte II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

Capítulo 5 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

5.1 Problemática da Investigação

Há um consenso geral de que as pessoas com DID são propícias à DM, existindo uma taxa significativa, no entanto, nos sistemas de saúde as pessoas com DD são o grupo mais negligenciado (Taua et al., 2012). Um estudo sobre os resultados clínicos em pessoas internadas com DID e DM, em unidades especializadas, refere que tem havido um reconhecimento de que pessoas com DD precisam de um tratamento especializado (Lunsky et al., 2010). Outros estudos realizados indicam que pessoas com DID são mais propensas a sofrer de problemas de saúde secundários, como uma perturbação do foro psiquiátrico (Bregman, 1991; Holland, 1999).

As pessoas com DD “representam desafios especiais para os profissionais devido à complexidade e gravidade da sua condição” (Baum, 1999:129). O DD pode apresentar desafios ao diagnóstico e a um tratamento eficaz. As pessoas com DID têm mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, quando comparados com a população em geral. Existe um consenso geral na literatura a respeito da prevalência maior de transtornos mentais em adultos com DID, embora existam diferentes opiniões sobre a taxa de prevalência (Turner & Moss, 1996). O estudo “Diagnóstico Duplo – Caracterização, Diagnóstico e Tendências” realizado por Ferreira & Figueira (2014) refere que as organizações da Economia Social da área da deficiência e reabilitação enfrentam novos desafios, tais como: a necessidade de olhar para esta problemática com urgência no que respeita a políticas de saúde integradas, até porque de acordo com a literatura ambas as problemáticas, DID e DM, têm sido nacional e internacionalmente abordadas de forma separadas e independentes. Refere ainda a necessidade de ações de sensibilização junto dos profissionais de saúde para a problemática e realização de um único diagnóstico válido e reconhecido por todos os envolvidos, para que haja uma intervenção centrada no cliente/beneficiário com DD. A formação aos colaboradores, no âmbito da DM, também foi considerada fundamental para melhorar a atuação junto dos clientes.

Assim, a nossa intenção é identificar as necessidades e obstáculos à mudança de estratégias/ metodologias de intervenção a clientes/ beneficiários com DD, bem como caracterizar a situação atual das organizações. Centramos a nossa investigação nas organizações da Economia Social, filiadas na FENACERCI, que trabalham na área da deficiência e reabilitação.

A formulação e delimitação da problemática da pesquisa e a definição dos objetivos são passos essenciais para a fundamentação da investigação e para a clarificação do

enquadramento conceptual em que se desenvolve. Assim, a questão geral a partir da qual se foi delineando a nossa pesquisa é a seguinte:

- As organizações da Economia Social com intervenção na área da deficiência e reabilitação, na perspetiva da direção, estão preparadas para a mudança de estratégias/ metodologias de intervenção, no sentido de prestar um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com DD?

A nível nacional existem Federações que representam várias organizações da Economia Social com intervenção na área da deficiência e reabilitação, tais como: FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (53 associadas), FORMEM - Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência (46 associadas), HUMANITAS - Federação Portuguesa para a Deficiência Mental (34 associadas) e UNICRISANO - União dos Centros de Recuperação Infantil do Distrito de Santarém e Outros (11 associadas). Sendo a nossa investigação na DID, selecionamos as filiadas na Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI) porque é a que tem mais associadas e com maior representatividade na área da deficiência intelectual e multideficiência. O DD parece ser cada vez mais frequente e faz emergir a necessidade do aprofundamento no conhecimento, no sentido de ajustar as práticas e os recursos às necessidades e expectativas das pessoas com esta problemática, famílias e organizações da Economia Social. Como tal, os objetivos mais específicos (Torrington et al., 2014) do nosso estudo pretendem:

- Identificar as necessidades de mudança;
- Caracterizar a situação atual das organizações;
- Identificar obstáculos à mudança.

5.2 Hipóteses

Para Quivy & Campenhout (1992:111) a elaboração de hipóteses representa um papel fundamental na investigação, pois “apresentam-se sob a forma de proposições de resposta às perguntas postas pelo investigador”, mencionando ainda que qualquer hipótese “... confere à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a pergunta de partida, ainda que esta não seja completamente esquecida” (Quivy & Campenhout 1992:120). Considerando a pergunta de partida, assim como os objetivos específicos, definimos as seguintes hipóteses de investigação, tal como se pode verificar na tabela 1.

Objetivos Específicos	Hipóteses	Autores
Identificar as necessidades de mudança	H1 – As organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados.	Torrington et al., 2014; Turner & Moss, 1996; Day, 1994; Pynes, 2009; Rider & McCandless, 2010; Santos, 2008;
	H2 – As organizações que promovem formação estão melhor preparadas para responder à mudança.	Pina e Cunha et al., 2012; Fischer, 1998; Ulrich, 2000; Torrington et al., 2014;
Caracterizar a situação atual das organizações	H3 – Organizações maiores têm maior capacidade de responder à mudança.	Ferreira & Figueira, 2014; Salamon, 2012; Torrington et al., 2014;
Identificar obstáculos à mudança	H4 – A ausência de conhecimento da direção sobre o diagnóstico duplo é um obstáculo à mudança.	Ferreira & Figueira, 2014; Day, 1994; University Queensland, 2002; Torrington et al., 2014;
	H5 – A capacidade financeira fortalece a resposta à mudança.	Kisil, 2000; Pereira & Moraes, 2009; Torrington et al., 2014;

Tabela 1: Hipóteses de Investigação

5.3 Metodologia

Como técnica de recolha de dados recorreu-se ao inquérito por questionário (Anexo 1) através da plataforma digital “Qualtrics” e sujeito a um tratamento quantitativo no SPSS (Statistical Package for Social Sciences). O questionário do estudo destinou-se à direção das organizações filiadas na FENACERCI, e a informação do mesmo encontra-se dividida em três partes: numa primeira, os dados pessoais, na segunda, dados referentes à organização e na terceira dados relativos à problemática do DD.

Os procedimentos adotados envolveram seis etapas: a elaboração do questionário para a recolha de dados e escolha dos participantes; a validação do questionário junto de duas profissionais com experiência e formação na área, cujo objetivo foi obter a opinião destas sobre a construção, clareza, relevância e adequação das questões elaboradas; a realização de um pré-teste a duas organizações da Economia Social com intervenção na área da deficiência e reabilitação; a reformulação do questionário, após sugestões dadas pelas organizações que realizaram o pré-teste, nomeadamente a explicitação do termo “diagnóstico duplo” nas questões onde o mesmo surgiu; o envio do questionário a 53 organizações filiadas na FENACERCI; e, por último, o tratamento de dados no SPSS.

Capítulo 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte da dissertação são apresentados os resultados da pesquisa quantitativa. Começaremos por fazer a caracterização da amostra, indicando os dados biográficos e profissionais dos respondentes, de seguida, apresentar-se-ão os dados recolhidos relativos à organização, e por último, os dados relativos à problemática do DD.

Do universo das 53 organizações associadas da FENACERCI, duas não responderam ao questionário porque não têm clientes/ beneficiários, uma realizou o pré-teste do inquérito por questionário e como tal o nosso universo foi de 50 organizações, das quais obtivemos 43 respostas válidas, materializando uma taxa de resposta de 83%. A taxa de resposta é sempre um desafio em estudos nas organizações da Economia Social que usam métodos de inquérito por questionário (Hager et al., 2003). Uma revisão sistemática de 490 estudos recentes que utilizam pesquisas organizacionais publicados em revistas académicas, apresentam uma taxa de resposta média de 35,7% (Baruch & Holtom, 2008). Neste sentido, uma taxa de resposta mais elevada implica uma maior representação da amostra em estudo e um poder estatístico mais forte (Lu, 2015).

Como podemos observar no gráfico 1, 37% da população inquirida tem idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos, 26% tem idades entre os 31 e os 40 anos, 21% tem idade igual ou superior a 61 anos, 14% tem idades entre 51 e 60 anos e 2% tem idade igual ou menor a 30 anos. De acordo com os dados apresentados, verificamos que a faixa etária predominante é entre os 41 e 50 anos (37%).

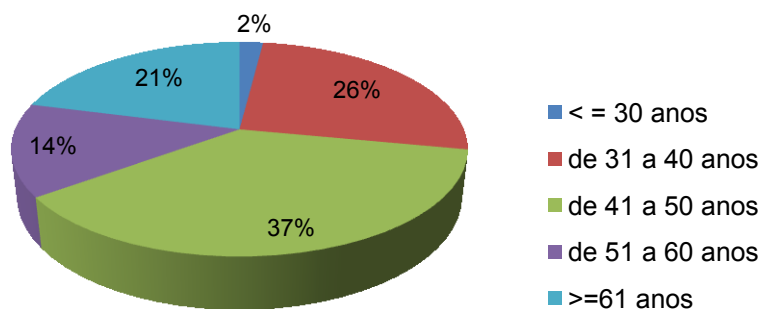


Gráfico 1: Idade da população inquirida

Da totalidade da amostra dos inquiridos, 74% pertence ao género feminino e 26% ao género masculino. Relativamente às habilitações literárias, observa-se através do gráfico 2 que 67% dos inquiridos possui o grau de Licenciatura, 14% possui o grau de Pós-Graduação, 7% possui o grau de Mestre, 7% possui o Ensino Secundário, 2% possui o grau de Bacharelato e 2% possui o grau de Doutoramento. A maioria dos respondentes (direção da organização) (67%) tem o grau de Licenciatura, também Ferreira & Figueira (2014) no estudo sobre “Diagnóstico Duplo” verificaram que as organizações nacionais privadas sem fins lucrativos da área da deficiência e reabilitação apresentam médias mais elevadas de recursos

humanos nas categorias de Quadros Superiores. A nível nacional o nível de escolaridade superior era de 16,5% (INE, PORDATA, 2014). Face aos resultados apresentados, verificamos que a grande maioria dos respondentes tem um grau de escolaridade que se situa acima da média nacional.

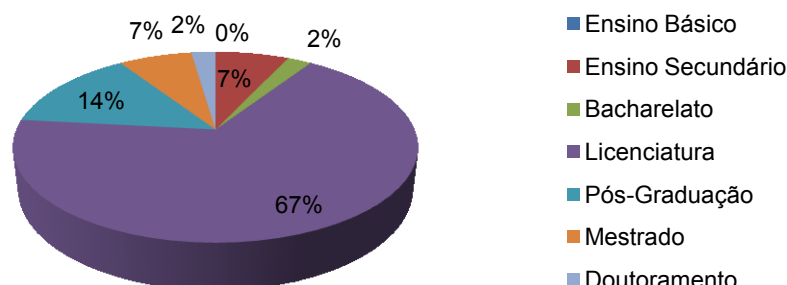


Gráfico 2: Habilitações da população inquirida

Relativamente às características das próprias organizações, 84% foram constituídas entre os anos de 1975 e 1985 e 16% depois de 1985. Cerca de 60% dos respondentes faz parte da direção das organizações e 28% faz parte da direção geral/ executiva, isto significa que a maioria dos inquiridos (88%) faz parte da direção ou direção executiva. No que concerne ao desempenho de funções de gestão, 70% dos inquiridos desempenham as mesmas como colaboradores e 30% como voluntários. Relativamente ao tempo de permanência nos referidos cargos 58% desempenha funções de gestão há 11 anos ou mais, 16% desempenha há 3 anos ou menos, 16% desempenha de 4 a 6 anos e 9% de 7 a 10 anos. De acordo com os resultados apresentados, concluímos que 58% dos inquiridos desempenham funções de gestão há 11 anos ou mais.

Como podemos verificar no gráfico 3, 95% das organizações têm em funcionamento o Centro de Atividades Ocupacionais, 79% Formação Profissional, 70% Centro de Recursos para a Inclusão, 70% Lar Residencial, 56% respondeu que tinha outro(s) serviço(s), 44% Intervenção Precoce, 37% Unidades Residenciais, 23% Apoio Domiciliário e 2% Estrutura Residencial para Idosos. Estes resultados demonstram que na grande maioria das organizações predomina o Centro de Atividades Ocupacionais (95%), seguido da Formação Profissional (79%).

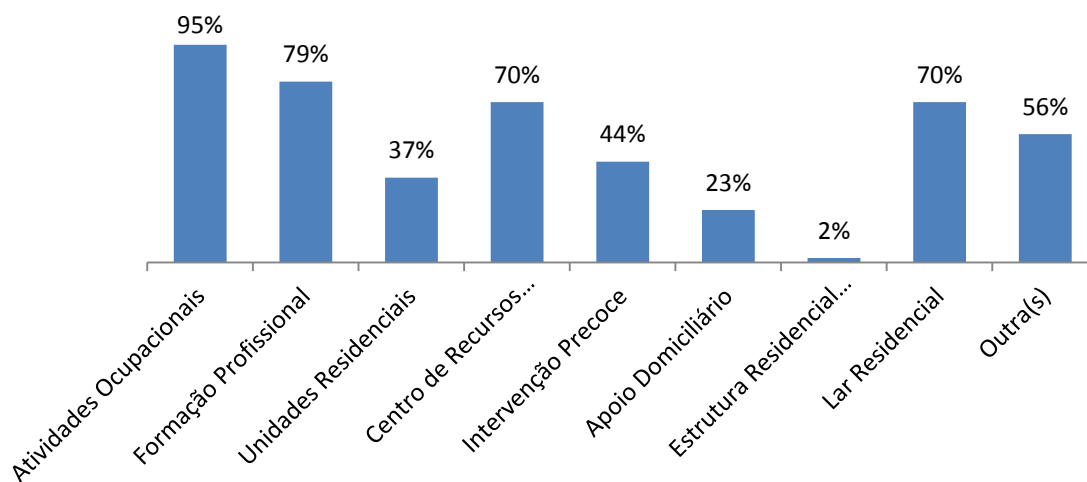


Gráfico 3: Serviços das organizações

Quanto ao número de clientes/ beneficiários que as 43 organizações apoiam (gráfico 4), estes perfazem um total de 19908, sendo que 33% das organizações apoia entre 301 e 600 clientes/ beneficiários, 30% apoia entre 101 e 300 clientes/ beneficiários, 19% apoia entre 1 e 100 clientes/ beneficiários. Face aos resultados, observamos que a grande maioria das organizações (63%) tem um número de clientes/ beneficiários que varia entre os 100 e os 600, de referir ainda que existe um pequeno número de organizações (12%) que apoia um número bastante elevado de clientes/ beneficiários (mais de 900).

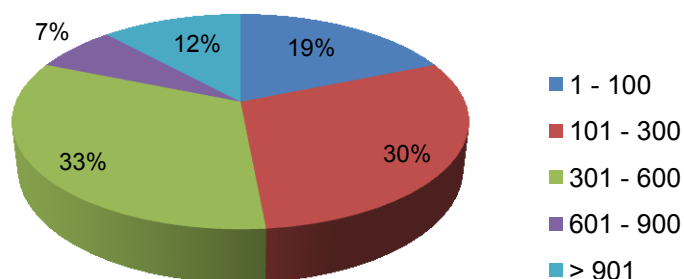


Gráfico 4: Número de clientes/ beneficiários que apoia a organização

Quanto ao número total de colaboradores (3193) (gráfico 5), sendo 2374 do género feminino e 819 do género masculino, 65% das organizações têm entre 51 e 100 colaboradores, 21% tem entre 1 e 50 colaboradores, 7% tem entre 101 e 150 colaboradores, 5% tem entre 151 e 200 colaboradores e 2% tem mais de 201 colaboradores. Conforme os dados apresentados, a maioria das organizações (65%) tem entre 51 e 100 colaboradores.

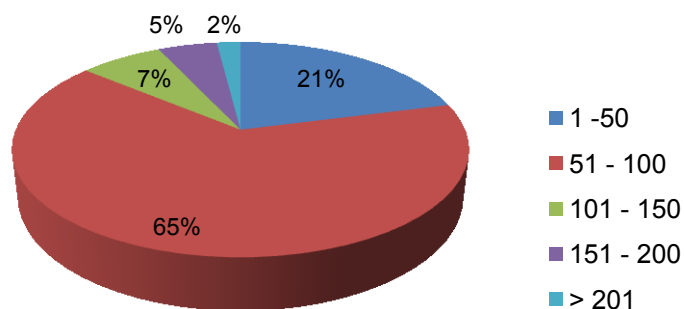


Gráfico 5: Número de colaboradores na organização

No que diz respeito às principais categorias profissionais existentes nas organizações (gráfico 6), destacamos as seguintes: 98% tem psicólogo, 95% tem assistente social, 93% tem monitor, 88% tem ajudante de ação direta, 81% tem terapeuta ocupacional, 79% tem terapeuta da fala, fisioterapeuta e formador e 58% respondeu que tinha outra(s). Relativamente à importância da organização ter equipas multidisciplinares, 88% dos respondentes concorda totalmente, com a existência destas equipas.

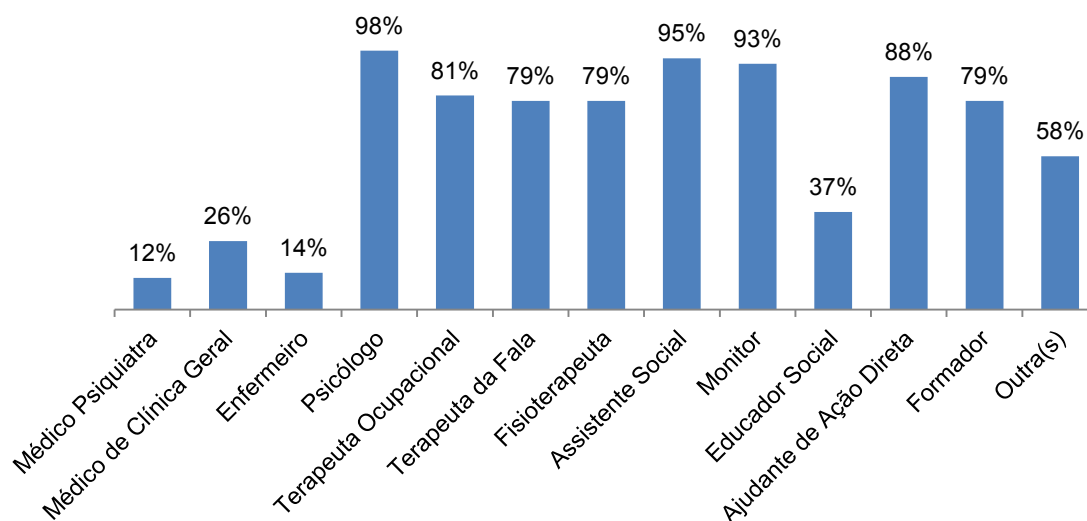


Gráfico 6: Categorias profissionais existentes na organização

Na questão em que era perguntado se a organização tinha clientes/ beneficiários com DD devidamente diagnosticados por um profissional de saúde (gráfico 7), 81% respondeu que sim, 16% referiu não e 2% não sabe. No total das organizações respondentes há cerca de 4% de clientes/ beneficiários com DD devidamente diagnosticados, sendo 39% do género feminino e 61% do género masculino. Podemos ainda referir que 49% dos respondentes afirma existirem clientes/ beneficiários com DD que ainda não tinham sido devidamente diagnosticados. Portanto podemos referir que do total de clientes/ beneficiários que as organizações apoiam, cerca de 1,3% apresentam indícios de DD que ainda não foram devidamente diagnosticados. Face aos resultados apresentados, podemos verificar que nas

organizações inquiridas existem 5% de clientes/ beneficiários com DD (formal e informal), com a mesma percentagem em ambos os géneros.

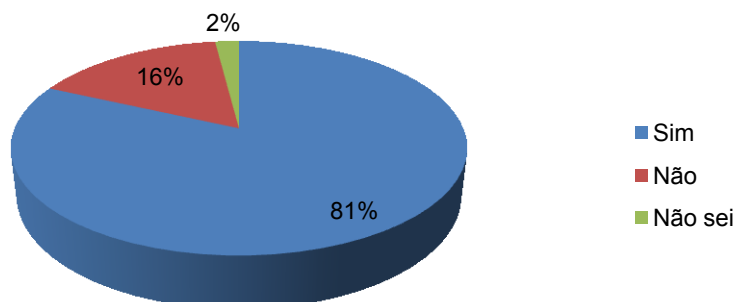


Gráfico 7: Organizações com clientes/ beneficiários com DD formal

Quanto ao profissional que fez o diagnóstico, 80% dos respondentes referiu o médico psiquiatra, 26% o médico de clínica geral e com a mesma percentagem referiram outro profissional, e 11% disseram que não dispunham dessa informação. Dentro da categoria outro profissional a profissão mais referida é a de psicólogo. De acordo com os resultados, a maioria dos respondentes (80%) referem que foi o médico psiquiatra que fez o diagnóstico. Dos profissionais que efetuaram o DD, 94% estão integrados no sistema nacional de saúde e 31% no sistema de saúde particular. Quanto à questão dos recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD serem adequados, verificamos que a maior parte das organizações (33% concorda e 14% concorda totalmente) considera que são adequados. Relativamente à disponibilidade financeira da organização para reestruturar os recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD, 44% dos respondentes (28% discorda totalmente e 16% discorda) referem que as organizações não têm capacidade financeira para reestruturar os recursos humanos.

Na questão em que era perguntado se na organização existiam categorias profissionais fundamentais para prestar um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com DD (gráfico 8), 86% respondeu que existem e 12% disse que não existem. A maioria dos inquiridos (86%) respondeu que na organização existem categorias importantes para realizar um serviço de qualidade. As duas categorias profissionais consideradas fundamentais para prestar um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com DD foram o psicólogo e o terapeuta ocupacional.

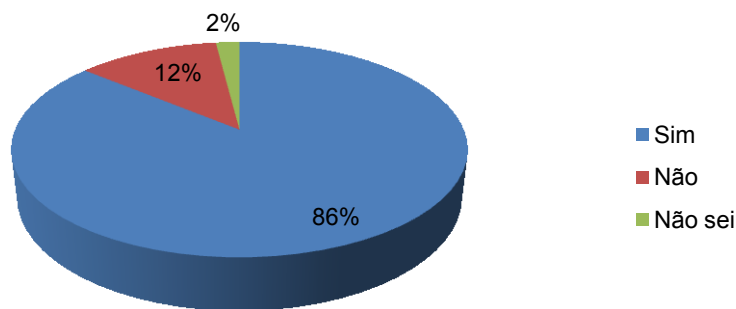


Gráfico 8: Organizações que consideram que têm categorias importantes

Quanto à questão em que foi perguntado se a organização identifica as necessidades de formação dos recursos humanos, a maior parte dos respondentes (65% concorda totalmente e 23% concorda) considera que esta identificação existe. Relativamente à importância de apostar na formação contínua (pelo menos 35 horas/ ano) dos recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD, a maior parte dos respondentes considera que a formação contínua é fundamental (65% concorda totalmente e 28% concorda). Sendo que nos últimos dois anos 53% das organizações promoveram formação sobre metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com DD e 40% não o fez.

Na questão em que era referido se a saúde mental dá a devida importância aos clientes/ beneficiários com DID, a maior parte das organizações (26% discorda e 16% discorda totalmente) considera que não dá. Referente à questão em que era perguntado se os clientes/ beneficiários com DID têm mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, 45% dos respondentes (26% concorda e 19% concorda totalmente) pensa que sim. No que diz respeito ao DD que pode ser mais difícil de fazer em clientes/ beneficiários com DID, os inquiridos responderam maioritariamente que sim (40% concorda e 14% concorda totalmente), como podemos verificar no gráfico 9.

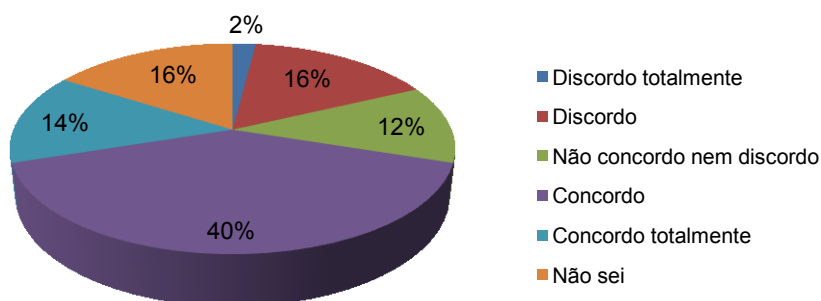


Gráfico 9: Dificuldade em fazer o DD em pessoas com DID

Relativamente à articulação entre os profissionais de saúde (internos ou externos à organização) responsáveis pelo diagnóstico e os recursos humanos da organização, a

maioria dos respondentes 53% (37% concorda e 16% concorda totalmente) referem que existe esta articulação. A maioria dos inquiridos (37% concorda e 60% concorda totalmente) considera importante sensibilizar os profissionais de saúde (internos ou externos à organização) para esta problemática do DD (gráfico 10).

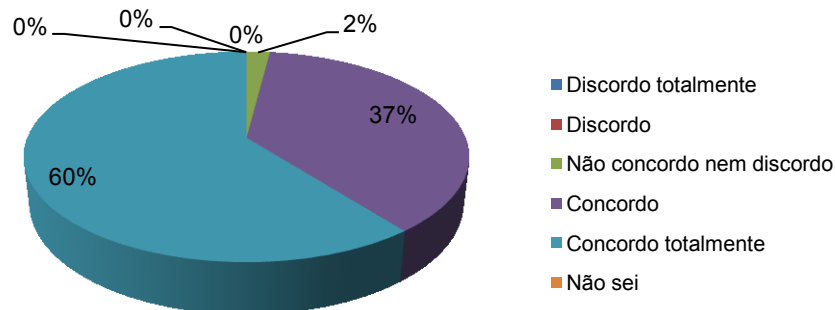


Gráfico 10: Importância de sensibilizar os profissionais de saúde para o DD

A maior parte das organizações considera que os profissionais de saúde (externos à organização) não estão preparados para atender clientes/ beneficiários com DID.

Capítulo 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando os resultados encontrados neste estudo, apresentados no capítulo anterior, torna-se fundamental discutir alguns deles mais relevantes para um melhor entendimento da problemática do DD, bem assim como os seus impactos organizacionais. Para isso, será necessário verificar as seguintes hipóteses:

H1 - As organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados.

H2 - As organizações que promovem formação estão melhor preparadas para responder à mudança.

H3 - Organizações maiores têm maior capacidade de responder à mudança.

H4 - A ausência de conhecimento da direção sobre o diagnóstico duplo é um obstáculo à mudança.

H5 - A capacidade financeira fortalece a resposta à mudança.

Nos resultados apresentados é possível identificar desvios à normalidade, no entanto é comum usar-se as medidas de forma da distribuição (assimetria e curtose) para analisar a assunção da distribuição normal das variáveis (Maroco, 2003). De acordo com Schumacker & Lomax (2004) valores de $|Sk|$ e $|Ku| \leq 2$ não são problemáticos, portanto a violação da normalidade, neste caso específico, não é severa e permite a utilização da correlação de Pearson.

		Formação	Mudança	Capacidade Financeira	Recursos Humanos	Conhecimento	Dimensão
Formação	Correlação de Pearson	1	,042	-,113	,165	-,273	,014
	Sig. (2 extremidades)		,821	,476	,302	,119	,932
	N	42	31	42	41	34	42
Mudança	Correlação de Pearson	,042	1	,484**	,512**	-,073	,435*
	Sig. (2 extremidades)	,821		,006	,003	,705	,014
	N	31	31	31	31	29	31
Capacidade Financeira	Correlação de Pearson	-,113	,484**	1	,388*	-,126	,159
	Sig. (2 extremidades)	,476	,006		,012	,478	,315
	N	42	31	42	41	34	42
Recursos Humanos	Correlação de Pearson	,165	,512**	,388*	1	-,147	,086
	Sig. (2 extremidades)	,302	,003	,012		,415	,592
	N	41	31	41	41	33	41
Conhecimento	Correlação de Pearson	-,273	-,073	-,126	-,147	1	,018
	Sig. (2 extremidades)	,119	,705	,478	,415		,919
	N	34	29	34	33	35	35
Dimensão	Correlação de Pearson	,014	,435*	,159	,086	,018	1
	Sig. (2 extremidades)	,932	,014	,315	,592	,919	
	N	42	31	42	41	35	43

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Tabela 2: Correlações das Variáveis

Hipótese 1 – As organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados.

Nesta hipótese verificamos que existe uma correlação significativa entre as variáveis mudança e recursos humanos, por isso entendemos que as organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados, logo esta hipótese está validada. De uma forma geral, as organizações demonstram ter conhecimentos, sobre DID e DM, identificam as necessidades de mudança, por isso estão melhor preparadas para adequar os recursos humanos. Na variável mudança procuramos perceber se as organizações estão preparadas para alterar estratégias/ metodologias de intervenção com as pessoas com DD. Na variável recursos humanos pretendemos compreender se a direção da organização considerava importante a existência de equipas multidisciplinares e se os colaboradores que trabalhavam diretamente com as pessoas com DD eram adequados.

Para analisar a variável mudança foi perguntado se a saúde mental dá a devida importância aos clientes/ beneficiários com DID. Assim, a maior parte dos inquiridos (42%) considera que não dá. As pessoas com DD muitas vezes não têm o tratamento adequado à sua condição de saúde, já que não existem soluções claras ou respostas para os problemas que enfrentam. Como refere Lunsky et al. (2010) limitações nos serviços psiquiátricos levaram ao desenvolvimento de programas especializados para pessoas com DD. O ideal seria ambos os serviços - saúde mental e deficiência - estarem articulados de modo a fornecerem uma melhor resposta (Day, 1994). Quando era perguntado se os clientes/ beneficiários com DID têm mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, 45% dos respondentes considera que sim, este argumento vai ao encontro ao que refere a literatura, já que há um consenso geral a respeito da prevalência maior de transtornos mentais em adultos com DID, embora existam diferentes opiniões sobre a taxa de prevalência (Turner & Moss, 1996). Estudos realizados indicam que estas pessoas são mais vulneráveis a sofrer de problemas de saúde secundários, como uma perturbação do foro psiquiátrico (Bregman, 1991; Holland, 1999). No que diz respeito ao DD que pode ser mais difícil de fazer num cliente/ beneficiário com DID, os inquiridos responderam, maioritariamente, que sim, ou seja, o DD é mais difícil de se fazer junto destes clientes/ beneficiários. As pessoas com DD “representam desafios especiais para os profissionais devido à complexidade e gravidade da sua condição” (Baum, 1999:129). Como refere o estudo efetuado por Ferreira & Figueira (2014), os profissionais das organizações mencionam que existe uma elevada percentagem de clientes/ beneficiários que ainda não foram objeto de diagnóstico formal, sendo este facto atribuído à falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico (nomeadamente os médicos psiquiatras) e à ausência de diretivas que sustentem uma abordagem integrada do DD na população com DID.

Para analisar a variável recursos humanos perguntamos à direção da organização se os colaboradores que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD são adequados e verificamos que a maior parte (47%) considera que sim. Relativamente à importância da organização ter equipas multidisciplinares, 88% dos respondentes concorda totalmente, com a existência destas equipas, tal como o estudo realizado por Ferreira & Figueira (2014) que refere que a grande maioria das organizações dispõe, no âmbito da sua intervenção, de equipas multidisciplinares, o que proporciona uma maior qualidade nos serviços prestados. Face a estes dados, podemos aferir que os clientes/ beneficiários com DD poderão ter o apoio de profissionais adequados e essenciais.

Hipótese 2 – As organizações que promovem formação estão melhor preparadas para responder à mudança.

Esta hipótese não foi validada porque não encontramos correlação entre as variáveis formação e mudança. Na variável formação procuramos saber se eram identificadas as necessidades de formação dos recursos humanos e se era considerado importante apostar na formação contínua dos mesmos. Apesar de não verificamos correlação entre as variáveis apresentadas, os resultados obtidos permitirão concluir que a formação proporcionada aos colaboradores facilitará um melhor desempenho nas suas funções considerando as especificidades da população com DD.

Para analisar a variável formação foi perguntado se a organização identifica as necessidades de formação dos recursos humanos, a maioria dos respondentes (65% concorda totalmente e 23% concorda) considera que esta identificação existe. Relativamente à importância de apostar na formação contínua dos recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD, a maioria considera que a formação contínua é fundamental (65% concorda totalmente e 28% concorda). Sendo que nos últimos dois anos 53% das organizações promoveram formação sobre metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com DD. De acordo com os dados recolhidos, verificamos que a direção da organização valoriza e preocupa-se com os recursos humanos e com a formação dos mesmos, no âmbito do DD, o que vai ao encontro da literatura, segundo a qual, as organizações da economia social estão em processo permanente de evolução, adaptando-se às contingências, bem como adequando-se às novas exigências dos diversos atores (Assis et al., 2012) como tal a formação e manutenção do capital humano são algumas das funções mais importantes dos recursos humanos, de tal modo que é necessário haver uma boa gestão desses recursos (Fischer, 1998; Ulrich, 2000). Também no estudo “Diagnóstico Duplo – Caracterização, Diagnóstico e Tendências” realizado por Ferreira & Figueira (2014) podemos constatar que a formação inicial/ contínua foi considerada fundamental para o trabalho com pessoas com DD.

Ainda assim não foi possível encontrar uma relação com a forma como as organizações respondem à mudança, sendo que, se considerarmos a H1 assumimos que os recursos humanos adequados estarão munidos de formação adequada, no entanto poderão conter características que vão para além da formação, portanto a formação, isoladamente, não influencia a resposta à mudança, mas certamente contribui para uma melhor resposta.

Hipótese 3 - Organizações maiores têm maior capacidade de responder à mudança.

Nesta hipótese existe uma correlação entre as variáveis dimensão e mudança, por isso entendemos que quanto maior for a organização maior capacidade têm para responder à mudança, logo esta hipótese está validada. A variável dimensão inclui o número de clientes/ beneficiários e colaboradores da organização.

Para analisar a variável dimensão perguntamos o número de clientes/ beneficiários que as 43 organizações apoiam. Estes perfazem um total de 19908, sendo que a grande maioria das organizações (cerca de 60%) tem um número de clientes/ beneficiários que varia entre os 100 e os 600, de referir ainda que existe um pequeno número de organizações (cerca de 12%) que apoia um número bastante elevado de clientes/ beneficiários (mais de 900). Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Ferreira & Figueira (2014), que indica que em média as organizações nacionais privadas sem fins lucrativos da área da deficiência e reabilitação abrangem mais de 500 clientes/ beneficiários. Quanto ao número total de colaboradores (3193 sendo 2374 do género feminino e 819 do género masculino) apuramos que a maioria das organizações (65%) tem entre 51 e 100 colaboradores.

Portanto podemos afirmar que quanto maior for a organização maior será a capacidade de resposta à mudança da organização. Naturalmente que a dimensão, aqui medida através do número de colaboradores e clientes/ beneficiários, tem implicações em outras variáveis que serão importantes também para a resposta à mudança, como por exemplo o nível de financiamento e o orçamento. Uma vez que estas organizações dependem financeiramente do estado, já que nenhuma pode ser totalmente autossustentável (Lu, 2015), é necessário uma direcção eficaz e uma diversidade de financiamento, fatores essenciais que contribuem para tomada de decisões estratégicas para as organizações (LeRoux & Wright, 2010). Assim, as maiores necessitam de mais financiamento, portanto é necessário encontrar formas eficazes para manter a sua saúde financeira e aumentar as suas receitas (Lu, 2015).

Hipótese 4 - A ausência de conhecimento da direcção sobre o diagnóstico duplo é um obstáculo à mudança.

Nesta hipótese não verificamos correlação entre as variáveis conhecimento e mudança, por isso não poderá ser validada. Na variável conhecimento procuramos perceber se a direcção da organização tinha conhecimento se existiam clientes/ beneficiários com DD. De acordo

com os resultados apresentados, podemos concluir que a direção tem conhecimentos e informações sobre dados essenciais que poderão permitir um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com DD.

Para analisar a variável conhecimento foi perguntado se a organização tinha clientes/ beneficiários com DD devidamente diagnosticados por um profissional de saúde, a maioria dos inquiridos (81%) respondeu que sim. No total das organizações respondentes há cerca de 4% de clientes/ beneficiários com DD devidamente diagnosticados, sendo 39% do género feminino e 61% do género masculino. Podemos ainda dizer que 49% dos respondentes afirma existirem clientes/ beneficiários com DD que ainda não tinham sido devidamente diagnosticados. Portanto podemos referir a existência de 1,3% de clientes/ beneficiários de um total de 19908, com indícios de DD que ainda não foram devidamente diagnosticados, sendo 39% do género feminino e 61% do género masculino. Face aos resultados apresentados, podemos verificar que nas organizações inquiridas existem 5% de clientes/ beneficiários de um total de 19908, com DD (formal e informal), que dá uma média de 24,1 clientes por organização. O número de clientes/ beneficiários vai ao encontro do estudo realizado por Ferreira & Figueira (2014), no qual referem que o número de clientes/ beneficiários com DD é elevado assim como a perceção da não existência de diagnósticos formais de DD. Ainda neste estudo, foi possível verificarmos que 58% referiu que acompanha pelo menos uma pessoa com DD e 53% dos profissionais percecionam ter clientes/ beneficiários com DD que ainda não foram alvo de diagnóstico efetivo. Os dados obtidos no nosso estudo referem um número médio de clientes/ beneficiários por organização elevado.

Hipótese 5 – A capacidade financeira fortalece a resposta à mudança.

Nesta hipótese encontramos uma correlação significativa entre a capacidade financeira e a mudança. Também verificamos que há uma correlação entre a capacidade financeira e recursos humanos. Estas correlações significam que a capacidade financeira das organizações fortalece a resposta à mudança, ou seja, permite reestruturar as equipas multidisciplinares e ter recursos humanos adequados para trabalharem com clientes/ beneficiários com DD. Na variável financeira tentamos entender se as organizações tinham capacidade para reestruturar os recursos humanos. Assim, para analisar esta variável quisemos saber da disponibilidade financeira das organizações para reestruturar os recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com DD, sendo que 44% dos respondentes referem que as organizações não têm capacidade financeira para reestruturar os recursos humanos. Como refere Kisil (2000) gerir uma organização é sempre um desafio, mas quando se trata de uma no âmbito da Economia Social, esse desafio é ainda maior, porque os recursos materiais, financeiros e humanos são escassos.

Também Pereira & Moraes (2009) referem que para o melhor atendimento a causas sociais relevantes, as organizações precisam de ter capacidade financeira, não só para fazer face a novos projetos, mas também para manter a regularidade em algumas das suas atividades. Uma vez que as organizações não são autossustentáveis é necessário arranjar formas seguras para manter a capacidade financeira (Lu, 2015). Contudo, a maior parte das pessoas que desempenham funções de direção referem que as organizações são detentoras de recursos humanos adequados (47%), que existem categorias profissionais fundamentais na organização (86%) para prestar um serviço de qualidade aos clientes/beneficiários com DD e que as equipas multidisciplinares são importantes (88%). No entanto, isto não significa que se as organizações tivessem maior capacidade financeira não pudessem reestruturar os seus recursos humanos, para uma melhor qualidade do serviço prestado.

Resumindo, o estudo empírico desenvolvido confirmou três das hipóteses colocadas inicialmente, tal como podemos verificar na tabela 3.

Objetivos Específicos	Hipóteses	Resultado
Identificar as necessidades de mudança	H1 - As organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados.	Confirmada
	H2 - As organizações que promovem formação estão melhor preparadas para responder à mudança.	Não confirmada
Caracterizar a situação atual das organizações	H3 - Organizações maiores têm maior capacidade de responder à mudança.	Confirmada
Identificar obstáculos à mudança	H4 - A ausência de conhecimento da direção sobre o diagnóstico duplo é um obstáculo à mudança.	Não confirmada
	H5 - A capacidade financeira fortalece a resposta à mudança.	Confirmada

Tabela 3: Confirmação de Hipóteses

Capítulo 8 – CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

8.1 Conclusões Finais

A realização deste estudo correspondeu ao interesse do investigador e pretende trazer um contributo para as organizações da Economia Social, sobre os potenciais impactos resultantes da problemática do DD. Assim, teve como objetivo saber, na perspetiva da direção, se as Cooperativas de Solidariedade Social filiadas na FENACERCI, estão preparadas para a mudança de estratégias/ metodologias de intervenção com pessoas com DD. A partir deste objetivo geral, orientamos esta investigação para o alcance de outros objetivos mais específicos (Torrington et al., 2014) como: identificar as necessidades de mudança, caracterizar a situação atual das organizações e identificar obstáculos à mudança.

Considerando a pergunta de partida, bem como os objetivos específicos, definimos cinco hipóteses e chegamos às seguintes conclusões: existe uma correlação significativa entre as variáveis mudança e recursos humanos, por isso entendemos que as organizações que identificam as necessidades de mudança têm recursos humanos adequados, ou seja, a direção das organizações que demonstra ter conhecimentos sobre a problemática, está melhor preparada para adequar os recursos humanos. Apesar de não verificarmos correlação entre as variáveis formação e mudança, os resultados obtidos permitem concluir que a formação proporcionada aos colaboradores facilitará um melhor desempenho nas suas funções considerando as especificidades da população com DD. Concluimos que a direção valoriza e preocupa-se com os recursos humanos e com a formação dos mesmos, no âmbito do DD. Também verificamos que existe uma correlação entre as variáveis dimensão e mudança, por isso entendemos que quanto maior for a organização, maior será a capacidade para responder à mudança. Relativamente às variáveis conhecimento e mudança, não verificamos nenhuma correlação, no entanto através dos resultados obtidos, percebemos que a direção tem conhecimentos e informações sobre dados essenciais que poderão permitir um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com DD. Encontramos também uma correlação significativa entre as variáveis financeira e mudança, e uma correlação entre a variável financeira e recursos humanos. Estas correlações demonstram que a capacidade financeira das organizações fortalece a mudança e contribui para terem equipas multidisciplinares e recursos humanos adequados para trabalharem com clientes/ beneficiários com DD. Todos estes resultados são apresentados na Figura 1 e 2 de forma a, mais intuitivamente, conseguimos identificar estas relações.

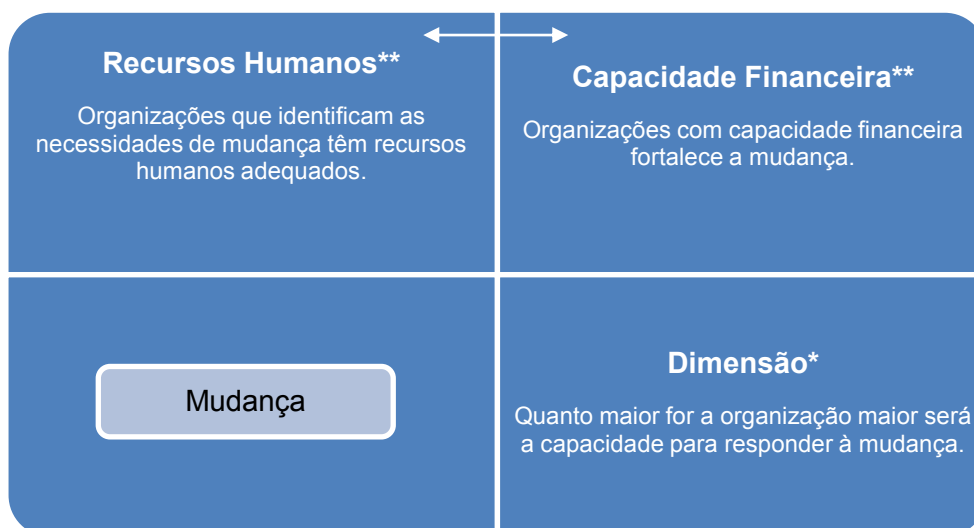


Figura 1: Variáveis com correlações

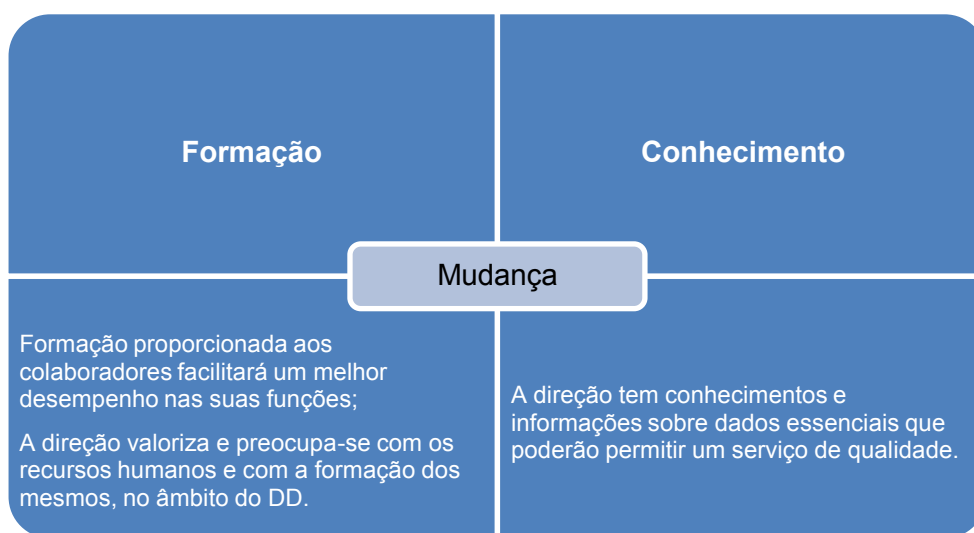


Figura 2: Variáveis sem correlações

**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

A nível dos resultados do inquérito por questionário destacamos os que consideramos mais relevantes e que tiveram maior percentagem. Assim, no que diz respeito à problemática em causa referiram que tinham clientes/ beneficiários com DD devidamente diagnosticados por um profissional de saúde. Relativamente aos recursos humanos consideraram que é importante ter equipas multidisciplinares e que existem categorias profissionais fundamentais na organização para prestar um serviço de qualidade. Em relação à formação consideraram que identificam as necessidades de formação dos recursos humanos, que é importante apostar na formação contínua dos que trabalham diretamente com esta população-alvo e que nos últimos dois anos promoveram formação sobre metodologias de intervenção. A formação base e formações complementares dos profissionais que trabalham

nesta área, pode contribuir para um melhor tratamento e cuidados adequados a pessoas com DD, o que permitirá melhorar a sua qualidade de vida (Tartakovsky et al., 2013). Consideraram também que o DD pode ser mais difícil de fazer nos clientes/ beneficiários com DID, que existe articulação entre os profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico e os recursos humanos da organização e que é importante sensibilizar estes profissionais para a problemática do DD.

Face aos resultados obtidos concluímos que as Cooperativas de Solidariedade Social filiadas na FENACERCI, na perspetiva da direção, estão preparadas para a mudança de estratégias/ metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com DD.

8.2 Limitações e Linhas Futuras de Investigação

Um estudo desta natureza, como qualquer outra atividade de carácter científico, contém algumas limitações que sugerem pistas para futuras investigações.

A primeira limitação diz respeito ao facto do DD ser uma problemática recente no contexto organizacional e os estudos nacionais nesta área serem escassos. A literatura atual concentra-se em relatórios retrospectivos e em estudos não controlados (Taua et al., 2012).

A segunda limitação refere-se à amostra do estudo, uma vez que só abrangeu organizações da Economia Social filiadas na FENACERCI, excluindo as organizações associadas e não associadas das restantes Federações Nacionais e os serviços públicos.

Sabemos que este estudo não constitui uma resposta definitiva às interrogações das organizações da Economia Social, com intervenção na área da deficiência e reabilitação, no que se refere ao DD, mas irá certamente possibilitar a discussão e a reflexão sobre esta problemática. Também, esperamos que este trabalho possa contribuir para sensibilizar as entidades competentes para esta nova realidade e estimular o interesse pela investigação nesta área. Assim, os novos estudos poderão abranger todas as organizações com intervenção na área da deficiência, reabilitação e saúde mental, não só a nível privado, mas também público. Também seria importante verificar não só se as organizações estão preparadas a nível de espaços e equipamentos, como também perceber a opinião dos profissionais com intervenção direta nos clientes/ beneficiários com DD.

Resultante dos dados obtidos através deste estudo, apresentam-se algumas recomendações na figura 3.

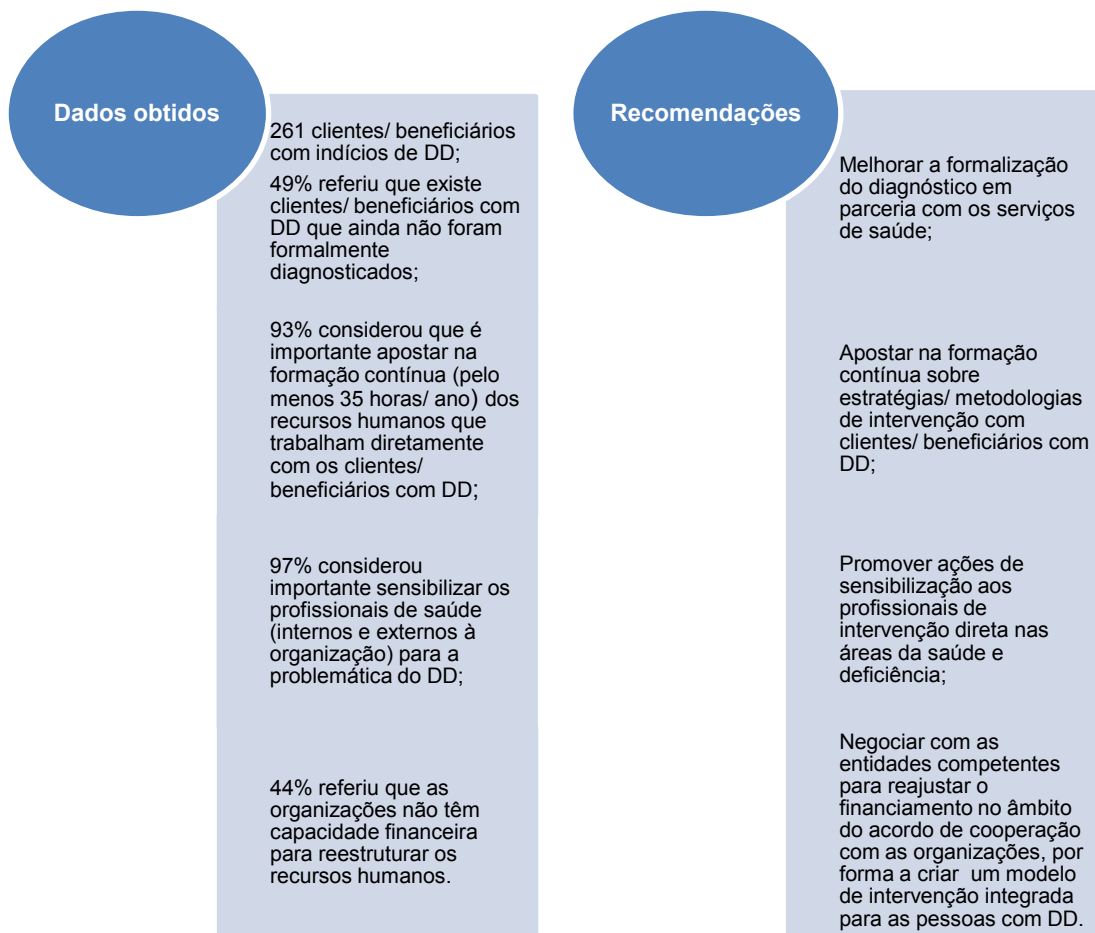


Figura 3: Recomendações

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akingbola, K. (2006). Strategy and HRM in nonprofit organizations: Evidence from Canada. *International Journal of Human Resource Management*.
- Albuquerque, M. C. (1996). *A Criança com Deficiência Mental Ligeira*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Alonso, M. A. V. & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso Mental: Adaptação Social e Problemas de Comportamento*. (McGraw – Hill de Portugal, Ed.).
- Amorim, E. (2005). *Gestão da Mudança Organizacional*. Guarda: Escola Superior de Tecnologia e Gestão da Guarda.
- Anheier, H. K. (2002). *The third sector in Europe: Five theses*. Lodon. doi:10.1057/palgrave.ces.8100142
- Assembleia da República. (1998). Lei nº 36/98, de 24 de junho. Diário da República, I Série-A.
- Assembleia da República. (2013). Lei de Bases da Economia Social.
- Assembleia Nacional. (1963). Lei nº 2120, de 19 de julho de 1963. Diário do Governo, I Série.
- Assis, L.B., Viegas, G. & Ckagnazaroff, I. B. (2012). Gestão de Recursos Humanos no Terceiro Setor: Um Estudo Descritivo das Organizações de Belo Horizonte. 2, 10, 297–323.
- Azevedo, C. (2013). *Manual de Governo - O Desafio da Liderança nas Organizações do Terceiro Setor em Portugal*. (Positivagenda, Ed.).
- Baird, P. A. & Sadovnick, A. D. (1985). Mental retardation in over half-a-million conservative livebirths: An epidemiological study. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 323–330.
- Baron, A. & Armstrong, M. (2007). Human capital management. London: Kogan Page.
- Baruch, Y. & Holtom, B. C. (2008). Survey Response Rate Levels and Trends in Organizational Research. *Human Relations*. 8, 1139–60.
- Baum, N. T. (1999). *How to break the spell of ill-being and help kids achieve a better quality of life*. Exceptionality Education Canada.

- Baum, N. T. (2009). Book Review. Diagnostic Manual-Intellectual Disability: A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons With Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6, 66–67.
- Bergamini, C. W. (2005). *Psicologia Aplicada à Administração de Empresas: Psicologia do Comportamento Organizacional*. (Atlas, Ed.) (4^a ed.). São Paulo.
- Bezboruah, K.C. & Oyun, G. (n.d.). Nonprofit Human Resource Management Challenges: Strategies and Implications for Managers.
- Bilhim, J. A. de F. (2009). *Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas*. (Instituto Superior Ciências Sociais e Políticas, Ed.) (6^a ed.). Lisboa.
- Bregman, J. D. (1991). Current developments in the understanding of mental retardation: II Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 861–872.
- Campbell, J.M., Morgan, S.B. & Jackson, J. N. (2004). Autism spectrum disorders and mental retardation. In Lawrence Erlbaum Associates (Ed.), *In Brown R.T., Handbook of pediatric psychology in school settings*. New Jersey.
- Carvalho, A. (2010). Quantifying the Third Sector in Portugal: An Overview and Evolution from 1997 to 2007. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 21(4), 588–610. doi:10.1007/s11266-010-9157-1
- Cascio, W. L. (2006). *Managing human resources*. (McGraw-Hill., Ed.) (6^a ed.). New York.
- CASES & INE. (2013). *Conta Satélite da Economia Social*. Lisboa.
- Chu, R. A. (2003). *Resistência às mudanças: aspetos positivos*. (ENANPAD, Ed.).
- Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. (1993). *Declaração e Programa de Ação de Viena*. Viena.
- Constituição da República Portuguesa. (2005).
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional De Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa. Retrieved from http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/rcm_0049_2008.htm
- Cuberos M. et al. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. (Dinalivro, Ed.). Lisboa.

Cunha, M. P. & Rego, A. (2002). As duas faces da mudança organizacional: Planeada e Emergente. *Revista Portuguesa E Brasileira de Gestão*, 1, 1–26.

Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R.C. & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (RH, Ed.) (6ª ed.). Lisboa.

Curry, C., Stevenson, R., Aughton, D., Byrne, J., Carey, J.C., Cassidy, S., Cunniff, C., Graham, J.M., Jones, M.C., Kaback, M.M., Moeschler, J., Schaefer, G.B., Schwartz, S., Tarleton, J. & Opitz, J. (1997). Evaluation of mental retardation: recommendations of a consensus conference. *American Journal of Medical Genetics*, 72, 468–477.

Day, K. (1994). *Psychiatric Services in Mental Retardation: Generic or Specialised Provision? Mental Health in Mental Retardation*. (Cambridge University Press, Ed.). Cambridge.

Direção Geral da Saúde. (2014). *Saúde Mental em números – 2014*. Lisboa.

Durant, M. (1999). *Managing Organizational Change*. Columbia: Credit Research Foundation.

European Economic and Social Committee. (2012). *The Social Economy in the European Union*. Bruxelles: OECD Publishing. doi:10.1787/9789264039889-en.

Ferreira, S. (1999). O papel de movimento social das organizações do terceiro sector em Portugal. In *Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia*, 81–85.

Ferreira, A. I. & Martinez, L. F. (2008). *Manual de Diagnóstico e Mudança Organizacional*. (RH, Ed.). Lisboa.

Ferreira, M. & Figueira, I. (2014). *Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências*. Lisboa. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2.

Fischer, A. L. (1998). *A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil - um estudo sobre as empresas consideradas exemplares*. São Paulo: FEA/USP.

Fischer, R. M. (2004). Mudança e transformação organizacional. In Gente (Ed.), *In: Fleury, M. T. (coord.), As pessoas na organização*. São Paulo.

Flint, J., Wilkie, A.O.M., Buckle, V.J., Winter, R.M., Holland, A.J. & McDermid, H. E. (1995). The detection of sub telomeric chromosomal rearrangements in idiopathic mental retardation. (Nature Genet, Ed.), 9(2), 132–40.

- Franco, R. C. (2005). *Defining the Nonprofit Sector: Portugal. The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. Baltimore: The Johns Hopkins University Center for Civil Society Studies.
- Gomes, J. F. et al. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do capital Humano*. (Silabo, Ed.). Lisboa.
- Hager, M. A., Wilson, S., Pollak, T.H. & Rooney, P. M. (2003). Response Rates for Mail Surveys of Nonprofit Organizations: A Review and Empirical Test. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 32, 252–267.
- Harper, P. S. (1993). *Practical Genetic Counselling*. (Butterwoth Heinemann, Ed.) (4^a ed.). Osgord.
- Holland, A. J. (1999). *Psychiatry and mental retardation. International Review of Psychiatry*, 11, 76-82.
- Kisil, M. (2000). *Organização Social e Desenvolvimento Sustentável: projetos de base comunitária*, em Evelyn B. Ioschpe. São Paulo.
- Kopelowicz, A. & Liberman, R. (2003). Integrating Treatment with Rehabilitation for Persons with Major Mental Illness. *Psychiatric Services*, 54(11), 1491–1498.
- Kotter, J. P. (2001). *What Leaders Really Do*, 2–7.
- Laville, J., Borzaga, C., Defourny, J., Evers, A., Lewis, J., Nyssens, M. & Pestoff, V. (1999). *Third system: A European definition (Report of the Capitalisation Group - Third System and Employment Pilot Action)*. Brussels: European Commission DG Employment and Social Affairs.
- LeRoux, K. & Wright, N. S. (2010). Does Performance Measurement Improve Strategic Decision Making? Findings From a National Survey of Nonprofit Social Service Agencies. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(278), 571–587. doi:10.1177/0899764009359942
- Lima-Rodrigues, L. (2007). *Modelos, Processos e Perturbações do Desenvolvimento Cognitivo*. Vila Nova de Gaia: Instituto Piaget.
- Lisw, T. B. (2013). *Dual Diagnosis : Overview of Therapeutic Approaches for Individuals with Co - Occurring Intellectual/ Developmental Disabilities and Mental Illness for Direct Support Staff & Professionals working in the Developmental Disability System*. Ohio.

Lu, J. (2015). Which Nonprofit Gets More Government Funding? Nonprofit's Organizational Attributes and Their Receipts of Government Funding. *Nonprofit Management & Leadership*, 25(3), 297–312. doi:10.1002/nml.21124.

Lunsky, Y., White, S. E., Palucka, A. M., Weiss, J., Bockus, S., & Gofine, T. (2010). Clinical outcomes of a specialised inpatient unit for adults with mild to severe intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 60–69. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01213.x.

Maltz, M. (2008). *Managing Resistance to Change*.

Mañas, A.V. & Medeiros, E. E. (2012). Terceiro Setor: Um Estudo Sobre a sua Importância no Processo de Desenvolvimento Socio-Econômico. *Perspectivas Em Gestão & Conhecimento, João Pessoa*, 2, 15–29.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística*. (Silabo, Ed.) (2ª ed.). Lisboa.

McLaren, J. & Bryson, S. (1987). Review of Recent Epidemiological Studies of Mental Retardation: Prevalence, Associated Disorders, and Etiology. *American Journal of Mental Retardation*, 92(3), 243–254.

Medley, B. C. & Akan, O. H. (2008). Creating Positive Change in Community Organizations. A Case for Rediscovering Lewin. *Nonprofit Management & Leadership*, 18(4), 1–12. doi:10.1002/nml.

Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro. Diário da República - I Série-A.

Ministério da Saúde. (2010). Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de Janeiro. Diário da República, I Série.

Ministério da Saúde. (2012). *Reatualização do plano nacional de saúde mental*. Retrieved from http://www.saudemental.pt/wpcontent/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf.

National Coalition on Dual Diagnosis. (2008). *Dual Diagnosis Position Paper Dual Diagnosis: Coping with mental health problems when you have a developmental disability*. Canada: Ontario.

Neves, A. (2002). *Gestão na Administração Pública*. (Pergaminho, Ed.). Lisboa.

ONU. (1991). Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental.

Pacheco, D. & Valencia, R. (1997). A Deficiência Mental. In Dinalivro (Ed.), *In Bautista, R., Necessidades Educativas Especiais*, 209–223. Lisboa.

Parente, C. (2006). Conceitos de mudança e aprendizagem organizacional. Contributos para a análise da produção de saberes. *Sociologia, Problemas E Práticas*, (50), 89–108.

Parente, C. (2014). A Gestão do Voluntariado. *Empreendedorismo Social Em Portugal*, 19.

Pereira, R.S. & Moraes, F. C. C. (2009). Gestão no Terceiro Setor: O Fator Humano como Vantagem Competitiva em Operações.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência Mental: da superstição à ciência*. (EDUSP, Ed.). São Paulo.

Petrescu, C. & Tongel, M. (2006). Views from the Outside: How the Nonprofit Community Characterizes High Performance Nonprofit Organizations. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 18, 96–107.

Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, R., Cardoso, C.C., Marques, C.A. & Gomes, J. F. S. (2012). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. (Sílabo, Ed.) (2ª ed.). Lisboa.

Pynes, J. E. (2009). Human Resources Management for Public and Nonprofit Organizations: a strategic approach. San Francisco: Jossey-Bass.

Quivy, R. & Campenhout, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (Gravida, Ed.). Lisboa.

Ridder H-G & McCandless A. (2010). Influences on the Architecture of Human Resource Management in Nonprofit Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 124–141.

Salamon, L.M., Sokolowski, S.W., Haddock, M. & Tice, H. S. (2012). *Portugal's Nonprofit Sector in Comparative Context*.

Salvador-Carulla L. & Garcia-Gutierrez, J. C. (2009). Healthcare in intellectual disabilities: Europe outside the UK. *Psychiatry*.

Santos, A. J. R. (2008). *Gestão Estratégica: Conceitos, modelos e instrumentos*. (Escolar Editora, Ed.). Lisboa.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo - Coleção Educação Especial*. (Porto Editora, Ed.). Porto.

Schaefer, G.B. & Bodensteiner, J. B. (1992). Evaluation of the child with idiopathic mental retardation. *Pediatric Clinics of North America*, 39(4), 929–43.

Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. (Lawrence Erlbaum Associates, Ed.) (2ª ed.).

SNR. (2006). *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania*. Lisboa.

Tartakovsky, E., Gafter-Shor, A. & Perelman-Hayim, M. (2013). Staff members of community services for people with intellectual disability and severe mental illness: Values, attitudes, and burnout. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3807–3821. doi:10.1016/j.ridd.2013.08.026.

Taua, C., Hepworth, J. & Neville, C. (2012). Nurses role in caring for people with a comorbidity of mental illness and intellectual disability: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 163–174. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00779.x.

Tenório, F. G. (2005). *Gestão de ONGs: principais funções gerenciais* (9ª ed.). Rio de Janeiro.

Torrington, D., Hall, L. & Taylor, S. (2014). *Human Resource Management*. (Prentice Hall, Ed.) (7ª ed.). England.

Turner, S. & Moss, S. (1996). The health needs of adults with learning disabilities and the Health of the Nation strategy. *Journal of Intellectual Disability*, 438–450.

Ulrich, D. (2000). *Recursos Humanos Estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH*. (Futura, Ed.). São Paulo.

University of Queensland. (2002). *Models of Service Provision to Adults with an Intellectual Disability with Co-existing Mental Illness (Dual Diagnosis)*.

Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*. (Norton, Ed.). New York.

Wood, T. J. (1995). *Mudança Organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas*. (Atlas, Ed.). São Paulo.

World Health Organization. (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (Ministério da Saúde, Ed.) (1ª ed.). Lisboa.

Zavareze, T. E. (2009). A construção histórico-cultural da deficiência e as dificuldades atuais na promoção da inclusão. Retrieved from www.psicologia.com.pt.

ANEXOS

Anexo 1

Questionário

A Problemática do Diagnóstico Duplo - Impactos Organizacionais

Estimado(a) Diretor(a)

Sou aluno da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Felgueiras (ESTGF) do Instituto Politécnico do Porto (IPP) e frequento o Mestrado em Gestão das Organizações do 3º Setor, sob a orientação da Professora Doutora Marisa Ferreira.

Encontramo-nos a realizar um estudo que objetiva conhecer a preparação das organizações da Economia Social, filiadas na FENACERCI, na perspetiva da gestão (Direção ou Direção Executiva/Geral), para o atendimento de clientes/ beneficiários com Diagnóstico Duplo [Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) e Doença Mental (DM)].

Neste sentido, a sua colaboração torna-se preciosa para levar a cabo este trabalho, através do preenchimento do questionário que de seguida se apresenta. O mesmo é anónimo e será garantida a confidencialidade das respostas que apenas servirão para posterior análise estatística.

Solicitamos, por favor, que responda até ao dia 30 de outubro de 2015.

Agradecemos, desde já, toda a atenção e disponibilidade manifestadas.

Jorge Pereira

Marisa Ferreira

Se tiver dúvidas, pode contactar-nos por email: psic.jorge@gmail.com, ou pelo telefone 963 902 749.

Q1 Idade

- < = 30 anos
- de 31 a 40 anos
- de 41 a 50 anos
- de 51 a 60 anos
- >= 61 anos

Q2 Género

- Masculino
- Feminino

Q3 Habilitações Literárias

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

Q4 Indique quando foi criada a organização que dirige (ano/mês/dia).

Q4.1 Refira o concelho onde se situa a sede da organização.

Q5 Indique em qual das seguintes funções de gestão se enquadra:

- Direção
- Direção Geral/ Executiva
- Outra

Q5.1 Se respondeu "Outra", indique qual:

Q6 Desempenha funções de gestão como:

- Colaborador
- Voluntário

Q7 Há quanto tempo desempenha funções de gestão nesta organização:

- <= 3 anos
- de 4 a 6 anos
- de 7 a 10 anos
- >=11 anos

Q8 Indique os serviços existentes na organização na qual colabora:

- Atividades Ocupacionais
- Formação Profissional
- Unidades Residenciais
- Centro de Recursos para a Inclusão
- Intervenção Precoce
- Apoio Domiciliário
- Estrutura Residencial para Idosos
- Lar Residencial
- Outra(s)

Q8.1 Se respondeu "Outra(s)", indique qual ou quais:

Q9 Neste momento, quantos clientes/ beneficiários apoia a organização:

Total

Quantos do género feminino

Q10 Neste momento, quantos colaboradores tem a organização:

Total

Quantos do género Feminino

Q11 Identifique as principais categorias profissionais existentes na organização:

- Médico Psiquiatra
- Médico de Clínica Geral
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Terapeuta da Fala
- Fisioterapeuta
- Assistente Social
- Monitor
- Educador Social
- Ajudante de Ação Direta
- Formador
- Outra (s)

Q11.1 Se respondeu "Outra(s)", indique qual ou quais:

Q12 É importante a organização ter equipas multidisciplinares.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q13 Na organização existem clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental) devidamente diagnosticados por um profissional de saúde?

- Sim
- Não

- Não sei

Q13.1 Se respondeu "Sim", indique:

Total

Quantos do género Feminino

Q14 O diagnóstico duplo foi diagnosticado por:

- Médico Psiquiatra
- Médico de Clínica Geral
- Não dispõe dessa informação
- Outro profissional

Q14.1 Se respondeu "Outro profissional", indique qual:

Q15 O profissional de saúde que fez o diagnóstico está integrado:

- Sistema Nacional de Saúde
- Sistema de Saúde Particular

Q16 Tem conhecimento se existem na organização clientes/ beneficiários com indícios de diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental) que ainda não foram devidamente diagnosticados?

- Sim
- Não
- Não sei

Q16.1 Se respondeu "Sim", indique:

Total

Quantos do género Feminino

Q17 Os recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental) são adequados.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q18 A organização tem disponibilidade financeira para reestruturar os recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental).

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q19 Na organização existem categorias profissionais que considera fundamentais para prestar um serviço de qualidade aos clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental)?

- Sim
- Não
- Não sei

Q19.1 Se respondeu "Sim", indique duas dessas categorias:

Q20 A organização identifica as necessidades de formação dos recursos humanos.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q21 É importante apostar na formação contínua (pelo menos 35 horas/ ano) dos recursos humanos que trabalham diretamente com os clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental).

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q22 Nos últimos dois anos a organização promoveu formação sobre metodologias de intervenção com clientes/ beneficiários com diagnóstico duplo (dificuldade intelectual e desenvolvimental e doença mental)?

- Sim
- Não
- Não sei

Q23 A saúde mental dá a devida importância aos clientes/ beneficiários com dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q24 Os clientes/ beneficiários com dificuldade intelectual e desenvolvimental têm mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q25 O diagnóstico duplo pode ser mais difícil de fazer num cliente/ beneficiário com dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q26 Existe articulação entre os profissionais de saúde (internos ou externos à organização) responsáveis pelo diagnóstico e os recursos humanos da organização.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q27 É importante sensibilizar os profissionais de saúde (internos ou externos à organização) para esta problemática (diagnóstico duplo).

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei

Q28 Os profissionais de saúde (externos à organização) estão preparados para atender clientes/ beneficiários com dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Numa escala de 1 a 5 (em que 1=Discordo totalmente e 5=Concordo totalmente), indique a sua opinião:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Não sei