

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
LILIAN ALMEIDA MOREIRA RIBEIRO

TURISMO MÉDICO: ANÁLISE CONTEMPORÂNEA DO
TURISMO DE SAÚDE EM SÃO PAULO

São Paulo
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

R369t Ribeiro, Lilian Almeida Moreira
Turismo Médico : Análise Contemporânea do Turismo de
Saúde em São Paulo / Lilian Almeida Moreira Ribeiro. – 2011.
114f.: il.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Airton José Cavenaghi.
Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) - Universidade
Anhembi Morumbi, São Paulo, 2011.
Bibliografia: f.87-93.

1. Hospitalidade. 2. Turismo de saúde. 3. Saúde - serviços.
4. São Paulo (cidade). I. Título.

CDD 647.94

LILIAN ALMEIDA MOREIRA RIBEIRO

**TURISMO MÉDICO: ANÁLISE CONTEMPORÂNEA DO
TURISMO DE SAÚDE EM SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade, área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Airton José Cavenaghi.

São Paulo
2011

LILIAN ALMEIDA MOREIRA RIBEIRO

**TURISMO MÉDICO: ANÁLISE CONTEMPORÂNEA DO
TURISMO DE SAÚDE EM SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade, área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Airton José Cavenaghi.

Aprovado em: 09 de Agosto de 2011.

Prof. Dr. Airton José Cavenaghi/ Universidade Anhembi
Morumbi

Profª. Dra. Elizabeth Kyoko Wada/ Universidade Anhembi
Morumbi

Profª. Dra. Madalena Pedroso Aulicino/ Universidade de São
Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Análises e Desafios detectados em Equipamentos na área da saúde na cidade de São Paulo.....	76
Quadro 2 Análises e Desafios detectados na área de Ensino e Pesquisa.....	77
Quadro 3 Análises e Desafios detectados na área de Recursos Humanos.....	78
Quadro 4 Análises e Desafios detectados na área Tecnológica.....	79
Quadro 5 Análises e Desafios detectados em Infraestrutura.....	80
Quadro 6 Análises e Desafios detectados no Panorama Brasileiro.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Planta Baixa Modelo de Termas.....	25
Figura 2 Concentração da Oferta Turística.....	40
Figura 3 Tabela das Regiões/Zoneamento da Cidade de São Paulo.....	41
Figura 4 Sistema de Turismo.....	49
Figura 5 Modelo do Processo Decisório do Cliente de Saúde ao Optar pelo Turismo Médico.....	52
Figura 6 Etapas e Elementos Viabilizadores de viagens de Negócios.....	53
Figura 7 Sistema Simples de Marketing.....	56
Figura 8 O Processo Administrativo.....	58
Figura 9 Tipos de Demanda.....	64
Figura 10 Pirâmide do Sistema de Saúde.....	69

Figura 11 Distribuição dos Clusters de Ciências da Vida Humana.....	73
Figura 12 Distribuição dos Estabelecimentos vinculados a Ciências da Vida Humana.....	74
Figura 13 Distribuição da Rede de Serviços de Alta Complexidade Conveniada ao Sistema Único de Saúde.....	75
Figura 14 Processo decisório de escolha do país e local para tratamento de saúde.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Demanda Turística e Receita Turística na Cidade de São Paulo.....	45
Tabela 2 Estabelecimentos de Saúde, segundo tipo.....	70
Tabela 3 Comparativo de Valores de procedimentos de saúde.....	83

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS
(ORDEM ALFABÉTICA)**

ABIH – Associação Brasileira das Indústrias de Hotéis

ABINAM – Associação Brasileira da Indústria de Águas Minerais

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNTUR – Confederação Nacional do Turismo

COMTUR – Conselho Municipal de Turismo

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EMBRATUR – Instituto Brasileiro de Turismo

FAPESP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

HCOR – Hospital do Coração da Associação Sanatório Sírio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

JCI – Joint Commission International

MASP – Museu de Artes de São Paulo

OMT – Organização Mundial do Turismo

SARPA – Serviço de Assistência Aérea Medicalizada

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SHI-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SISTUR – Sistema de Turismo

SND – Serviço de Nutrição e Dietética

SPTURIS – São Paulo Turismo

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 TURISMO:A História e a Contextualização do Turismo de Saúde e a prática do Turismo Médico	15
1.1 Dimensões do Turismo	20
1.2 O Contexto Histórico do Turismo de Saúde.....	23
1.3 Turismo de Saúde no Brasil.....	28
1.4 Turismo de Saúde na Cidade de São Paulo	33
1.5 Perspectivas para o setor Turístico de Saúde.....	36
2 LOCALIZANDO O TURISMO DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO	39
2.1 Redescobrimdo São Paulo	39
2.2 Mecanismos de Atração do Setor Turístico na Cidade de São Paulo.....	45
2.3 Análise do Contexto Brasileiro da Oferta e da Demanda no Setor Turístico de Saúde.....	57
3 ANALISE DO CONTEXTO DA ÁREA DA SAÚDE E SUAS CONSEQUENCIAS PARA O TURISMO MÉDICO NA CIDADE DE SÃO PAULO	65
3.1 Análise dos Serviços de Saúde na Cidade de São Paulo e sua Conformação Físico-Territorial.....	68
3.2 Análise Comparativa das Palestras dos Médicos em Relação ao Suposto Desenvolvimento da Área do Turismo Médico e o Contexto Atual da Saúde na Cidade de São Paulo	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXO I – Modelo de Contrato Categoria Pemium Empresa SARPA	94
ANEXO II – Programação Medical Travel Meeting Brazil 2010	95
ANEXO III – Programação IX Fórum de Hotelaria Hospitalar 2010	100
ANEXO IV – Resumo das Palestras assistidas no Medical Travel Meeting Brazil 2010	102

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar o turismo de médico como um nicho do turismo de saúde. As análises na área da saúde na cidade foram obtidas a partir da pesquisa realizada pela Prefeitura da cidade de São Paulo em parceria com o Governo do Estado de São Paulo, SEADE e o Governo de Ilê-de-France, na área da ciência da vida humana, publicada em 2010. As análises feitas do segmento de turismo médico, foram possíveis a partir de dados coletados em palestras ministradas por profissionais das áreas médicas, do turismo e do governo no evento realizado no Brasil na cidade de cidade de São Paulo em 2010. As análises comparativas, também, utilizaram os materiais coletado em outros eventos, inclusive internacionais. Os resultados obtidos nesta pesquisa comprovam que na prática o turismo médico já ocorre na cidade de São Paulo, assim como em outras localidades do Brasil e no Mundo, porém, na cidade ainda não é possível mensurar e não há registros oficiais sobre tal fato. A pesquisa também aponta os principais pontos fortes que podem ser explorados nesta área na cidade, bem como os pontos fracos que se não forem corretamente trabalhados, podem representar um entrave para o desenvolvimento do turismo médico.

Palavras-chave: Turismo de Saúde. Hospitalidade. Serviços de Saúde. Cidade de São Paulo.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the medical tourism as a niche of health tourism. The analysis in health in the city were obtained from the survey conducted by the City of São Paulo in partnership with the Government of the State of São Paulo, SEADE and the Government of Ile-de-France, in the science of human life , published in 2010. The analysis made of the medical tourism segment were possible from data collected in lectures given by professionals in medical, tourism and government in the event held in Brazil in the city of São Paulo in 2010. The comparative analysis also used the materials collected in other events, including international. The results of this survey show that in practice the medical tourism is already happening in the city of São Paulo, as well as other locations in Brazil and worldwide, but the city is not yet possible to measure and there are no official records on this fact. The research also highlights the main strengths that can be exploited in this area in the city, as well as weaknesses that if not properly addressed, can pose an obstacle to the development of medical tourism.

Key-words: Health Tourism. Hospitality. Health Services. City of São Paulo.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a análise do segmento Turismo de Saúde, vem conquistando mais espaço não somente em estudos acadêmicos, como também nas diversas mídias e eventos.

O conceito que atualmente procura definir o Turismo de Saúde, e o separar da sua classificação inicial de Termalismo, gradativamente tem sido revisto por alguns autores como Silva e Barreira (1994), Pupo (1974), Hudson (2003), Woodman (2008), Boeger (2009) e Camargo (s.d.), que contribuem de forma significativa para o encaminhamento dessa discussão.

O objetivo geral desta pesquisa é entender como os clientes do Turismo de Saúde escolhem o local para tratamento e de qual forma este segmento turístico é divulgado, definir seus atrativos, bem como as possibilidades futuras do setor.

O objetivo específico encontra-se em entender o funcionamento do receptivo de saúde na cidade de São Paulo. Nesse sentido, entender a história da cidade na perspectiva da saúde, a aplicabilidade das leis que envolvem questões da área da saúde, entender o funcionamento dos equipamentos de saúde e a divulgação do produto turístico médico, tornam-se elementos de análise complementar.

O problema diagnosticado parte do pressuposto de que se o turismo médico ocorre na cidade de São Paulo, pode-se afirmar que os equipamentos de saúde e a cidade estão preparados para recebê-los? As hipóteses elencadas para responder esse questionamento são: a cidade e seus equipamentos estão preparados para receber o turista médico; a cidade não está preparada para receber o turista médico; e a última hipótese é a de que esse tipo de turismo não ocorre na cidade.

A pesquisa utiliza-se de termos diversos em referência ao Turismo de Saúde que possuem o mesmo significado, tais como: Turismo Médico, Turismo de Saúde Médico, Turismo de Saúde. Isto ocorre, pois não há definição reconhecida para esta área e não é intenção deste trabalho definir tal tema.

Para auxiliar no entendimento da pesquisa utilizou-se a definição dada pela EMBRATUR, onde o Termalismo é definido como um nicho do Turismo de Saúde.

A pesquisa é apresentada em três capítulos, além da introdução, conclusão e anexos.

No primeiro capítulo é apresentado um levantamento histórico na área de Turismo de Saúde e o contraponto contemporâneo sobre o tema, demonstrando as divergências existentes

e a perspectiva futura do setor. Neste capítulo, buscou-se trabalhar principalmente a perspectiva brasileira e da cidade de São Paulo.

O segundo capítulo demonstra o contexto turístico da cidade de São Paulo, os mecanismos para atração deste turista, bem como o conceito de cidade global. Esses conceitos aliados a definição de Turismo de Saúde nos permite vislumbrar o fluxo turístico e suas dificuldades, tema também retratado neste capítulo.

No terceiro e último capítulo é apresentado os resultados das análises relacionadas ao contexto da área da saúde em São Paulo e as perspectivas do turismo médico.

A pesquisa pelo caráter de coleta de dados apresentados, classifica-se como documental e analítica, em seu aspecto teórico, com também de caráter empírico, ou seja, ao perceber “(...) a face empírica e fatural da realidade”. (DEMO, 2000, p. 21).

Como elemento documental inicial, realizou-se observação participativa no *Medical Travel Meeting Brazil, 2010*, evento que tem o objetivo de internacionalizar a medicina brasileira, atraindo cada vez mais pacientes de diversos países aos nossos hospitais e clínicas privados, tendo acesso aos melhores profissionais do mercado. Para isso, convidados-chave como operadoras de saúde internacionais, empresas corporativas de autogestão, mídia, consulados, dentre outros para conhecer nosso mercado e abrir novas frentes de negócio. O *Medical Travel Meeting Brazil* promoveu oportunidade às operadoras de saúde, empresas corporativas, agentes, *brokers* e facilitadores internacionais de conhecerem a excelência da medicina brasileira e de seus hospitais, fazerem negociações diretas com os principais *players* (A tradução literal para o português do termo *players* é jogadores, porém, neste caso deve ser entendido como as principais empresas “vendedoras” de serviços de saúde), descobrirem novas oportunidades e terem conhecimento das questões éticas e legais locais. O evento buscou alcançar os públicos nacional e internacional, apresentando as principais questões de cada realidade e as possíveis soluções de cada mercado.

Além da participação em outros eventos relacionados ao setor, como IX Fórum de Hotelaria Hospitalar, 2010, realizado em São Paulo, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde foram abordados temas relacionados ao atendimento, hospitalidade e sustentabilidade ligados aos clientes da saúde, como: A Hotelaria Hospitalar no cenário atual e seu impacto na gestão: estratégia de implantação; Sustentabilidade: caminhos a percorrer e possibilidade para acontecer; Gastronomia funcional com um toque de vivência; Atividades alternativas: conforto do cliente no ambiente

hospitalar; Humanização: uma questão de atitude e A gestão e a Hotelaria Hospitalar: segurança na assistência prestada.

A coleta de dados, também foi possível pela participação no I *Encuentro Internacional de Oportunidades en Turismo de Salud*, 2011, em Medellín, Colômbia, no qual foi discutido sobre o mercado global de turismo de saúde, normas internacionais, planejamento e estratégia de políticas públicas e privada.

Como forma de contrapor estes dados primários coletados, optou-se pelo uso dos dados oficiais relacionados a questão de turismo e da saúde na cidade de São Paulo, utilizando fontes como IBGE, SEADE, SpTuris, Ministério do Turismo, entre outros.

Da contraposição dos dados observou-se a real situação do turismo de saúde na cidade de São Paulo, pela comparação entre os dados oficiais e a opinião dos médicos que trabalham com o setor.

A pesquisa, também, apresenta análise bibliográfica, levantamento de referencial teórico nas áreas do turismo, saúde, gestão e planejamento estratégico, entre outros. O método de observação participativa utilizado nos eventos citados anteriormente, proporcionou a transcrição dos relatos orais, obtidos com a gravação de mais de 60 horas de palestra com especialistas nas áreas da saúde, do turismo e do governo de países como o Brasil, os Estados Unidos, o Canadá, a Colômbia, a França, a Espanha, a Inglaterra, a Indonésia, entre outras nacionalidades. Além deste fato, recolheram-se materiais impressos e digitais específicos nas áreas da saúde e do turismo, cujos resultados são apresentados de maneira indireta neste trabalho.

A pesquisa não apresenta de forma literal as transcrições, pois, não foi possível obter autorização dos envolvidos para citação no texto da pesquisa.

A escolha da metodologia foi realizada em função da dificuldade da utilização de um referencial teórico específico, visto que nesta área o aporte bibliográfico e teórico ainda é incipiente.

Por se tratar de uma pesquisa com inclinação para o setor mercadológico, a observação deste se fez necessária para tornar a apresentação das realidades desta área, a mais próxima possível da atual percepção da realidade do Turismo de Saúde desenvolvido na cidade de São Paulo.

Inicialmente o tema de pesquisa baseava-se no atendimento ao cliente nos hospitais, ou seja, a hospitalidade no ambiente hospitalar, porém, devido às dificuldades em realizar a pesquisa *in loco*, pois, por ser necessária autorização prévia do hospital, objeto a ser

pesquisado, bem como das pessoas envolvidas, os clientes atendidos e colaboradores da empresa, optou-se em descartar tal enfoque.

A partir disto, a pesquisa convergiu para o turismo de saúde e a hospitalidade no destino turístico. Pesquisar a hospitalidade no destino, envolve novamente pesquisar os clientes de saúde que buscam tratamento na cidade de São Paulo, visto que tal informação não é abertamente divulgada e que há dificuldade em determinar quem é turista de saúde e quem não o é, pois, nem os hospitais nem as empresas envolvidas com o turismo convencional possuem controle de quem é turista de saúde e de quem não é, novamente o tema foi descartado.

Diante das inúmeras dificuldades impostas por sigilo empresarial, sigilo do cliente ou paciente, decidiu-se por analisar a demanda turística em relação a oferta de saúde, baseado em pesquisas de organismos oficiais ou governamentais e partindo deste ponto foram utilizadas as transcrições das palestras realizadas, que enfatizaram as características contemporâneas do setor. Estas observações foram apresentadas de forma indireta ao longo do trabalho.

A pesquisa cujos resultados são agora apresentados, iniciou-se no segundo semestre do ano de 2009 no programa de mestrado em hospitalidade da Anhembi Morumbi, onde, no mesmo ano e no primeiro semestre de 2010 cumpriu-se todos os créditos obrigatórios e os resultados obtidos com os trabalhos realizados em cada disciplina. Os resultados prévios desta pesquisa foram publicados em eventos ou revistas científicas da área.

Tais discussões, além de novas abordagens apresentadas ao longo dos capítulos propostos a seguir, compõem as análises norteadoras desta pesquisa.

1. TURISMO: A História e a Contextualização do Turismo de Saúde e a prática do Turismo Médico

Neste capítulo expõem-se as definições de Turismo de Saúde na ótica brasileira conceitual e de mercado, buscando analisar as diferenças e as semelhanças entre esses dois conceitos. Além da análise do contexto brasileiro, também procura-se demonstrar o conceito Norte Americano e o Europeu em relação as definições de Turismo de Saúde. Para melhor entendimento do mercado nesta área procura-se, também, apresentar um resgate histórico sobre o tema abordado.

Para compreender-se o que ocorre atualmente na área de turismo é importante entender previamente a evolução deste setor ao longo do tempo, pois, existem diversos cursos e estudos na área do turismo, pessoas que compram serviços e usufruem do turismo, lugares que se utilizam de atributos naturais para “atrair” turistas para se consolidarem como local turístico, mas, diante destas variáveis, pode-se questionar se no passado pensava-se assim. Retrocedendo no tempo, podemos, como exemplo, questionar se quando o homem primitivo, cujo marco característico “nômade”, deslocava-se em busca de alimento, ou de um local ideal para se viver, ele pensava nos atributos, na beleza ou nos benefícios de determinado local da forma como hoje interpretamos. Neste momento esta ação de mudança, não pode ser vista como turismo e sim como um simples gesto de deslocamento.

Atualmente o turismo, para fins acadêmicos e comercial é dividido em categorias, segmentações, como: negócio, lazer e saúde, mas o termo saúde atrelado ao turismo, nem sempre é interpretado de forma correta ou aceito como um nicho de mercado.

Mediante os pontos apresentados, pode-se questionar o fato do que é ou não turismo por horas, dias, e não concluirmos nada; diante disso, entender que nem sempre o conceito “turismo” foi atribuído da mesma forma que conhecemos hoje, se faz importante, para que possamos entender o contexto no qual vivemos, e entender que as divergências de conceito, se dão, pois o conceito evolui com a época que se vive, ou seja, o que hoje pode parecer óbvio poderia não ser há 50 anos.

Refletindo de modo a interpretar a história, decidir hoje o que é certo em termos de conceituação, observa-se a definição de Lickorish e Jenkins (2000) que ilustram:

O desenvolvimento (do turismo) pode ser dividido em quatro estágios distintos (...) as melhorias no transporte (como um desses estágios) não foram as responsáveis pela criação do turismo. O interesse latente e a demanda já existiam. A riqueza na forma de renda disponível era um

requisito essencial, e o estilo de vida ou padrão provou ser tão importante antigamente quanto hoje, mesmo que o conceito de marketing ainda não tivesse sido inventado. (...) embora os pioneiros no negócio nunca tivessem ouvido tal palavra, eram de fato muito bons na prática. (LICKORISH e JENKINS, 2000, p. 21).

É possível identificar neste trecho que o desenvolvimento dos meios de transportes, como trens, navios e aviões, por exemplo, encurtou as distâncias, mas, não foram fatores determinantes isolados capazes de dar origem a vontade implícita no conceito de turismo, existente antes mesmo da criação do termo, fica claro que a vontade de conhecer lugares “desconhecidos”, distantes e diferentes é precedente a tal desenvolvimento.

O que fica claro também é a variável econômica como um requisito essencial tanto no passado como no presente, embora de modo diverso, hoje mais pessoas têm acesso às viagens como forma de lazer, cultura, entre outras motivações. E como última observação antes de tratar efetivamente o período histórico, por meio deste trecho fica explicitada que não havia “conceito” ou “setor” turístico, ou seja, não existiu uma pessoa que estudou e o descobriu a conceituação para depois aplicá-los na prática, o que ocorreu foi justamente o inverso, a prática se encarregou de testar e entender o certo e o errado, desta forma observa-se que o conceito de turismo é recente.

Atualmente, muito se fala sobre pessoas que vêm para o Brasil, ou saem do Brasil para outros países, ou ainda, se deslocam de um estado para outro do nosso país, para realizar tratamento médico em um hospital. Essas pessoas, turistas ou pacientes, por vezes utilizam transporte, consomem diárias em hotéis, frequentam restaurantes e até mesmo utilizam equipamentos de lazer e entretenimento no local, antes, durante ou após seu tratamento de saúde.

Essa motivação, seguida de determinadas ações, encontra-se em uma dimensão limítrofe, e nos faz refletir se tal situação poderia ser classificada como turismo ou não. Quando os gregos utilizavam a água como uma das formas de cura, e para isso viajavam longas distâncias, pode-se considerar se o que eles faziam era o que se conhece hoje como conceito de turismo de saúde.

A fim de contribuir no entendimento do processo de evolução do turismo na história, nesta pesquisa será utilizada a divisão proposta por Lickorish e Jenkins (2000).

A primeira fase identificada pelos autores encontra-se na Era Medieval e terminou no século XVII: nesse período apenas as pessoas de maior poder aquisitivo eram aquelas que viajavam. Estas viagens eram vistas como uma forma de crescimento cultural do indivíduo, ou seja, conhecendo outros lugares e pessoas, entendendo o modo como elas viviam o dia a

dia, o indivíduo poderia aprender, e a viagem não seria considerada lazer, pois neste momento era vista de forma educativa. Neste período, também, se pode constatar o interesse por viagens para cuidar da saúde, fato a ser abordado melhor adiante, “(...) membros da elite foram seguidas por um interesse maior pelas viagens para cuidar da saúde com o surgimento dos spas.”. (LICKORISH e JENKINS, 2000, p. 26)

A segunda fase encontra-se destacada na metade do século XIX, com crescimento das ferrovias que, inicialmente, foram concebidas para trens de carga e depois passaram a atender um número cada vez maior de viajantes. Primeiro eram responsáveis pelo correio e depois “excursionistas”. Nesta fase é importante destacar a contribuição de Thomas Cook, que foi o primeiro a organizar e oferecer pacotes turísticos aos viajantes, que ainda segundo os autores, anteriormente citados, organizava a viagem completa com transporte, acomodação e atividades no destino.

Entre 1918 e 1939 no período entre guerras foi bastante importante, para a atual caracterização do conceito de turismo, pois este fato acarretou o desenvolvimento de diversas áreas, mas principalmente, na área de transportes, reforçando o novo período, ou a terceira fase, onde se pode perceber o desenvolvimento da área junto a individualização do transporte, o que foi representado pela chegada da inovação do automóvel, no qual o indivíduo ganhou maior autonomia para optar por sua destinação.

Neste período também se observa a contribuição bastante significativa do Governo, por meio do Ministério do Trabalho na Grã-Bretanha, que estabeleceu o período de férias remuneradas, o que, posteriormente influenciaria a mesma decisão para outros países.

A partir de 1945 pode-se constatar o avanço tecnológico, atualmente representado, por exemplo, pelo uso da internet, onde é possível comprar uma viagem sem a necessidade de ir a uma agência de viagens ou conhecer outras cidades sem nunca ter estado nelas.

A criação e organização dos postos de trabalho permitem que o dinheiro circule no mercado, e atualmente, observa-se, como resultante disto, as diferentes classes sociais se usufruindo deste tipo de lazer, o que, ao longo dos anos deu origem ao chamado turismo de massa.

Do restrito acesso a viagens no século XVII, devido ao seu alto custo, em busca de cultura e saúde, correndo a mesma velocidade do desenvolvimento dos transportes, trens, navios, aviões e automóveis, abarcando um número cada vez maior de pessoas, principalmente pelo advento da internet, custos mais baixos e tempo fora do trabalho, todos esses fatores e muitos outros contribuíram para o crescimento da área do turismo, bem como diversas outras áreas ligadas direta ou indiretamente a ele.

A divisão temporal dos fatos nos ajuda a compreender cada época, bem como a sociedade que nela vivia, sua forma de vida e compreensão de suas necessidades estruturais.

Para compreender melhor a definição de turismo, a Lei redigida pela EMBRATUR¹, desde 2003 integrada ao Ministério Brasileiro de Turismo, demonstra sua importância ao divulgar o Brasil a outros países, e que se baseia em ideias de diversos autores de diferentes épocas copiladas e ajustadas ao nosso contexto atual, também destaca-se como importante referência para a pesquisa, pois, analisa o mercado brasileiro do receptivo de turismo de saúde, nesse sentido, compreende-se ser essa a melhor definição em relação ao objeto pesquisado:

Art. 2o Para os fins desta Lei, considera-se turismo as atividades realizadas por pessoas físicas durante viagens e estadas em lugares diferentes do seu entorno habitual, por um período inferior a 1 (um) ano, com finalidade de lazer, negócios ou outras.

Parágrafo único. As viagens e estadas de que trata o caput deste artigo devem gerar movimentação econômica, trabalho, emprego, renda e receitas públicas, constituindo-se instrumento de desenvolvimento econômico e social, promoção e diversidade cultural e preservação da biodiversidade. (EMBRATUR - LEI nº - 11.771, 2008)

A EMBRATUR, por meio desta lei, demonstra a preocupação em definir que as viagens devem gerar movimentação econômica, emprego, de modo que haja desenvolvimento para as regiões e empreendimentos ligados ao turismo, assim como, determina o tempo máximo que essas atividades devem acontecer por pessoa, descartando, por exemplo, a hipótese de deslocamento de uma região à outra, com a finalidade voltada ao trabalho ou para estabelecer moradia.

O que vale ressaltar é que esta lei foi redigida e aprovada em 2008 e, assim, pode-se concluir que o conceito de turismo no Brasil é bastante recente em termos legais, embora diversos autores já tenham abordado o assunto, ainda no país não se estabeleceu como “indústria”² consolidada no mercado.

Os autores Lickorish e Jenkins (2000), já citados anteriormente, muito embora escrevam de forma global, possuem um prisma britânico, pois, o primeiro, foi Diretor Geral da British Tourist Authority e Secretário Geral do European Tourism Action Group, o

¹ A EMBRATUR é a autarquia especial do Ministério do Turismo responsável pela execução da Política Nacional de Turismo no que diz respeito à promoção, marketing e apoio à comercialização dos destinos, serviços e produtos turísticos brasileiros no mercado internacional. (www.turismo.gov.br)

² Apesar do uso do conceito de “indústria” do turismo; neste caso incorporado de forma literal de alguns autores analisados; entende-se que o turismo deva ser visto como um fenômeno que cria um mercado de consumo de produtos.

segundo, professor de Turismo Internacional na Escócia Hotel School e na Universidade de Strathclyde, cujo olhar pode se aplicar a nossa realidade, não em sua totalidade de valores, mas, complementados as nossas políticas, cultura, crenças e formas de se trabalhar o turismo, e basta recordar da recente lei citada anteriormente e publicada em 2008. De acordo com estes autores, tem-se:

O turismo nunca teve status de indústria sênior que merecesse prioridades nacionais. Na verdade, grande parte desse crescimento massivo se deve às forças do mercado, com uma intervenção modesta, e às vezes, decrescente do governo na regulamentação ou incentivo. (2000, p. 24).

De fato essa falta de atenção do governo ao longo do tempo, reflete também na falta de qualificação do mercado turístico, nesse sentido, pode-se levantar alguns pontos fracos como: falta de incentivo para novos cursos de capacitação da mão de obra, incentivos financeiros para os empreendedores turísticos, cuidados com o destino, e tantos outros exemplos, que trazem consequências acentuadas para o turismo, como observado em:

Os três fatores fundamentais para o desenvolvimento do turismo em um país ou região são estabilidade política, social e econômica. Se houver a inexistência de um desses fatores ainda é possível o desenvolvimento ou a manutenção do fluxo turístico, mas se dois desses fatores estiverem comprometidos, certamente o turismo sofrerá um decréscimo acentuado. (TRIGO e PANOSSO, 2003, p.28).

Pode-se concluir a partir dos pressupostos citados, que precisam estar alinhados: os objetivos em relação ao turismo no Brasil, as propostas governamentais nesta área e em suas áreas correlatas, como a educação focada no turismo e hospitalidade, investimentos, como o anunciado pelo BNDES³ através da Linha Pró-Copa Turismo⁴, que prevê uma verba total de R\$ 1 bilhão para reforma e construção de hotéis, e a Linha Pró-Copa Arenas⁵, que se mostram muito importante para a área, mas não suficientes, a população especificamente os empresários, que também devem preocupar-se em aprimorar os empreendimentos existentes e em realizarem novos investimentos, e para que isso ocorra, deve haver cooperação, pois de

³ Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. (Fonte: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Areas_de_Atacao/Comercio_Servicos_e_Turismo/)

⁴ Financiar a construção, reforma, ampliação e modernização de hotéis, de forma a aumentar a capacidade e qualidade de hospedagem em função da Copa do Mundo de 2014. (Ibdem)

⁵ Apoio a projetos de construção e reforma das arenas que receberão os jogos da Copa do Mundo de 2014 e de urbanização do seu entorno. (Ibdem)

nada adianta o empresariado investir no setor turístico, se não obtêm apoio da população local, ou mesmo do governo.

A história do desenvolvimento do turismo é bastante complexa, e embora, dividida em períodos, o que possibilita a visão de como cada época entendia e o conceituava, as pessoas o estudaram de maneira que hoje pode-se entender melhor o que aconteceu ao longo do tempo.

A razão pela qual a pesquisa apresenta poucos referenciais neste início, se dá pelo fato de não pretender investigar a história do turismo, mas sim, utilizá-la como pano de fundo para a construção de uma ideia atual do turismo de saúde, portanto, não se considerou importante averiguar diversos autores que relatam a história, pois, a pesquisa em si, no decorrer irá apontar outros conceitos focados na história.

O desenvolvimento do conceito de turismo auxilia a construir a imagem atual do turismo, e em especial nesta pesquisa que aborda o turismo de saúde, para que se possa compreender melhor o que ocorre nos dias atuais e tentar entender como se dará o futuro desta área.

1.1 Dimensões do Turismo

O mercado encarregou-se de dividir o turismo em segmentos. Hoje diversos autores definem esses segmentos com diversas palavras e termos, sendo difícil, por vezes, entendê-los de forma segura, pois, muitos divergem entre si. Esses conflitos devem ser estudados, discutidos a fim de aprimorar-se essa área. Observa-se essa carência de informações e concordância no pensamento de Andrade (2004, p.11):

Seria temerário afirmar que inexistem boas conceituações. São poucas, é verdade, e em sua maioria viciadas, porque os teóricos e peritos demonstram-se mais preocupados em elaborar *conceitos restritos de turismo*, relacionando-os às viagens e à permanência dos viajantes fora de suas residências (sem considerar as características e as finalidades reais dos deslocamentos) e elaborando *conceitos restritos de turista*, relacionando-os ao lazer, ao divertimento e ao tempo livre, como se para exercê-los fosse indispensável o deslocamento espacial e a estada fora da residência habitual ou permanente. (2004, p.11).

O autor discorre sobre a associação do turismo apenas ao lazer e divertimento, e que para obtê-los é fundamental o deslocamento, e esse deslocamento pode não ser entendido como turismo.

Essa discussão é demonstrada nesta pesquisa, pois, o termo “turismo de saúde” em si já nos aponta uma discordância. O simples fato de associar turismo com a saúde nos abre para o horizonte de ideias e conceitos conflitantes, como as captadas no *Medical Travel Meeting Brazil*, encontro realizado na cidade de São Paulo no ano de 2010. Neste colóquio as pessoas da área médica não entendiam o conceito de turismo e tentaram ao longo do evento definir tal conceito, resumindo por vezes, em um simples deslocamento.

Tal fato fica claro na definição da EMBRATUR, já mencionada, que a atividade para ser turística deve gerar movimentação e desenvolvimento econômico e devem estar ligada as atividades realizadas por pessoa física longe de seu local habitual. Também, ficou evidente que durante o evento o termo “turismo médico”, utilizado diversas vezes inexistente na literatura pesquisada.

O turismo não deve ser observado como um simples deslocamento, e não se pode afirmar que o fato de uma pessoa deslocar-se de sua residência para o trabalho é prática de turismo, alguns autores contribuem para o pensamento mais acertado a cerca desta questão:

Um dos primeiros teóricos do turismo foi Herman Von Schullern Zu Schattenhofen, que em seu livro *Turismo e Economia Nacional*, publicado em 1911, definiu o turismo como “conceito que compreende todos os processos, especialmente os econômicos, que se manifestam na afluência, permanência e regresso do turista, dentro e fora de um determinado município, país ou estado”. (...) Em 1929, Robert Glucksmann, na revista *Verkehr und Bader*, definia o turismo como “uma superação do espaço por pessoas que afluem a um lugar onde não possuem lugar fixo de residência”. Schwink, em revista com circulação de dezembro de 1929 a janeiro de 1930, considerou o turismo como: “movimento de pessoas que abandonam temporariamente o lugar de sua residência permanente por qualquer motivo relacionado com o espírito, seu corpo ou sua profissão”. Já Arthur Bormann definiu: “Turismo é um conjunto de viagens cujo objetivo é o prazer, motivos comerciais ou profissionais ou outros análogos, e durante os quais a ausência da residência habitual é temporária. Não são turismo as atividades realizadas para deslocar-se ao lugar de trabalho”. (DIAS, 2005, p.13-14).

Percebe-se que o deslocamento sozinho não contribui para o turismo, tem-se, entre outras, a variável motivação, ou seja, o que desperta ou motiva tal pessoa a se deslocar do seu entorno para determinado local. Local este, por vezes distante, com costumes, idioma, alimentos, clima, entre outras coisas, diferentes do seu local de residência. O deslocamento em si, não constitui turismo, ele se inicia quando a pessoa chega ao local, ao destino.

A Organização Mundial do Turismo ⁶ (OMT) define que há dois tipos de visitantes: os turistas, que pernoitam no local e o excursionista que apenas passa o dia neste local.

A OMT, também, recomenda a classificação por motivo da viagem. Essa classificação contribui para que se possa entender os diferentes segmentos ou dimensões do turismo que, segundo Dias (2005, p.22) são: Lazer, recreação e férias; Visitas a parentes e amigos; Negócios e motivos profissionais; Tratamento de saúde; Religião/peregrinações; Outros motivos.

Não há intenção em analisar nesta pesquisa cada uma dessas seis motivações propostas, apenas a relacionada ao tratamento de saúde, porém, cada uma delas, com intuito de esclarecer suas diferenças, será explicada de forma resumida.

Lazer, recreação e férias, são motivações ligadas à disposição de tempo pela pessoa que pratica, a sazonalidade faz parte dos locais que recebem esse turista, por exemplo, o período de férias escolares em janeiro e julho, é um período de alta para esse segmento turístico.

No item visitas a parentes e amigos, demandam tempo, porém, nem sempre longo, como o período de férias, podem ocorrer em feriados e finais de semana, onde grande parte das pessoas não trabalham.

Negócios e motivos profissionais estão relacionados a pessoas que viajam a trabalho, se deslocando por motivos relacionados à sua profissão.

Para a questão do tratamento de saúde, que é o objeto de estudo desta pesquisa, observa-se que esses tratamentos podem ser realizados em *SPA*, Termas: por meio das águas ou em Hospitais e Clínicas.

Religião ou peregrinações estão ligadas a motivos de crenças, seja ela qual for ou a qual religião está relacionada, a fé é quem determina.

Além de compreender a motivação turística, é importante entender as formas ou tipos de turismo, ou seja, como se dá o fluxo turístico, de onde as pessoas vêm, qual a sua origem e para onde vão, qual o seu destino, a OMT, também, colabora para melhor compreensão dos tipos de turismo, dividindo-o em três:

Turismo interno (ou doméstico): é aquele realizado pelos visitantes que viajam dentro do seu próprio país. (...) Turismo receptivo: é realizado pelos visitantes que não são residentes no país, na região ou na localidade.

⁶ É uma agência especializada das Nações Unidas e principal organização internacional no campo do turismo, e também serve como fórum global para questões de políticas turísticas e como fonte prática para troca de conhecimento na área do turismo. (Fonte: <http://unwto.org/en/about/unwto>)

Turismo emissor (ou emissivo): é o turismo realizado pelos residentes para fora do país, da região ou localidade. (*Apud*: DIAS, 2005, p. 22)

A pesquisa analisa a demanda que vem à cidade de São Paulo, ou seja, a demanda turística interna e receptiva, ou seja, pessoas que vêm em busca de tratamento médico, sendo residentes no Brasil ou não.

No próximo capítulo será abordado o tema sobre os mecanismos de atratividade da cidade de São Paulo em relação ao Turismo de Saúde, onde pode-se conhecer melhor a cidade, seu fluxo turístico e principalmente o fluxo do turismo de saúde.

1.2 O Contexto Histórico do Turismo de Saúde

Com intuito de compreender melhor o turismo de saúde, é importante entender como este segmento teve início. Nesse sentido é importante destacar que o turismo de saúde era reconhecido como termalismo, ou seja,

O Termalismo, expressão adotada internacionalmente, compreende técnicas de tratamento médico baseado em fenômenos naturais: a crenoterapia é o tratamento pelas águas minerais nas estâncias hidrominerais, o climatismo é o tratamento pelo clima nas estâncias climáticas, a talassoterapia é o tratamento pela água do mar nas estâncias balneárias. (PUPO, 1974, p. 51).

No começo, apenas a população local desfrutava dos benefícios hidrominerais. Mais tarde, a fama desenvolvida por estes locais, atrairia pessoas de outras regiões, impulsionadas também pelos avanços nos transportes.

O homem desde o início das civilizações mostrou seu fascínio pelas águas, como observado no trecho a seguir: “(...) o uso terapêutico das águas começou quando o homem pré-histórico notou que lavadas, as feridas saravam mais rápido, ou que poderia diminuir suas dores se imergisse a região afetada” (ALVISI, *apud*: SILVA e BARREIRA, 1994, p. 13).

A história deste fascínio manteve-se na Grécia, onde se pode observar por meio de sua mitologia referências sobre fontes minerais e suas curas milagrosas, assim, “os gregos usavam a música para perturbações nervosas, sonhos para descobrirem a origem das doenças e a hipnose com finalidades terapêuticas, associadas ao uso da água.” (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 13).

Em Roma, inicialmente não se utilizavam águas minerais, nem termas naturais, e sim águas comuns que eram utilizadas sob a forma de banhos públicos. As águas minerais, foram

utilizadas pela primeira vez com o Dr. Asclepiade⁷ de Bitínia - “(...) famoso médico que chegou em Roma no primeiro século I A. C. e a quem cabe a primazia do uso externo da água como cura” (PUPO, 1974, p.52). O Império Romano permitiu que a prática dos banhos atingisse o ápice, e as Termas tinham dois objetivos, ainda segundo Silva e Barreira (1994):

[...] o primeiro era de caráter curativo e revigorante das tropas e atendia também à população das localidades onde as termas eram construídas; o segundo era o aspecto social, propiciando as famílias ricas um conjunto de facilidades destinadas sobre tudo ao repouso e divertimento. (1994, p. 14).

As Termas eram construções luxuosas, verdadeiras obras de arte da arquitetura romana, e eram constituídas, de acordo com Pupo (1974) pelas seguintes peças: *Laconicum*, *Calidarium*, *Tepidarium* e *Frigidarium*.

A *Laconicum* era uma grande sala redonda dividida em diversas outras pequenas salas, onde era realizada a recepção do paciente em uma atmosfera quente.

A *Calidarium* era outra sala, só que retangular e encostada à primeira, onde em cada extremidade ficava uma piscina com água quente para banhos de imersão e ao meio uma fonte como se fosse uma espécie de ducha para banho.

O *Tepidarium*, localizado entre a primeira e a quarta sala, consiste em uma piscina com água morna, assim após sair da água quente e antes de entrar na água gelada, o paciente passava pela água morna.

O *Frigidarium* era uma piscina com água fria, resfriada com neve. Cada uma dessas salas representava uma etapa do tratamento, e deveria ser seguido uma a uma de acordo com as regras, pois somente assim teria efeito terapêutico.

A ilustração abaixo nos dá uma ideia do local:

⁷ Dr. Asclepiade baseava-se na teoria atomística de Demócrito, que diz que a matéria é composta por um número infinito de átomos, sendo assim, ele adaptou-a dizendo que através dos poros da pele, a água dos banhos penetrava e equilibrava os átomos curando doenças.

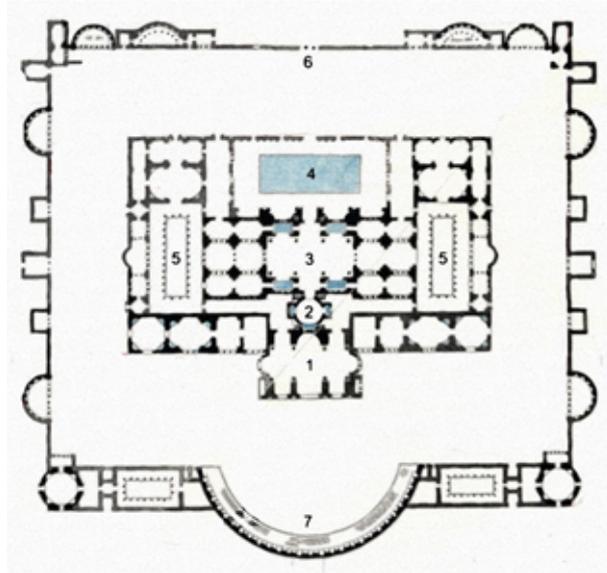


Figura 1: Planta baixa modelo de Termas, desenhado em 1893-1901 por Rudolfo Lanciani: Calidarium(1), Tepidarium(2), Frigidarium(3), Natatio (4), Palaestra e (Gymnasiums) (5), Entrada(6) e Exedra(7).

A terma mais antiga em Roma era a *Stabiano* localizada em Pompéia, construída por volta do século II A.C., e a mais famosa são as termas de *Caracala*, localizada em um balneário de mesmo nome. Ainda de acordo com Pupo, os romanos descobriram, dentre outras, as seguintes fontes: *Aquae Sextias*, em *Aix-em-Provence*, *Aquae Allubrogum*, em *Aix-em-Savoi*, *Aquae Convenarum*, em *Bagnères*, *Aquae Barmonis*, em *Bourbon - Larchambault*, *Aquae Neromagus*, em *Neris*, *Aquae Calida*, em *Vichy*, todas na França e *Aque Aureica*, em Baden-Baden na Alemanha.

Desde os tempos da Grécia e Roma, onde os banhos e seu caráter curativos permeavam mitos e verdades, na Idade Média, não se nota grandes avanços nesta área que somente teve sua retomada de crescimento nos séculos XVII e XVIII, como observado em:

Embora Buxton e Bath tenham sido mencionadas na Lei de 1.572, Poor Law, como “locais de resort para pessoas pobres e enfermas” (Pimlott, 1947), o crescimento foi modesto e os números, pequenos até o final do século XVII, quando o entretenimento e a cura provaram ser uma inovação importante. (LICKORISH e JENKINS, 2000, p. 26).

No início do século XVII, percebe-se que os locais para banhos não eram bem vistos e por vezes eram associados à doença, porém, nota-se ao final desse período, que a volta do interesse pelas águas está atrelado às opções de entretenimento e lazer que as estâncias podiam oferecer, somado ao alto nível social das pessoas que passaram a frequentar esses lugares, como a família real, por exemplo:

O desenvolvimento dos spas começou realmente no século XVIII: primeiro com os “balneários”, (...) após a dissertação do Dr. Russel sobre o uso da água do mar, 1752, (...) promoveu um rápido crescimento de Brighton, que de pequena aldeia de pescadores passou a famoso resort frequentado pela família real. Os spas marítimos, como eram conhecidos, criaram um estilo para banho frio na água do mar. (...) conhecidos na Grã-Bretanha como “hidros”, abreviação de “estabelecimentos hidropáticos”. (LICKORISH e JENKINS, 2000, p. 26).

No início do século XIX, o aprimoramento e o crescimento da medicina permitiram que mais estudos sobre as águas e o termalismo avançassem de forma científica, comprovando ou não a capacidade de cura e bem estar que as águas poderiam proporcionar. Nesse sentido, também contribuiu para um olhar mais analítico em relação às águas, ou seja, o início de estudos e pesquisas sobre sua composição química e o que isso poderia contribuir para a melhora na saúde das pessoas ou pacientes, esse pensamento fica claro no trecho a seguir:

Foi no século XIX que o termalismo, ou seja, o estudo das águas minerais e termais, tomou maior impulso, pois a academia de Medicina da França, encorajou os pesquisadores ao estudo das águas dentro de um espírito científico. (...) o termalismo iniciou o processo de maior desenvolvimento científico. Bouchard e Desgres, identificando os gases raros, o Helium e o Argom, nas águas de Cauterets e Bagnoles de L’Orne, incluíram no domínio da hidrologia elementos importantes pelo seu próximo parentesco com a emanção do Radium. (PUPO, 1974, p. 55).

Ainda no decorrer do século XIX, é possível notar que o termalismo era algo destinado aos que possuíam maior poder aquisitivo, e neste período se mantinha crescente:

Foi no correr do século XIX que o termalismo, ou melhor dizendo, as estâncias hidrominerais da Europa tiveram um grande desenvolvimento, formando verdadeiros centros aristocráticos, como por exemplo: Baden-Baden, Vichy, Montecatini e tantas outras. (*Ibidem*, p. 56).

Já ao final do século XIX e início do século XX o termalismo passou a ser objeto de estudo científico consolidado, porém, já estava em declínio, pois, após o final da segunda guerra mundial, o avanço da indústria farmacêutica, fez com que a busca pela saúde por meio dos recursos naturais, fossem diminuindo dando espaço para cura rápida através dos medicamentos, esse declínio pode ser constatado em Pupo (1974):

[...] com os avanços da medicina e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, estabelecimentos termais de toda a Europa experimentaram

um período de decadência sob o aspecto de consagração pública, apresentando épocas de grande ociosidade nos seus equipamentos de tratamento e de turismo. (1974, p. 56).

O termalismo é classificado em seis modalidades: Crenoterapia, Talassoterapia, Climatoterapia, Radioclimatoterapia e Espeleoterapia.

A Crenoterapia é o tratamento através das águas minerais naturais, por ingestão ou banhos: “(...) aproveitamento das propriedades químicas e físico-químicas das águas minerais naturais.” (PUPO, 1974, p.58).

Análise semelhante pode ser observada em Silva e Barreira (1994) que destacam ainda:

Os poderes medicinais das águas minerais ocorrem através da ingestão dessas águas, que terão efeito característico, de acordo com sua composição química. Conforme o componente predominante, as águas minerais podem ser classificadas em alcalinas, sulfurosas, cloretadas, radioativas, carbogaseosas, ferruginosas, etc. Outro meio do emprego das águas mineromedicinais dá-se por via externa, com banhos, duchas, massagens, etc.. (2004, p. 25-26).

A Talassoterapia se dá por meio da utilização da água do mar, de acordo com Mourão, temos:

[...] é a utilização sinérgica e integral, para fins profiláticos e terapêuticos, da água do mar, do clima litorâneo e de outros agentes marinhos. (s.d., p. 611. Apud: SILVA e BARREIRA, 2004, p. 26).

Ainda em relação à Talassoterapia, podemos incluir nesta classificação a Radioclimatoterapia, que utiliza as propriedades radioativas das areais em certas praias.

A Climatoterapia diz respeito a tratamentos ligados as condições climáticas do local, envolvendo temperatura, umidade do ar, velocidade dos ventos, “(...) é o aproveitamento dos fenômenos climáticos de certas localidades, na melhoria das condições de saúde dos indivíduos.” (PUPO, 1974, p.59), continuando neste pensamento, pode-se concluir que um indivíduo que vive em um ambiente com muita poluição no ar, sonora, visual, com uma rotina cansativa de trabalho ou trânsito, poderá sentir-se melhor em um local menos poluído, que lhe proporcione atrativos diferenciados da sua rotina e que sejam agradáveis, que poderá ajudá-lo de forma complementar a um tratamento de saúde.

Espeleoterapia é “o aproveitamento do ar carregado de cálcio existente em grutas calcárias, para tratamento da asma” (PUPO, 1974, p.59).

1.3 Turismo de Saúde no Brasil

No Brasil o conceito de turismo de saúde está relacionado ao termalismo, que realiza-se em cidades comumente chamadas de estâncias, “estância é a denominação oficial adotada no Brasil e que corresponde, na milenar Europa, a “estações”, naquele continente classificadas em termais ou hidrominerais, climáticas e balneárias”. (PUPO, 1974, p. 35). O Brasil é um exemplo de país que teve o uso inicial de suas fontes de modo muito parecido com a utilização na Europa, como se observa:

Descobertas as fontes brasileiras, fosse por bandeirantes à caça de ouro (Caldas Novas, por exemplo), ou por exploradores à procura de petróleo (como é o caso de águas de São Pedro), a confirmação valor terapêutico das águas foi-se solidificando ao poucos. (...) até 1945, nossas estâncias possuíam um nível que se igualava às melhores instalações hidroterápicas da Europa. (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 17).

Na Europa o Termalismo era uma prática já consolidada, antes de 1700, e aqui, no Brasil, mesmo que pouco conhecida, relata-se que desde o período colonial, fontes de águas minerais são descobertas e seu valor terapêutico fora comprovado com o passar dos anos, como observado no texto a seguir:

Em 1813, foi descoberta em Santa Catarina uma fonte que recebeu o nome de Caldas da Imperatriz, e que mereceu decreto específico: Decreto de 18 de março de 1818 - “aprovando o projeto oferecido pelo Governador de Santa Catarina, da ereção de um hospital, no lugar das Águas de Cubatão, abrindo-se uma subscrição de donativos para o fim proposto (Palácio da Real Fazenda de Santa Cruz, em 18 de março de 1818, com rubrica d’El Rey)”. (PUPO, 1974, p. 36).

A referida fonte recebeu este nome, pois, em 1844, Sua Majestade, a Imperatriz D. Thereza Christina contribuiu financeiramente para a construção de uma casa para a hospedagem de doentes, assim, a Assembleia Provincial, com seu consentimento, denominou a fonte de “Caldas da Imperatriz”.

De fato, com o passar dos anos, “nosso termalismo” passou a ser associado às atividades de cassino e recreação. Esse desvio de pensamento e demanda mercadológica ocorreu, pois, “aliava-se o jogo à necessidade de férias, recreação, contato com a natureza” (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 18), ou seja, o tratamento de saúde era neste momento entendido apenas como simples contato com a natureza, onde o indivíduo cansado da “vida

urbana” pudesse descansar próximo à natureza, além de poder usufruir de equipamentos de recreação em especial o cassino.

A essência do termalismo, neste período associado às atividades de cassino, teve seu fim decretado em 1946, quando, o então presidente da república do Brasil Eurico Gaspar Dutra, proibiu o jogo, e sendo o cassino ilegal a partir deste momento, o investimento no turismo de saúde, foi decrescendo “(...) muitas vezes provocou-se a descaracterização da localidade como estância, que foi perdendo o seu maior diferencial mercadológico.” (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 18).

Pode-se perceber que o fato do Termalismo não ter se consolidado como tratamento de saúde por meio das águas e o fato do mercado associá-lo a jogos de azar, além da descaracterização das cidades estâncias em seu diferencial competitivo, promoveram o não desenvolvimento deste segmento no Brasil, sendo necessário atualmente:

[...] pensar no direcionamento de esforços mercadológicos rumo ao “segmento saúde”, focalizando as estâncias hidrotermominerais e climáticas brasileiras, explorando no país o Turismo de Saúde em toda sua potencialidade. (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 9).

Silva e Barreira, em 1994, apontam a exploração do potencial do turismo de saúde, porém, o foco das autoras é concentrado no Termalismo, hoje, o discurso do mercado brasileiro é outro, ele identifica o turismo de saúde como um segmento que abarca o termalismo, o turismo médico, e compreende todas as pessoas que viajam em busca da cura, prevenção ou bem estar, como observado em:

A coordenadora geral de Segmentação do Ministério do Turismo (MTur), Sáskia Lima, participante do simpósio, diz que a oferta de termalismo no Brasil pode ser mais explorada. “Destinos cujo destaque são as águas termais podem atender tanto a uma demanda de pacientes em busca de cura, como também aquele público que busca a prevenção, o bem estar”, afirma Lima, ao lembrar que o **termalismo é um nicho do Turismo de Saúde**. “O diferencial desse segmento é que, em geral, o turista ou o paciente-turista não viaja sozinho, e sua permanência não costuma ser de menos de 10 dias” complementa. (EMBRATUR, 2009, Grifo Nosso).

O trecho em destaque acima corrobora a afirmação de o termalismo é um nicho do turismo, assim como o turismo médico representa outro nicho.

O termalismo compreende o tratamento de saúde por meio da utilização da água ou clima de um determinado local,

[...] as estâncias hidrominerais, climáticas, termais e litorâneas, (...) podem ser utilizadas de forma muito benéfica para o organismo humano. O aproveitamento dos recursos naturais de forma a produzir efeitos terapêuticos é o que define o conceito de Termalismo (*thermai*, do grego, e *thermae*, do latim, referem-se a banhos quentes. (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 25)

Contudo, apesar da área apresentar uma demanda latente e possuir infraestrutura pronta em diversas cidades no Brasil, necessita ser trabalhada de maneira melhor, pois, constata-se que:

[...] nos últimos 10 anos, a procura por destinações estrangeiras pelo turista brasileiro tem crescido assustadoramente. Isso é fruto da inexistência de uma política que torne o produto turístico brasileiro acessível, aliado a desinformação sobre a diversidade e valor dessas riquezas por falta de divulgação interna. (*Ibdem*, p. 9)

A citação acima traz a luz a reflexão sobre a forma como o país é divulgado aos brasileiros e aos estrangeiros, pois muitos brasileiros optam por viajar para destinos internacionais, e muitos estrangeiros não veem ao Brasil por falta de informação sobre nosso produto turístico, embora na área da saúde este movimento atualmente se apresenta de forma inversa no mercado.

Diante deste fato constatado em 1994, atualmente, nota-se um esforço por parte principalmente do governo, em reverter esse panorama:

O assunto foi discutido nesta quarta-feira (30 de setembro), em Águas de São Pedro (SP), por empresários, gestores públicos e representantes de entidades de classe. O I Simpósio Brasileiro de Crenologia e Hidrologia Médica é promovido pela Associação Brasileira da Indústria de Águas Minerais (ABINAM). Na pauta dos debates estão o termalismo na América do Sul, as experiências internacionais, o Turismo de Saúde e Lazer e as tendências atuais. (EMBRATUR, 2009).

O governo e empresários discutem inclusive o termalismo na América do Sul, pois, “Nos próximos anos a educação, **a saúde**, e a segurança poderão ser parcialmente globalizadas, pois, problemas comuns a vários países do mundo exigem **soluções compartilhadas**. (TRIGO e PANOSSO, 2003, p. 39, Grifos Nossos). Soluções compartilhadas em relação aos problemas de saúde podem ser entendidas desde a troca de *know-how*, ou seja, troca de tecnologia, informação ou pesquisas na área, como também, o uso do espaço para tratamento.

Refletindo sob a ótica da saúde, não podemos apenas citar o termalismo, como única fonte do turismo de saúde atualmente, a EMBRATUR já posicionou que o termalismo é um segmento, ou seja, uma das maneiras pelas quais o turista pode buscar o tratamento de saúde, outra forma de turismo de saúde encontrado no Brasil, é aquela em que os pacientes buscam tratamentos em *SPA*, aqui associado à perda de peso, como observamos em:

No Brasil, concebe-se SPA como um estabelecimento que oferece tratamentos de saúde, beleza, perda de peso, alimentação controlada e/ou natural, sauna, banhos a vapor e outros serviços afins e hospedagem. (PETROCCHI, 2006, p.152)

Há divergências na tentativa de conceituar o termo *SPA*, pois, embora sejam encontradas diferentes definições, nenhuma conceituação nos possibilita uma conclusão acertada, assim, o que podemos compreender diante disso, é que o que há em comum entre elas resume-se no tratamento de saúde e o controle na alimentação.

No Brasil, o principal atrativo desse segmento é o tratamento para perda de peso por meio da reeducação e controle alimentar, sendo assim, comumente associado a um local onde uma vez hospedado, deverá cumprir rigorosamente uma dieta alimentar para assim, restabelecer ou manter a saúde.

O conceito norte americano trabalha o foco *SPA* relacionado ao uso da água, muito similar ao nosso termalismo:

Spa em inglês refere-se a fonte de água mineral. O nome deriva-se de Spa Francorchamps, estância hidromineral belga, que ficou mundialmente conhecida por um sistema revolucionário de emagrecimento e tratamento de estresse. (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 41).

No trecho acima, as autoras destacam a definição e justificativa do conceito *SPA* na origem do nome da estância mineral belga, e o sistema de tratamento do estresse e emagrecimento por meio do uso das águas minerais.

Na literatura norte americana, podemos encontrar a seguinte definição, cujo autor, apesar de não remeter a origem ou o significado do nome *SPA*, apresenta também uma descrição que se aproxima das anteriores citadas, porém, deixando claro que o Turismo de *SPA* é um nicho do turismo de saúde:

Therefore, for the purpose of this chapter, health tourism is defined as: a commercial phenomena of industrial society which involves a person traveling overnight away from de normal home environment for the express

benefit of maintaining or improving health, and the supply and promotion of facilities and destinations which seek to provide such benefits. Spa Tourism is a component of health tourism that relates to the provision of specific health facilities and destinations which traditionally include the provision of mineral waters but which may also be used to refer to tourist resorts that integrate health facilities with accommodation. (HUDSON, 2003, p. 275).⁸

No trecho referenciado pode-se compreender que *SPA* é um componente do Turismo de Saúde, mas, também é utilizado para referir-se aos resorts. O Brasil, apresenta esse conceito em três diferentes categorias de turismo, sendo duas de saúde: Estâncias e *SPA*, e a terceira, que nada tem haver com saúde o Resort, diferentemente dos Estados Unidos, que considera a mesma definição, *SPA*, Estância ou *Resort*, pois, utilizam a água para o tratamento de saúde.

O conceito norte americano de turismo de saúde é mais conhecido como turismo de tratamento médico, sendo assim, pode-se perceber a dificuldade em conceituar o tema na ótica do termalismo ou *SPA*, como observamos no trecho abaixo:

Nevertheless, it should be noted that use of the term health tourism is not widespread in the Anglo-American tourism literature, nor is it widely recognized in the tourism industry. (...) The Caribbean tourism offices had never before heard of the term health care tourism and did not try to promote their respective islands along that dimension; neither had the Miami travel agents ever heard of the term. (GOOGRICH, 1994. Apud: HUDSON, 2003, p. 276).⁹

O autor conclui ainda que:

The idea of health tourism is much more widespread in Europe which has long tradition of using spas for health tourism purposes of the middle classes as well as the elite or aristocracy. (HUDSON, 2003, p. 276).¹⁰

⁸ Assim, para efeitos do presente capítulo, o turismo de saúde é definido como: um fenômeno comercial da sociedade industrial que envolve uma pessoa que viaja e permanece por mais de uma noite longe de casa para manter ou melhorar sua saúde, e também se trata da oferta e da promoção das instalações e os destinos que buscam oferecer tais benefícios. **O Turismo de Spa é um componente do turismo de saúde que diz respeito à prestação de serviços de saúde e destinos específicos, que tradicionalmente incluem o fornecimento de águas minerais, mas que também pode ser usado para se referir a resorts que integram os serviços de saúde com alojamento.** (HUDSON, 2003, p. 275. Grifo Nosso; Tradução da autora).

⁹ No entanto, deve notar-se que o uso do termo turismo de saúde não é difundido na literatura anglo-americana de turismo, nem é amplamente reconhecido na indústria do turismo. (...) As operadoras de turismo do Caribe nunca tinham ouvido falar do turismo de saúde e cuidados prolongados, por isso, não tentam promover suas respectivas ilhas ao longo desta dimensão, nem os agentes de viagem de Miami ouviram falar do termo. (GOOGRICH, 1994. Apud: HUDSON, 2003, p. 276; Tradução da autora).

¹⁰ A ideia do turismo de saúde é muito mais difundida na Europa, que tem longa tradição de usar spas para fins de turismo de saúde das classes médias, bem como a aristocracia ou elite. (HUDSON, 2003, p. 276; Tradução da autora).

Ainda sobre a ideia de concepção europeia observa-se que; “Na Inglaterra é costume usar o termo *SPA* para designar uma estação de águas.” (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 41).

A proposta desta pesquisa é analisar o mercado em relação à demanda de turismo de saúde médico, ou seja, a busca de tratamento da saúde, com o objetivo de restaurá-la o mais próximo possível do normal, que deve ser entendido como estado de saúde anterior a doença, deixando uma ideia de que nem sempre essa saúde poderá ser recuperada e que inclusive pode ocorrer a morte do enfermo, dentro do ambiente hospitalar.

Não há intenção nesta pesquisa de criar conceitos, apenas, demonstrar como no Brasil o Turismo de Saúde é entendido na atualidade, utilizando-se para isso a análise do contexto na Cidade de São Paulo. Essa ação permitirá entender a dinâmica do mercado, pois, além da cidade receber pessoas vindas de diversas regiões do Brasil e também diversas pessoas de fora do Brasil, concentra os cinco maiores hospitais de referência em tratamento de saúde do país, classificados nesta pesquisa como G5.

Esse afluxo de pessoas não pode ser ignorado, deve ser melhor estudado e compreendido como nicho do segmento saúde no turismo.

1.4 Turismo de Saúde na Cidade de São Paulo

O turismo de saúde antes conhecido apenas como termalismo, que originalmente buscava a cura através das águas, hoje, apresenta-se de forma diferente, assumindo posições diversas e controversas, ora diz respeito às águas, ora diz respeito aos tratamentos médicos. O que se pode afirmar é que em ambos os casos há a necessidade de equipamentos bem estruturados e capazes de receber de forma adequada o cliente, bem como, os serviços de apoio devem estar preparados para esta demanda crescente:

São Paulo recebe 11,5 milhões de turistas por ano. Eles vem para trabalhar, estudar, comprar, passear e... cuidar da saúde. No ano passado, 900 000 pessoas estiveram na cidade para realizar algum tipo de tratamento médico ou estético. Destas, 50 000 vieram de fora do Brasil, sobretudo dos Estados Unidos, Angola e países da Europa e América Latina. (Veja São Paulo, Maio de 2010, p.42).

De acordo com a pesquisa realizada pela SPTuris¹¹ e publicada na Veja São Paulo em maio de 2010, observa-se, pelo dados apresentados, que 50 000 turistas de saúde são

¹¹ A São Paulo Turismo (SPTuris) é a empresa de turismo e eventos da cidade de São Paulo. Tem como missão posicionar e promover a cidade de São Paulo como a capital dos negócios, conhecimento e entretenimento da

estrangeiros e barreiras podem ser elencadas neste processo, tais como: pessoas ou empresas especialista em cuidados na emissão de documentos necessários a viagem, documentação de permanência no país (visto), o contrato e abrangência do plano de saúde, a hospedagem, o transporte, entre outros. Nota-se que essas questões versam apenas a ótica do emissor.

No aspecto do turismo receptivo, encontram-se outras barreiras, como a falta de pessoas habilitadas para esse trabalho em *SPA* ou Hospitais, pois, há um reduzido número de funcionários, entre, recepção, enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e médicos, que ao menos dominem o idioma inglês ou espanhol, além das questões culturais e de costumes, que devem ser levados em consideração, pois, envolvem a observação desde hábitos alimentares até diferenças de crenças e religiosidade e na atualidade o *SPA*, pode não estar associado ao uso da água.

Em São Paulo “(...) em 2009 o hospital Sírio-Libanês atendeu 2190 pacientes estrangeiros (...)” (Veja São Paulo, Maio de 2010, p.42).

O que mais motiva esses turistas a procurar o Brasil, e em especial São Paulo é observado em:

A boa qualidade dos médicos e hospitais e os custos mais baixos são os dois principais motivos que atraem estrangeiros a São Paulo. (Veja São Paulo, Maio de 2010, p.42).

Neste trecho é citado apenas a capital de São Paulo, e a reportagem aponta apenas cinco hospitais como referência, que possuem infraestrutura para atender o cliente turista da saúde, com pessoal qualificado, que falam ao menos o inglês ou espanhol e que também proporcionam suporte referente a passaportes, planos de saúde, entre outras tarefas burocráticas. Diante deste quadro é possível pensar sobre o quanto estão preparados de fato esses hospitais para um possível crescimento desta demanda.

Há cerca de uma década, a situação do Brasil era diferente como demonstrado no trecho a seguir:

Não está muito distante o tempo em que esse fluxo de viagens era inverso. Até o fim da década de 90, era muito comum que brasileiros endinheirados fossem ao exterior em busca de medicina de qualidade. (Idem, p.44).

Diante dessa inversão de fluxo, é importante que os estabelecimentos entendam cada vez mais as reais necessidades dos clientes, sendo que:

Embora o turismo médico venha crescendo ano a ano em São Paulo, ainda está longe de destinos asiáticos como Tailândia, Malásia e Índia, que recebem milhões de pacientes todos os anos. (Veja São Paulo, Maio de 2010, p.48).

Entender o fluxo, bem como o nosso cliente atual do turismo de saúde é apenas o início do trabalho de profissionalização deste setor.

O contraste da história no início da demanda pelo turismo de saúde com o termalismo difere em muitos pontos da realidade da cidade de São Paulo atualmente, pois, percebe-se que a agitação, estresse, trânsito, entre outros problemas encontrados em uma metrópole continuam a crescer, porém, embora ainda haja a busca pela natureza e pela cura por meios alternativos e complementares. É fato que, o fator tempo influencia na escolha do método de tratamento para muitas pessoas, podemos perceber as diferenças entre as fases ou épocas nas análises apresentadas por Pupo (1974):

O processo de desenvolvimento do turismo no Estado de São Paulo, especialmente o turismo interno, teve início através das estâncias, que são localidades definidas em lei estadual como ideais para fins de semana e gozo de férias. (p.03).

No início as estâncias eram utilizadas para descanso nas férias ou finais de semana, e foram elas as responsáveis pelo desenvolvimento do turismo interno. Após essa fase inicial, as estâncias começam a atender em grande escala:

[...] o desenvolvimento do turismo no Estado de São Paulo processa-se em grande escala nas estâncias, e são elas os seus pólos principais de atração turística. (p.40).

Atualmente, o estilo de vida nos grandes centros urbanos, por vezes, inviabiliza a permanência longa em uma estância para tratamento de saúde e as grandes cidades atualmente possuem infraestrutura hospitalar e de apoio à pessoa que vem a cidade motivada pelo tratamento de saúde, oferecendo tratamentos mais rápidos dos que são realizados nas estâncias.

É possível entender-se que no início apenas as estâncias contribuíam para esse segmento de saúde, fato que hoje não procede, pois, além das estâncias, o mercado dispõe de

mais equipamentos nesse segmento, como o caso do *SPA* e dos Hospitais, sendo esse último o foco desta pesquisa desenvolvida sobre a capital paulista, pois é este local, que detém grande parte dos estudos e pesquisas de desenvolvimento na área de saúde no Brasil, inclusive os cinco hospitais de maior referência no país e fora dele, pois o Hospital Israelita Albert Einstein, por exemplo, que foi o primeiro hospital fora do continente americano a ser acreditado pela JCI¹², *Joint Commission International*, um dos selos de qualidade de maior representatividade no mundo.

A demanda por São Paulo é alta desde o início desse afluxo pela saúde, porém, é certo que há problemas de infraestrutura pública e privada a serem trabalhados para se receber esse “novo” turista.

1.5 Perspectivas para o setor Turístico de Saúde

No mundo globalizado no qual vivemos, cercado por novas tecnologias, com a possibilidade de uma condição melhor de vida e conforto, o homem se preocupou somente em buscar o futuro, a chamada evolução, e esqueceu-se das coisas simples que poderia lhe proporcionar bem estar. Tentando resgatar esta experiência ele hoje busca, em suas origens, a natureza, o equilíbrio, a alternativa para a vida urbana em perspectiva ao tempo e cansaço que a rotina do século XXI exige de seus residentes.

A rotina por vezes definida como “cansativa”, deixa o homem moderno com pouco tempo para pensar na saúde, e mais tempo para pensar em trabalho, família, situação financeira, lazer, mas se em um instante se vê envolvido por um problema de saúde, nesse momento, que lhe parece interminável, o quanto de valor realmente ele atribui ao bem estar, seja ele físico ou psicológico, repensando, a partir daí, suas necessidades:

A sociedade industrial, que caracteriza a nossa era, criou a necessidade de viajar, muito mais para a recuperação psicofísica das pessoas do que para satisfazer a curiosidade de conhecer novas destinações. Uma vez determinada a importância econômica do turismo e observado esse

¹² Como a divisão internacional da Joint Commission Resources, a Joint Commission International (JCI) tem trabalhado com instituições de saúde, ministérios da saúde e organizações globais em mais de 80 países desde 1994. O nosso foco está na melhoria da segurança do cuidado ao paciente através do fornecimento de serviços de acreditação e certificação, bem como de serviços de consultoria e educacionais com o objetivo de ajudar as organizações a implementar soluções práticas e sustentáveis. A JCI obteve uma acreditação da International Society for Quality in Health Care (ISQua) em setembro de 2007. A acreditação da ISQua assegura que os padrões, treinamento e processos utilizados pela JCI para avaliar o desempenho de instituições de saúde atendam aos mais altos critérios internacionais para entidades de acreditação. (Fonte: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/about-jci/>>)

movimento de retorno do homem às suas origens, aliado à necessidade de viagens como regulador do equilíbrio físico e psíquico humano, (...). (SILVA e BARREIRA, 1994, p. 10).

Esta busca pela natureza não se restringe a um local próximo, pois a tecnologia propiciou a “diminuição” das distâncias, e também o crescimento do turismo, facilitando o deslocamento e encurtando o tempo de viagem. Hoje é possível realizar tratamentos de saúde em outras cidades, estado, país ou continente, pode-se chamar esse novo movimento de “globalização” da saúde, por facilitar a cura ou pelo menos a melhora da qualidade de vida de um indivíduo, e que talvez no seu local de origem não fosse possível realizar. Neste aspecto o turismo pode contribuir:

O turismo é agente ativo da globalização. Beneficia-se direta e imediatamente das novas tecnologias, da malha global de telecomunicações e de finanças, da organização do transporte de carga e de passageiros, e das megaestruturas administrativas de redes hoteleiras e empresas de entretenimento. (TRIGO e PANOSSO, 2003, p.47).

Estas estruturas de apoio ao turismo contribuem diretamente com o crescimento também na área da saúde. Tal fato pode ser observado ao refletir-se sobre as proposições de Silva e Barreira (1994), citado anteriormente em direcionar esforços mercadológicos no segmento saúde, que para elas, este segmento é representado unicamente pelo termalismo e que ele “(...) passou a envolver um complexo de atividades científicas, fisioterápicas, turísticas, médicas, empresariais, públicas e administrativas.” SILVA e BARREIRA, 1994, p.19), e que somente a longa permanência em estâncias confere a definição de turismo de saúde, ou melhor, definindo Termalismo, as demais permanências de curta duração são apenas mais um segmento dentro deste.

A diversidade de ideias pode ser observada além do contexto histórico ou mercadológico e entender que de fato, desde o ano de 1994, época da publicação da obra em referência, a 2009, quando a EMBRATUR nos apresenta o conceito já apresentado neste capítulo de que o termalismo é um nicho do mercado do turismo de saúde, esse conceito diferente do exposto pelas autoras acima reflete o cotidiano atual que difere do pressuposto criado em 1994.

Se antes não se podia conceber que alguém viajar da Argentina ao Brasil para realizar tratamento de saúde em um hospital na cidade de São Paulo poderia ser chamado de turista de saúde, hoje, percebe-se que a prática de tal ação já ocorre, não só no Brasil, independente do termo ser aceito ou não.

Essa pesquisa busca como norte conceitual a definição descrita pela EMBRATUR, que considera o termalismo como um segmento dentro do turismo de saúde, e nosso principal objeto de análise é a demanda, nacional ou internacional, na capital de São Paulo, pois, nela encontram-se os cinco maiores hospitais privados de referência nacional.

No próximo capítulo buscar-se-á, também, considerações sobre conceitos de demanda e fluxo turístico, na cidade de São Paulo valendo-se, também, de concepções de pessoas envolvidas na área médica no Brasil. Estes dados foram obtidos no primeiro seminário de turismo médico brasileiro realizado na cidade de São Paulo no ano de 2010.

2. LOCALIZANDO O TURISMO DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

Neste capítulo procura-se demonstrar em quais regiões da cidade de São Paulo o turismo de saúde acontece de forma mais efetiva. Nesse sentido, o capítulo, além de abordar resumidamente a história da cidade e dos locais em que o turismo de saúde se concentra, também irá expor questões relacionadas ao conceito de cidade metrópole, fluxo turístico e mecanismos de atratividade do setor, sempre com enfoque na área do turismo da saúde.

2.1 Redescobrimo São Paulo

A cidade de São Paulo foi fundada em 1554 pelos padres jesuítas José de Anchieta e Manoel da Nóbrega da Companhia de Jesus que neste ano rezaram missa e construíram um colégio para catequese indígena, no mesmo local, hoje, conhecido como Pátio do Colégio, próximo a Praça da Sé, centro da cidade. (PRADO, Jr, 1989).

Inicialmente a cidade era o ponto de partida das expedições feitas pelos Bandeirantes, com objetivo de escravizar índios e buscar minerais preciosos. Até meados do século XIX a cidade baseou sua economia na agricultura sustentada com mão de obra escrava.

Atualmente possui pouco mais de 11 milhões de habitantes, de acordo com o censo de 2010, transformando-se em uma metrópole referência em diversos segmentos na América Latina. Tal fato teve início a partir do ano de 1970, quando a cidade obteve um grande crescimento no setor de serviços.

De acordo com o Anuário Estatístico de 2008, elaborado pela SpTuris, a cidade de São Paulo é reconhecida como uns dos destinos mundiais da sofisticação, do entretenimento e da gastronomia. Abaixo, de acordo com a documentação disponibilizada pela SpTuris, pode-se observar a concentração da oferta turística na cidade:

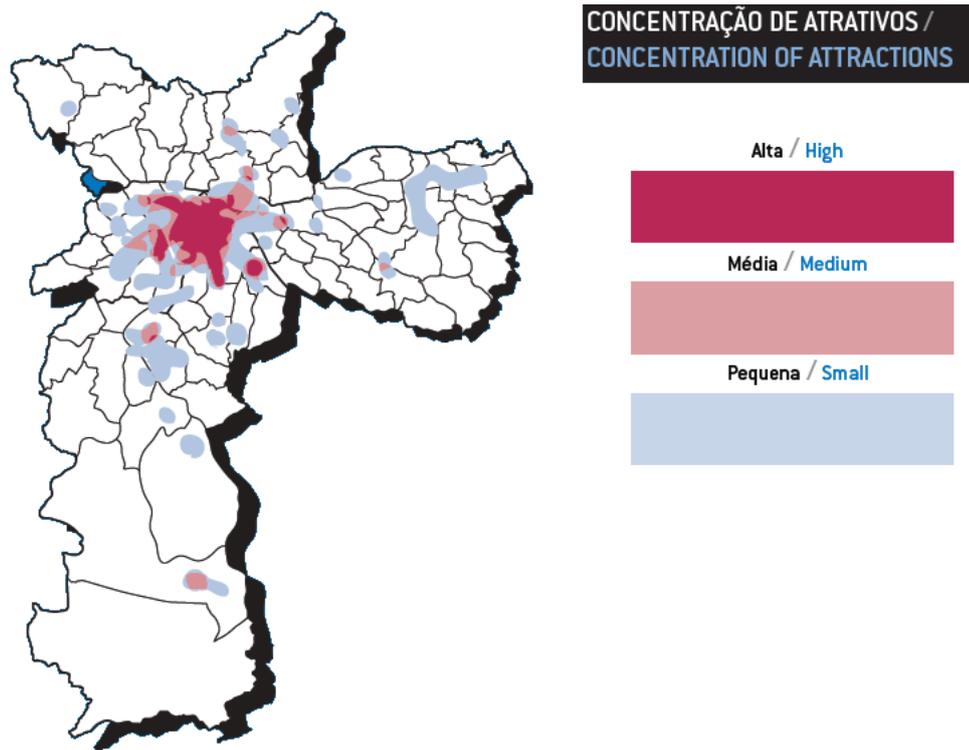


Figura 2: Concentração da Oferta Turística. Fonte: Adaptado de SpTuris 2008

As regiões que representam as mais altas concentrações de oferta turística, classificadas de acordo com o mapa acima (Figura 2) como alta e média, compreendem os seguintes locais, utilizando como referencia a divisão da Prefeitura de São Paulo, representada na Figura 3:

Na região Central: Santa Cecília, Consolação, Bela Vista, República, Bom Retiro, Sé, Liberdade e Cambuci. Brás e Pari.

Na região Sul: Ipiranga, Santo Amaro e Grajaú.

Na região Norte: Limão e Mandaqui.

Na região Leste: Brás, Pari e São Mateus.

Para melhor identificação e definição das regiões em destaque do mapa acima, os dados de zoneamento utilizados são fornecidos pela Prefeitura de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, compilados na tabela abaixo:

Regiões	Centro	Bom Retiro	República
		Cambuci	Santa Cecília
		Consolação	Sé
		Liberdade	
	Norte	Brasilândia	Santana
		Casa Verde	São Domingos
		Freguesia do Ó	Tremembé
		Jaçanã	Tucuruvi
		Limão	Vila Guilherme
		Perus	Vila Maria
		Pirituba	Vila Medeiros
	Oeste	Itaim Bibi	Perdizes
		Jaguara	Pinheiros
		Jaguare	Raposo Tavares
		Jardim Paulista	Rio Pequeno
		Lapa	Vila Leopoldina
		Morumbi	Vila Sônia
	Sul	Campo Grande	Parelheiros
		Capão Redondo	Pedreira
		Capela do Socorro	Sacomã
		Cidade Ademar	Santo Amaro
		Grajaú	Saúde
		Ipiranga	Socorro
		Jabaquara	Vila Andrade
		Jardim São Luís	Vila Mariana
		M'Boi Mirim	
		Leste	Belém
	Brás		Ponte Rasa
	Cangaíba		São Mateus
	Carrão		São Miguel
	Cidade Tiradentes		São Rafael
	Ermelino Matarazzo		Sapopemba
	Guaianases		Tatuapé
	Itaim Paulista		Vila Curuçá
	Itaquera		Vila Formosa
	José Bonifácio		Vila Jacuí
	Lajeado		Vila Matilde
	Moóca		Vila Prudente
	Pari		Sapopemba
	Parque do Carmo		

Figura 3: Tabela das Regiões/Zoneamento da Cidade de São Paulo. Fonte: Adaptado de: Prefeitura do Município de São Paulo. Elaboração: Sempla/Dipro / http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/

Destas regiões observa-se que a região central é a que apresenta a maior concentração de atrativos. Estas regiões em destaque oferecem atrativos turísticos, quer sejam naturais, artificiais, culturais, entre outros, mas independente dos atrativos, é certo que:

No estudo do mercado existem três questões centrais: o que produzir, como produzir e para quem produzir. Para resolver a primeira, é preciso levar em consideração que toda sociedade dispõe de um número limitado de recursos com os quais deve satisfazer um número praticamente ilimitado de necessidades. (...) A segunda questão - como produzir - implica produzir, ao menor custo, empregando a menor quantidade possível de recursos, o que poderia ser chamado de “eficiência produtiva”. A terceira questão consiste em resolver quem consome os bens e serviços produzidos, com a condição de cada consumidor tenha uma satisfação proporcional ao custo, o que poderia ser chamado de “eficiência distributiva”. (BENI, 2003, p. 145).

Beni nos apresenta alguns pontos a ser observado como regra de mercado, o primeiro ponto retrata “O que produzir?”, o que a Cidade de São Paulo deve oferecer para o mercado em relação ao turismo, e nesse caso, em relação ao turismo de saúde, nesse sentido, o ideal é que a cidade se posicione em relação ao turismo de saúde e defina as políticas legais para que se possa ofertar o produto com segurança e de forma eficiente.

A segunda questão levantada por Beni (2003) é “Como produzir?”, nesse sentido, como a Cidade de São Paulo pode ofertar serviços na área do turismo de saúde ou de qual forma a cidade irá “produzir”. Neste caso, é imperativo que o poder público junto a iniciativa privada planeje de forma coerente o produto, pois, como se sentirá o morador da cidade que utiliza unidades de saúde pública e enfrenta filas, demora no atendimento e na marcação de consultas, entre outras questões, sendo preterido ao turista de saúde? Essa questão pode ir além, pois, essas unidades de saúde pública são construídas por vezes com dinheiro do município e além daquilo já exposto: Como justificar o atendimento de um morador de outro município que não contribui com impostos na cidade?

Além, das questões que envolvem o poder público, temos o setor privado, que não raro, presta atendimento por meio dos convênios de saúde particulares, nesse sentido, o hospital pode identificar ser mais rentável atender o convenio internacional ao nacional e disponibilizar a maior parte de seu equipamento para publico “externo” em detrimento ao público “interno”.

O último ponto que Beni (2003) destaca é “Para quem produzir?”, e para entender a demanda pelos produtos turísticos de saúde na cidade de São Paulo se faz necessário e obrigatório para oferecer serviços de acordo com as expectativas dos turistas.

Ainda no pensamento de Beni (2003), destacam-se, em função das três questões outros pontos importantes a serem refletidos e compreendidos.

O primeiro ponto a ser analisado refere-se ao “número limitado de recursos” e um “número ilimitado de necessidades”, nesse sentido é válido ressaltar que em questões que envolvam o turismo e serviços de saúde, podemos destacar, por exemplo, falta de profissionais em determinadas áreas médicas, número de leitos ou centros cirúrgicos disponíveis, profissionais que atuem na área da saúde capacitados para receberem o turista médico, empresas no Brasil que atendam esse segmento, entre outros pontos.

Outro ponto enfatiza o fator “produzir, ao menor custo, empregando a menor quantidade possível de recursos”, nesse sentido, se os equipamentos na área da saúde podem investir o mesmo valor, mas, faturar 10 vezes mais com o segmento do turismo médico, talvez, esse fator possa prejudicar o atendimento dos não turistas.

A última questão trata da “satisfação proporcional ao custo”, ou seja, quanto o cliente está disposto a pagar e qual a qualidade esperada por ele. O item satisfação varia de acordo com cada cliente, pois, envolvem questões culturais, sociais, econômicas, idade, nível de estudo, entre outros, sendo na prática difíceis de serem mensurados. Entender a ótica do cliente de saúde é a premissa para ofertar esse produto.

Estas variáveis podem ser aplicadas também nas diversas áreas que atuam em conjunto com o turismo e que são fundamentais para o desenvolvimento da atividade como: transporte seja ele público ou não, capacitação da mão de obra que atua no *trade*, condições para entrada de turistas no país e na cidade, número de unidades habitacionais disponíveis, entre outros.

Todos os pontos expostos acima que envolvem a oferta devem ser analisados em conjunto com a demanda turística no segmento saúde, a saber:

Demanda é a quantidade de um bem ou serviço que os consumidores desejam e podem comprar a um dado preço em um dado tempo. Oferta é a quantidade de um bem ou serviço que chega ao mercado por um dado preço em um dado período de tempo. (BENI, 2003, p. 146).

Nesse sentido, demanda refere-se ao consumidor, ao cliente, ou seja, quantos clientes desejam e podem comprar determinados bens ou serviços. Sabe-se, por exemplo, que o Brasil é um destino bastante procurado no segmento saúde para estética, ou seja, cirurgia plástica, pois, a imagem associada que se tem para este produto, é promovida pelo carnaval, praias e clima que propiciam a valorização e culto à beleza do corpo da brasileira. Nesse aspecto, as músicas também contribuem para a composição desta imagem, como no caso da música

Garota de Ipanema do Músico Tom Jobim, onde a letra retrata a beleza da mulher e o cenário é a praia de Ipanema no Rio de Janeiro.

Esses itens propiciam o trabalho de construção do imaginário em relação ao Brasil, se é bom ou ruim, não se pode afirmar, apenas que esses fatores contribuem para a alta procura no segmento estético. Outros segmentos também são destaques no Brasil, como a cirurgia cardíaca e cirurgia bariátrica, ou de redução do estomago.

Oferta é a quantidade de um bem ou serviço disponível para que o consumidor adquira, neste caso trata-se da oferta de turismo no segmento saúde, sendo importante a identificação de quais equipamentos são adequados para se trabalhar esse segmento.

Anteriormente identificamos os locais que apresentam maior oferta na área turística total na cidade de São Paulo, no capítulo 3, desta pesquisa, serão expostos dados sobre a demanda no segmento saúde. Um estudo feito entre os anos de 2005 e de 2008 pela SpTuris por meio da FIPE ¹³, aponta que somente no último ano da pesquisa, 2008, a cidade de São Paulo recebeu a demanda aproximada de 11 milhões de turistas, nacionais e internacionais, que geram receita total aproximada de R\$ 6,2 bilhões, conforme exposto abaixo:

¹³ FIPE: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.

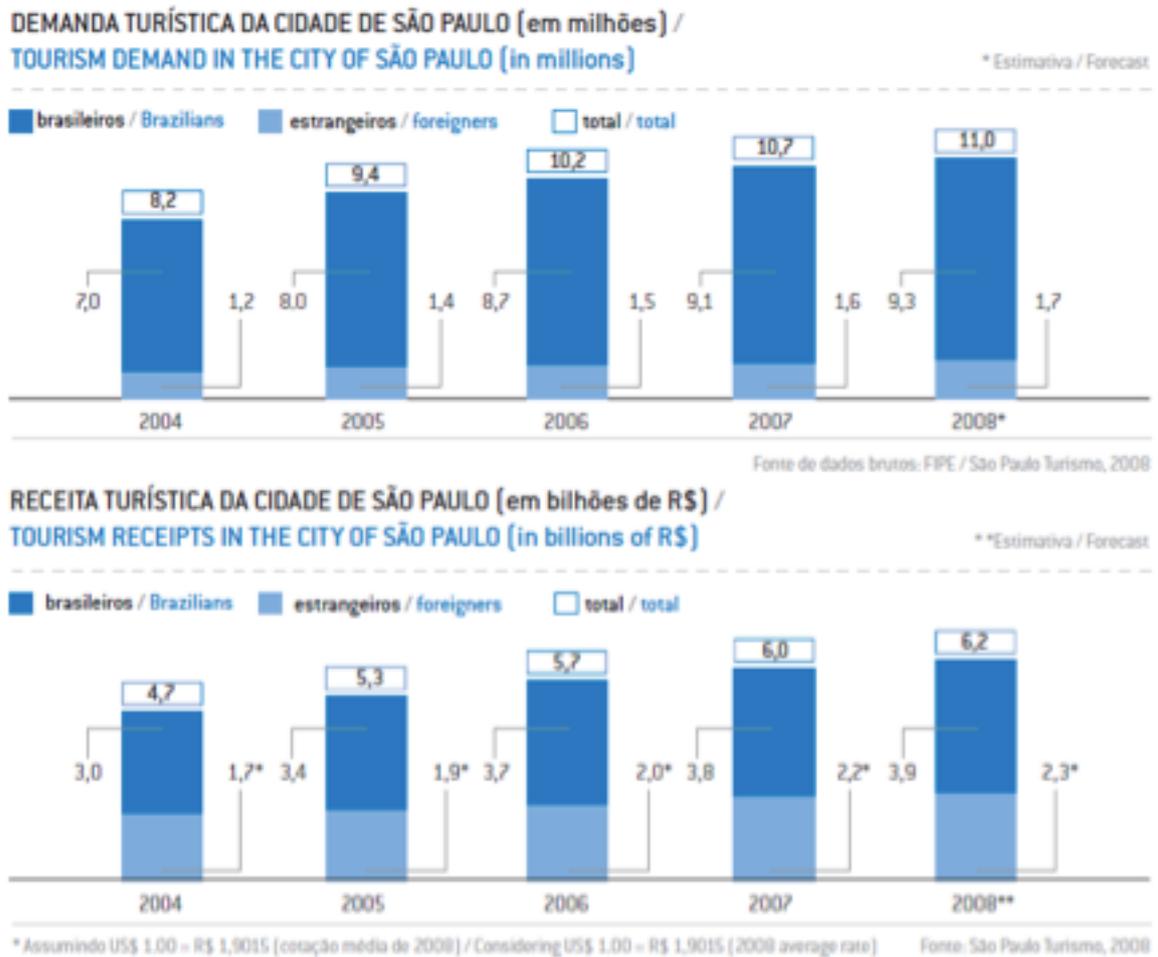


Tabela 1: Demanda Turística e Receita Turística na Cidade de São Paulo. (Fonte: SpTuris, 2008).

2.2 Mecanismos de Atração do Setor Turístico na Cidade de São Paulo

Mazzon e Vera (2008) em sua pesquisa discorrem sobre a imagem que o turista projeta nos destinos turísticos, os autores expõem que a qualidade da experiência vivenciada depende da imagem que o turista possui do local, do seu conhecimento prévio, bem como da expectativa criada em relação ao destino, esse fatores podem influenciar a decisão de voltar ou não ao destino pelo turista.

Pereira e Spolon (2007) apontam em sua pesquisa, questões que envolvem a construção do urbano como algo simulado, imaginário, ou seja, a utilização do espaço urbano para construir espaços ou prédios a partir de algo que estimule a imaginação do turista, por exemplo, com algo que atraia e o faça “sonhar”, que desperte a emoção, e essas ferramentas tem como objetivo a valorização do local, assim como também é observado em Migueles (2007).

A partir da análise das colocações e ideias dos autores acima, percebe-se que a cidade por um lado constrói, cria, desenvolve e planeja, locais, obras de arte, eventos, e tudo que possa desviar o olhar para ela, que cativa a atenção e o desejo de ser conhecida e vivida. Em contra partida o turista ao ler sobre a cidade, ver imagens do local ou somente ouvir sobre ele, sente despertar o desejo de conhecer e “experimentar” o cotidiano local e neste momento o imaginário começa a trabalhar e construir as possíveis experiências a serem vividas. Por vezes, os que se lê ou se ouve a respeito do local, na pratica, não funciona da mesma forma, sendo assim, as expectativas do turista podem ser superadas ou frustradas.

São Paulo, cidade verticalizada, urbana, que se utiliza de diversos mecanismos de atração turística, que trabalham a emoção, o imaginário e a expectativa do visitante, como exemplo, observa-se que a cidade possui em seu repertório de diferenciais, ruas “temáticas” como a Rua: 25 de Março, famosa por preços baixos, Rua: Santa Ifigênia, com produtos eletrônicos a preços atrativos, Rua das Noivas, ou Rua São Caetano (nome verdadeiro) com inúmeros artigos para noivas, Rua do Gasômetro que vende madeiras e ferragens, Rua da Consolação, famosa por seus lustres e luminárias; Bairros famosos por algum diferencial, por exemplo, Braz e Bom Retiro com suas ruas cheias de lojas com artigos de vestuário a preços baixos, Bairro do Bexiga famoso por suas cantinas e festas tradicionais Italianas, Bairro da Liberdade famoso por abrigar a cultura Japonesa, entre outros endereços.

Além destes aspectos percebe-se que a arquitetura paulistana também se mostra diferente, por exemplo, o Hotel Unique, o museu MASP, Parque do Ibirapuera, Parque Burle Marx, e ao mesmo tempo percebemos construções “antigas” como o Pátio do Colégio, Catedral da Sé que contrasta com a metrópole de arquitetura arrojada. O turista pode usufruir daquilo que Mazzon e Vera (2008) argumentam ser a “qualidade da experiência”, fator de atratividade e sustentação deste produto econômico conhecido como turismo.

Tais construções que contribuem para a identidade local existentes em determinadas regiões da cidade, se deve ao fato de São Paulo ter se transformado em Cidade Global, cidade essa que possui atributos e condições para atender pessoas de diversas partes do Brasil e do mundo. Esse conceito está ligado a historia da cidade e as mudanças políticas e econômicas no mundo:

No entanto, a ausência de um questionamento mais preciso sobre a maneira como o conceito e cidade global tem sido apropriado constitui-se em um problema quando lembramos que um conceito não é apenas um instrumento de um discurso”, mas é sobretudo ponto de referência de uma prática (Martins, 1997:27). É no momento em que o estatuto de cidade global deixa de ser apenas uma condição atingida por algumas metrópoles, em

decorrência de transformações históricas vividas, e compõe-se em projeto necessário à superação dos problemas urbanos, que se faz urgente interrogar seu sentido a fim de desvelar o seu real significado. (CARVALHO, 2000, p. 70)

Carvalho, no trecho acima, discorre sobre o surgimento do conceito de cidade global, nota-se que muito embora a definição ainda não esteja totalmente formatada de forma clara, na prática já é observada. A autora aponta o fato de que não se define que uma metrópole é uma cidade global em função ao seu contexto histórico, e sim, também pela forma política em que se faz o planejamento urbano local.

São Paulo teve seu centro totalmente revitalizado, inclusive o Teatro Municipal sendo a obra de restauração finalizada neste ano de 2011. Locais antes degradados e frequentados por moradores de rua e infratores, atualmente se apresentam de forma mais segura, com mais policiamento nas ruas e calçadas, iluminação revitalizada. Ainda há problemas sociais nesta região, porém, em menor proporção, isso atrelado a lançamentos de empreendimentos imobiliários no entorno a preços médio/alto. Tais empreendimentos valorizam o entorno e trazem consigo outros empreendimentos em diferentes áreas, como gastronomia, hotelaria, shoppings, saúde, entre outros.

Ainda no pensamento de Carvalho, temos:

A origem do conceito de *cidade global* está diretamente relacionada aos impactos causados sobre as metrópoles do Primeiro Mundo pelo processo de globalização da economia, desencadeado a partir do final dos anos 70. As transformações na economia mundial teriam conduzido a uma crise da centralidade econômica daquelas metrópoles que perderam o controle sobre as atividades industriais, porque as empresas por elas responsáveis, favorecidas pelo desenvolvimento das novas tecnologias de comunicação e informação, passaram a dispor de maior flexibilidade para escolher os lugares de menor custo para suas sedes. (CARVALHO, 2000, p. 71).

Diante da situação exposta pela autora é possível identificar que a mudança na economia mundial permitiu maior concorrência entre cidades, estados ou países, permitindo que determinadas atividades industriais pudessem se desenvolver em diferentes regiões, mais convenientes em relação ao custo e lucratividade mais vantajosos. Nesse sentido, locais que antes eram centros industriais com economia baseada neste segmento, começam a demandar por diferentes atividades econômicas a fim de se manterem em níveis competitivos de empregabilidade, sustentabilidade social, econômica e cultural, diluindo o centro econômico ganha-se em contrapartida uma economia pulverizada e menos centralizada, assim inicia-se o

processo das chamadas cidade globais. Cidades que acolhem empresas do mundo todo, as chamadas multinacionais, como pode ser percebido no trecho abaixo:

Paralelamente ao diagnóstico da crise, identificava-se uma mudança no perfil das metrópoles que, em substituição às atividades industriais, passavam a sediar empresas de prestação de serviços altamente especializados, ligados em sua maioria ao setor financeiro e da informação e de origem quase sempre transnacional. (CARVALHO, 2000, p. 71).

O cenário globalizado favorece empresas de serviços, como observado no trecho acima, nesse sentido o setor começa a ter representatividade no cenário econômico e hoje de forma diversificada e não apenas na área financeira.

A cidade de São Paulo identifica-se com a descrição de metrópole ou cidade global, “(...) metrópoles assim re-significadas se passou a chamar *de cidade global*” (Sassen, 1998; Levy, 1997; Marques e Torres, 1997. *Apud.*: CARVALHO, 2000, p. 71), pois, atualmente o setor de serviços possui destaque em sua economia, além de não se encontrar, mais muitas indústrias instaladas na cidade.

Nesse sentido, a atratividade turística realiza-se envolvendo vários mecanismos, podendo apresenta-se aqui a ideia de “sistemas”.

O conceito de sistema turístico pode ser entendido como um conjunto de processos, por exemplo, que são estabelecidos para atingir um objetivo, um fim. Observa-se a dinâmica do sistema turístico proposto por Beni (2001):

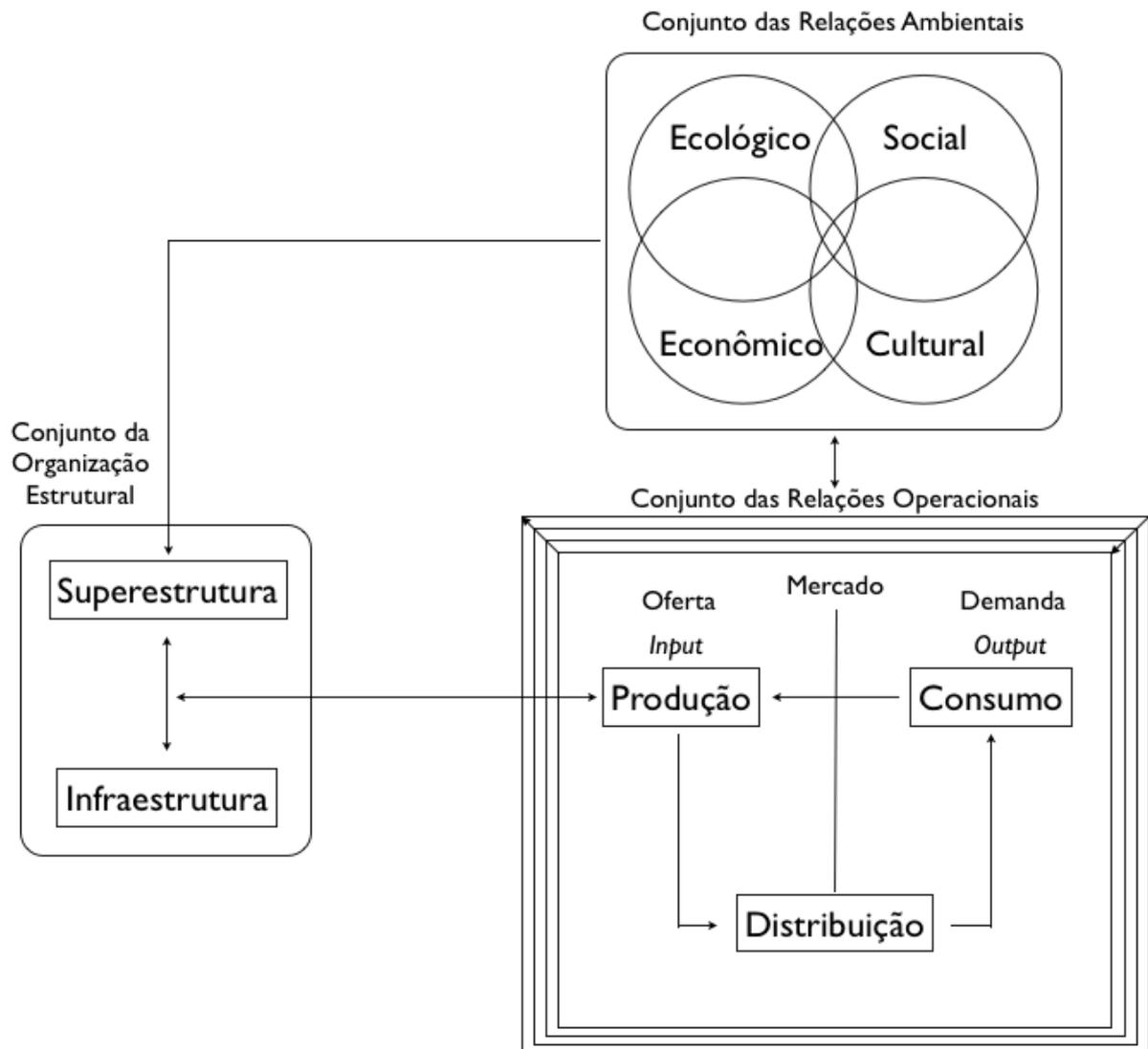


Figura 4: Sistema de Turismo (SISTUR) - Modelo Referencial Adaptado de BENI, 2001, p.48

No topo da tabela do sistema temos as quatro variáveis que influenciam no desenvolvimento turístico de forma geral.

No primeiro círculo observam-se questões de caráter Ecológico, nesse sentido, pode ser entendido como desde a interferência do homem na natureza, poluição, desmatamento, agricultura, agropecuária, entre outros, como problemas naturais, chuvas, calor, tsunamis, entre outros.

O turismo envolve fluxo de pessoas em determinados locais, nesse sentido, esse fluxo pode causar danos ao meio ambiente se não for planejado corretamente e visto de forma sustentável e não apenas financeira, o contraponto é justamente quando a natureza promove

situações que podem colocar em risco o turista, pois, muitos fenômenos naturais são imprevisíveis ou previsíveis em um tempo muito curto para que se possa tomar medida específicas para proteção das pessoas.

No prisma do turismo de saúde, a questão ecológica pode ser entendida como “a troca de doenças” entre regiões, por exemplo, como no caso de turistas de saúde para o tratamento da malária, doença infecciosa, causada por parasitas protozoários, transmitida por mosquitos, típico em regiões tropicais e subtropicais, como partes das Américas, Ásia e África. Se na região que o turista realiza o tratamento, a doença não é comum, o risco de tornar-se um problema local é aumentado à medida que não são estabelecidas estratégias para a prevenção em sua disseminação.

No segundo círculo temos as questões Sociais, ou seja, os conflitos que podem ou não existir entre a população local e o turista.

Esses conflitos podem envolver desde a perda da característica dos hábitos locais, aculturação, não aceitação da população local em receber o turista, alteração na rotina do local, entre outras questões. O turismo de saúde, nesse sentido, pode fazer com que a população se sinta prejudicada, uma vez que a saúde pública e privada em São Paulo, por melhor que se apresente a prestação de serviços, não atende 100% da população de modo eficaz, fazendo com que possa haver favorecimento do “estrangeiro” em detrimento da população local.

A população local enfrenta filas na marcação de consultas, procedimento, exames ou até mesmo quando necessita de atendimento de emergência, sendo o local público ou privado, em muitos casos ambos apresentam mais de 100% de taxa de ocupação dos leitos, acarretando, por vezes, o atendimento dos pacientes nos corredores ou salas de espera. Essas questões não se aplicam ao turista de saúde, que compra um “pacote” de serviços programados, não necessitando enfrentar esses problemas. É importante refletir se a população local compreende a diferença dos processos.

No terceiro círculo temos questões Econômicas que envolvem o desenvolvimento local da cadeia produtiva do turismo, gerando renda, empregabilidade, e contribuindo para o crescimento da região. O crescimento, também, afeta setores diretos e indiretamente ligados ao turismo. O turismo de saúde pode funcionar como porta de troca tecnológica entre regiões ou países no setor da saúde, também, pode contribuir para que a alta tecnologia seja compartilhada com a população local.

No último círculo temos as questões culturais, que envolvem algo particular em cada local. Este algo pode ser entendido como patrimônio, cultura entre outros temas relativos a

localidade, isto posto de forma a ser um diferencial em relação aos outros locais. Neste ponto, a “imagem cultural” do Brasil fora de suas fronteiras, por vezes é remetida a beleza da mulher brasileira, ao carnaval e ao futebol e esses itens podem trazer uma série de questões boas ou ruins, que não são o objetivo deste trabalho.

Podem-se levantar essas questões apenas para colocá-las no prisma do turismo de saúde, assim, a beleza da mulher pode ser um grande atrativo para o mercado estético como a cirurgia plástica, a cultura do corpo exposta no carnaval, pode, por exemplo, além da cirurgia cosmética, pode ser trabalhado na cirurgia bariátrica, permitindo que pessoas obesas conquistem o peso ideal. A imagem do futebol neste segmento turístico pode ser entendida como excelência em ortopedia ou cirurgia desportiva. Essas ideias, são apenas formas diferentes de interpretar e aproveitar a imagem que o Brasil já possui, o que não impede se serem criadas novas “culturas” e “construídas” novas imagens de atratividade.

Para que o sistema funcione, ele precisa estar organizado e o conjunto da organização estrutural, para Beni (2001), divide-se em Superestrutura e Infraestrutura.

A Superestrutura versa sobre o mecanismo de trabalho e interação do governo, em qualquer esfera, associações e empresas privadas.

Na cidade de São Paulo temos como representante do governo a Secretaria Estadual de Turismo, a Secretaria Estadual de Esporte Lazer e Juventude. Na esfera municipal temos, além do trabalho da prefeitura em relação ao turismo com informações em seu site, a Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação. Como apoio ao governo e a iniciativa privada temos a SpTuris, o COMTUR, Conselho Municipal de Turismo, com atuação em todo o país e na cidade de São Paulo temos a ABIH, a Associação Brasileira da Indústria de Hotéis, a CNTUR, a Confederação Nacional do Turismo, entre outras entidades, a iniciativa privada em São Paulo abrange desde hotéis e agências de viagens, como todas as empresas que atuam no composto turístico.

Nem todas essas empresas e associações poderão atuar no mercado de turismo de saúde, visto que o segmento é específico e possui algumas particularidades, e também, se faz necessário o envolvimento da Secretaria de Saúde, Ministério da Saúde e associações ligadas à área da saúde, bem como hospitais, clínicas e demais empresas do segmento.

A Infraestrutura demonstrada na figura, para Beni(2001), significa abarcar tudo o que for necessário para o acolhimento do turista e também para condição de vida da população, como: serviços urbanos de saneamento básico, abastecimento de água, coleta e disposição de esgotos, energia elétrica, transporte, segurança, infraestrutura turística, ou seja, investimentos públicos e privados para receber o turista, desde a sinalização de vias, inclusive em outro

idioma, como o inglês, até a construção ou melhoria de hotéis, meios de transporte, restaurantes, agencias, entre outros.

Para que o turista de saúde consiga efetivamente realizar sua viagem e tratamento se faz necessário entender quem participa deste processo observado em:

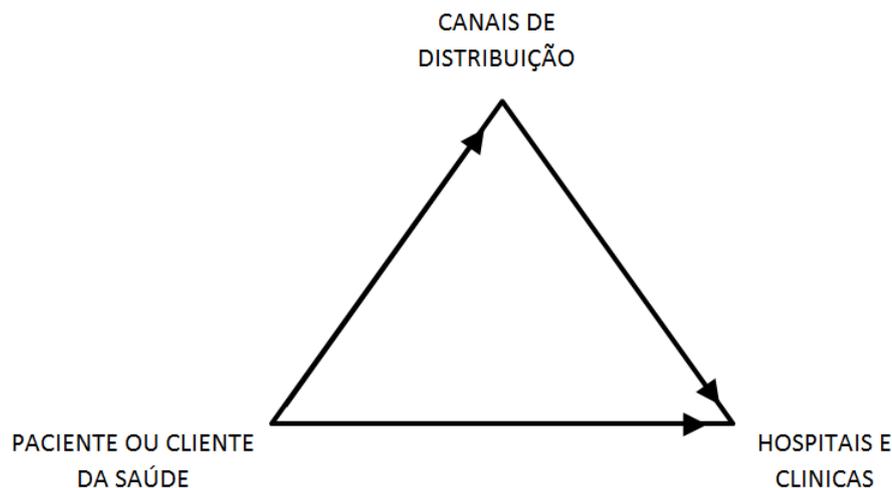


Figura 5: Modelo do Processo decisório do cliente de Saúde ao optar pelo Turismo Médico. Fonte: Elaborado pela autora.

Na figura acima temos o cliente da saúde, ou seja, quem demanda por serviços de saúde. Esse cliente, pode escolher tratar-se de forma convencional em um hospital ou clinica em sua região, não configurando assim como turista, pois se trata do fluxo normal de serviços paciente *versus* hospital ou clinica. Porém, em se tratando de custo ou *know-how*, ou seja, busca de menor custo ou busca pelo melhor profissional da área, o cliente pode escolher viajar para obter esses beneficio. O menor custo, por vezes, pode ser interessante também para as operadoras de plano de saúde, pois, podem aumentar sua lucratividade destinando segurados para locais que realizam o mesmo procedimento com um custo muito inferior. Em qualquer opção, tanto particular, quanto em clientes com seguro de saúde, o processo passa pelos canais de distribuição, que podem ser agências especializadas em viagens de saúde, como médicos que podem indicar locais para tratamento.

Para que o paciente possa viajar e realizar seu tratamento faz-se necessário um planejamento prévio que envolve diversos processos, observados em:

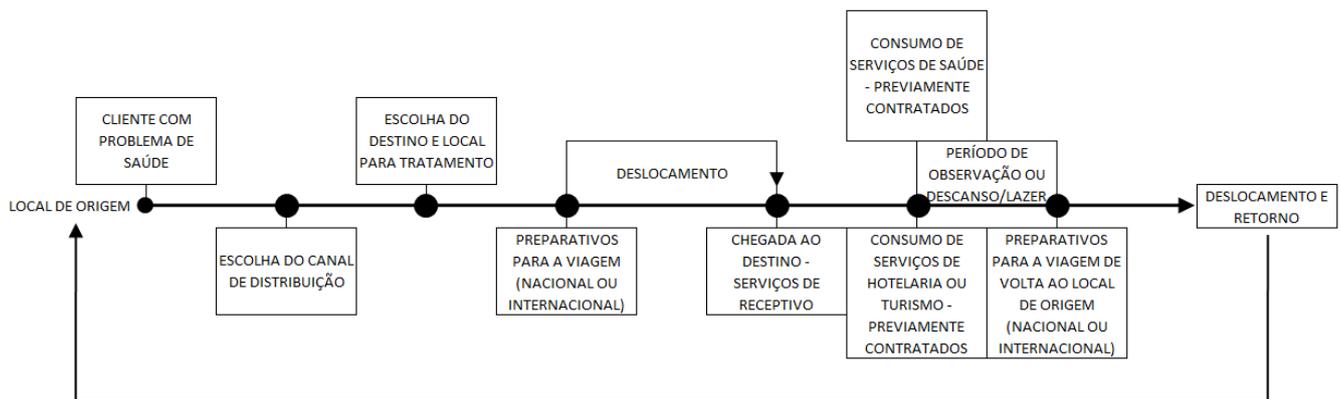


Figura 6: Adaptado de: *Etapas, Elementos e Viabilizadores de Viagens de Negócios*, WADA, 2008, p. 220

O fluxo acima contribui para o melhor entendimento do processo anterior, durante e posterior a viagem de saúde. No primeiro momento temos o cliente de saúde em seu local de origem e tendo ele ciência de seu problema três coisas podem acontecer neste momento dependendo do perfil deste cliente:

1) PERFIL 1: Ele é cliente de uma operadora de saúde (seja ela de gestão da própria empresa para a qual trabalha ou não) - nesta situação a operadora, por questões de custo, pode enviá-lo a outro país ou local dentro do país de residência para efetuar o tratamento de saúde.

2) PERFIL 2: Ele não possui plano de saúde - neste caso, o cliente decide seja por custo, qualidade, entre outros fatores, em realizar seu tratamento em outro país ou outro local dentro do país diferente do local de residência.

3) PERFIL 3: A terceira opção é o não deslocamento não ocorrendo desta forma o que caracteriza o turismo de saúde.

No segundo momento temos a escolha do canal de distribuição. Canal de distribuição pode ser entendido neste contexto como facilitadores da viagem que orientam na escolha do local e auxiliam nas questões burocráticas da viagem.

Os facilitadores podem ser médicos que trabalham em parceria com redes internacionais para tratamento de saúde e utilizam suas conexões para facilitar a viagem e tratamento de seu cliente. Outros facilitadores são conhecidos como *Brokers*¹⁴, ou agências específicas que trabalham apenas com a operação do turismo de saúde, ou seja, elas possuem uma carteira de hospitais e clínicas em todo o mundo onde negociam a compra no atacado de diversos procedimentos como cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, tratamento dentário, entre outros. Esses procedimentos por serem adquiridos em grande quantidade são comprados por

¹⁴ A tradução literal para o português da palavra Broker é corretor, porém, referindo-se a turismo de saúde deve ser entendido da forma exposta no texto.

um valor abaixo do ofertado no mercado e essas agências, além de ofertarem o serviço médico, possibilitam que o cliente negocie toda sua permanência no local do tratamento, ou seja, compre hotéis, passeios turísticos, entre outros serviços ligados ao turismo e ao tratamento de saúde. Estas agências trabalham diretamente com as operadoras de plano de saúde ou médicos facilitadores.

Há casos em que o paciente pode optar pelo local de tratamento por meio de indicações de amigos, revistas, jornais, propagandas, sites do próprio local na internet, redes sociais, entre outras formas que não se encaixem nas duas expostas acima.

Definido o canal de distribuição a terceira e próxima etapa trata a escolha do local para tratamento e esta escolha pode estar baseada no custo ou na qualidade e destaque em cenário mundial do local em relação ao procedimento a ser realizado.

Definidos o local para tratamento, formas de operar o pacote de viagem, data de saída, inicia-se neste momento a quarta etapa do processo os preparativos para a viagem.

O paciente necessita de apoio e orientação profissional nesta etapa, pois, envolve diversas questões legais como: passaporte, visto, vacinas que porventura o local exija na entrada, regras da companhia aérea, pois, há empresas aéreas, por exemplo, que não permitem o ingresso em suas aeronaves de pessoas com equipamentos como respirador, sondas, independente da categoria ou classe da passagem comprada. Outras orientações se fazem necessárias como o clima do local, costumes, etc.

Esta etapa é de extrema importância, pois, não se pode conceber um paciente que ao se preparar para uma viagem de tratamento de saúde, tenha que adiá-la, por exemplo, pela falta do visto de entrada ao país destino.

A quinta etapa aborda questões sobre o deslocamento, como dito anteriormente é importante observar as regras das empresas de transporte e em alguns casos o transporte deve ser feito por empresas especializadas na área de saúde, ou seja, ambulâncias, helicópteros ou mesmo aviões que disponham de equipamentos de apoio ao paciente. Neste item, como exemplo, temos a empresa de transporte aéreo SARPA, empresa colombiana especializada em transporte aéreo de enfermos adultos ou crianças, pois, possuem aeronaves preparadas para esse fim. A empresa SARPA realiza o transporte de pacientes de um aeroporto para outro e oferece diferentes tipos de planos tanto para o usuário final quanto para empresas.

Cada plano apresenta uma característica diferente, conforme o contrato do plano, no Anexo I deste trabalho pode ser consultado o contrato de viagem Premium, que contempla atendimento internacional América do Sul, América Central, Caribe, Florida e Nova Iorque, permite também que o paciente tenha um acompanhante no voo.

Ao chegar a seu destino final para tratamento de saúde o receptivo torna-se nesse momento o serviço de maior importância, pois, o cliente está em um local diferente, por vezes em contato com idioma diferente. É importante neste momento que alguém o receba no aeroporto e que este ofereça serviços ágeis de modo a facilitar o ingresso deste turista. É importante, também, que todos os equipamentos de apoio a esse turista trabalhem em conjunto, ou seja, traslado, hotel, alimentos e bebidas, entre outros.

Na etapa de número 7, temos a permanência e consumo dos serviços de saúde, hotelaria e turismo contratados no momento da aquisição do pacote.

Após a execução dos serviços de saúde, há casos que se faz necessário o paciente permanecer em observação, não no próprio hospital ou clínica, mas, próximo, para que possa retornar duas vezes na semana, por exemplo.

Nestes casos o consumo de serviços de hotelaria se dá também, após o tratamento de saúde, podendo esse paciente ficar semanas ou meses neste local, até que receba autorização para retornar ao seu país ou região de origem. Esse regime de tratamento é conhecido, na área da saúde como *Home Care*, e significa que o paciente não necessita mais de equipamentos específicos hospitalares e nem de cuidados 24 horas da equipe médica. Nesse sentido, é permitido que ele se recupere em “casa”, porém com alguns cuidados prescritos que devem ser seguidos como: horário de medicação, alimentação específica, entre outros. Qualquer procedimento que envolva equipamentos hospitalares ou exija técnica para o cuidado deste paciente, será solicitado que ele retorne ao hospital ou clínica para que os mesmos sejam executados.

Após alta, ou seja, autorização para retornar ao seu local de origem, o paciente traz consigo todo o histórico médico do local de tratamento, bem como relatórios e observações a serem encaminhadas ao seu médico de origem, neste momento temos a etapa de número oito, que consiste nos preparativos para o retorno ao seu país ou local de origem.

Na etapa final de número nove temos o deslocamento para o retorno ao local de origem, nesse sentido a agência ou plano de saúde que encaminhou este paciente deverá se preocupar inclusive com o lado do avião que este paciente deve sentar, pois, se ele operou do lado esquerdo não deverá, por exemplo, sentar-se de forma que ao sair do assento dobre seu corpo para o lado esquerdo, pois, esse simples movimento pode comprometer o resultado final da cirurgia. Um paciente que realizou cirurgia bariátrica deve receber na aeronave alimentação líquida e em quantidade correta e para isso deve haver regime especial de tratamento pela companhia aérea, tudo acordado previamente ao fechar o pacote.

Em sua chegada ao local de origem o paciente deve procurar seu médico e entregar-lhe toda a documentação a fim de finalizar com êxito seu tratamento de saúde.

Retomando o gráfico do SISTUR (Figura 4) proposto por Beni (2001), temos no conjunto das relações operacionais que contempla a análise do mercado em relação à oferta e demanda. O conceito de oferta e demanda, já explicados anteriormente, inseridos na visão de Beni no contexto do mercado, pode ser também referenciada no turismo de saúde de forma que de um lado temos a oferta ou produção, ou seja, temos os hospitais e clínicas e desejam atender a demanda de turismo de saúde. Do outro lado temos a demanda ou consumo, ou seja, clientes particulares ou operadoras de plano de saúde que desejam adquirir esse produto. Para que haja comunicação entre a oferta e demanda, temos os canais de distribuição, ou facilitadores que podem ser chamados também de *brokers*, agências que operam o turismo de saúde ou médicos que pertencem a uma rede de saúde mundial e podem indicar pacientes para tratamento fora de seu país.

Para compreensão do fluxo que ocorre no mercado, nos valem também do conceito de Kotler e Keller (2006) apresentado na figura abaixo:

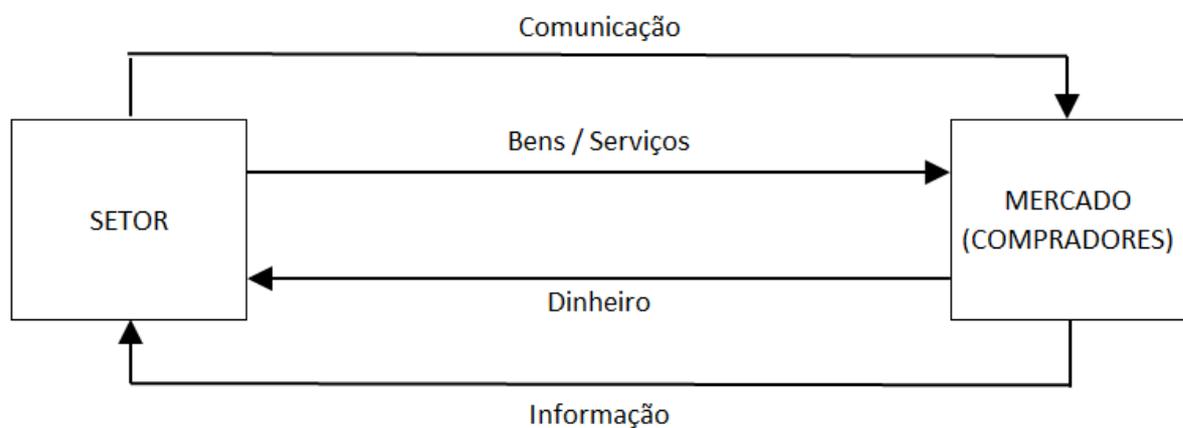


Figura 7: Sistema simples de marketing. Fonte: KOTLER e KELLER, 2006, p. 09.

O mercado dispõe de vendedores e compradores de bens ou serviços, o que pode definir se a compra de determinado produto ou serviço envolve o custo, informação e o marketing sobre ele, ou seja, o que determina a escolha do hospital “x” ou “y” se baseia nessas premissas, assim, aplicando-se também na escolha do país, do médico, do hotel, entre outros.

2.3 Análise do Contexto Brasileiro da Oferta e da Demanda no Setor Turístico de Saúde

O contexto brasileiro, assim como os demais países, apresentam características únicas na área da saúde, sejam elas relacionadas a leis aplicadas ao profissional da medicina ou aplicadas aos estabelecimentos que atuam no segmento saúde ou nas operadoras de planos de saúde, nesse sentido, com o intuito de compreender melhor a oferta do turismo de saúde médico, se faz necessário o conhecimento dos equipamentos e legislação da área no Brasil.

Os equipamentos utilizados na área da saúde são: Hospitais, Clínicas, *SPA*, Termas ou Balneários. Termas e Balneários, não são equipamentos de pesquisa direto deste trabalho, também já mencionados e conceituados no capítulo anterior desta dissertação.

O *SPA* apresenta-se como equipamento de pesquisa de forma indireta, pois alguns atendem pacientes em pós operatório de cirurgia estética ou bariátrica, por exemplo, sendo que este equipamento também já foi conceituado no capítulo anterior desta dissertação.

Porem a intenção é definir o equipamento hospitalar a fim de facilitar a compreensão das relações mercadológicas entre o equipamento e o turista mediado pelos facilitadores.

Hospital é uma organização que tem como objetivo principal prestar assistência a saúde, como define o Ministério da Saúde no Brasil:

VIII - Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa. (Capítulo I, Seção III, Artigo 4º, da Resolução Nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html).

Além da assistência a saúde, podemos encontrar outras definições no sentido de melhorar ou manter a qualidade da saúde dessas pessoas, como observamos em:

[...] receber o ser humano que se tornou doente ou ferido e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal ou tão próximo quanto possível do normal. (MAC EARCHERN,1957 *Apud* ZANON, 2001, p.24).

A partir das ideias apresentadas acima se pode definir que hospital é um local destinado ao tratamento da saúde, com o objetivo de restaurá-la o mais próximo possível do normal, que deve ser entendido como estado de saúde anterior a doença, deixando uma ideia

de que nem sempre essa saúde poderá ser recuperada e que inclusive pode ocorrer a morte do enfermo.

O conceito de hospital que conhecemos hoje tem sua origem ligada às hospedarias:

[...] A primeira reação da comunidade à necessidade de assistência médico-hospitalar foi à organização de hospedarias destinadas a receber doentes e acidentados, no quinto século antes da era cristã. (ZANON, 2001, p.23).

O gráfico apresentado abaixo, busca demonstrar o fluxo do paciente, antes, durante e após a alta hospitalar:



Figura 8: O processo administrativo. Fonte: ZANON, 2001, p.73

O paciente chega ao hospital e pode ter sua entrada feita de duas formas: Pelo Pronto Socorro ou Internação Eletiva (agendada).

Dentro do ambiente hospitalar iniciam-se os processos comuns ao seu caso, que podem variar de cirurgia, exames, medicação, entre outros; durante a sua permanência ele irá “consumir”, além dos serviços de saúde, serviços de alimentação e serviços de hotelaria na área de governança ou higiene e limpeza. A saída do paciente procede-se de duas maneiras, pela alta, o médico o considera apto para voltar a sua rotina diária, ou por óbito. Após sua saída, o serviço de higiene é responsável por limpar e liberar o quarto.

Em se tratando do turista de saúde, a entrada no hospital será feita sempre de forma eletiva. No caso de um turista passar mal durante a viagem e necessitar de atendimento de Pronto Socorro, não deve ser considerado como turista de saúde.

É certo que os equipamentos que atendem ou pretendem atender o turista de saúde, necessitam, além de infraestrutura e tecnologia, de pessoas qualificadas.

Além da oferta dos equipamentos hospitalares ser feita de forma específica e direcionada, é importante que esse serviço adéque-se a legislação e normas brasileiras.

No Brasil temos o Ministério da Saúde a ANVISA, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, elaborado pelos conselhos regionais de medicina que atuam em todo país.

O código de ética médica demonstra em seu capítulo 1 em Princípios Fundamentais que:

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

Observa-se no trecho acima questões de saúde *versus* questões de comércio, onde, é expressamente proibido o comércio da medicina, e do trabalho médico sendo que este último na prestação de serviço não pode ser caracterizado como relação de consumo, nesse sentido, embora o turismo de saúde médico já ocorra na prática, a regulamentação deste “produto” ainda esbarra em questões legais.

Outro entrave legal é observado no capítulo 2, do Código de Ética Médica: Direito dos Médicos:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

Todos os procedimentos médicos realizados no Brasil devem seguir a legislação e normas brasileiras, porém, na prática recebem-se em nosso país, pessoas de outros países para

a realização de procedimentos médicos. Nesse sentido, nossa legislação, não é igual a legislação de outros países, e em caso de erro médico deve-se seguir a legislação brasileira. Porém, o cliente retornando ao seu país de origem ele pode entrar com processo e exigir o cumprimento da legislação vigente em seu país de origem. Esse assunto tão complexo envolve diferentes questões como: normas médicas, legislação sanitária, direito internacional, entre outras, que necessitam de mais estudos e melhor compreensão dos envolvidos para que o cliente não seja prejudicado e nem beneficiado indevidamente.

As questões do cumprimento da legislação brasileira são reforçadas no capítulo 3, código de ética médica, em Responsabilidade Profissional:

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

A responsabilidade profissional é pautada nas leis brasileiras, nesse sentido, se há em algum país permissão para determinado procedimento que no Brasil é proibido, não se pode trabalhar com o turismo médico visando tão somente o aspecto “comercial”, há de se pensar na legislação e orientação dos clientes potenciais, bem como orientação dos *brokers*. No intuito de reforçar essa premissa temos no capítulo de número 6 do Código de ética Médica, informações a cerca da Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos:

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

Nesse sentido, compreende-se que nenhum estrangeiro ou turista de saúde poderá realizar tal procedimento aqui, pois, está previsto e garantido em lei que somente brasileiros que atendam um determinado perfil podem receber transplante de órgão e para isso existe uma ordem pré estabelecida de prioridade para o recebimento deste órgão, e as pessoas precisam aguardar o chamado em uma fila que segue esta ordem de prioridade.

Outra questão que necessita ser adequada aos padrões brasileiros destaca-se no capítulo de número 8 do Código de ética Médica, Remuneração Profissional:

É Vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

O enquadramento do turismo de saúde como exercício mercantilista da medicina, pode significar o fim deste nicho de mercado turístico.

As restrições em se fazer marketing entorno das questões médicas, também, pode ser uma questão de limite de crescimento do setor, no capítulo 13 do Código de ética Médica, Publicidade Médica, temos:

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

(Fonte: www.cremesp.org.br. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.)

De acordo com o texto acima, tem-se que, sendo o médico alguém que transmite segurança e confiabilidade, é certa a preocupação em não vincular essa imagem a produtos ligados a área da saúde, pois, se algum consumidor apresentar um mal súbito em decorrência do uso de tal produto, o fato pode ser vinculado a imagem do profissional da medicina. Este fato iria prejudicar a confiança nos profissionais da área, por outro lado, essa rigidez no que tange questões que envolvem o marketing impede o posicionamento do setor em relação ao turismo.

Compreende-se, que no mercado há oferta de serviços médicos e de equipamentos de saúde, tais serviços podem ser, no Brasil, ofertados pelo governo ou pela iniciativa privada.

O Brasil oferece a população o Serviço Público de Saúde, podendo ser ele gerido pelo governo federal, estadual ou municipal, por meio de impostos recolhidos e destinados a manutenção e oferta desse tipo de serviço para esta população. Além do serviço público de saúde, os usuários podem optar por um serviço privado. Nesse sentido, o cliente que optar em pagar por uma consulta ou internação diretamente ao médico ou hospital, fora da rede pública de saúde, ou seja, serviços e equipamentos privados, ou ainda pode optar por um plano de saúde, gerido por uma operadora ou por uma empresa que possua autogestão do plano.

As operadoras de autogestão são aquelas em que a empresa formata a partir de um fundo administrado para esse fim, e ela administra a cobertura e valores cobrados dos usuários, neste caso, apenas os funcionários da empresa, porém, mesmo sendo de autogestão está sujeita a legislação das operadoras de plano de saúde.

Para compreender-se o funcionamento das operadoras de planos de saúde no Brasil, tem-se que:

Os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgiram, no final da década de 1960, sob a forma de planos de assistência médica, e posteriormente, na década de 1990, houve a segmentação dos chamados seguros-saúde. (SILVEIRA, 2009, p.1).

Atualmente o mercado oferece diversas opções ou “marcas” de seguro saúde, o cliente pode optar por diferentes empresas que ofertam planos a diferentes custos, a legislação apenas padronizou os tipos de plano, porém, dentro destas modalidades, desde que a operadora ofereça o mínimo previsto em lei, ela pode ampliar os benefícios, desde que não infrinja a lei. Nesse sentido foi estabelecido:

Plano Referencia: o mais completo, pois, contempla o plano ambulatorial, hospitalar e obstétrico, exceto odontológico. Todas as empresas são obrigadas a ofertar esse produto exceto as operadoras de autogestão.

Plano Mínimo: pode ser ofertado de forma isolada ou em conjunto nos seguintes modelos: atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e atendimento odontológico.

Plano Ampliado: este plano oferece acomodações mais confortáveis e coberturas mais amplas que os planos básicos.

O Estado de São Paulo possui a maior população coberta por planos de saúde: 37,7%. A menor encontra-se em Roraima: 2,3%. Do total de beneficiários de planos no país, 42,5% estavam em São Paulo e 13,4% no Rio de Janeiro. (SILVEIRA, 2009, p.1).

O Estado de São Paulo apresenta o maior índice de consumidores de planos de saúde e conseqüentemente se apresenta como a região, em especial a Cidade de São Paulo, que oferece os melhores e mais complexos serviços de saúde do Brasil e em alguns segmentos da América Latina, de acordo com pesquisa da SpTuris em parceria com o governo da região de *Île-de-France*.

Segundo uma pesquisa do IBGE¹⁵, as pessoas que possuem maior poder aquisitivo destinam parte do seu orçamento para pagar os planos privados de saúde, e procuram focar na prevenção. Quanto aos mais desfavorecidos, estes têm grandes gastos com a compra de remédios. Ou seja, comparativamente, os mais pobres gastam muito com remédios. Aliás, gastam 8% com hospitalização, enquanto os mais ricos gastam 1,9%. (SILVEIRA, 2009, p.1).

Mesmo o governo oferecendo serviço de saúde pública e gratuito a população que não possui condições de arcar com gastos em saúde, a pesquisa feita pelo IBGE e copilada acima, demonstra que, mesmo neste cenário de saúde, a população mais pobre proporcionalmente gasta mais com saúde do que a população mais rica.

Entender e conhecer a oferta de produtos na perspectiva do turismo de saúde se faz necessário para melhor compreensão e análise da demanda na área.

Os Autores Kotler e Keller, (2006, p. 08), propõem oito tipos de demandas expostas abaixo em forma adaptada de tabela comparativa com foco na área de turismo de saúde:

¹⁵ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, se constitui no principal provedor de dados e informações do país, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal. (Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>)

Nº	TIPOS DE DEMANDA	DEFINIÇÃO DOS AUTORES	APLICABILIDADE NO SETOR TURISTICO DE SAÚDE
1	NEGATIVA	Os consumidores não gostam do produto e podem até mesmo pagar para evitá-lo.	O atrativo do setor, por vezes é representado por custos mais baixos, porém, o cliente pode não se sentir confortável viajando para outro país e optar por pagar mais caro pelo mesmo serviço em seu próprio país ou região.
2	INEXISTENTE	Os consumidores não conhecem o produto ou não estão interessados nele.	O Marketing na área do turismo de saúde no Brasil, ainda, não é trabalhado em sua plenitude, fato esse corroborado pelas dificuldades que envolve leis, fluxo de serviço e conhecimento da área.
3	LATENTE	Os consumidores compartilham uma forte necessidade que não pode ser satisfeita por nenhum produto existente no mercado.	Não somos conhecidos ainda como pólo do turismo médico, porém, nossa medicina internamente apresenta status sênior que não é apresentado de forma correta fora do país, tornando nosso produto "desconhecido" internacionalmente.
4	EM DECLINIO	Os consumidores começam a comprar o produto com menos freqüência ou deixam de comprá-lo.	O produto brasileiro se mostra em fase inicial neste momento e não em declínio.
5	IRREGULAR	As compras dos consumidores podem ser sazonais ou variar de acordo com o mês, a semana, o dia ou o horário.	A sazonalidade, neste caso também se aplica a procedimentos, alternados em alta procura por procedimentos cosméticos, cardíacos ou odontológicos, não há uma constante, pois o Brasil não se posicionou frente ao turismo de saúde.
6	PLENA	Os consumidores compram adequadamente todos os produtos colocados no mercado.	Não se aplica, pois, nosso mercado não possui maturidade na área.
7	EXCESSIVA	Há mais consumidores interessados em comprar o produto do que produtos disponíveis.	Se aplica ao tratamento de saúde convencional não ao turismo médico. Sabe-se que a demanda por serviço de saúde pode atingir picos de 120%, ou seja, 20% acima do que temos disponível para ofertar.
8	INDESEJADA	Os consumidores se sentem atraídos por produtos que têm conseqüências sociais indesejadas.	Neste caso, a ótica do conflito atendimento de saúde para residentes <i>versus</i> atendimento de saúde para o turista de saúde se aplica, pois, utilizamos o mesmo equipamento para atender dois públicos distintos, fazendo com que o primeiro interfira no segundo e vice-versa, em um país, em especial em uma cidade, que apresenta uma demanda local acima da disponibilidade da oferta, torna-se perigoso e insustentável, podendo inclusive contribuir para um colapso na saúde privada, impactando na saúde pública.

Figura 9: Tipos de Demanda. Adaptado de KOTLER e KELLER, 2006, p. 08.

No próximo e último capítulo será exposto os dados da pesquisa realizada pelo Governo da Cidade de São Paulo na área da saúde da cidade e baseado no aporte teórico bibliográfico consultado e exposto neste trabalho, bem como a utilização de materiais obtidos por meio de participações em convenções, palestras e eventos da área, para análise do contexto da saúde na cidade de São Paulo no viés do turista de saúde e sua busca pela cura nesta cidade.

3. ANÁLISE DO CONTEXTO DA ÁREA DA SAÚDE E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O TURISMO MÉDICO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Os dados sobre saúde na cidade de São Paulo expostos neste capítulo, são parte do estudo realizado pela prefeitura de São Paulo, que desde 2005 atua em projetos com intuito de consolidar a cidade como Cidade Global. Nesse sentido, percebeu-se que o setor que representa o centro de excelência da cidade, além dos produtores de bens, está o de serviços e em especial os ligados a área da saúde, onde a pesquisa denomina como “Ciências da Vida Humana”.

Para a realização da pesquisa o governo da cidade de São Paulo firmou parceria com o governo da Região *Île-de-France*, região que compreende oito cidades: *Sena e Marne, Yvelines, Essonne, Val-d'Oise, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis* e Paris.

A região francesa de *Île-de-France* abriga alguns polos relacionados a área da saúde, polos estes que fazem parte do projeto chamado “*Lés pôles de compétitivité*”, criado em 2004 pelo governo Francês com o objetivo de desenvolver setores em locais estrategicamente considerados de destaque para competir em nível global.

Atualmente o programa contempla 71 *clusters*¹⁶. O polo de saúde, chamado “*Medicen Paris Region*”, encontra-se na região de Paris e contempla três principais áreas: câncer, doenças neurodegenerativas, sensoriais e psiquiátricos e doenças infecciosas. Há outros polos na área da saúde como o “*LyonBiopôle*” conhecido por sua excelência em vacinas e diagnóstico de doenças infecciosas, o “*Alsace Biovalley*”, único com participação de três diferentes países, França, Alemanha e Suíça, e concentra 40% das indústrias farmacêuticas mundiais e mais de 300 empresas na área de biotecnologia, entre outros.

A parceria entre o governo da Cidade de São Paulo e o governo da região de *Île-de-France*, resultou na pesquisa realizada na cidade de São Paulo que contemplou o mapeamento das atividades, pesquisa científica e tecnológica, treinamento profissional, indústria de produtos e equipamentos, indústria de produtos farmacêuticos, serviços de diagnóstico e

¹⁶ O conceito de *Cluster* usado em função das análises desenvolvidas pelos autores da pesquisa estudada e apresentada neste trabalho. Nesse sentido, define-se, de acordo com a pesquisa, como concentração de estabelecimentos ligados a área da saúde, mais precisamente à Ciência da Vida Humana, tanto na produção como na formação, são eles: hospitais públicos ou privados, unidades básicas de saúde, cursos superiores na área da saúde, biociências e física médica, residências hospitalares, laboratórios de análises clínicas, consultórios e indústrias farmacêuticas. (Fonte: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p.101 e 110).

laboratório clínico e o atendimento médico hospitalar, sendo essas áreas englobadas no segmento chamado “Áreas das Ciências da Vida Humana, Saúde e Biotecnologia”¹⁷.

Além do convênio entre governos, a pesquisa foi realizada por meio de contrato assinado com o Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), e de contribuições feitas por profissionais e pesquisadores da área.

O estudo foi publicado em 2010 sendo o resultado de trabalhos executados entre junho de 2008 e maio de 2009. Os principais objetivos do estudo compreendem o incentivo para instalação de empresas do setor na cidade que atuem de forma global ou regional na América Latina, desenvolver áreas para instalação de laboratórios e empresas de biotecnologia, estabelecer rede integrada de pesquisa na área da saúde e promover o empreendedorismo dos profissionais da área.

Os resultados desta pesquisa também apontam que no Brasil, não se identificou a formação de *clusters* na área da saúde.

A pesquisa inicialmente delimitou o campo de investigação em quatro dimensões e mais tarde acrescentou outras duas variáveis, a Economia que é uma extensão da área de pesquisa em produção e a Concentração Territorial, são elas:

Prestação de Serviços em Saúde: A partir dos parâmetros e competências definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que estruturam a política nacional de saúde, são abordados os recursos existentes no município de São Paulo e a ênfase diferenciada entre instituições de excelência e atendimento de alta complexidade.

Formação de Recursos Humanos: Discute reflexos na disponibilidade de cursos e vagas em ciências da vida humana no município de São Paulo. A análise apoia-se em indicadores que mensuram essa oferta, segundo áreas de conhecimento e categoria administrativa, para o ensino de graduação e pós-graduação, e procura qualificar a contribuição, para a formação de recursos humanos, das universidades públicas de São Paulo e Federal de São Paulo em seu território.

Pesquisa e Desenvolvimento: Contextualiza o ambiente institucional da produção científica no município de São Paulo constituído por conjunto relativamente amplo de centros ou núcleos, ancorados em especial em instituições públicas de pesquisa, muitas vezes integradas à formação de profissionais de nível superior.

¹⁷ Pesquisa disponível no livro CIÊNCIAS DA VIDA HUMANA NA CIDADE DE SÃO PAULO, 2010, produzido e distribuído pelo governo da cidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria Estadual de Economia e Planejamento, SEADE e *Ilê-de-France*.

Produção e Economia: A análise compreende as atividades industriais relacionadas a essa área e também as comerciais e de serviços de saúde, seguros e planos de saúde e foi estruturada de forma a diagnosticar o comportamento do mercado formal de trabalho, a participação do setor na economia e tendências de investimentos na cidade de São Paulo.

Concentração Territorial: Identifica concentrações territoriais decorrentes de processos locacionais não deliberados das políticas públicas. Como resultado, definiram-se seis arranjos territoriais, ou *Clusters*, que contemplam a articulação no território de empresas e instituições de ensino, institutos de pesquisa e unidades prestadoras de serviços de saúde.

Essa divisão foi elaborada no sentido de otimizar a coleta de dados e melhor dividir os grupos de estudos, porém, na prática, observou-se que esses segmentos na cidade de São Paulo não se comportam de forma isolada e sim de maneira interdependente. Esse comportamento deve-se, de acordo com a pesquisa, a dois fatores: histórico e características dos imigrantes da cidade.

O fator histórico compreende as instalações das escolas médicas na cidade, pois, foi em São Paulo a instalação do primeiro Hospital das Clínicas brasileiro, e onde se localiza também, três instituições de ensino e pesquisa de reconhecimento internacional, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, antiga Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

No que tange questões que envolvem a imigração pode ser entendido no contexto da saúde como a formação de redes de serviços, inicialmente criados apenas para atender imigrantes e suas famílias, e atualmente são considerados referência na área hospitalar, não apenas no Brasil, em recursos tecnológicos, infraestrutura, recursos humanos, ensino e pesquisa, mas também internacionalmente, são eles: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês, Hospital do Coração da Associação Sanatório Sírio (HCor), Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Beneficência Portuguesa, apenas este último não é no mercado inserido no “G5”, ou seja, Grupo dos 5. O quinto integrante, neste caso, seria o Hospital Samaritano.

A relação de interdependência não ocorre de forma equitativa entre as variáveis mencionadas acima, pois o exercício profissional está aliado ao ensino e pesquisa. A rede hospitalar paulistana é complexa, pois, há presença de hospitais públicos gerais e específicos, que podem atender a mesma especialidade, há hospitais particulares com equipamentos para diagnósticos e tratamentos modernos, hospitais públicos e privados que oferecem programas de formação e aprimoramento profissional e há ainda hospitais-escola, bem como hospitais que integram centros de pesquisa e desenvolvimento.

Nesse aspecto a área da saúde na cidade não apresenta uma divisão organizada em áreas ou especialidades, por vezes, há equipamentos distintos com a mesma finalidade.

A cidade de São Paulo destaca-se pela pesquisa das doenças não transmissíveis, com ênfase na investigação Cardiovascular e Oncológica, grande parte dessas pesquisas são desenvolvidas com recursos da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP¹⁸.

3.1 Análise dos Serviços de Saúde na Cidade de São Paulo e sua Conformação Físico-Territorial

Os Serviços de Saúde, abarcam um complexo sistema médico e hospitalar composto por hospitais, centros de atendimento básico e especializado, laboratórios, serviços de apoio ao diagnóstico e terapia.

São Paulo é o principal centro de referencia brasileiro em pesquisa de medicamentos e vacinas, aplicação de novas tecnologias de tratamento, estudo do genoma humano, utilização de procedimentos e equipamentos de alta complexidade, *expertise* dos profissionais e certificações de excelência.

O setor médico-hospitalar na cidade de São Paulo, desenvolve suas atividades de forma interdependente com os setores de pesquisa, formação, produção de equipamentos, próteses e insumos de saúde.

A cidade segue o modelo gestão pública da saúde baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, que determina o acesso universal e integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade, descentralização política e administrativa. Nesse sentido, a cidade assumiu a gestão plena do sistema de saúde em 2003, tanto aquelas promovidas por serviços públicos e filantrópicos como as realizadas em pelas instituições privadas não conveniadas ao SUS. O modelo de sistêmico de assistência a saúde é dividido em primário, secundário, terciário e quaternária, como observamos na figura abaixo:

¹⁸ A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo é uma das principais agências de fomento à pesquisa científica e tecnológica do país. Com autonomia garantida por lei, a FAPESP está ligada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia do Governo do Estado de São Paulo. Com um orçamento anual correspondente a 1% do total da receita tributária do Estado, a FAPESP apóia a pesquisa e financia a investigação, o intercâmbio e a divulgação da ciência e da tecnologia produzida em São Paulo. (FONTE: <http://www.fapesp.br/2> <Acesso em 19 de junho de 2011, às 11h13min.>

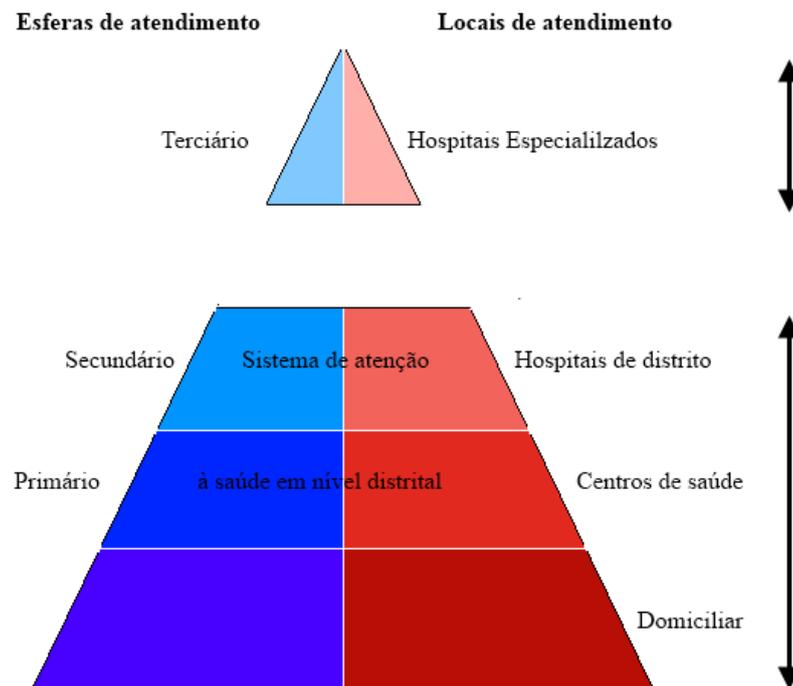


Figura 10: Pirâmide do Sistema de Saúde. Adaptado de: Cohn e Elias, 1998, Apud.: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p. 87.

Primária: Entrada do indivíduo no sistema de saúde, principalmente por meio dos ambulatórios ou consultórios.

Secundário: Atendimento em instituições de médio porte, composta principalmente por hospitais não-especializados.

Terciário: Atendimento em hospitais especializados, localizados em grandes centros urbanos e que atraem pessoas de locais distantes, devido a oferta de serviços de referência.

Quaternária: Hospitais de alta complexidade que atuam na área de pesquisa e ensino médico-científico. São Paulo apresenta diversos hospitais com essa característica, como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Sírio-Libanês.

A pesquisa realizada pelo governo da cidade de São Paulo, utiliza dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES, e do Sistema de Informações Hospitalares, SHI-SUS, sistemas estes que utilizam dados atualizados constantemente do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde o DATASUS. O CNES, compila dados do Brasil, tanto de instituições públicas como privadas, o SIH-SUS, não contempla a rede privada que não é conveniada ao SUS.

Em dezembro de 2008 o Brasil contava com mais de 192 mil estabelecimentos cadastrados no CNES. Deste total, a cidade de São Paulo apresenta mais de 10 mil

estabelecimentos o que representa cerca de 22,7% dos estabelecimentos no Estado de São Paulo e 5,3% dos estabelecimentos do Brasil. Na tabela abaixo são demonstrados os dados acima:

Tipo de estabelecimento	Brasil	Estado de São	Município de São
		Paulo	Paulo
Total	192.019	44.601	10.118
Hospitais	6.457	931	201
Prontos-socorros	733	237	22
Atendimento básico (2)	41.995	4.523	527
Consultório isolado	90.740	27.391	6.778
Atendimento especializado (3)	30.899	7.625	1.962
Serviços de apoio à diagnose e terapia	15.150	3.070	530
Outros estabelecimentos	6.045	824	98

Tabela 2: Adaptado de: Estabelecimentos de saúde, segundo tipo. Brasil, Estado de São Paulo e Município de São Paulo, 2008, Fonte: Ministério da Saúde/Datasus e CNSE. Apud.: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p. 88.

A cidade de São Paulo apresenta como diferencial nacional e estadual a concentração de consultórios, representando 24,7% do Estado e 7,5% do Brasil, bem como no atendimento especializado, representando 25,7% do Estado e 6,3% do Brasil, sendo que 99,9% dos consultórios são privados e 90,7% dos serviços especializados também.

Ainda de acordo com a pesquisa, em 2008 a cidade de São Paulo dispunha de 34.689 leitos, enquanto que no Estado havia 110.915 e no Brasil 509.580. Nesse sentido a capital paulista representa 6,8% dos leitos do Brasil e 31,3% do Estado.

A cidade de São Paulo apresenta também a maior concentração de leitos de alta complexidade do Brasil e do Estado, representando 14,7% dos leitos complementares de UTI do Brasil e 50% em relação ao Estado. Leitos cirúrgicos representam 8,1% em relação ao Brasil e 38,3% em relação ao Estado. O coeficiente de leitos por 10.000 demonstra que a cidade apresenta 36,6 leitos, enquanto o Estado de São Paulo possui 27,1 e o Brasil 26,9.

Em 2004 a prefeitura da cidade de São Paulo realizou um estudo relacionado as internações realizadas na cidade em 2002 e suas particularidades, dentre elas sobre pessoas vindas de outras localidade para realizar seu tratamento na cidade, a pesquisa denominou como “invasão de internações” e representavam 12,9% dos procedimentos:

A principal causa dessa invasão é a busca de concentração tecnológica disponíveis em centros especializados na cidade de São Paulo que atrai usuários do SUS de todo o Estado ou mesmo de outras unidades da federação, (...). Entre as invasões os destaques diferenciadores são as doenças isquêmicas agudas do coração e as lesões, o que parece confirmar a procura por uma assistência com maior concentração tecnológica. (...). (DRUMOND Jr., DONNINI, 2004. Apud.: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p.92).

Em 2004, a pesquisa demonstrou que a “invasão” originava-se principalmente de municípios limítrofes à capital, sendo que o maior número de usuários eram provenientes das cidades de Guarulhos, Osasco, Santo André, São Bernardo, Diadema, Carapicuíba, Taboão da Serra, Embu, Itaquaquecetuba, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato e Mauá.

A partir da observação participativa, a pesquisa atribui o conceito de “invasor” e não “Turista de Saúde” às pessoas que buscam tratamento fora do seu local de residência, e profissionais da área da saúde, como por exemplo, médicos, se quer concordam com o conceito de turismo de saúde. Mesmo eles que não conhecendo a definição ou caracterização do termo, só associam o turismo a situações ou termos pontuais e pouco significativos, tais como caipirinha, mulheres em uma praia, sol, entre outros.

Outro ponto importante que a pesquisa destaca são os locais de origem dos “invasores”, apontando somente municípios próximos a cidade de São Paulo, não citando neste momento os turistas internacionais, que embora esse fluxo não possa ser comprovado, na prática já ocorre.

Os custos de internação ou de procedimentos ambulatoriais, na cidade de São Paulo, em relação ao Estado e ao Brasil, apresenta-se de maneira mais acentuada, em função da complexidade dos serviços oferecidos.

Esse elevado grau de sofisticação na prestação de serviços de saúde, estruturado na rede de atendimento e nos centros de excelência e de referência presentes em São Paulo, atrai para seus hospitais, laboratórios, clínicas e demais centros de saúde uma clientela oriunda de todo Brasil e até mesmo de outros países. Esse fenômeno é perceptível nas redes pública e privada que atendem desde pacientes que necessitam de serviços de alta complexidade, especializado, até aqueles que procuram tratamentos de correção estética. Além de a capital ser o principal polo econômico do Estado de São Paulo, outros fatores respondem pela concentração de serviços de excelência no seu território na conformação do seu complexo médico-hospitalar. (Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p.96).

O trecho acima, corrobora com o conceito de que a Cidade de São Paulo é vista na área da saúde como referência no atendimento de alta complexidade e de cirurgia estética.

Os principais procedimentos médicos que se destacam em São Paulo, são os de alta complexidade nas áreas de cardiologia e oncologia, por exemplo, e estética, porém, embora o Brasil seja conhecido internacionalmente por suas “belas mulheres”, praias e na área médica estética principalmente pelo Dr. Ivo Pitanguy, referência mundial há mais de 40 anos em cirurgia plástica, na prática um percentual de médicos não considera rentável o Brasil vender esse produto, por ser complexo e possuir margem de lucro baixa.

As atividades da área da saúde em São Paulo, foram divididas por regiões, que a pesquisa define como *clusters*, que a partir da configuração urbana da cidade e taxas de concentração de determinados serviços, foram divididos segundo sua tipologia:

- **Estabelecimentos de saúde:** hospitais, unidades básicas de saúde, prontos-socorros, etc.
- **Serviços de saúde:** consultório de atendimento médico, de atendimentos especializados, laboratórios de análises clínicas, etc.
- **Unidades de Ensino:** cursos superiores e residências médicas;
- **Industriais:** Industrias ligadas a área farmacêutica e hospitalar.

A partir desta divisão foram definidos os *clusters* na cidade, são eles:

- **Arco da Paulista:** apresenta o maior adensamento territorial de estabelecimentos de saúde, leitos, serviços de alta complexidade da rede SUS, instituições de ensino superior e residência médica. Três dos cinco hospitais referencia do chamado G5 estão localizados nesta área, Oswaldo Cruz, Sírio-Libanês e Hospital Samaritano.
- **Eixo Oeste:** apresenta o segundo maior número de hospitais entre os *clusters*.
- **Eixo Faria Lima:** possui o segundo maior número de consultórios médicos entre os *clusters*.
- **Eixo Sul:** caracteriza-se pela presença combinada de serviços de saúde hospitalar, consultórios médicos e industrias farmacêuticas.
- **Aglomerado de Santana:** considerada uma região de concentração isolada, pois, não é próxima aos demais *clusters*, porém, possui hospitais e consultórios, que a pesquisa conclui que apenas atende a população local.
- **Aglomerado do Tatuapé:** similar ao Aglomerado de Santana.

Tais áreas de distribuição podem ser observadas no mapa abaixo:

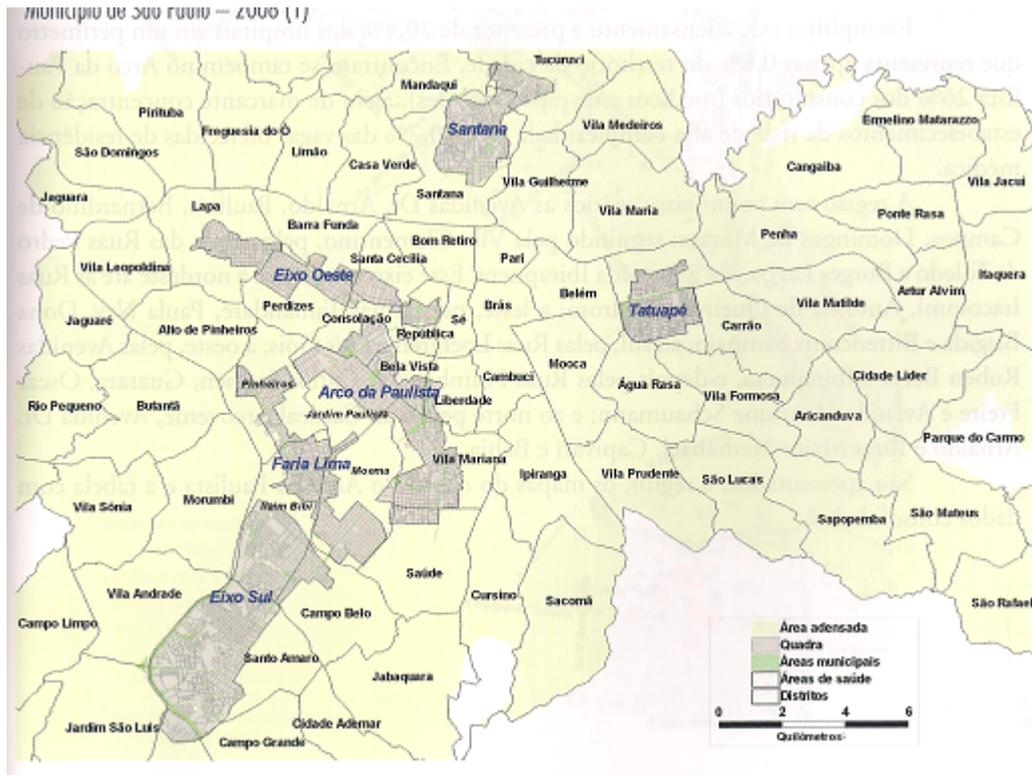


Figura 11: Distribuição dos Clusters de Ciências da Vida Humana. Município de São Paulo - 2008. Fonte: Apud.: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p.113

De acordo com dados da SpTuris apresentado no capítulo anterior desta dissertação, constatou-se que a região que apresenta maior fluxo turístico em São Paulo é a região central, e de acordo com a pesquisa da prefeitura de São Paulo, a região central apresenta maior concentração de serviços de saúde, denominada de Arco da Paulista, observamos nos mapas abaixo o adensamento nesta região:

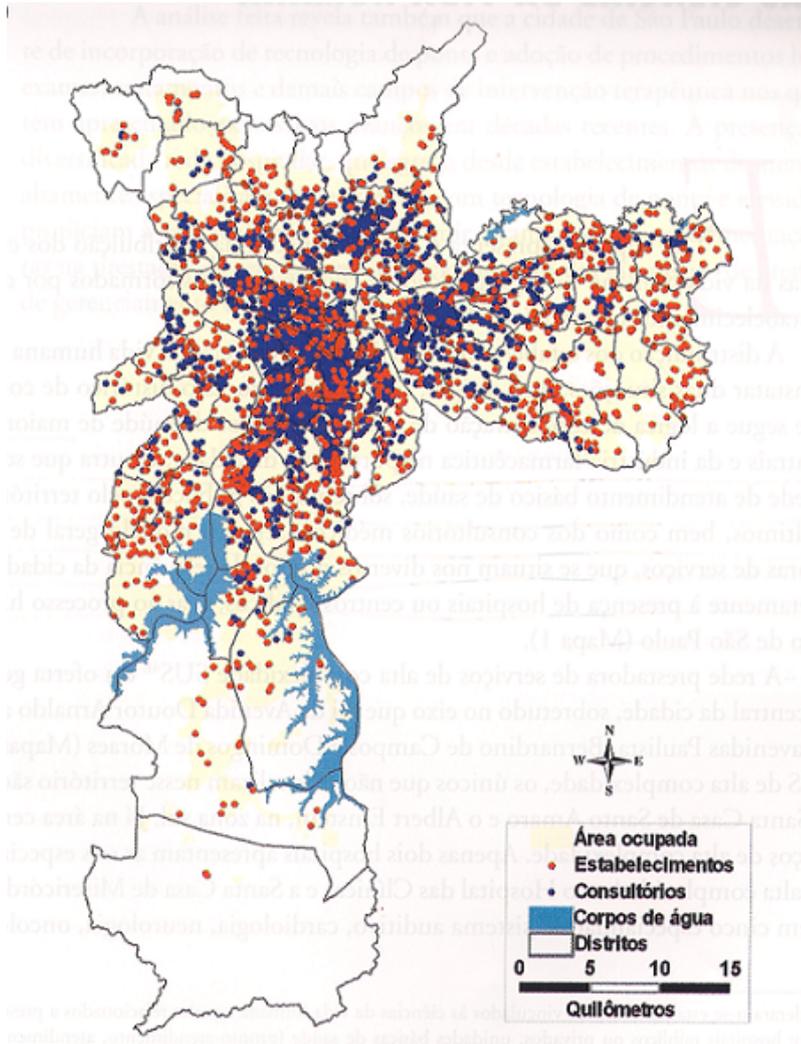


Figura 12: Distribuição dos Estabelecimentos vinculados às ciências da vida humana – Município de São Paulo
 Fonte: Apud.: Ciências da Vida Humana, 2010, p.102.

O mapa acima demonstra e comprova a elevada concentração de estabelecimentos ligados a saúde na região central da cidade de São Paulo. Este adensamento teve origem por motivos históricos. O atual Hospital Emílio Ribas, por exemplo, no seu início ao final do século XIX e início do século XX, era conhecido com “Hospital de Isolamento”.

No mapa abaixo é possível observar os procedimentos de maior procura na cidade e sua distribuição geográfica:

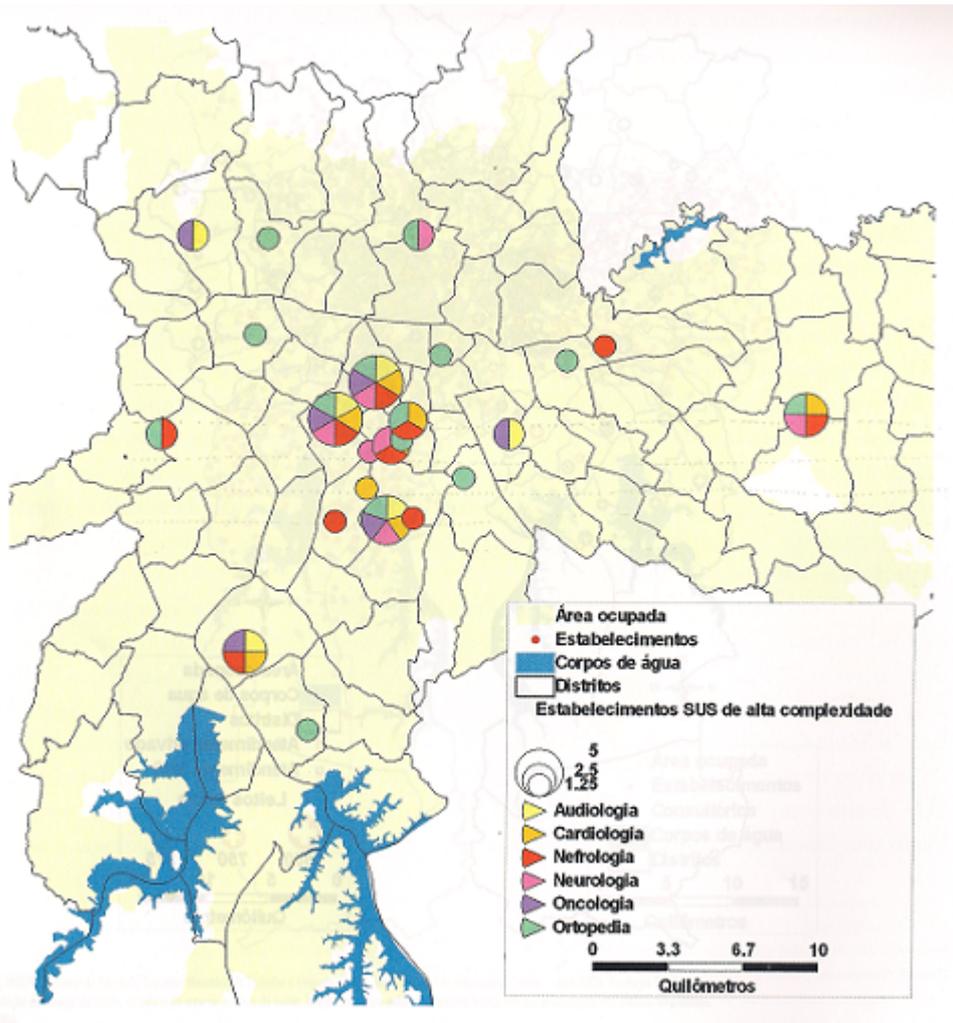


Figura 13: Distribuição da rede de serviços de alta complexidade conveniada ao Sistema Único de Saúde, segundo especialidades no Município de São Paulo. Fonte: Secretaria do Estado da Saúde - SES; Fundação Seade. Apud.: Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo, 2010, p. 104.

A partir da observação do mapa acima é possível concluir que o Arco da Paulista apresenta oferta de todas as principais especialidades na área da saúde.

Fazendo o contraponto com o turismo, embora não se possa comprovar, os hospitais que pertencem ao G5, atualmente recebem turistas internacionais de saúde, especialmente de países da América Latina e da Angola.

Esse turista médico busca, além dos procedimentos demonstrados no mapa acima, tratamentos de fertilização, cirurgia bariátrica e cirurgia plástica.

Muito embora a área da saúde se apresente internamente, e em especial, na cidade de São Paulo, de forma organizada, moderna e com pessoas qualificadas, para a prática do turismo médico a realidade se mostra diferente.

3.2 Análise Comparativa das Palestras dos Médicos em Relação ao Suposto Desenvolvimento da Área do Turismo Médico e o Contexto Atual da Saúde na Cidade de São Paulo

No quadro abaixo é apresentado a análise do setor de saúde, baseada em dados da pesquisa realizada pelo Governo da Cidade de São Paulo, que demonstra os desafios que a área apresenta, comparada a pesquisa de observação participativa no 1º *Medical Travel Brazil* 2010, dividida por áreas nos quadros abaixo, sendo o primeiro sobre Equipamentos, temos:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Equipamentos (Hospitais e Clínicas).	Público e Privado	A prestação de serviços de saúde revela a carência na oferta de serviços e equipamentos em quantidade e qualidade de serviços adequadas para tratar determinados problemas de saúde da população paulistana	Os grandes hospitais e clínicas, particulares, almejam atender uma demanda ainda maior de público internacional em São Paulo.

Quadro 1: Análise e Desafios Detectados em Equipamentos na área da saúde na Cidade de São Paulo. Fonte: Desenvolvida pela autora.

O governo entende que em muitos casos, faltam equipamentos para atender uma demanda crescente de pessoas residentes na cidade de São Paulo na área da saúde, porém, a visão de alguns administradores de hospitais e clínicas, médicos e até mesmo de algumas autoridades governamentais é de que São Paulo, possui atualmente, condições de atender uma demanda internacional, pelo menos, em hospitais privados. Em muitos casos acredita-se que o investimento no setor privado pode contribuir no futuro no compartilhamento com a rede pública de saúde de pesquisas na área da saúde, seja ela tecnológica, de recursos humanos, entre outras.

O grande “entrave” citado pela classe médica seria o desafio do idioma, um vez que grande parte da linha de frente hospitalar não domina sequer o idioma inglês. Apenas, uma pessoa citou os problemas legais que envolve a comercialização da medicina citados no capítulo dois desta pesquisa.

Neste segundo quadro é retratado a área de Ensino e Pesquisa:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Ensino e Pesquisa	Público e Privado	A demanda reprimida faz com que os hospitais universitários prestem, também, atendimento primário e secundário. Em consequência, as áreas terciária e quaternária, mais próximas aos propósitos da articulação ensino-pesquisa, são prejudicadas.	Os Hospitais Universitários, com exceção do Hospital das Clínicas, sequer foram mencionados.
	Público e Privado	O quadro reduzido de pesquisadores remete a dois pontos: necessidade de fixação e contratação de pesquisadores, que, embora existam, são muito tímidas diante do polo tecnológico de saúde instalado; e necessidade de formar recursos humanos suficientes para o desenvolvimento de novas tecnologias, o que requer um processo longo e complexo.	Fica implícito que o setor privado possui grande peso para o desenvolvimento de pesquisa científica.

Quadro 2: Análises e Desafios detectados na área de Ensino e Pesquisa. Fonte: Elaborado pela autora.

No primeiro item, o governo assume que os hospitais universitários cumprem um papel além do proposto de ensino e pesquisa, pois, por falta de equipamentos para atender a população, esses hospitais acabam prestando esse atendimento. Nesse sentido, por se tratar de equipamento público, construído e mantido com dinheiro proveniente de impostos, pagos pela população residente, não é, em termos de legislação, permitido que tais equipamentos sejam destinados ao atendimento de um público não residente na cidade.

O reflexo da falta de equipamentos que recai em diminuição da pesquisa nos hospitais universitários, para que os mesmos possam prestar atendimento, reflete nos hospitais privados, que assumem o papel, também, de pesquisadores e investidores no avanço da medicina. O custeio da compra de equipamentos e para pesquisa nestes locais, por vezes, provém, de linhas de créditos do governo, porém, grande parte deste avanço não é compartilhado com a população residente, e sim com foco na internacionalização da medicina, por meio, de creditações internacionais, convênios com hospitais-universidades internacionais, para contrapartida de pesquisa, entre outros. Estes elementos são revertidos em

sua maioria para uma minoria e nesta minoria encontra-se o turista de saúde. Esse cenário apenas favorece o crescimento financeiro da instituição, pouco contribuindo com o turismo brasileiro ou mesmo com a medicina nacional em larga escala.

No segundo item temos que a falta de pesquisadores reflete a falta de mão de obra qualificada para a prestação de serviços mais especializados, nesse sentido, ofertar a medicina de alta complexidade para um público internacional sem ao menos atender a demanda interna de maneira suficiente, cria outro paradoxo na internacionalização da medicina.

O próximo quadro retrata os Recursos Humanos e a Tecnologia:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Recursos Humanos e Tecnologia	Público	Na perspectiva da estruturação da rede de saúde no município, explicita-se o desafio de formar e capacitar recursos humanos e, a ele associado, o da transferência de tecnologia à própria rede. É preciso formar recursos humanos adequados como mecanismo de disseminação das novas tecnologias.	Na visão de alguns profissionais, a rede privada de saúde, já possui profissionais altamente qualificados e prontos para atuar no segmento internacional.

Quadro 3: Análises e Desafios detectados na área de Recursos Humanos. Fonte: Elaborado pela autora.

A rede privada de saúde oferece profissionais na área médica altamente capacitados, inclusive, profissionais bilíngues. Porém, o operacional não possui o mesmo perfil, e de nada adianta apenas o profissional ser capacitado, se a infraestrutura hospitalar não comporta esse atendimento e todos os demais setores de apoio, como aeroportos, transportes, rede hoteleira, entre outros, não estão preparados para essa demanda. Nota-se, aqui, um problema que é um reflexo da conjuntura política, social e econômica do país.

A falta de estrutura hospitalar da rede pública para atender a maioria da população, faz com que muitos optem por pagar um plano de saúde que lhes confere o direito de usufruir da rede de saúde privada, ou mesmo optar por pagar de forma particular seus gastos com saúde, nesse sentido, o público internacional, seria concorrente direto neste atendimento, porém, sendo ele internacional, o valor do lucro para a rede privada mostra-se maior, uma vez que em sua maioria o valor fechado não é em moeda brasileira.

O quadro abaixo demonstra o cenário Tecnológico em São Paulo:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Tecnologia	Público e Privado	Um hiato a ser superado situa-se entre a pesquisa desenvolvida e sua aplicação na área da saúde, o que claramente está ligado aos entraves relacionados à transferência de tecnologias desenvolvidas e sua apropriação em larga escala.	Os participantes do evento acreditam que desenvolvendo o turismo médico, internacional inclusive, pode contribuir para o avanço da medicina brasileira e seu compartilhamento em larga escala.
	Público e Privado	Apesar da produção regular de pesquisas básicas e clínicas, bem como a incorporação do conhecimento gerado em outros centros, existe uma lacuna no campo dos ensaios pré-clínicos, pois, as condições não favorecem seu desenvolvimento adequado para que sejam certificados por agências regulatórias. As possibilidades de superação residiriam em mudanças de ordem cultural.	Os entraves legais para o atendimento internacional e comercialização da medicina, foram citados poucas vezes, e foram entendidos pelos participantes e palestradores como forma de impedir o crescimento da área.

Quadro 4: Análises e Desafios detectados na área Tecnológica. Fonte: Elaborado pela autora.

O público participante do evento, bem como seus idealizadores, acreditam que a abertura do turismo médico só tem a acrescentar em nossa medicina e atendimento nacional, porém, quando expostos aos entraves legais e problemas, imediatamente são interpretados como “falta de empenho” ou até mesmo “boicote” em relação ao projeto. Neste caso não são vistos como entraves que precisam ser analisados e superados em conjunto, pois, o que se percebe é que diversos dos grandes hospitais e clínicas trabalham de forma isolada esse processo.

No próximo e último quadro sobre a cidade de São Paulo, é retratado o panorama da infraestrutura:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Infraestrutura	Público	De forma correlata, é recorrente a necessidade de melhorar e ampliar as instalações físicas dos centros de pesquisa, de natureza acadêmica ou não.	A colaboração privada mostra-se pequena e isolada.
Planejamento Estratégico e Infraestrutura	Público e Privado	Ausência de incubadoras, que sejam inclusive reconhecidas pelo setor privado.	Não há intenção aparente de compartilhar dados entre as grandes empresas de saúde.

Quadro 5: Análises e Desafios detectados em Infraestrutura. Fonte: Elaborado pela autora.

Durante o evento os grandes nomes da área da saúde, mostram-se pouco inclinados em compartilhar de forma ampla e aberta seus custos, investimentos, *know-how*, mão de obra, tecnologia, entre outras questões, com seus “concorrentes”. Cada um trabalha de forma isolada visando apenas sua própria empresa, diferente do cenário encontrado na Colômbia, por exemplo, onde o governo em conjunto com empresas privadas de saúde, definiu metas e atribuiu responsabilidade entre eles. Nesse sentido, destas reuniões, o governo colombiano atualmente oferta curso de inglês gratuitamente a população em parceria com a empresa *Rosetta Stone* (<http://www.rosettastone.com>), por exemplo, entre outras ações, criando polos de saúde que atuam como *clusters* na definição científica de Porter (1999, p. 211), ou seja, “(...) agrupamento geograficamente concentrado de empresas inter relacionadas e instituições correlatas numa determinada área, vinculadas por elementos comuns e complementares.” Nesse sentido, as empresas locais compartilham por exemplo, suas compras, o que não acontece da mesma forma em São Paulo.

Em relação ao Brasil, a pesquisa apontou o seguinte panorama:

SETOR DE CONCENTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	DESAFIO DETECTADO	COMPARAÇÃO COM A ÁREA DO TURISMO MÉDICO
Políticas Públicas	Público	Trata-se da problemática e estratégias de uma política pública para o conjunto das atividades que integram esse campo, incluindo, entre outros, os seguintes aspectos: regulatórios e legais , relacionados a importação de equipamentos de alto custo, aos processos de importação e de obtenção de licenças de operação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, exigências burocráticas para obtenção de financiamento; cultural , associado a fraca interação entre empresa e universidade e à negociação sobre propriedade intelectual com o pesquisador; de recursos humanos , como a resistência da universidade à participação de docentes em projetos extra-acadêmicos.	Foi exposto, porém, pouco explorado as questões legais. As questões culturais limitaram-se em apresentar as barreiras da língua e enfatizar que o brasileiro é "hospitaleiro". Na área de recursos humanos foi enfatizado apenas que nosso corpo clínico apresenta padrão internacional na prestação de serviço.

Quadro 6: Análise e Desafios detectados no Panorama Brasileiro. Fonte: Elaborado pela autora.

As questões legais devem ser trabalhadas como prioridade nas questões do turismo médico, inclusive com a criação de um visto específico para quem vem em busca de tratamento médico.

A questão cultural deve ser melhor estudada, pois até mesmo o conceito de hospitalidade dos participantes é claramente distorcida quando dizem “carrego meus pacientes no colo, olha como somos hospitaleiros”. Neste caso, há forma de interpretar essa atitude e para algumas culturas o hábito de abraçar, beijar, por exemplo, pode não ser bem recebido. Deve-se entender que hospitalidade não se resume nisso, e grande parte dos participantes sequer conhecem ou entendem sobre o assunto.

Outro exemplo sobre hospitalidade pode ser citado quando uma empresa que faz a intermediação entre a chegada do cliente até sua condução ao hospital, prestando-lhe assistência se auto define como um serviço de hospitalidade, afirmando que o “bem receber” o cliente, inclusive dialogando em sua língua, pode ser considerado uma demonstração de hospitalidade. Entender os conceitos de pesquisadores como Lashley e Morrison (2004) e Camargo (2009) é imperativo para se trabalhar a hospitalidade no campo do turismo médico.

Os recursos humanos não se resumem aos médicos, pois, se assim fosse não teríamos recepcionistas, enfermeiras, auxiliares, equipe de higiene, entre outras funções, tão importantes quanto o corpo clínico para o funcionamento do hospital e que devem participar de processos de aperfeiçoamento profissional com foco no cliente internacional.

Diversos fatores podem contribuir para a escolha ou recusa do local durante o processo de seleção do cliente, seja ele o cliente final ou operadoras do turismo de saúde. De acordo com os autores Smith e Forgione (2007), tem-se:

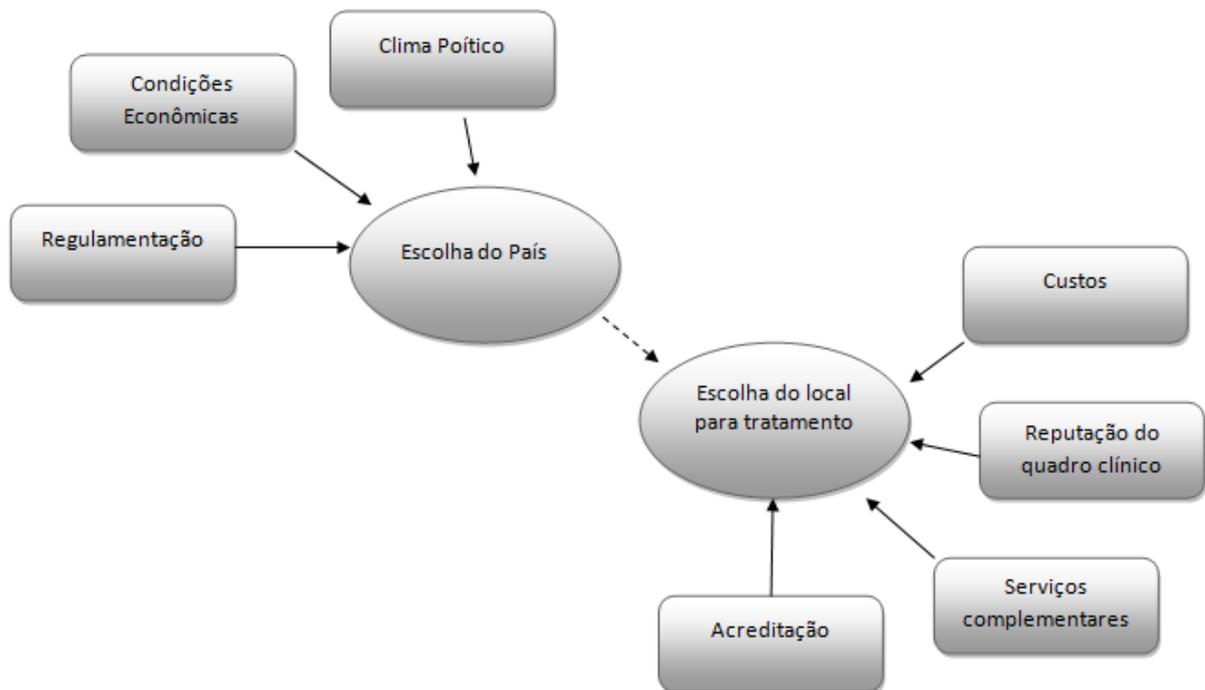


Figura 14: Adaptado de SMITH E FORGIONE, 2007, p.22. Apud.: WADA, MUZACHI, DORNELES e FROZÉ, VI Anptur, 2009, p. 3.

A escolha do país permeia questões políticas, econômicas e legal, nesse sentido, o assunto que envolve legislação foi retratado no capítulo anterior e pode ser considerado um entrave no desenvolvimento do setor. O mesmo conceito pode ser aplicado as questões políticas, pois, é certo que a atuação direta do governo influencia no crescimento ou não dessa área.

As questões que envolvem a economia, nesse sentido, dizem respeito à situação econômica do país, que atualmente se mostra estável, economicamente e politicamente, com níveis de inflação controlada, custos de mão de obra satisfatórios, se comparados com países como os Estados Unidos, por exemplo, embora ainda os custos referentes aos impostos sejam altos, os demais custos envolvidos na composição de preço, compensam o investimento

proposto, e por vezes superam em oferecer vantagens e na somatória final do produto ou serviço oferecido.

A escolha do local, no caso desta pesquisa a Cidade de São Paulo, pode ser entendida de acordo com o gráfico anteriormente proposto. Os dois itens, acreditação e reputação do quadro clínico ficam comprovados por meio da pesquisa realizada pelo governo.

Nesta análise observa-se que a cidade oferece em relação ao Brasil, mais serviços de alta complexidade. Em relação a acreditação, a cidade possui oito hospitais acreditados pela JCI, *Joint Commission International*, por exemplo, um dos selos de qualidade global na área da saúde. Neste caso observa-se que o maior número de creditações existentes no Brasil, encontram-se na cidade de São Paulo.

Quanto aos serviços complementares tanto na área de saúde, como também os serviços de apoio ao turista, na cidade de São Paulo, por exemplo, nota-se que ainda há campo para ser trabalhado e desenvolvido, como por exemplo, em hotéis exclusivos para o público de saúde.

No último item custos, o Brasil se mostra a frente em relação a valor final pago pelo cliente, conforme tabela abaixo publicada na revista *Veja* em 2010:

PAÍSES	Cirurgia do estomago (lap band)	Tratamento de canal	Fertilização in vitro (por tentativa, com medicação)	Implante de silicone na mama
Brasil	13.530	320	9.920	5.400
Estados Unidos	43.830	1.350	26.150	16.230
Alemanha	21.000	640	23.300	11.400
Argentina	16.230	880	7.200	5.770

Tabela 3: Adaptado de: Tabela Comparativa dos valores pagos pelos clientes por procedimentos de saúde em quatro diferentes países. Valores em Real. Adaptado de *Veja* São Paulo, Ano 43, N. 21 de 26 de Maio de 2010, p. 44.

Em relação a cirurgia plástica, por exemplo, de acordo com a tabela, realizar esse procedimento no país, pode significar uma economia de até 66,7% para o cliente. A cirurgia bariátrica realizada no Brasil pode custar até 69,13% menos do que em outro países com Estados Unidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstrou por meio do levantamento bibliográfico e de observação participativa, que o turismo de saúde conforme hoje classifica-se, já ocorria desde a Grécia e Roma, porém pelas análises históricas do período, deve ser classificado como Termalismo. Atualmente, embora com literatura restrita na área de análise, fica comprovado que o movimento de saúde com foco em tratamentos hospitalares já ocorre na prática, não só no Brasil, como em outros países. No caso brasileiro, o país vem apresentando significativo crescimento nesta área destacando-se, inclusive, no cenário mundial.

A EMBRATUR assume que o termalismo é um nicho na área do turismo de saúde, e que o turismo médico representa outro tipo de segmentação, possibilitando nesse sentido o crescimento de pesquisas na área, bem como, o avanço em questões legais para a regulamentação do setor.

A cidade de São Paulo, escolhida para análise do setor, mostra-se como a mais bem preparada no país, com equipamentos de saúde que possuem infraestrutura, tecnologia e mão de obra qualificada frente as demais cidades brasileiras e, também, frente a outros países, porém, entraves legais, mostram-se como barreiras para o desenvolvimento do setor.

Outro ponto importante diz respeito ao atendimento de saúde pública *versus* o atendimento do setor privado, pois, o primeiro não atende a demanda total na cidade e o segundo supre o excedente, trabalhando no limite da sua taxa de ocupação, e em muitos casos apresenta 120% de ocupação diária. Nesse sentido a pesquisa demonstrou que o fator alta demanda pode tornar o sistema de receptivo de saúde internacional insustentável a médio e longo prazos.

A pesquisa buscou entender como os clientes do Turismo de Saúde escolhem o local para tratamento, ou seja o que lhe atrai ou motiva, nesse sentido identificou-se a importância da imagem do local em relação a qualidade dos equipamentos e serviços, contexto econômico e político, custo e facilidade de acesso.

Em relação a qualidade dos equipamentos e serviços na cidade de São Paulo, foi possível comprovar que há maior oferta de serviços de alta complexidade em relação ao restante do país, bem como maior número de hospitais acreditados com selos de qualidade internacional, como por exemplo, a JCI. O cenário econômico e político atual do país favorece o investimento na área e colabora para atratividade inclusive no setor da saúde.

Em relação aos custos, é possível realizar procedimentos na área de saúde, por exemplo, uma cirurgia plástica, com economia de mais de 60% se comparado a outros países,

nesse sentido, o país e em especial a cidade de São Paulo, mostra-se competitiva em relação ao preços.

Outro ponto proposto no início da pesquisa foi de analisar de qual forma esse segmento é divulgado, e ao longo das análises, pode-se comprovar que não é divulgado de forma ampla e estruturada, ou seja, cada hospital ou clínica encarrega-se de realizar sua própria divulgação. Este fato ocorre mesmo que o governo por meio dos ministérios da Saúde e do Turismo, busque criar uma marca Brasil inclusive para o segmento do Turismo de Saúde, porém, apesar deste fato, ainda há muito para se desenvolver e aprimorar, não somente nas questões da imagem do país ou da cidade de São Paulo, como também em questões legais e culturais.

O Brasil ainda transmite uma falsa imagem de atração turística, relacionada aos estereótipos da percepção do samba e do futebol,. Tal fato associa-se diretamente a década de 1960. A herança cultural desta época ajudou a criar campanhas que aproveitaram desse estereótipo. Uma modificação do setor poderá ser observada pelo posicionamento mercadológico que o país ou a cidade adotará, por exemplo, para “vender” cirurgia ortopédica vinculando a imagem dos melhores jogadores de futebol brasileiros, ou mesmo vender uma cirurgia cosmética aliada a beleza das “musas” do carnaval. Tais elementos poderão ser visto como importantes veículos de atração mercadológica.

Tendo como objetivo específico entender o funcionamento do receptivo de saúde na cidade de São Paulo, não se pôde identificar de forma estruturada o receptivo na área da saúde. Por outro lado, temos questões legais que não permitem a regulamentação plena do setor, e não há empresas que operem o turismo médico na cidade de forma integrada com hotéis direcionados para esse público específico. Além deste aspecto, observa-se que não há hospitais ou clínicas destinadas para esse fim, além de se perceber que há equipamentos de saúde que são compartilhados entre turistas e usuários residentes na cidade de São Paulo.

Há empresas que realizam o receptivo desses clientes de saúde, elas atuam como “recepcionistas” ou “*concierges*”, ou seja, recomendam serviços médicos ou de apoio ao cliente, porém, não suprem todas as necessidades dos clientes e nem suprem a demanda latente identificada nesta pesquisa.

Como último ponto de análise pode-se citar as possibilidades futuras do setor, onde se comprova o real potencial do país e da Cidade de São Paulo. Apesar deste fato, a pesquisa apontou os pontos fortes da cidade em relação a tecnologia e a infraestrutura hospitalar, por exemplo, alertando sobre a demanda crescente do setor.

De acordo com as vantagens expostas em relação ao custo e qualidade, espera-se, se houver o correto planejamento e divulgação do setor, que essa demanda cresça, contudo, identificou-se que nossos hospitais operam no limite de ocupação, nesse sentido, fica evidente que deve-se repensar como trabalhar esse segmento sem afetar o consumidor interno.

A pesquisa não responde todos os questionamentos que envolve a área do Turismo Médico, mas abre um leque para futuras discussões relacionadas ao assunto proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros

ANDRADE, José Vicente de. **Turismo: Fundamentos e Dimensões**. 8ª edição. São Paulo: Ática, 2004.

ANSARAH, Marília Gomes dos Reis (Org.). **Turismo: Segmentação de Mercado**. São Paulo: Futura, 1999.

ARENDIT, Ednilson José. **Introdução à Economia do Turismo**. 2ª Edição. Campinas: Alínea, 2000.

BENI, Mario Carlos. **Análise Estrutural do Turismo**. 8ª edição. São Paulo: SENAC, 2003.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: ATLAS, 2003.

BOEGER, Marcelo Assad. **Hotelaria Hospitalar: Gestão em Hospitalidade e Humanização**. São Paulo: SENAC, 2009.

CAMARGO, Ruy Bueno de Arruda. **Águas Minerais Brasileiras**. Guarulhos: PARMA, s.d.

CARVALHO, Sonia Nahas de (Coord.). **Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2010.

CASTELLI, Geraldo. **Administração Hoteleira**. 9ª Edição. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em Turismo**. São Paulo: Futura, 1998.

DENCKER, Ada Freitas Maneti (Coord.). **Planejamento e Gestão em Turismo e Hospitalidade**. São Paulo: Thomson, 2004.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti e BUENO, Marielys, Siqueira (Orgs.). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Thomson, 2003.

DIAS, Celia Maria de Moraes (Org.). **Hospitalidade. Reflexões e Perspectivas**. Barueri: Manole, 2002.

DIAS, Reinaldo. **Introdução ao Turismo**. São Paulo: Atlas, 2005.

ECO, Humberto. **Como se faz uma Tese**. São Paulo: Perspectiva, 1993.

GABRIEL, Roseli. **Serviços em Hotelaria**. São Paulo: Renovarum, 2001.

GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em Hospitais**. São Paulo: Ícone, 2004.

HUDSON, Simon. **Sport and Adventure Tourism**. EUA: Haworth Press, 2003.

KOTLER, Philip, KELLER, Kevin Lane. **Administração de Marketing**. 12ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. Análise, Planejamento, Implementação e Controle. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 1998.

LASHLEY, Conrad e MORRISON, Alison (Orgs.). **Em Busca da Hospitalidade**. Perspectivas para um Mundo Globalizado. Barueri: Manole, 2004.

LICKORISH, Leonard J., JENKINS, Carson L. **Introdução ao Turismo**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

MAC EARCHERN, M. T. **Hospital Organization and Management**. Chicago: Physicians Record Company, 1957.

Manual da Cruz Vermelha Brasileira. São Paulo: s.d.

MIGUELES, Carmen. (org.). **Antropologia do Consumo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

MORAES, Ornélio Dias, CÂNDIDO, Índio e VIEIRA, Elenara Vieira de. **Hotelaria Hospitalar**. Caxias do Sul: EDUCS, 2004.

PRAHALAD, C. K. E HAMEL, Gary. **Competindo Pelo Futuro**. 19ª Edição. São Paulo: Campus, 1999.

PELIZZER, Hilário Angelo. **Administração Hoteleira: Qualidade no Atendimento**. São Paulo: Renovarum, 1999.

PETROCCHI, Mario. **Hotelaria: Planejamento e Gestão**. 2ª Edição. São Paulo: Pearson, 2006.

PRADO Jr. Caio. **A cidade de São Paulo: geografia e história**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PORTER, Michael E. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

PUPO, Oswaldo de Aguiar. **ABC do Turismo**. São Paulo: Martins, 1974.

REJOWSKI, Mirian (Org.). **Turismo no Percorso do Tempo**. São Paulo: Aleph, 2002.

Revista Veja São Paulo, Ano 43, Número 21 de 26 Maio de 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 23ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2009.

SILVA, Ana Lúcia Gonçalves, BARREIRA, Cristiane Antunes. **Turismo de Saúde**. São Paulo: SENAC, 1994.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes da. **Planos de Saúde: Tudo que você precisa saber sobre**. São Paulo: Saraiva, 2009.

TARABOULSI, Fadi Antonie. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

TRIGO, Luiz Gonzaga, PANOSSO, Alexandre. **Reflexões Sobre um Novo Turismo: Política, ciência e sociedade**. 2ª edição. São Paulo: Aleph, 2003.

WADA, Elizabeth Kyoko e FERREIRA, Ricardo Souto. **Eventos: Uma Alavanca de Negócios. Como e Por Que Implantar o PEGE**. São Paulo: Aleph, 2010.

WADA, Elizabeth Kyoko. **Segmentação do Mercado Turístico: Estudos, Produtos e Perspectiva**. São Paulo: Manole, 2008.

WOODMAN, Josef. **Patients Beyond Borders**. Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Travel. 2ª edição. Estados Unidos: Healthy Travel Media, 2008.

ZANON, Uriel. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar**. Conceito, avaliação e Discussão dos indicadores de Qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

Monografia

QUICIRI, Filipe Fonseca. ***A potencialidade do termalismo, como incentivador do turismo de saúde, no município de Poços de Caldas (MG)***. 2009. 98f. Monografia (Bacharelado em Turismo) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Poços de Caldas, 2009.

MEIRELES, Maria Cristina Ribeiro. ***Parque da Fontes em São Lourenço - MG: Percepção dos Turistas e Moradores quanto ao seu uso e função***. 2005. 146f. Monografia (Mestrado em Hospitalidade) – Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2005.

CUNHA, Ana Maria Alves da.. ***Uso da Evidência Como Forma de Gerar Percepções de Hospitalidade em Serviços de Saúde***. 2007. 141f. Monografia (Mestrado em Hospitalidade) – Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2007.

Periódicos

AMFORHT

CAVENAGHI, Airton José; CORREA, Renê; RIBEIRO, Lilian Almeida Moreira. **O Papel do Termalismo no Turismo de Saúde**. In: AMFORHT Turismo de Experiência e Formação Profissional, 2010, São Paulo.

CUKIER, Celso. **A Evolução dos Cateteres e Acessos na Nutrição Parenteral**. Apud: Intravenous, Ano III, n. 7, Jan - Abr de 2002.

Disponível em: < http://www.bd.com/brasil/periodicos/intravenous/Intravenous_Ed7.pdf>. Acesso em 14 mai. 2010, 16:53.

REVISTA ANPTUR

WADA, Elizabeth Kyoko, DORNELES, Ormene Carvalho Coutinho, MUZACHI, Meiri Aparecida e FROZÉ, Valéria Dellamano. **Reflexões Sobre o Turismo de Saúde no Brasil e o Diferencial da Acreditação**. Ano VI, 2009.

FROZÉ, Valéria Dellamano, GIANOTTI, Helio Pedro Pellegrino e GIANOTTI, Priscila Salinas Pellegrino. **Considerações Sobre o Turismo de Saúde na América Latina: Serviços de Primeiro Mundo com Preços de Países Emergentes?** Ano VI, 2009.

WADA, Elizabeth Kyoko, RIBEIRO, Lilian Almeida Moreira, CAVENAGHI, Airton José. **Gestão em Estratégia da Competição: Inteligência Analítica em Hospitais.** Ano VII, 2010.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS / EAESP / FGV

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades.** São Paulo: V. 35, N. 2, 1995.

REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES - Universidad de Barcelona

PEREIRA, Paulo César Xavier e SPOLON, Ana Paula Garcia. **Turismo, Hotelaria e Imagem Urbana: A Construção e o Consumo de Espaços de Simulação.** Vol. XI, núm. 245 (59), 1 de agosto de 2007. Disponível em:

< <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-24559.htm>>. Acesso em 09 de Maio de 2011, 22h02min

REVISTA HOSPITALIDADE

CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. **A Pesquisa em Hospitalidade.** Ano V, Número 2, 2008.

REVISTA SÃO PAULO EM PERSPECTIVA

CARVALHO, Monica de. **Cidade Global: Anotações Críticas Sobre um Conceito.** Vol. 14, núm. 4 de 2000.

REVISTA TURISMO EM ANÁLISE

MAZZON, Jose Afonso e VERA, Luis Alberto Noriega. **A Opinião dos Turistas de Negócios sobre a Imagem da Cidade de São Paulo.** V.19, n.3, dezembro 2008. Disponível em:

<<http://www.turismoemanalise.org.br/index.php/turismoemanalise/article/view/22/23>>.

Acesso em 09 de Maio de 2011, 19h56min

Sites

CASA CIVIL. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em 06 jan. 2011, 13h19min

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em 05 jun. 2011, 09h43min.

EMBRATUR. Disponível em:

<http://www.turismo.gov.br/turismo/legislacao/legislacao_geral/11771_lei.html>. Acesso em 11 dez. 2009, 08h11min.

<http://www.turismo.gov.br/turismo/noticias/todas_noticias/200909301.html>. Acesso em 11 dez. 2009, 17h53min.

ESTADIA, SPA, IOGA.

Disponível em: < <http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=105&rv=Gramatica> >. Acesso em 07 mai. 2010, 15:41.

FAPESP. Disponível em: <<http://www.fapesp.br/2>> Acesso em 19 de junho de 2011, às 11h13min.

HOTEL SPA ROSITA GARDEN.

Disponível em: < <http://www.hotelrositagarden.com.br>>. Acesso em 07 mai. 2010, 14:23.

IBGE. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 08 Maio 2011, 11h38min

ÎLE-DE-FRANCE. Disponível em: < <http://www.competitivite.gouv.fr/>> Acesso em: 19 de junho de 2011, às 10h08min.

ILHA DE TOQUE TOQUE BOUTIQUE HOTEL.

Disponível em: <http://www.ilhadetoquetoque.com.br/index.php?pg=-pacotes-spa_pt>. Acesso em: 14 mai. 2010, 9:02.

JCI. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/>>. Acesso em: 24 de junho de 2011, às 11h44min.

MARÓSTICA, Luciana. **ROTAS E TRILHAS.**

Disponível em: < <http://eptv.globo.com/rotasetrilhas/interna.asp?idnoticia=219>>. Acesso em: 13 mai. 2010, 15:05.

Ministério da Saúde. ANVISA.

Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm>. Acesso em: 14 mai. 2010, 15:58.

OMT. Disponível em: <<http://unwto.org/en/>>. Acesso em: 09 jan. 2011, 16h14min.

PANROTAS.

Disponível em: <http://www.panrotas.com.br/noticia-turismo/eventos/ministerio-da-saude-defende-visto-para-turismo-medico-_60907.html>. Acesso em 15 de março 2011, 9:20.

PLANTA BAIXA MODELO DE TERMAS.

Disponível em: <<http://www.theglobaldispatches.com/articles/baths-fit-for-an-emperor>>. Acesso em 10 jan. 2011, 12h10min.

POÇOS DE CALDAS. Disponível em: <<http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br>>. Acesso em 13 dez. 2009, 09h33min.

SANTOS, Jair Miranda dos e GOMES, Flávia Valério de Lima. **Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar.** Disponível em:

<http://www.santacasago.org.br/docs/ccih_rotinas_de_limpeza_do_ambiente_hospitalar.pdf>. Acesso em 14 mai. 2010, 15:02.

SARPA. Disponível em: <<http://www.sarpa.com.co>>. Acesso em 29 maio de 2011, 12:45.

SPTURIS.

Disponível em: <<http://www.spturis.com/v6/index.php>>. Acesso em 09 jan. 2011, 17h38min.
<<http://www.cidadedesapaulo.com/sp/br/a-cidade-de-sao-paulo>>. Acesso em 08 maio 2011, 11h13min.

TIPOS DE DIETAS.

Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/perguntas/?acao=bu&categoria=1&id=339>>. Acesso em 16 mai. 2010, 13:16.

ANEXO I: Modelo de Contrato Premium da Empresa SARPA

Sarpa - Contrato de Asistencia Aérea Medicalizada Aeropuerto - Aeropuerto

29/05/11 11:44



	VIGENCIA DEL PLAN:		15 días		
	CANTIDAD DE TRASLADOS:	<ul style="list-style-type: none"> Traslado de cuidado crítico aeropuerto-aeropuerto. Repatriación del paciente a la ciudad en que reside o donde clínicamente sea pertinente. 	1 traslado		
	CUBRIMIENTO NACIONAL (COLOMBIA):	<p>AEROPUERTOS APTOS: Desde y hasta todos los aeropuertos aptos para el tipo de equipo aéreo ofrecido. A la fecha más de 100 aeropuertos en todo el país.</p>	Incluido		
	CUBRIMIENTO INTERNACIONAL: (Colombia, Suramérica, Centroamérica, El Caribe, La Florida)	<ul style="list-style-type: none"> Traslado de cuidado crítico aeropuerto-aeropuerto. Repatriación del paciente a la ciudad donde reside o donde clínicamente sea pertinente. <p>AEROPUERTOS APTOS: Desde y hasta todos los aeropuertos aptos para el tipo de equipo aéreo ofrecido</p>	Incluido		
	LEAR JET 35:	<ul style="list-style-type: none"> Avión biturbina presurizado. Autonomía de vuelo de 5 horas y 30 minutos. Distancia máxima 2000 millas. Transporta un paciente, un acompañante y la tripulación aeromédica. Cubre todo el continente latinoamericano, El Caribe y los Estados Unidos. 	JETSTREAM 32EP:	<ul style="list-style-type: none"> Avión bimotor turbohélice presurizado. Autonomía de vuelo de 5 horas y 30 minutos. Distancia máxima 800 millas. Transporta un paciente, un acompañante y la tripulación aeromédica. Cubre Colombia, países vecinos y El Caribe. 	Incluido
	NÚMERO DE ACOMPAÑANTES EN EL VUELO:		1 acompañante		
	EQUIPO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> Especialistas en urgencias médicas. Anestesiólogos. Pediatras. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeras profesionales. Terapeutas respiratorios. 	Incluido	
	EQUIPO MÉDICO:	<ul style="list-style-type: none"> Equipo biomédico de alta tecnología para traslado de pacientes críticos. Ventilador adulto, pediátrico y neonatal. Bombas de infusión. Desfibrilador con marcapasos externo. Marcapasos transvenoso. 	<ul style="list-style-type: none"> I-STAT. Incubadora de transporte con ventilador incorporado. Monitorización invasiva con capnografía. 10 mil litros de oxígeno. Botiquines, medicamentos e insumos de cuidado crítico. 	Incluido	
	MEDICAMENTOS:	Ofrecemos los medicamentos según la norma de dotación para ambulancias medicalizadas resolución 1043 del 2006 anexo técnico N°1.	Incluido		
	CONTRATO DE SERVICIO:	Ver contrato de asistencia aérea medicalizada para el Plan Viajero Premium.			

CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA AÉREA

ANEXO II: Programação do Medical Travel Meeting Brazil 2010

ANEXO III: Programação do IX Fórum de Hotelaria Hospitalar 2010

ANEXO IV: Resumo das Palestras assistidas no *Medical Travel Meeting Brazil 2010***25 DE AGOSTO DE 2010****1º Abertura Sra. Nizia Yamaguchi (Representante do Ministro da Saúde Sr. José Gomes Temporão), Sr. Alfredo Cotait Neto, Dr. Jose Luiz Gomes do Amaral e Dr. Jorge Curi**

Na abertura os participantes ressaltaram a importância do evento como sendo o primeiro passo para o desenvolvimento e discussão sobre a área. Foi citado que São Paulo é uma cidade global desde 2006 e que o turismo médico faz parte desta globalização, pois no mundo não há mais fronteiras nem limites inclusive para a saúde. Ressaltaram que as pessoas que buscam esse tipo de tratamento, não estão preocupadas com o custo e sim com a excelência na área e que como o povo brasileiro é sensível e hospitaleiro contribui para o aumento desta procura pelo país. Foi exposto a possibilidade de se criar um visto específico para turistas de saúde para que o fluxo fique mais organizado, e que devemos nos espelhar em países como a Índia, Malásia, Tailândia e Indonésia.

2º Estatísticas, Tendências e Oportunidades no Medical Travel – Enrico de Vettori, Deloitte Solutions

Nesta palestra o assunto abordado foi primeiramente o fato do Brasil passar do varejo para o atacado, pois as iniciativas são individuais o país não está na rota do atacado. Foi exposto três possibilidades de turismo médico, das pessoas que vão para fora do país, as pessoas que vem para o nosso país, e por ultimo das pessoas que moram aqui, mas, que buscam outras regiões, diferentes da sua residência, para o tratamento.

Destacou que 88% dos Norte Americanos dos EUA aceitam fazer turismo médico, e que 31% já fez. Também informou que o turismo médico é para países emergentes.

3º Case Study Bumrungrad International – Curtis Schroeder, Diretor Presidente do Grupo Bumrungrad International

Foi mencionado que três coisas são importantes para se ter sucesso nesta área: 1º Médico, ou seja, corpo clínico de qualidade e que saiba se relacionar com o paciente. 2º Infraestrutura, coordenar fluxo, número de pessoas nas equipes, especialidades ofertadas. 3º Canal de Venda, no caso do Bumrungrad, eles possuem 32 diferentes escritórios e investem no web site, pois recebem de 500 a 1000 solicitações por dia neste canal.

4º Compreendendo o paciente internacional: O que ele procura em um destino de viagem de saúde? – Joe Woodman, Autor do Livro PatientBeyondBorders

Primeiramente foi exposto a importância de se definir o que é turismo de saúde e que a idade do público alvo é entre 45 e 70 anos. Quem viaja e passa mal durante não é turista de saúde. Ressaltou-se a importância do porque as pessoas buscam o turismo médico, a saber: custo, qualidade, conforto, entre outros. Existem de 23 a 30 destinos que atendem os requisitos para esse nicho e o Brasil está dentro, porém, hoje é mais conhecido pela cirurgia cosmética, isso é uma barreira para o desenvolvimento, as outras são: idioma português, cultura, falta de ações colaborativa interna, restrições internas, entre outras.

5º Mesa Redonda: Como será o comportamento do mercado nos próximos 5 anos? Moderador: Ruben Toral, MednetAsia

Foi exposto que os médicos do Brasil não querem trabalhar com cirurgia plástica no turismo médico. Questões como quem é o proprietário do turismo médico? Ministério da Saúde ou Ministério do Turismo? Afirmações como a saúde daqui há dez anos será commodities e que o país deve focar na marca Brasil foram abordadas.

6º Operadoras: Como as grandes seguradoras dos EUA estão lidando com Medical Travel pós reforma dos serviços de saúde? Orikarev, UHI

Foi explicado sobre a reforma na saúde dos EUA, sobre a falta de regulamentação, ou seja, cada um compra o seu, sobre os fornecedores e a qualidade de produtos na área da saúde, diferenças de cultura e a possibilidade do travel medical ser regional e não global. Também foi exposto a não aceitação do termo turismo atrelado a saúde.

7º Marketing: posicionando um destino de excelência médica – Ruben Toral, MednetAsia

O marketing no destino de turismo médico funciona quando se proporciona um alto valor e prestígio na oferta para a demanda. Globalização com foco na saúde, atualmente os grandes hospitais estão lotados e querem uma marca para se tornar um player global, pois é difícil se tornar referência como os que já existem. É difícil definir um valor ou custo para uma tratamento, por exemplo, o câncer. Brasil não é o mais barato, não é o mais próximo e não é fácil de chegar, falta infraestrutura, que é diferente de serviço.

26 DE AGOSTO DE 2010

1º Brasil – Um Destino de Excelência Médica – Hospital Abert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital HCor, Hospital Oswaldo Cruz e Hospital Samaritano

Os participantes destacaram o Brasil como 10º no ranking mundial na perspectiva financeira e que pode ser o 5º até 2016. No G5, todos os hospitais possuem a JCI, parceria com o governo, juntos eles possuem 1.500 leitos, 15.000 médicos, 20.000 funcionários. Receita de 1,5 bilhões de dólares, sendo que 5% é proveniente do público internacional.

A maior parte dos 5% internacionais são de ex patriados. Atendem sul da Africa, Alemanha, Angola, Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, USA, Paraguai, Venezuela e Uruguai. Nas especialidades: Cardio, Neuro, Oncologia, Cosmética, Cirurgia Gastrica, Pediatria, Geriatria, Urologia, Otorrinolaringologia e Reumatologia.

O G5 se apresenta como uma rede, que compartilham médicos, pesquisa, entre outras coisas, porém, são competitivos entre si no mercado.

Destacaram a importância da experiência como o turismo médico para um hospital ofertar o produto, criação de pacotes específicos para o público internacional.

2º A excelência da Odontologia – Dr. Fabio Bibancos, Instituto Bibancos

A clínica não foi pensada para o público internacional, porém, atualmente atende. Ele planejou o tratamento para a modalidade de Day Clinic, ou seja, para uma pessoa que não dispõe de muito tempo. Possui convenio com 2 hotéis próximos. Afirmou que o mais importante é o diferencial ao receber o cliente e não somente um espaço bem decorado.

3º Mesa Redonda – Como o Brasil pode alavancar seus recursos para se tornar o destino internacional de saúde.

A mesa expôs o diferencial brasileiro e serviço, humanização no atendimento ao cliente e o custo competitivo dos serviços de saúde. Também, foi exposto sobre o modelo de atendimento pessoal dos EUA. Não existe um modelo ideal, mas, a humanização e personalização são importantes para se diferenciar o serviço.

Outro diferencial que o consumidor internacional valoriza é o trabalho social que a empresa realiza, ou seja, como ela contribui socialmente.

Criar um pacote internacional é importante para o prestígio e rentabilidade da medicina nacional. Importante observar se temos condições para receber o volume latente e não trabalhar individualmente essa demanda. O receptivo deve pensar em infraestrutura,

acreditações e equipamentos. Deve-se pensar em formação de cluster no receptivo. O Turismo médico não é apenas para grandes hospitais. Como chegar lá? Pensar em um pool com clínicas, hotel, serviço de traslado, serviço aéreo, suporte público, entre outros.

4º Ministério da saúde: Como o Ministério da Saúde pode ajudar o Brasil a se desenvolver como destino internacional de Medicina. Dra. Nise Yamaguchi

A palestrante destacou que aquilo que desenvolve o país é bem vindo, porém, que não cabe ao ministério fazer leis para o turismo médico. Falou sobre os 20 anos do SUS, e que o público internacional não deve utilizar o SUS e sim, deve-se criar equipamentos privados para esse fim.

Informou que a comunidade europeia está criando regulamentação na América do Sul.

5º EMBRATUR: Como a Embratur pode ajudar a promover o Brasil como um destino de saúde? – Marcelo Pedroso

A Embratur informou que o seu trabalho é divulgar o Brasil para o público internacional e que se esforça para mostrar que o país não se resume em samba, suor e carnaval, e que possui diversidade natural e cultural.

Qual a imagem do turismo de saúde? Quem comercializa? Foram algumas das questões expostas na palestra.

6º SPTURIS: O Plano de ações de ações da SpTuris para capacitação dos serviços de receptivo internacional em São Paulo – Luiz Sales

Pode auxiliar na capacitação de serviços para todos os turistas e já contribuiu com a pesquisa Ciências na Vida Humana na Cidade de São Paulo (livro utilizado na pesquisa). Apontou que o deslocamento em São Paulo atualmente é o ponto mais crítico, muito mais que as questões de segurança.

27 DE AGOSTO DE 2010

1º Resseguro de viagem médica: Produto fundamental para pacientes internacionais. – Tracy Simmons, Custom Assurance

Envolve o risco, ou seja, assegura o paciente dos riscos, e inclui uma cláusula sobre o turismo de saúde. (www.protectivesolutions.com). Além de pensar na gestão do risco, é importante pensar nos empecilhos jurídicos acerca do assunto.

Informou que a preocupação com os seguro de saúde nas viagens, teve seu início marcado na década de 80 com os missionários, pois, não havia cobertura para esse tipo de viagem.

2º Serviços de Concierge – Mariana Palha, Prime Medical Concierge

Discorreu sobre as adaptações no mercado, fluxo deste cliente e planejamento com alto índice de dificuldade. Principais gargalos:

Aeroporto;

Sinalização;

Violência em grande capitais;

Insegurança na comunicação, pois, poucos falam o idioma inglês;

Falou da importância do evento, pois, como ele pode-se trocar informações.



QUARTA FEIRA, 25 DE AGOSTO

Grand Hyatt Sao Paulo, Brazil

AGENDA

PAINEL DE ESPECIALISTAS EM GLOBALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

09:00 - 09:30 | Abertura – Ilmo. Sr. Dr. José Gomes Temporão (a confirmar), Sr. Alfredo Cotait Neto, Sr. Caio Carvalho, Dr. José Luiz Gomes do Amaral, Dr. Jorge Curi

09:30 - 09:50 | Estatísticas, Tendências e Oportunidades no Medical Travel – Enrico De Vettori, Deloitte Solutions

09:50 - 10:10 | Case Study Bumrungrad International – Curtis Schroeder, Diretor Presidente do Grupo Bumrungrad International

10:10 - 10:40 | Coffee-Break patrocinado pelo Grupo Fleury

10:40 - 11:00 | Compreendendo o paciente internacional: O que ele procura em um destino de viagem de saúde? – Joe Woodman, Patient Beyond Borders

11:00 - 11:20 | A inserção do Brasil na Medicina Internacional – Dr. David Uip

11:20 - 12:00 | MESA REDONDA – Como será o comportamento do mercado nos próximos 5 anos? Moderador: Ruben Toral, Mednet Asia

PAINEL DE ESPECIALISTAS EM GLOBALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

12:00 - 14:00 | Almoço / Networking

COMPREENDENDO OS REFERENCIADORES EM SERVIÇOS GLOBAIS DE SAÚDE

14:00 - 14:15 | Operadoras: Como as grandes seguradoras dos EUA estão lidando com Medical Travel pós-reforma dos serviços de saúde? – OriKarev, UHI

14:15 - 14:30 | Empregadores: Os empregadores dos EUA estão realmente interessados em oferecer a viagem médica como parte dos benefícios de serviços de saúde? – David Boucher, Companion Global Healthcare

14:30 - 14:45 | Empresas de autogestão: São a melhor oportunidade em Medical Travel hoje? – Bob Repke, Global Medical Conexions

14:45 - 15:00 | Facilitadores: O que eles procuram? – Jim DiFalco, WorldMedAssist

15:00 - 15:40 | MESA REDONDA – o Medical Travel está passando de um modelo B-C para um modelo B-B? Quais são os catalisadores dessa mudança? Moderador: Roberto Galfi, SulAmerica

COMPREENDENDO OS REFERENCIADORES EM SERVIÇOS

GLOBAIS DE SAÚDE

15:40 - 16:10 | Coffee-Break

SIDE VIEWS

16:20 - 16:35 | Spa, Bem - Estar e Terapias Alternativas: umavisão além da medicina em Medical Travel –Susie Ellis, Spa Finder

16:35 - 16:50 | Marketing: posicionando um Destino de Excelência Médica –Ruben Toral, Mednet Asia

16:50 - 17:05 | Engajamento com médicos nos EUA: como médicos internacionais podem se engajar com médicos dos EUA –Marcy Zwelling, Z-Doc

17:05 - 17:20 | O papel dos aeroportos no desenvolvimento de uma economia do século XXI – Danilo Colares Moreira, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômicos

17:20 - 18:00 | MESA REDONDA –Quais são as principais influências que estão dirigindo a globalização dos serviços de saúde? Moderador: Greg Lindsay, co-autor de "Aerotropolis"

SIDE VIEWS

18:00 - 19:00 | Coquetel no Upstairs Bar

QUINTA FEIRA, 26 DE AGOSTO

BRASIL - UM DESTINO DE EXCELENCIA MÉDICA

08:30 – 10:10 | Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Hospital Hcor, Hospital Oswaldo Cruz e Hospital Samaritano

-Tecnologia: Incorporação, Inovação, Responsabilidades

-Qualidade Assistencial: Taxas, Indicadores de Performance e Desempenho, Acreditações

-Corpo Clínico: Educação Médica Continuada, Gestão do Corpo Clínico, Políticas de Benefícios

-Servicing: Modelos de Atendimento, Estrutura de Hotelaria

10:10 - 10:30 | Coffee-Break

10:30 - 10:50 | Medicina Diagnóstica: Tecnologia, Centros de Pesquisa e Equipamento de Ponta do Brasil–Wilson Pedreira, Grupo Fleury

10:50 - 11:10 | Oftalmologia–Dr. Ricardo Guimarães, Hospital dos Olhos

11:10 - 12:30 | A Excelência da Odontologia–Dr. Fabio Bibancos, Instituto Bibancos

12:30 – 13:00 | MESA REDONDA – Como o Brasil pode alavancar seus recursos para se tornar o destino internacional de saúde. Moderador: Dr. Marcos Ferraz, AMB

13:00 - 14:30 | Almoço / Networking

O PAPEL DO GOVERNO NO DESENVOLVIMENTO DO SETOR DE MEDICAL TRAVEL NO BRASIL.

14:30 - 14:50 | Ministério da Saúde: Como o Ministério da Saúde pode ajudar o Brasil a se desenvolver como destino internacional de Medicina – Dra. Nise Yamaguchi

14:50 - 15:00 | Embratur: Como a Embratur pode ajudar a promover o Brasil como um destino de saúde? – Marcelo Pedroso

15:00 - 15:20 | Apex: Como o Brasil pode alavancar seus recursos em serviços de saúde para construir uma marca maior em medicina? - Mauricio Borges

15:20 - 15:30 | SPTuris: O plano de ações da SPTuris para capacitação dos Serviços de Receptivo Internacional em Sao Paulo – Luiz Sales

15:30 - 15:40 | ANAHP: O que os hospitais privados do Brasil podem fazer para elevar sua posição competitiva internacionalmente? – Dr. Francisco Balestrin

15:40 - 16:30 | MESA REDONDA – Quais parcerias público-privadas o Brasil pode desenvolver para beneficiar o Medical Travel? Moderator: Josier Vilar, Sind HRio

16:30 - 17:00 | Coffee-Break

17:00 - 17:30 | O Sistema Canadense de Serviços de Saúde em um contexto global – O Honorável Arthur T. Porter, P.C. MD

18:00 - 19:00 | Coquetel no Upstairs Bar

SEXTA FEIRA, 27 DE AGOSTO

SERVIÇOS DE APOIO PARA A INDÚSTRIA DE MEDICAL TRAVEL

08:30 - 08:50 | RE-Seguro de viagem médica: Produto fundamental para pacientes internacionais – Tracy Simmons, Custom Assurance

08:50 - 09:10 | Serviços de Concierge - Mariana Palha, Prime Medical Concierge

09:10 - 09:30 | Seguro contra Responsabilidades: Protegendo provedores brasileiros das leis americanas – Dale Van Demark, Epstein Becker Green

09:30 - 10:00 | Coffee-Break

10:00 - 10:20 | Acreditação: Garantindo a qualidade internacional – Dra. Maria Manuela, JCI e Dra. Mara Machado, IQG

10:20 - 10:50 | Investidores de Risco - Rick Holdren

10:50 - 11:30 | MESA REDONDA - Como eliminar o medo em medical travel

Moderador: Alberto Cherpak, AMCHAM Recife

MARKETING E CONVERSÃO DE NOVOS CLIENTES

11:30 – 12:00 | Como aumentar o fluxo de pacientes internacionais – Rob Passmore, Equals3

12:00 – 12:30 | Marketing, Gestão das Indicações e tecnologia no Medical Travel – Nishant Bagadia, Health Travel Technologies

12:30 - 14:30 | Almoço / Networking

14:30 – 14:50 | RP: As chaves para criar conscientização e gerar consultas de clientes e empresas – Joseph H. Carabello

14:50 - 15:30 | FORUM Medical Travel Brazil – CFM, Dr. Ruy Tanigawa, APM, AMB, Dr. Tariki, Working Groups.

15:30 - 16:30 | Cerimônia de encerramento

21:00 - 22:30 | Jantar (Somente com convite)

SABADO, 28 DE AGOSTO

Manhã | Tour pela cidade de São Paulo

Tarde | Retorno ao Hotel

Tarde | Traslado Aeroporto

PROGRAMAÇÃO

Dia 04 de Outubro de 2010

08:00 – 08:30	Entrega de Material e Credencial
08:30 – 09:00	Abertura
09:00 – 10:00	Palestra: Comunicação na Construção da Humanização na Saúde Valdir Cimino – Presidente da Associação Viva e Deixe Viver
10:00 – 10:30	Coffee break
10:30 – 12:00	Mesa Redonda: A Hotelaria Hospitalar no Cenário Atual e seu Impacto na Gestão das Especialidades: Cardiologia – Hospital do Coração Domênico Caruso Gerente de Hotelaria Hospitalar Oncologia – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Vânia Rodrigues Pereira Gerente de Hotelaria Hospitalar Pediatría – Hospital Infantil Sabará Julio Braga Diretor Comercial e Administrativo
12:00 – 13:30	Almoço
13:30 – 14:30	Palestra: A Conquista da Liderança Maria Aparecida Rhein Schirato – Diretora da Rhein-Schirato Associados
14:30 – 15:00	Coffee break
15:00 – 16:30	Gastronomia Funcional: Um Toque de Vivência Andrea Esquivel – Diretora da Caliaffa Esquivel Gastronomia Nutritiva Renato Caleffi – Chef de Cozinha e Proprietário Le Manjue Bistrô

Dia 05 de Outubro de 2010

08:00 – 09:00	Gestão de Resíduo de Serviço de Saúde: Cenário Atual Vital de Oliveira Ribeiro Filho – Coordenador do Programa Estadual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, CVS da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
09:00 – 09:45	Mudança na Atitude dos Profissionais de Saúde em Relação ao Lixo que Produz: é um Desafio Cleonice B. dos Santos – Gerente de Higiene e Limpeza-ICHCFMUSP
09:45 – 10:15	Coffee Break
10:15 – 11:00	Edificações Sustentáveis Salim Lamha Neto – Engenheiro e Diretor da MIHA Engenharia
11:00 – 12:00	Humanização: Uma Questão de Atitude Magda de Jesus – Gerente de Voluntariado da Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD Rita Calegari – Coordenadora Psicossocial do Hospital São Camilo
12:00 – 13:30	Almoço
13:30 – 14:15	Segurança do Paciente Maria Angélica Sorgini Peterlini – Escola Paulista de Enfermagem – Unifesp
14:15 – 14:45	Desafios Globais da OMS: Cirurgia Segura Márcia Martins – Diretora Técnica de Serviço de Saúde Divisão de Enfermagem ICHCFMUSP
14:45 – 15:15	Apresentação do Tema Livre
15:15 – 16:00	Sistema de Comunicação como Ferramenta Inovadora nas Organizações de Saúde Roberto Simões – Diretor de Criação da HCTV
16:00 – 16:20	Encerramento
16:20 – 16:45	Coffee End