

LIA DELPHINO SALLES

**Plano de negócio para serviços de assistência domiciliar à saúde de
idosos**

São Paulo

2016

LIA DELPHINO SALLES

**Plano de negócio para serviços de assistência domiciliar à saúde de
idosos**

Monografia apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Especialista em Gestão e Engenharia
da Qualidade

Orientador: Prof. Dr. Adherbal
Caminada Netto.

São Paulo
2016

LIA DELPHINO SALLES

**Plano de negócio para serviços de assistência domiciliar à saúde de
idosos**

Monografia apresentada à Escola
Politécnica da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Especialista em Gestão e Engenharia
da Qualidade

Orientador: Prof. Dr. Adherbal
Caminada Netto.

São Paulo

2016

Catalogação-na-publicação

Salles, Lia Delphino

Plano de negócio para serviços de assistência domiciliar à saúde de idosos / L. D. Salles -- São Paulo, 2016.

42 p.

Monografia (MBA em Gestão e Engenharia da Qualidade) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. PECE – Programa de Educação Continuada em Engenharia.

1. Plano de negócio. 2. Assistência domiciliar. I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. PECE – Programa de Educação Continuada em Engenharia II.t.

À minha família (mãe, pai, irmãos e cunhadas), em especial à minha mãe Katia e aos meus irmãos Danilo, Julio e Ivan, por proporcionar todo incentivo e força nesses anos de MBA, pela companhia constante e tão querida, sacrifício ilimitado em todos os sentidos, orações, palavras, abraços e aconchego; Ao companheiro incondicional Rodrigo e minha amada filha Giovanna, minha segurança em todos os aspectos, pela tolerância com que encarou as minhas ausências, o abraço espontâneo e tão necessário. E enfim a Deus que iluminou os meus caminhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar e dar ao conhecimento necessário em todos os momentos; À minha família que me auxiliou direta ou indiretamente no desenvolvimento deste trabalho; E especialmente ao meu professor e orientador Adherbal e Luciano pela paciência, competência e dedicação no decorrer de toda essa etapa.

Muito obrigada!

RESUMO

O perfil sócio demográfico brasileiro reflete um crescimento contínuo da população idosa em que, somadas as condições dos serviços de saúde oferecidos à população e aos elevados custos de tratamentos particulares e convênios médicos, torna propício o investimento em empresas de assistência médica domiciliar. Este tipo de serviço, além de financeiramente rentável e atrativo para os investidores, pode tornar o tratamento das enfermidades mais eficientes e eficazes, visto a contenção de desperdícios e da diminuição dos desvios nos procedimentos médicos. O atendimento domiciliar pode ser definido por um conjunto de cuidados ambulatoriais, em caráter contínuo, desenvolvidos em domicílio, com o objetivo de diminuir os custos hospitalares pagos pelos familiares. Neste trabalho foi desenvolvido um plano de negócio para uma empresa de cuidados domiciliares a idosos. Conclui-se que a assistência domiciliar como negócio é uma opção de baixo custo, com resultados eficientes em relação aos procedimentos relacionados à saúde (como maior conforto, segurança e comodidade), e apresenta saldo de caixa positivo a partir do nono mês após início das atividades e retorno financeiro do investimento em, aproximadamente, 59 meses.

Palavras-Chave: Assistência domiciliar. Saúde de idoso. Cuidados domiciliares de saúde. População idosa. Pacientes domiciliares.

ABSTRACT

The Brazilian socio-demographic profile, reflects the continued growth of the elderly population, which added the condition of the health services offered to the population and the high costs of particular treatments and medical plans, makes it conducive investment in home healthcare companies. This type of service as well as financially profitable and attractive to investors can make the treatment of the most efficient and effective disease since the containment of waste and the reduction of deviations in medical procedures. Home care can be defined by a set of ambulatory care on an ongoing basis, developed at home, with the aim of reducing hospital costs paid by family. This work developed a business plan to undertake a business of home care to the elderly. We conclude that the home care as a business is a low-cost option, with effective results to health-related procedures (such as comfort, safety and convenience), and has a positive cash balance from the ninth month after start of operations and financial return on investment in approximately 59 months.

Keywords: Assisted Living. Health old. Home health care. Elderly population. Home patients.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 2.4.1 - Pirâmide etária.....	23
Gráfico 2.4.2 - Índice de envelhecimento.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.4.1 – Censo demográfico.....	22
Tabela 2.4.2 – Censo demográfico.....	22
Tabela 3.6.1 - Planilha de fluxo de caixa.....	28
Tabela 3.6.2 - Planilha de fluxo de caixa.....	28
Tabela 3.6.3 - Planilha de fluxo de caixa.....	29
Tabela 3.6.4 - Planilha de fluxo de caixa.....	29
Tabela 3.6.5 - Planilha de fluxo de caixa.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASPE	Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pela Empresa
ADS	Assistência Domiciliar à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCSL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
CEP	Código de Endereço Postal
CGC	Cadastro Geral de Contribuintes
CLT	Contratação da Leis do Trabalho
COFINS	Contribuição para Financiamento da Contribuição Social
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IAMSPE Estadual	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRPJ	Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
ISS	Receita bruta da empresa
NOPHN	<i>The National Organization for Public Health</i>
PIS/PASEB	Programa de Integração Social
SAMDU	Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
VNAS	<i>Visiting Nurses Association</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Objetivo.....	15
1.2	Escopo.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	História dos cuidados domiciliares.....	16
2.2	Conceito de assistência domiciliar.....	18
2.3	Envelhecimento populacional.....	19
2.4	Panorama geral sobre a população idosa.....	21
3	PLANO DE NEGÓCIO.....	24
3.1	Dados da empresa.....	24
3.2	Estrutura legal do Negócio.....	25
3.3	Exigências legais para o funcionamento da empresa.....	26
3.4	Projeção de custos variáveis.....	27
3.5	Projeção de custos fixos e despesas.....	27
3.6	Projeção de fluxo de caixa.....	27
3.7	Projeção da necessidade de capital de giro.....	30
3.8	Analise de sensibilidade.....	30
3.9	Natureza do negócio.....	31
3.10	Visão, missão e valores.....	31
3.3.1	Visão.....	31
3.3.2	Missão.....	32
3.3.3	Valores.....	32
3.11	Objetivo estratégico.....	32
3.12	Tempo de entrada no mercado alvo.....	33
3.13	Pesquisa de mercado.....	33
3.14	Diferenciais.....	34
3.15	Alianças estratégicas.....	34
3.16	Descrição do organograma.....	35
3.17	Plano de carreira e compensação.....	35

3.18	Avaliação de desempenho.....	36
3.19	Treinamento e desenvolvimento.....	36
3.20	Descrição de recursos humanos e materiais.....	36
3.21	Especificações e requisitos técnicos.....	36
3.22	Habilidades de atender as necessidades dos clientes.....	37
3.23	Perfil dos clientes.....	37
3.24	Concorrentes.....	37
3.25	Estratégia de marketing.....	37
4	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A mudança prevista na estrutura etária brasileira indica aumento da população idosa, isto é, pessoas com idade acima de 65 anos. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em estudo realizado em 2013, esta porção da população tende a crescer de 2% a 4% por ano, no Brasil, alcançando em 2060 27% da fatia populacional (quando realizada a pesquisa, em 2013, a proporção da população idosa era de 7,4%). Os principais motivos, também segundo o IBGE, para o crescente número de pessoas com idade acima de 65 anos, são: a autonomia financeira e os melhores tratamentos médicos.

A fragilidade da capacidade funcional, nesta fase da vida, guiará as tendências para com os cuidados da saúde. O cenário atual indica oportunidades para inovar e preencher as lacunas que se observam nos tratamentos e acompanhamentos de saúde desta população específica (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Uma alternativa para cuidados da população idosa é o atendimento domiciliar, onde há interação entre o profissional, o idoso e a família, decidindo de maneira compartilhada e transparente os cuidados e sequencia do tratamento. Há necessidade da avaliação do profissional especializado juntamente com o profissional que acompanhará o paciente, para que ambos possam alcançar a reabilitação do idoso (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

O atendimento prestado em domicílio serve como integração dos cuidados prestados no hospital, reduzindo os custos e proporcionando melhoria na qualidade de vida, principalmente à pacientes idosos, crônicos e terminais (FABRICIO *et al.*, 2004).

Além da redução de custos e melhoria na qualidade de vida, existem outras vantagens que podem beneficiar o paciente/cliente. Como exemplo, a humanização no tratamento, a diminuição de internações e a redução do tempo de permanência hospitalar. Outro fator, também importante, é a satisfação do paciente/doente e daqueles que estão mais próximos, ao receber tratamento em seu lar (FABRICIO *et al.*, 2004).

Segundo Amaral *et al.* (2001), a Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) implica benefícios econômicos e sociais, como: i) humanização nos cuidados prestados; ii) agilidade na recuperação do paciente; iii) redução na taxa de infecção hospitalar; iv)

diminuição de utilização de leitos hospitalares, permitindo que pacientes que necessitam usufruam deles; v) redução nos custos envolvidos com a internação hospitalar; vi) alívio do paciente por estar próximo de seus parentes; vii) precaução e redução de eventuais danos relacionados à assistência; viii) diminuição de reinternações hospitalares.

Por fim, como já citado, o paciente pode ter satisfação e tranquilidade em ficar com a família, além de poder se beneficiar do amparo que irá receber das pessoas próximas, transformando-se numa ótima opção para desenvolvimento de plano de negócio dedicado à saúde de idosos (AMARAL *et al.*, 2001).

1.1 Objetivo

O Objetivo desse trabalho é propor um plano de negócio desenvolvido para cuidados domiciliares a idosos, com o propósito de auxiliar os tratamentos hospitalares e contribuir para redução dos custos familiares.

1.2 Escopo

Foi abordado neste trabalho a história dos cuidados domiciliares na população idosa e a avaliação da viabilidade de trabalhar com serviços assistenciais em domicílio como negócio na população idosa, acima de 65 anos, residente na cidade de São Paulo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 História dos cuidados domiciliares

Antigamente a assistência prestada por médicos em domicílio era paga pelos pacientes no ato da avaliação. E as mulheres participavam intensamente do papel de cuidadoras, principalmente dos seus entes mais próximos. Por volta do século XIX houve o primeiro registro em assistência domiciliar no Estado da Carolina do Sul, por mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, desenvolvido para atendimento a pacientes pobres (MENDES, 2001).

A partir do século XVIII aparecem os registros dos primeiros hospitais comunitários e, então, o atendimento prestado em domicilio passa a ser interligado com o atendimento prestado nestes hospitais (MENDES, 2001).

Florence Nightingale provocou algumas mudanças impactantes na Inglaterra e na formação de profissionais de enfermagem. Em função dessas mudanças, criou-se, em meados do século XIX, a *Visitting Nurses Association* (VNAS), que engloba empresas que prestam assistência domiciliar. VNAS passou a cuidar de pacientes com baixa renda e pacientes que possuíam condições de pagar e que, além de pagar, realizavam doações, ajudando a financiar os serviços prestados pela VNAS (MENDES, 2001).

Na metade do século XIX houve aumento de doenças infectocontagiosas ocasionando mudanças nas práticas da equipe de enfermagem. Iniciam-se as atividades das enfermeiras visitadoras e agentes difusoras de educação da saúde, em função preventiva da assistência prestada em domicilio. Com isso, a participação do governo, no incentivo para o crescimento dessa assistência, passou a ser de extrema importância para conservar a saúde de sua população (MENDES, 2001).

Perante essa situação, a formação das enfermeiras – que antes eram graduadas por programas iniciais de treinamento e trabalhavam para setores privados – passa a ter foco de atuação na assistência pública. Essas enfermeiras eram agrupadas em agências especializadas em *public health*. O foco da *public health nurse* era voltado para pacientes pobres; já a *community health nurse* prestava serviços para pacientes que pudessem pagar pelos serviços (MENDES, 2001).

Em 1909, a revista *Visitting Nurse Quarterly* publicou a história de *public health nursing*, onde surgiu o *The National Organization for public Health* (NOPHN) e, em 1912, substituiu a *Visitting Nurses Association*. Além disso, em 1909, surgiu o primeiro seguro de enfermagem, *Metropolian Life Insurance Company*, para atender as necessidades do povo americano (MENDES, 2001).

Com o advento das estradas de ferro, houve migração da população rural para as cidades, trazendo consigo as doenças e mudanças no perfil epidemiológico de saúde. Com estas mudanças, as agências que prestavam serviços domiciliares, perceberam que tinham maior impacto no cuidado com o paciente e buscaram financiamento do Estado para maximizar sua abrangência e efetividade (MENDES, 2001).

O hospital Montefiore, em Nova York, em 1947, estendeu os cuidados em domicílios como parte de alta hospitalar. Esse foi um dos primeiros registros feitos de cuidados domiciliares após alta hospitalar (MENDES, 2001).

Já no Brasil não existem relatos documentados do início dos cuidados domiciliares. Entretanto, há indícios do início da assistência domiciliar por meio de sindicatos de trabalhadores, principalmente de transportes, que não estavam satisfeitos com os cuidados do atendimento de urgência (MENDES, 2001).

Os hospitais dos municípios não atendiam previdenciários, e os hospitais da previdência não atendiam doentes que não estivessem cadastrados. Dado este fato, os sindicatos se posicionaram favoráveis em relação aos cuidados domiciliares (MENDES, 2001).

Foi arrecadada entre 1950 e 1952 uma taxa de 2% da aposentadoria e pensões para ajudar a financiar as ações de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu). O INPS fez parceria com o Samdu em 1967, sendo construídos serviços de Samdu em várias cidades do Brasil (MENDES, 2001).

A contratação dos médicos que prestavam cuidados domiciliares era em registro pela Contratação da Leis do Trabalho (CLT). A assistência era iniciada por atendimento telefônico (MENDES, 2001).

Os Médicos realizavam visitas constantes a pacientes crônicos, que possuíam doenças, como, insuficiência cardíaca, diabetes, obstrução urinária e outras infecções (MENDES, 2001).

Os hospitais da previdência, ao invés de seguir com os cuidados domiciliares, criaram clínicas que fossem conveniadas para pacientes crônicos (MENDES, 2001).

Foi criado em 1967 a assistência domiciliar para prestar cuidados à pacientes crônicos, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, que pertence ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Esses cuidados prestados aos pacientes crônicos existem até hoje (MENDES, 2001).

2.2 Conceito da assistência domiciliar

O primeiro sistema de ADS (Assistência Domiciliar à Saúde) no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados e, para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. Nos dias de hoje, nota-se crescimento do número de empresas privadas no sistema de ADS, passando de cinco empresas em 1994 para uma quantidade superior a cento e oitenta empresas em 1999. Esse aumento caracteriza um modismo que privilegia o lucro fácil, sem a devida estrutura para o correto atendimento, o que leva muitas dessas empresas a serem desqualificadas pela seleção natural da concorrência. A ADS no Brasil divide-se em um grupo de atendimento segmentar, com cuidados exclusivos de enfermagem ou de fisioterapia, e outro com um atendimento multiprofissional, propiciando atenção ao paciente como um todo. Ambos os serviços são ofertados por meios públicos ou privados (TAVOLARI *et al.*, 2000).

No Brasil, os grupos mais experientes em assistência domiciliar possuem programas de cuidados seguros e avançados, como poucos similares no mundo. Prestam atendimento a doentes muitas vezes graves e instáveis em casa, sem deixar de lado a excelência técnica, a segurança e a qualidade encontradas nos melhores hospitais do país (TAVOLARI *et al.*, 2000).

O atendimento domiciliar pode ser definido por um conjunto de cuidados ambulatoriais, em caráter continuo, desenvolvidas em domicílio (LACERDA *et al.*, 2006).

Os cuidados em casa designam fornecer suporte aos pacientes em domicílio, permitindo que aqueles pacientes portadores de doenças crônicas ou debilitados possam

receber um tratamento de alta qualidade em sua residência ou na comunidade (LACERDA *et al.*, 2006).

Os cuidados domiciliares são um conjunto de serviços realizados em domicílio, oferecidos após o atendimento primário, onde já foi recebido diagnóstico e tratamento. O paciente que não necessita dos cuidados hospitalares é beneficiado com cuidados em domicílio, próximo das pessoas que o amam (AMARAL *et al.*, 2001).

Embora não exista definição formal, os termos ligados ao programa de ADS, enfocados sob a expressão inglesa *home health care* no Brasil, são descritos por Tavolari *et al.* (2000) como:

- Assistência domiciliar: termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar.
- Internação domiciliar: relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa.
- Atendimento domiciliar: abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhante a um consultório em casa.

2.3 Envelhecimento da população

Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu de maneira paulatina, seguido de avanços em relação a condições de moradia, saneamento básico, educação, nutrição saúde e emprego. Já nos países menos desenvolvidos essa transição ocorre tardiamente, porém com mais agilidade. Essas transições nos países foram influenciadas pelos avanços tecnológicos em: vacinas, antibióticos, assepsia, aumento de recursos terapêuticos e de diagnóstico (MENDES, 2001).

Essas mudanças trouxeram um aumento progressivo da população idosa, em consequência do aumento expectativa de vida ao nascer. Porém, esse aumento não ocorre somente pelo aumento de expectativa de vida ao nascer, mas também pela

redução da taxa de fecundidade. Em 2025, a tendência é que se reduza a taxa de crescimento populacional (MENDES, 2001).

Há uma forte tendência de aumento de expectativa de vida mundialmente. Porém, ainda existem controvérsias devido às influências de doenças crônicas e distúrbios mentais (MENDES, 2001).

A redução de mortalidade na população com mais de 65 anos é uma tendência, junto com a redução na taxa de fecundidade. Dados demonstram que esta redução é de 20% para regiões desenvolvidas, 7,5% em regiões menos desenvolvidas, obtendo uma média de 10% no mundo. O Brasil apresenta taxa de 7,8% (MENDES, 2001).

Estima-se que o Brasil, em 2025, terá em torno de 31,8 milhões de pessoas acima de 65 anos e poderá ocupar a sexta posição em número de idosos mundialmente. Ou seja, um avanço de 1.514% de 1950 a 2025 (MENDES, 2001).

O índice de idosos no Brasil (razão entre a população com 65 anos ou mais e a população com menos de 15 anos de idade) passou de 6,2%, em 1960, para 13,9%, em 1991, e estimativas apontam que este índice alcançará 106,8% em 2050. Neste período, a composição da razão de dependência demográfica (razão entre a população com 65 ou mais e menor que 15 anos e aquela entre 15 e 64 anos de idade) passa do predomínio da parcela jovem da população, observada atualmente, para a dependência idosa no final do período (MOREIRA, 1998).

No Brasil, diferentemente da situação de 1960, onde as doenças infecciosas eram as principais causas de mortalidade, as doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior percentual de mortalidade dos idosos. As causas externas e neoplasias, assumem segundo e terceiro lugar na causa de mortalidade (MENDES, 2001).

No EUA e no Brasil, doenças como: neoplasias, cardiovasculares, *diabetes mellitus*, doenças obstrutivas crônicas, osteomusculares entre outras, são as principais doenças assistidas nos cuidados domiciliares (MENDES, 2001).

Então a demanda de cuidados na população idosa após a alta hospitalar vem crescendo e demonstrando sua importância (MENDES, 2001)

2.4 Panorama geral sobre a população idosa

De acordo com o IBGE, em 2011 no Brasil a população idosa representava 11% de toda a população. E em relação a gastos com saúde com essa população, a representatividade foi de 30% dos gastos totais (Agencia Nacional de Saúde Suplementar, [entre 2011 e 2012]).

Em torno de 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, em 2002, viviam em países em desenvolvimento. Esse número tende a aumentar até 2025 para 840 milhões de idosos, o que equivale à 70% da população idosa em todo o mundo.

Mais da metade da população idosa vive na Ásia. A tendência é que essa população aumente, enquanto na Europa essa população tende a diminuir (Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, 2005).

Em relação à comparação de países desenvolvidos e em desenvolvimento, a França em 5 anos dobrou a população idosa de 7% para 14%, a China poderá levar 27 anos para obter um aumento parecido. O envelhecimento populacional, nos países desenvolvidos, ocorreu de maneira gradual acompanhando o aumento socioeconômico nas últimas décadas (Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, 2005).

Percebe-se que, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento ocorre de maneira acelerada devido às modificações estruturais, nos papéis da família, no trabalho e pela migração. Devido à migração de pessoas para a cidade em busca de emprego, se reduz o número de pessoas que possam cuidar dos idosos (Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, 2005).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, a constatação do aumento da população idosa pode ser observada pelos registros de censos realizados no decorrer de anos conforme as tabelas 2.4.1 e 2.4.2 a seguir.

Tabela 2.4.1 – Censo demográfico

População Idosa

		População de 65 a 69 anos de idade		População de 70 a 79 anos de idade		População de 80 a 89 anos de idade		População de 90 a 99 anos de idade		População com mais de 100 anos de idade	
TOTAL		2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
9.908.815	14.081.256	3.574.380	4.840.724	4.510.626	6.305.008	1.564.217	2.486.415	235.209	424.876	24.383	24.233

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

Tabela 2.4.2 – Censo demográfico

Participação dos grupos etários na população residente total (%) - Brasil e Grandes Regiões - 1991/2010

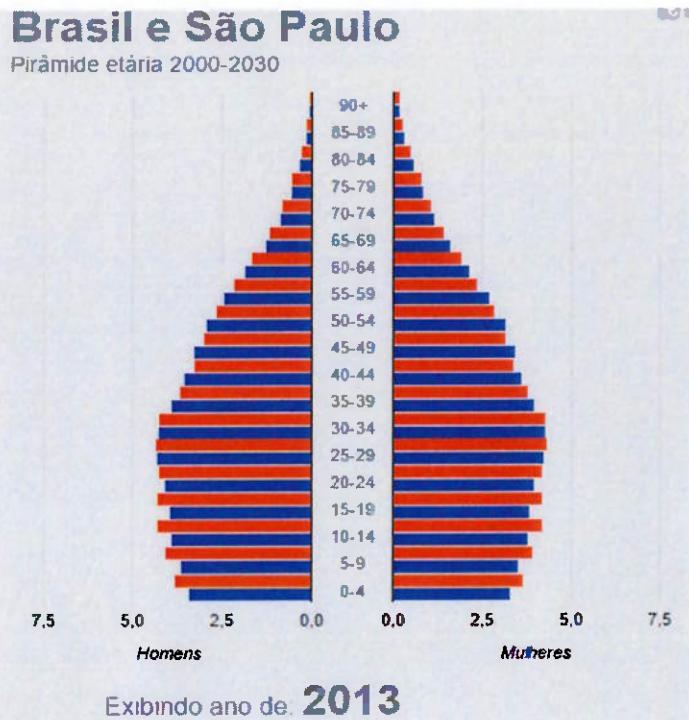
Brasil e Grandes Regiões	Participação dos grupos etários na população residente total (%) - Brasil e Grandes Regiões - 1991/2010								
	1991			2000			2010		
	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+
Brasil	34,7	60,4	4,8	29,6	64,5	5,9	24,1	68,5	7,4
Norte	42,5	54,5	3,0	37,2	59,1	3,6	31,2	64,2	4,6
Nordeste	39,4	55,5	5,1	33,0	61,2	5,8	26,6	66,3	7,2
Sudeste	31,2	63,6	5,1	26,7	66,9	6,4	21,7	70,2	8,1
Sul	31,9	63,1	5,0	27,5	66,3	6,2	21,8	70,1	8,1
Centro-Oeste	35,3	61,5	3,3	29,9	65,8	4,3	24,5	69,7	5,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

Nota-se que as 'Grandes Regiões' brasileiras que apresentam maior taxa de crescimento da população idosa, entre os anos 1991 e 2010, são as Regiões Sul e Sudeste, coincidentemente, as que possuem melhores índices de desenvolvimento.

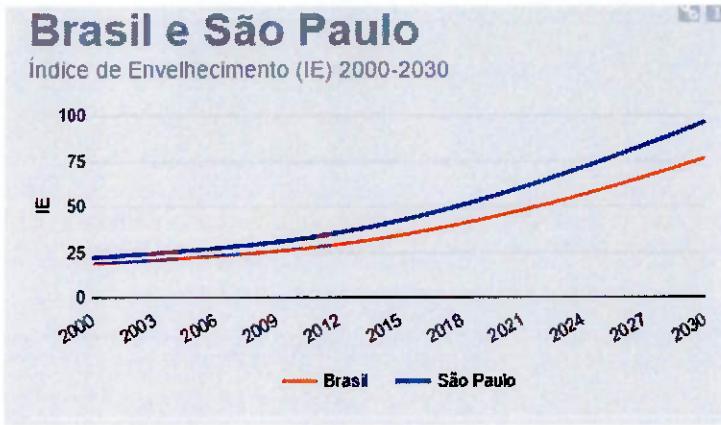
São Paulo, uma das cidades com melhores índices de desenvolvimento, é um exemplo nítido nesta tendência, conforme pode ser visto nos dois gráficos 2.4.1 e 2.4.2 a seguir.

Gráfico 2.4.1 – Pirâmide etária



Fonte: IBGE, 2013

Gráfico 2.4.2 – Índice de envelhecimento



Fonte: IBGE, 2013

Visto a tendência de aumento deste segmento populacional, vale destacar que o envelhecimento ativo proporciona o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, permitindo que as pessoas permaneçam na sociedade de acordo com suas capacidades e necessidades (Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS, 2005).

3 PLANO DE NEGÓCIO

A assistência domiciliar à saúde tem o intuito de reduzir custos comparados aos custos hospitalares, proporcionando redução de infecção hospitalar, diminuição de sequelas, redução de utilização de recursos e satisfação do paciente/cliente (AMARAL *et al.*, 2001).

O custo está relacionado com a remuneração por procedimento, encarecido por desperdícios e distorções que existem no sistema de saúde. Este necessita de transparência e ética, responsabilidade e visão de parceria para preservar a saúde da população. A saúde do paciente deveria ser o alvo integral, mas como o sistema remunera por procedimento, incorre na descaracterização do objetivo da saúde, uma vez que o indivíduo não é cuidado em suas necessidades como um todo, ou seja, a saúde do paciente não é tratada antes de haver resultado financeiro aos interessados. O cliente/paciente recebe o tratamento de forma fragmentada: exame laboratorial, “imaginológico”, consultas, especialistas e novos procedimentos dia após dia. Atualmente, o mercado promove um desperdício de R\$ 3,6 bilhões de reais por ano em consultas, com internações e exames desnecessários, conforme levantamento da ABRASPE (Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pela Empresa), que compara os índices, valores e custos gerados no período de 1996 a 1999, demonstrando a demanda crescente de despesas nos segmentos acima citados (CURY, 2000).

A ADS tem custos por procedimento; já no hospital o custo está em um todo, desde a internação até a alta hospitalar. A diária hospitalar varia entre 250,00 a 400,00 reais e uma diária da UTI pode chegar ao valor de 4.000,00 reais. Com isso, a internação em domicílio pode ser reduzida de 30% a 70% (AMARAL *et al.*, 2001).

3.1 Dados da Empresa

Uma nova empresa prestadora de serviços será criada, de pequeno porte, com faturamento anual previsto de R\$ 5,2 milhões, e com capital fechado.

Empresas de capital fechado não precisam revelar seus balanços contábeis. Entretanto, sendo a transparência um dos valores desta nova Organização a divulgação dos balanços ocorrerá trimestralmente ressaltando esta característica a todos os *stakeholders*.

3.2 Estrutura legal do negócio

A empresa terá três sócios que serão responsáveis por todas as atividades. O capital inicial a ser aportado será de R\$ 600.000,00. Este valor será investido da seguinte maneira: 26% na capacitação dos colaboradores, 18% na compra de equipamentos para auxiliar a prestação dos serviços, 24% será retido para capital de giro, 17% para locação do imóvel sede da empresa, 10% para compra de materiais de expediente e 5% será destinado a contratação de funcionários administrativos (atendentes, estagiários, etc).

O capital inicial aportado será dividido em quotas no valor nominal de R\$ 1,00 cada, totalmente subscritas e integralizadas na moeda do país. Haverá a distribuição das quotas entre os sócios conforme aporte financeiro. Todos terão participação nos lucros obtidos proporcional à quantidade de quotas possuídas.

Será estabelecido que a remuneração aos sócios ocorrerá a partir do quarto mês, com emissão de pró-labore, que deverá estar de acordo e no limite da lei, sendo que uma parcela dos lucros obtidos será revertida em investimento na empresa por 2 anos. Os poderes administrativos e responsabilidades financeiras serão estabelecidos igualmente entre os sócios.

A empresa terá de arcar com as seguintes responsabilidades fiscais:

Âmbito Municipal:

- 5% sobre receita bruta da empresa (ISS);

Âmbito Federal:

- Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ): 4,8% por ser uma empresa de prestação de serviços;
- Contribuição para Financiamento da Contribuição Social (COFINS): 3% do faturamento final da empresa;
- Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CCSL): 9% em cima do lucro;

- Programa de Integração Social (PIS): 0,65% sobre o faturamento;
- Despesas com encargos sociais e trabalhistas (FGTS, 13º salário, férias, entre outros): 100% sobre o total dos salários brutos dos funcionários.

3.3 Exigências Legais para o funcionamento da empresa

Exigências legais necessárias para iniciar a empresa:

- Formulário de Petição em duas vias. Uma via será utilizada para o número do protocolo, sendo devolvida para a empresa;
- Comprovante de microempresa de ano vigente, que é emitido pelo órgão oficial;
- Procuração de Representante Legal (se for o caso) autenticada;
- Cópia do Contrato Social e suas alterações registradas na Junta Comercial;
- Cópias do documento de inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC);
- Declaração de Vinculação do Técnico à empresa emitida pelo Conselho Regional de Classe;
- Cópia do Contrato de Trabalho ou da Carteira Profissional do Responsável Técnico pela empresa;
- Cópia da Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária Estadual;
- Relação sucinta da natureza e espécie dos serviços assinada pelo responsável técnico;
- Declaração contendo: razão social, nome do representante legal, nome do responsável técnico e número de sua inscrição no Conselho Regional respectivo, relação de endereços com CEP, telefone, fax e depósitos;
- Descrição por meio de relatório técnico de toda aparelhagem disponível para as atividades realizadas e a relação completa dos aparelhos e equipamentos a serem utilizados no Controle de Qualidade;
- Descrição do roteiro de inspeção com parecer técnico conclusivo;
- Relatório das instalações que a empresa dispõe e que caracterizem as edificações onde funcionará a empresa;
- Cópia da planta baixa aprovada pelo Serviço de Engenharia Sanitária e Meio

Ambiente da Secretaria Estadual de Saúde;

- Descrição da organização da empresa (organograma);
- Descrição do laboratório de Controle de Qualidade próprio ou cópia do contrato de convênio com terceiros.

3.4 Projeção dos Custos Variáveis

Estima-se que o custo variável desta empresa seja de 40 a 55% do faturamento mensal, sendo de maior relevância o deslocamento/transporte dos colaboradores e equipamentos para atendimento dos clientes, seguido pela despesa de promoção e divulgação da Organização. Para prestação dos serviços aos clientes é necessário utilizar alguns insumos importantes como: algodão, seringas e agulhas descartáveis, reagentes; entretanto, os custos com esses produtos serão taxados junto com a mensalidade.

3.5 Projeção dos Custos Fixos e Despesas

As despesas necessárias para a manutenção da empresa, representaram no primeiro ano 55% a 60% das despesas totais, onde 15% se dará em treinamentos/capacitação aos colaboradores, 15% para às despesas operacionais e 25 a 30% com a folha de pagamento. Pressupõe-se reduzir os custos fixos em 5% com base no crescimento da receita total até o quarto ano.

3.6 Projeção do Fluxo de Caixa

Dado o investimento inicial de R\$ 600.000,00, acredita se que entre o segundo e terceiro ano haja recuperação do Capital investido, obtendo saldo (fluxo do caixa) final positivo a partir do final do ano seguinte ao início das atividades, conforme as planilhas abaixo, as quais demonstram estimativa do fluxo de caixa dos primeiros 60 meses de funcionamento.

Tabela 3.6.1 – Planilha de fluxo de caixa

PLANILHA DE FLUXO DE CAIXA											
	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ENTRADAS											
Previsão de recebimento vendas	15.000,00	30.000,00	37.500,00	60.000,00	75.000,00	120.000,00	150.000,00	150.000,00	195.000,00	225.000,00	300.000,00
Contas a receber-vendas realizadas											
Outros recebimentos											
TOTAL DE ENTRADAS	15.000,00	30.000,00	37.500,00	60.000,00	75.000,00	120.000,00	150.000,00	150.000,00	195.000,00	225.000,00	300.000,00
SADAS											
Fornecedores	2.250,00	4.500,00	5.625,00	9.000,00	11.250,00	18.000,00	22.500,00	22.500,00	29.250,00	33.750,00	45.000,00
Folha de pagamento	45.000,00	45.000,00	45.000,00	80.000,00	80.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Encargos Sociais (FGTS, INSS, etc)	45.000,00	45.000,00	45.000,00	60.000,00	60.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Retiradas sócios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Impostos e/ vendas											
Alugéis	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Energia elétrica	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00
Telefone	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Serviços contabilidade	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Combustíveis	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Manut. de veículos											
Despesas diversas											
Verbas para rescisão											
Empréstimos bancários											
Financiamentos equip.	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Despesas financeiras											
Pagamento novos empréstimos											
Marketing (mídias sociais, panfletos, etc)	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	11.250,00	18.000,00	22.500,00	22.500,00	29.250,00	22.500,00	30.000,00
Outros pagamentos											
TOTAL DAS SAÍDAS	137.050,00	139.300,00	140.425,00	173.800,00	177.300,00	190.800,00	169.800,00	169.800,00	183.300,00	211.050,00	229.800,00
1 (ENTRADAS - SAÍDAS)	-122.050,00	-109.300,00	-102.925,00	-113.800,00	-102.300,00	-70.800,00	-19.800,00	-19.800,00	11.700,00	13.950,00	70.200,00
2 SALDO ANTERIOR	-600.000,00	-722.050,00	-831.350,00	-934.275,00	-1.048.075,00	-1.150.375,00	-1.221.175,00	-1.240.975,00	-1.260.775,00	-1.249.075,00	-1.235.125,00
3 SALDO ACUMULADO (1+2)	-722.050,00	-831.350,00	-934.275,00	-1.048.075,00	-1.150.375,00	-1.221.175,00	-1.240.975,00	-1.260.775,00	-1.249.075,00	-1.235.125,00	-1.164.925,00
4 NECESSIDADES DE EMPRÉSTIMO											
5 SALDO FINAL (3+4)	-722.050,00	-831.350,00	-934.275,00	-1.048.075,00	-1.150.375,00	-1.221.175,00	-1.240.975,00	-1.260.775,00	-1.249.075,00	-1.235.125,00	-1.164.925,00
	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO						

Tabela 3.6.2 – Planilha de fluxo de caixa

PLANILHA DE FLUXO DE CAIXA											
	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ENTRADAS											
Previsão de recebimento vendas	300.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	420.000,00	420.000,00	420.000,00	420.000,00
Contas a receber-vendas realizadas											
Outros recebimentos											
TOTAL DE ENTRADAS	300.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00	420.000,00	420.000,00	420.000,00	420.000,00
SADAS											
Fornecedores	45.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
Folha de pagamento	75.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
Encargos Sociais (FGTS, INSS, etc)	75.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
Retiradas sócios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Impostos e/ vendas											
Alugéis	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Energia elétrica	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00
Telefone	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Serviços contabilidade	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Combustíveis	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Manut. de veículos											
Despesas diversas											
Verbas para rescisão											
Empréstimos bancários											
Financiamentos equip.	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Despesas financeiras											
Pagamento novos empréstimos											
Marketing (mídias sociais, panfletos, etc)	30.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00
Outros pagamentos											
TOTAL DAS SAÍDAS	259.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00	334.800,00
1 (ENTRADAS - SAÍDAS)	40.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00	65.200,00
2 SALDO ANTERIOR	-1.094.725,00	-1.054.525,00	-989.325,00	-924.125,00	-858.925,00	-793.725,00	-728.525,00	-663.325,00	-578.125,00	-492.925,00	-407.725,00
3 SALDO ACUMULADO (1+2)	-1.054.525,00	-989.325,00	-924.125,00	-858.925,00	-793.725,00	-728.525,00	-663.325,00	-578.125,00	-492.925,00	-407.725,00	-322.525,00
4 NECESSIDADES DE EMPRÉSTIMO											
5 SALDO FINAL (3+4)	-1.054.525,00	-989.325,00	-924.125,00	-858.925,00	-793.725,00	-728.525,00	-663.325,00	-578.125,00	-492.925,00	-407.725,00	-322.525,00
	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	5º ANO						

Tabela 3.6.3 – Planilha de fluxo de caixa

PLANILHA DE FLUXO DE CAIXA												
	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
ENTRADAS												
Previsão de recebimento vendas	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	
Contas a receber-vendas realizadas												
Outros recebimentos												
TOTAL DE ENTRADAS	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	
SAÍDAS												
Fornecedores	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	
Folha de pagamento	100.000,00	100.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	130.000,00	
Encargos Sociais (FGTS, INSS, etc)	100.000,00	100.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	130.000,00	
Retiradas sócios	0,00	0,00	0,00	0,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	0,00	
Impostos e/ vendas												
Alugéis	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	
Energia elétrica	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	
Telefones	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	
Serviços contabilidade	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	
Combustíveis	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	
Manut. de veículos											20.000,00	
Despesas diversas											14.000,00	
Verbas para rescisão												
Empréstimos bancários												
Financiamentos equip.	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	
Despesas financeiras												
Pagamento novos empréstimos												
Marketing (mídias sociais, panfletos, etc)	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	
Outros pagamentos											20.000,00	
TOTAL DAS SAÍDAS	335.500,00	335.500,00	375.500,00	375.500,00	425.500,00	425.500,00	435.500,00	435.500,00	435.500,00	435.500,00	455.500,00	
1 (ENTRADAS - SAÍDAS)	114.500,00	114.500,00	74.500,00	74.500,00	24.500,00	24.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	14.500,00	4.500,00	
2 SALDO ANTERIOR	-327.325,00	-212.825,00	-98.325,00	-23.825,00	50.675,00	75.175,00	99.675,00	114.175,00	128.675,00	143.175,00	157.675,00	
3 SALDO ACUMULADO (1+2)	-212.825,00	-98.325,00	-23.825,00	50.675,00	75.175,00	99.675,00	114.175,00	128.675,00	143.175,00	157.675,00	162.675,00	
4 NECESSIDADES DE EMPRESTIMO	5 SALDO FINAL (3+4)	-212.825,00	-98.325,00	-23.825,00	50.675,00	75.175,00	99.675,00	114.175,00	128.675,00	143.175,00	157.675,00	162.675,00

1º ANO | 2º ANO | **3º ANO** | 4º ANO | 5º ANO |

4

PLANILHA DE FLUXO DE CAIXA											
	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão	Previsão
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ENTRADAS											
Previsão de recebimento vendas	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00
Contas a receber-vendas realizadas											
Outros recebimentos											
TOTAL DE ENTRADAS	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00
SAÍDAS											
Fornecedores	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00
Folha de pagamento	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00
Encargos Sociais (FGTS, INSS, etc)	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00	130.000,00
Retiradas sócios	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00
Impostos e/ vendas											
Alugéis	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00
Energia elétrica	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Telefones	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Serviços contabilidade	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Combustíveis	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Manut. de veículos											20.000,00
Despesas diversas											14.000,00
Verbas para rescisão											
Empréstimos bancários											
Financiamentos equip.	10.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Despesas financeiras											
Pagamento novos empréstimos											
Marketing (mídias sociais, panfletos, etc)	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00
Outros pagamentos											20.000,00
TOTAL DAS SAÍDAS	440.500,00	445.500,00	529.500,00								
1 (ENTRADAS - SAÍDAS)	19.500,00	14.500,00	-25.500,00	-25.500,00							
2 SALDO ANTERIOR	162.675,00	182.175,00	196.675,00	211.175,00	225.675,00	240.175,00	254.675,00	269.175,00	283.675,00	258.175,00	232.675,00
3 SALDO ACUMULADO (1+2)	182.175,00	196.675,00	211.175,00	225.675,00	240.175,00	254.675,00	269.175,00	283.675,00	258.175,00	232.675,00	217.175,00
4 NECESSIDADES DE EMPRESTIMO	5 SALDO FINAL (3+4)	182.175,00	196.675,00	211.175,00	225.675,00	240.175,00	254.675,00	269.175,00	283.675,00	258.175,00	232.675,00

1º ANO | 2º ANO | 3º ANO | **4º ANO** | 5º ANO |

4

Tabela 3.6.5 – Planilha de fluxo de caixa

PLANILHA DE FLUXO DE CAIXA												
	Previsão											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ENTRADAS												
Previsão de recebimento vendas	470.000,00	470.000,00	500.000,00	500.000,00	500.000,00	500.000,00	550.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00
Contas a receber-vendas realizadas												
Outras recebimentos												
TOTAL DE ENTRADAS	470.000,00	470.000,00	500.000,00	500.000,00	500.000,00	500.000,00	550.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00	600.000,00
SAÍDAS												
Fornecedores	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00
Folha de pagamento	150.000,00	150.000,00	150.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00
Encargos Sociais (FGTS, INSS, etc)	150.000,00	150.000,00	150.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00	170.000,00
Retiradas sócios	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00
Impostos s/ vendas												
Aluguel	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00	5.500,00
Energia elétrica	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Telefone	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Serviços contabilidade	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Combustíveis	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Manut. de veículos												20.000,00
Despesas diversas												14.000,00
Verbas para rescisão												
Empréstimos bancários												
Financiamentos eiqu.	10.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Despesas financeiras												
Pagamento novos empréstimos												
Marketing (imidas sociais, panfletos, etc)	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00
Outros pagamentos												
TOTAL DAS SAÍDAS	480.500,00	485.500,00	485.500,00	525.500,00	579.500,00							
1 (ENTRADAS - SAÍDAS)	-10.500,00	-15.500,00	14.500,00	-25.500,00	-25.500,00	-25.500,00	24.500,00	74.500,00	74.500,00	74.500,00	74.500,00	20.500,00
2 SALDO ANTERIOR	157.675,00	147.175,00	131.675,00	145.175,00	120.675,00	95.175,00	69.675,00	94.175,00	168.675,00	243.175,00	317.675,00	392.175,00
3 SALDO ACUMULADO (1+2)	147.175,00	131.675,00	146.175,00	120.675,00	95.175,00	69.675,00	94.175,00	168.675,00	243.175,00	317.675,00	392.175,00	412.675,00
4 NECESSIDADES DE EMPRÉSTIMO												
5 SALDO FINAL (3+4)	147.175,00	131.675,00	146.175,00	120.675,00	95.175,00	69.675,00	94.175,00	168.675,00	243.175,00	317.675,00	392.175,00	412.675,00

3.7 Projeção da Necessidade de Capital de Giro

De acordo com a modelagem de gastos/despesas x faturamento realizada, para este Projeto necessita-se de uma quantia de capital de giro inicial médio e anual de R\$ 300 mil, aproximadamente, para desembolsos totais.

3.8 Análise de Sensibilidade

A análise de sensibilidade revela que a recuperação do investimento inicial (*pay back*) ocorre em um período de 59 meses (quase 5 anos), o que indica ser um Projeto com taxa interna de retorno minimamente melhor que a do mercado financeiro (SELIC) mas ainda rentável, já que o valor presente líquido (VPL) é positivo (R\$ 11.520,00), ou seja, maior que o investimento inicial realizado.

RENTABILIDADE DO PROJETO

	ano 0	ano 1	ano 2	ano 3	ano 4	ano 5	TMA (a.a.)
Entrada		1.657.500,00	4.800.000,00	5.420.000,00	5.540.000,00	6.490.000,00	14,25%
Saída		2.152.225,00	4.032.600,00	4.930.000,00	5.545.000,00	6.235.000,00	TIR (a.a.)
Fluxo de caixa	600.000,00	-494.725,00	767.400,00	490.000,00	-5.000,00	255.000,00	14,81%

TAXA MÍNIMA DE ATRATIVIDADE = 14,25% a.a. (utilizada a taxa SELIC de jan/2016).

INVESTIMENTO INICIAL = R\$ 600.000,00

VPL - VALOR PRESENTE LIQUIDO = 11.520,00 (após 5 anos)

TIR - TAXA INTERNA DE RETORNO = 14,81% a.a. (em 5 anos)

PAY-BACK Descontado = 4,9 ANOS

3.9 Natureza do negócio

Serviços de assistência à saúde em domicílio para idosos, propiciando melhores condições preventivas a quaisquer patologias físicas e mentais, reabilitações de cirurgias e traumas. Poderá, também, auxiliar na continuidade de tratamentos iniciados em hospitais e que deverão ser seguidos por longo período. Estas atividades serão realizadas por intermédio de uma equipe de profissionais especializados em tratamento em residência/domicílio, contratados diretamente pela Organização.

3.10 Missão, Visão e Valores

3.3.1 Visão

Ser referência em Assistência à Saúde Domiciliar no Brasil, buscando continuamente o crescimento sustentável e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

3.3.2 Missão

Gerar valor para os clientes, equipes e a sociedade, através de soluções personalizadas em saúde, priorizando o perfil domiciliar com qualidade, responsabilidade e de forma sustentável.

3.3.3 Valores

- Ser a preferência do cliente.
- Colaboradores respeitados, comprometidos e realizados.
- Foco em resultados.
- Integridade e transparência com todos os públicos
- Sustentabilidade econômica, social e ambiental
- Atendimento humanizado.
- Responsabilidade e ética no atendimento aos pacientes e clientes.
- Obter lucratividade oferecendo um atendimento de qualidade.

3.11 Objetivos estratégicos

Antes de iniciar as atividades de atendimento em domicílio, os colaboradores serão avaliados em suas especialidades e, se constatada a necessidade de capacitação técnica, serão direcionados aos centros de treinamentos parceiros para suprimir estas lacunas de conhecimento.

Com uma equipe altamente capacitada e especialistas em diversas patologias, reabilitações e tratamentos, pretende atender nos primeiros seis meses de atividade uma média de 30 pacientes por dia, a um custo médio para o paciente de R\$ 100,00 / dia mais aluguel de equipamentos de grande porte que a empresa pode disponibilizar.

Em casos que exigirem o acompanhamento integral (24 horas) ao paciente, a empresa disponibilizará três profissionais para prestar este serviço. O custo para a prestação deste serviço dependerá da complexidade do tratamento ao paciente.

Para minimizar os custos para os pacientes, a Empresa buscará a parceria de Instituições Privadas e Órgãos Governamentais com o objetivo de apoiarem financeiramente o tratamento de pacientes de baixa renda, bem como financiarem a capacitação técnica dos colaboradores.

Após os primeiros seis meses de atividade, vislumbra-se crescer o número de pacientes atendidos por dia para uma média de 100 pacientes. Este acréscimo se dará por meio de parcerias com grandes hospitais, sindicatos de trabalhadores que contenham grande número de aposentados e/ou pensionistas e estratégias de *marketing* vinculadas as mídias sociais mais utilizados pela população idosa.

Inicialmente, o atendimento ocorrerá somente na Grande São Paulo (região que contempla 39 municípios, extensão aproximada de 7.946 quilômetros quadrados, população estimada em 21 milhões de habitantes e uma das maiores rendas per capita do Brasil) e, com o passar do tempo, se estudará a viabilidade de expansão para outros estados.

3.12 Tempo de Entrada no Mercado Alvo

Pretende-se atingir o ponto de equilíbrio financeiro em 9 meses após o início de seu funcionamento, pela evolução e expansão dos serviços e a fidelização dos clientes. O prazo para contratação e capacitação dos colaboradores, negociação e compra efetiva dos equipamentos, locação do imóvel, e demais atividades que antecedem o início das atividades é de aproximadamente um ano.

3.13 Pesquisa de Mercado

Por conhecimento de informações divulgadas pelo IBGE e Censo, tais como envelhecimento da população, realizou-se uma pesquisa empírica em empresa de *home care* que, por questões de confidencialidade, não terá divulgado o nome, para aprofundar detalhes técnicos e operacionais sobre este ramo no setor da saúde.

Pelo conhecimento obtido na rotina hospitalar com atendimento a pacientes idosos, especialmente os crônicos, constatou-se a dificuldades de manter o tratamento em virtude dos custos elevados e sua eficácia.

Com isso, houve aprofundamento no conhecimento das tendências sociais, por meio de pesquisas (informações públicas do IBGE), e de tendências de consultoria de mercado, como o SEBRAE. Também a viabilidade e atratividade destas empresas foram observadas detalhadamente nesta empresa de cuidados domiciliares.

3.14 Diferenciais

A capacitação técnica dos colaboradores propiciará a prestação de serviço com qualidade assegurada e percebida pelos clientes. Além da capacidade técnica da equipe multiprofissional, a empresa contará com um departamento de controle de qualidade que mensurará as atividades dos colaboradores, pautados por estatísticas tradicionais e reconhecidas para a gestão de recursos, visando comparar as expectativas que os clientes possuíam antes de contratar os serviços, durante a execução das atividades e posteriormente, indicando se os serviços ofertados pela empresa são equiparados as melhores práticas do mercado (outras empresas de *home care*) ou quais os caminhos que deve-se seguir para tanto.

3.15 Alianças Estratégicas

Grandes Hospitais da Região Metropolitana de São Paulo serão abordados para se tornarem parceiros comerciais desta empresa, assim como Sindicatos que possuírem quantidade considerável de pessoas idosas.

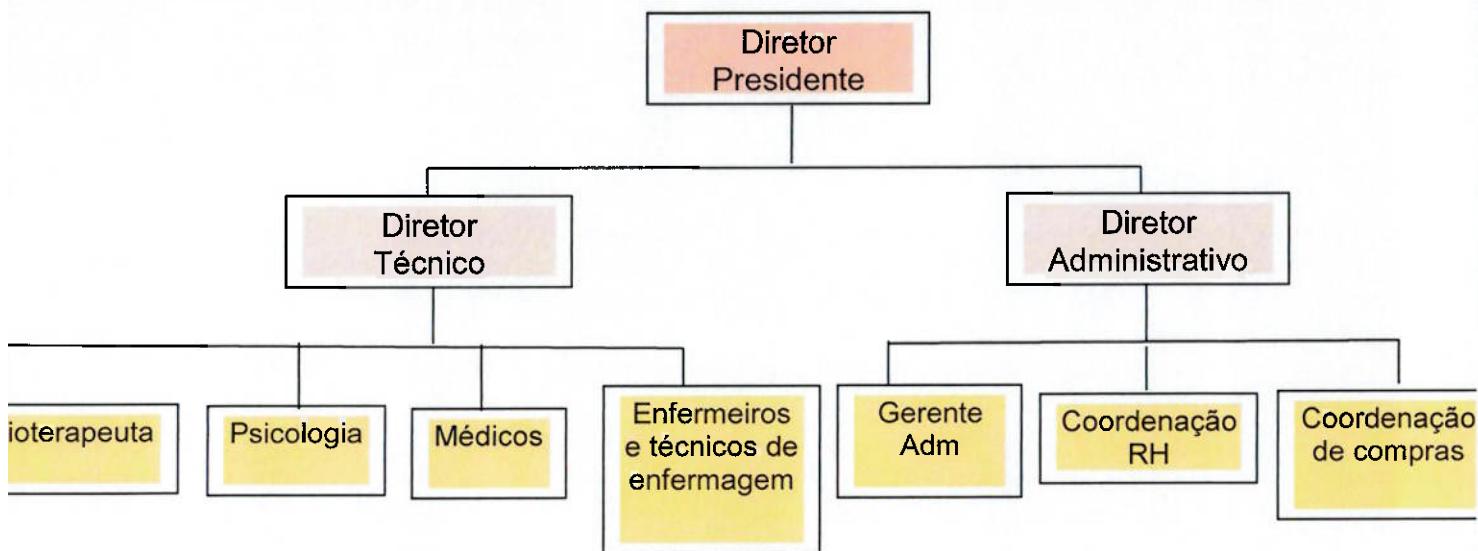
Os Grandes Hospitais poderão se beneficiar da continuidade do tratamento prescrito inicialmente por seu colaborador sem a necessidade do paciente continuar fisicamente instalado em suas dependências, ou seja, poderá atender quantidade maior de pacientes devido à maior rotatividade em seus leitos.

Já os Sindicatos, por meio de suas parcerias junto às empresas, poderão cadastrar clientes/pacientes uma vez que promovam a colaboração financeira dos tratamentos.

3.16 Descrição do organograma

Será composto por diretor presidente, diretor administrativo e diretor técnico.

- Diretor presidente: será o representante legal, com responsabilidade de organizar reuniões, coordenar toda equipe da empresa.
- Diretor Administrativo: responsável por toda parte financeira da empresa, por negociações de contratos e lucratividade.
- Diretor técnico: responsável por toda área técnica da empresa e treinamento da equipe



3.17 Plano de Carreira e Compensação

Quadro de funcionários: 1 recepcionista, 1 estagiária de enfermagem, 2 auxiliares de limpeza, médicos de diferentes especialidades, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 2 técnicos de laboratório, 1 coordenador de compras, 1 auxiliar de almoxarifado. Será adotado pela empresa um plano de carreira e compensação onde os funcionários terão remunerações fixas, exceto médicos que receberão remunerações por comissões segundo sua produção realizada no turno e calculada com base na tabela de honorários médicos. Os funcionários serão recrutados, selecionados e contratados pela própria equipe de Recursos Humanos da clínica.

3.18 Avaliação de Desempenho

Será realizada uma avaliação 360 graus para medir o desempenho de todos os funcionários a cada seis meses, permitindo ao gestor avaliar o desempenho dos seus funcionários de forma individual, identificando as áreas e pessoas que necessitam desenvolver ou aplicar melhor sua potencialidade.

3.19 Treinamento e Desenvolvimento

Em busca de qualidade e excelência nos serviços prestados e nos resultados da saúde do paciente, a empresa realizará treinamentos para capacitação de todos os funcionários dentro de suas respectivas funções e potencialidades, realizando acompanhamento dos resultados e medindo o desempenho de cada funcionário.

3.20 Descrição de recursos humanos e materiais

A empresa irá disponibilizar os melhores profissionais com especialização em cuidados com idosos, nas áreas de: ortopedia, cardiologia, neurologia, clínico geral, fisioterapia, entre outras.

Utilizará equipamentos modernos de alta tecnologia necessários ao tratamento.

3.21 Especificações e Requisitos Técnicos

Toda equipe que prestará serviços, principalmente os médicos, deverão estar adequadamente habilitados nas suas respectivas especialidades e inscritos em seus devidos Conselhos Regionais de acordo com as normas ANVISA.

3.22 Habilidades de Atender as Necessidades dos Clientes

Pensando nos clientes que tem dificuldade em se locomover sozinhos, a empresa desenvolveu serviços de cuidados domiciliares, onde não será necessário o cliente/paciente sair de casa e, em casos de emergência onde os tratamentos deverão ser realizados na clínica, esse cliente será levado por funcionários, por meio de ambulância da própria clínica de forma rápida para que o atendimento seja eficaz. Havendo necessidade de coleta para exames, poderão ser feitos em casa para os clientes que não poderão ir à clínica.

Os próprios clientes ou parentes poderão acessar o *site* da clínica, para agendar marcação de consultas e consultar resultados e entrega de exames.

3.23 Perfil dos clientes

Os clientes serão idosos a partir de 60 anos e de ambos os sexos, com renda de aproximadamente dois salários mínimos, que possuam planos de saúde e/ou que tenham capacidade de pagamento para utilizar os serviços particulares na busca do atendimento.

3.24 Concorrentes

Há alguns concorrentes na área de geriatria que atendem os idosos e também prestam cuidados domiciliares, como as fundações e associações que prestam atendimentos aos idosos e também os asilos que prestam serviços aos idosos.

3.25 Estratégia de Marketing

Serão negociados contratos com planos de saúde, afim de vincular os cuidados domiciliares. Será realizado cuidados domiciliares particulares para aqueles que irão fazer desembolso direto, além de, em horários de pouco movimento, oferecer preços

promocionais para os clientes. E, claro, sem esquecer o SUS, já que a filantropia fará parte da atuação desta empresa. Parcerias com prefeituras das cidades vizinhas, com o intuito de aumentar o número de atendimentos, serão construídas. E, como estratégia de comunicação, a empresa será divulgada por meio de rádios, folhetos, planos de saúde e no próprio *site*. Estima-se que o gasto mensal, relacionado ao *marketing* da empresa, possa variar de dez a quarenta mil reais.

4 CONCLUSÃO

O atendimento domiciliar surge em resposta às dificuldades assistenciais encontradas na área da saúde como, por exemplo, a falta de leitos nos hospitais e aos altos custos dos tratamentos, que muitas vezes comprometem a qualidade dos serviços médicos realizados. Esse novo modelo de cuidar dos pacientes vem ganhando espaço na promoção e prevenção de saúde, onde são realizados serviços altamente especializados, que tem como objetivo proporcionar um maior conforto e segurança ao paciente, na medida em que a recuperação ocorre dentro da sua própria residência.

Os cuidados domiciliares oferecem uma infraestrutura de pessoal e de equipamentos para garantir a mesma assistência que o paciente receberia dentro do hospital, porém com mais conforto.

A assistência domiciliar é uma opção de baixo custo e com resultados eficientes. Lembrando que uma grande parte dos pacientes que precisam deste tipo de assistência é constituída por pacientes crônicos e idosos.

É importante ressaltar que a assistência domiciliar, quando realizada com responsabilidade e competência, pode trazer muitos benefícios ao paciente e sua família, obtendo uma reabilitação e recuperação de forma mais segura e eficaz, proporcionando conforto ao paciente e família.

A assistência domiciliar torna possível levar os pacientes a ter uma nova experiência de assistência à saúde, aliada ao conhecimento e tecnologia, realizando uma assistência baseada na realidade de cada indivíduo, proporcionando um cuidado individualizado e mais humanizado.

Como relatado neste trabalho, é possível concluir que há uma boa aceitação junto aos pacientes que já contrataram essa modalidade de serviço assistencial. Sem dúvida, é uma boa alternativa para a limitação da nossa rede hospitalar, cujos leitos poderão ser direcionados para os pacientes em tratamento de doenças mais complexas, que não apresentem alternativa de tratamento ou pacientes com quadros emergenciais.

O negócio em si está longe de ser uma “mina de ouro”, já que ele trará um retorno muito próximo do que é oferecido hoje pelo mercado financeiro (14,81% a.a. contra a

taxa SELIC de 14,25% a.a.). A sua grande vantagem é que estará em uma atividade econômica em expansão (cuidados com idosos) enquanto que a economia deverá sofrer solavancos inesperados por muito tempo, sendo que a tendência mundial é que a taxa de juros se torne muito baixa ou negativa, favorecendo o empreendimento.

Diante do exposto acima, evidencia-se a oportunidade de se investir em uma empresa que preste serviços diferenciados à população de idosos em domicílio, com crescimento significativo em todo o Brasil e de maneira específica em uma das regiões mais ricas do país, com grande probabilidade de um retorno previsível do capital investido.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar.** Rio de Janeiro, RJ: ANS, [entre 2011 e 2012].

AMARAL, N. N. et al.. **Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual.** São Paulo: Rev. Neurociências, 2001. v. 3, n. 9, p.111-117.

CURY, Y. R. **Reflexões sobre o sistema de saúde – RAS.** Rev de ADM em Saúde, 2000. v. 6 n. 9, p. 431-39.

FABRICIO, S. C. C. et al.. **Assistência domiciliar: A experiência de um Hospital Privado do Interior Paulista.** Ribeirão Preto: Rev Latino-am Enfermagem, v. 5. n. 12, p.721-6, set./out. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. “**Anuário Estatístico do Brasil - IBGE - Censos demográficos - Dados gerais.**” Rio de Janeiro, 1968, 1973, 1983, 1991, 2002.

_____. Censos Demográficos 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>. Acesso 30 de set. 2015.

_____. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 30 de set. 2015.

LACERDA, M. R. et al.. **Atenção à saúde no domicílio:** modalidades que fundamentam sua prática. Paraná: Saúde e Sociedade, v. 2, n. 15, p. 88-95, maio-ago. 2006.

MENDES, W. **Home care:** uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. 112p.

MOREIRA M. M. **O envelhecimento da população brasileira em nível regional: 1940-2050.** In: **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais;** 1998; Caxambu. Belo Horizonte: ABEP; 1998. p.3.103-124.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Opas – OMS. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. 1th ed. Brasilia, DF, 2005. 60 p.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar.** São Paulo: Rev. Saúde Pública, 2005. v. 4. n. 39, p. 655-62.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO AS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS - SEBRAE. **Primeiro passo - Planejamento empresarial- Home Care.** Rio de Janeiro, 2012.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. **O desenvolvimento do home health care no Brasil.** São Paulo: Rev ADM em Saúde, 2000. v. 3. n. 9, out./dez. 2000.