



Vol 5, Nº 13 (Diciembre/Dezembro 2012)

ANÁLISE DOS *STAKEHOLDERS* DO TURISMO DE SAÚDE: O SEGMENTO É VIÁVEL NO BRASIL?

Elizabeth Kyoko Wada¹

Josiane Maria de Freitas Tonelotto²

Flávia Matos³

Jussara Alves Ribeiro⁴

Resumo: O presente estudo surge a partir da observação de que existe um interesse do paciente estrangeiro por melhores relações custo-benefício em serviços médico-hospitalares e que o Brasil é visto como um destino para essa prática, intitulada “turismo de saúde”. A viabilidade do segmento no Brasil foi analisada à luz da teoria de *stakeholders*, tendo-se realizado uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com o objetivo geral de visualizar os grupos que influenciam e são influenciados pelo segmento. O objetivo específico foi estudar os *brokers* e os hospitais no intuito de verificar se há diferenças no interesse e comprometimento de cada um deles com o segmento e, assim, responder à pergunta: “O turismo de saúde é viável no Brasil?”. Mediante essa pesquisa verifica-se que

¹ Doutora em Ciências da Comunicação – ECA/USP, Docente e Coordenadora do Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi. *E-mail:* ewada@uol.com.br

² Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Pró-Reitora Acadêmica da Universidade Anhembi Morumbi e docente no Programa de Mestrado em Hospitalidade. *E-mail:* jotonelotto@anhembi.br

³ Tecnóloga em Hotelaria pelo SENAC e Mestranda em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi. *E-mail:* flaviammatos@uol.com.br

⁴ Graduada em Hotelaria e Mestranda em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi. *E-mail:* jussaralves@hotmail.com

há a necessidade de regulamentação, investimentos em infraestrutura e capacitação da mão-de-obra para que o segmento se desenvolva.

Palavras-chave: Hospitalidade. Turismo de saúde. *Stakeholders* e Serviços.

Stakeholder analysis of health tourism: the segment is feasible in Brazil?

Abstract: The present study arises from the observation that there is an interest of the patient abroad for the best cost-benefit rates in medical and hospital services, Brazil is seen as a destination for this practice, called "medical tourism". The viability of the industry in Brazil was analyzed in the light of stakeholder theory, and it was performed a literature search and exploratory, with the overall objective to visualize the groups that influence and are influenced by the thread. The specific objective was to study the brokers and hospitals in order to check for differences in interest and commitment to each segment and thus answer the question: "The health tourism is feasible in Brazil?". Through this research it appears that there is a need for regulation, investment in infrastructure and training of manpower for the segment to develop.

Keywords: Hospitality. Medical tourism. Stakeholders and Services.

Introdução

Embora não haja consenso sobre o conceito de turismo de saúde, para efeitos desta pesquisa utilizar-se-á a designação atribuída pelo Ministério do Turismo (MTUR, 2010), que afirma: "Turismo de saúde constitui-se das atividades turísticas decorrentes da utilização de meios e serviços para fins médicos, terapêuticos e estéticos".

O deslocamento em busca de tratamento e restabelecimento da saúde não é motivado só por uma necessidade de afastamento das atividades cotidianas em busca de relaxamento, desintoxicação e liberação de stress, mas também pelas intervenções cirúrgicas e tratamentos de saúde de longo prazo. Para Dorneles et al (2009, p.1) "Embora pareça ser apenas mais um novo segmento explorado pelo turismo, o turismo de saúde é uma das mais antigas atividades turísticas que as pessoas realizam à procura de meios de manutenção ou aquisição do bom funcionamento e da sanidade do seu físico e do seu psiquismo."

Mais especificamente, este artigo tratará do tipo médico-hospitalar de turismo de saúde, cuja definição, também segundo o MTur (2010), é a seguinte:

Deslocamentos motivados pela realização de tratamentos e exames diagnósticos por meio do acompanhamento de recursos humanos especializados e integrados em estruturas próprias, tendo como objetivo tanto a cura ou a amenização dos efeitos causados por diferentes patologias, como fins estéticos e terapêuticos. (MTUR, 2010, p. 19).

Diante dessa definição, convém, também, equalizar a denominação do praticante do turismo médico-hospitalar. Dependendo do ponto de vista analisado, esse ator pode ser classificado como “turista” ou como “paciente”. Segundo o MTur, da perspectiva dos serviços médicos, ele é um paciente. Porém, sob a ótica do turismo, o paciente, não sendo residente daquele destino, é um turista.

De acordo com a Organização Mundial do Turismo, (OMT, 2010): “A **visitor (domestic, inbound or outbound)** is classified as a **tourist** [...], if his/her **trip** includes an overnight stay”⁵. Conclui-se, portanto, que, ainda que a motivação da viagem seja para a realização de tratamentos de saúde, aquele que se desloca, mobiliza a economia local e faz uso da infraestrutura e dos serviços turísticos do destino é um turista. O MTur acrescenta:

Além disso, para a grande maioria dos tratamentos, em função da fragilidade do paciente, este não viaja sozinho. Assim, o seu acompanhante também pode contribuir positivamente para o desenvolvimento do turismo de uma localidade, tendo em vista que muitas vezes este procura atividades turísticas para se ocupar durante o tratamento médico do paciente ao qual está acompanhando. (MTUR, 2010, p. 19).

O tema vem ganhando espaço no debate sobre a busca dos pacientes por mais valor na relação entre os serviços médicos recebidos e o preço praticado. Segundo a consultoria Deloitte (2008), o segmento movimenta cerca de US\$ 60 bilhões mundialmente e cresce a taxa de dois dígitos anualmente. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no relatório *A System of Health Accounts*⁶ (2011), constata que:

Rising health care costs at home and a lack of health insurance cover are among the major incentives for patients to seek treatment abroad, where procedures and treatments sometimes

⁵ Um visitante (doméstico ou estrangeiro) é classificado como um turista se sua viagem inclui a estada de uma noite.

⁶ Um Sistema de Contas da Saúde

*cost only a fraction what they would at home. But technological advances, market openings and obstacles to accessing health care treatment at home (for example, waiting times, quality of treatment and legal/ethical obstacles) have all been cited as factors behind the increase. Continuing economic and political cooperation between states is likely to lead to the increased movement of patients and health care professionals.*⁷ (OMS, 2011, p. 275).

O Brasil é citado no relatório *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*⁸ (2008) da consultoria Deloitte como um dos destinos em que o paciente pode realizar procedimentos a custos cerca de 45% mais baixos que os dos Estados Unidos, além de concentrar 19 hospitais acreditados pela *Joint Commission International* (JCI) e de ser confiável no que se refere a cirurgias plásticas, tratamento oncológico, vascular, cardíaco, odontológico entre outros.

Acreditação é definida pela Organização Nacional de Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Na experiência brasileira e internacional, é coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e voltados para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas do Estado. (Dorneles et al 2009, p.3)

Segundo Frozé et al. (2010): “O Brasil tornou-se mundialmente famoso pela sua cirurgia plástica cosmética com a vinda de muitos atores estrangeiros”. Atualmente, a JCI possui 37 instituições brasileiras acreditadas. Além dos Estados Unidos, o Brasil tem obtido mais acreditações pela JCI do que qualquer outro país.

Da perspectiva dos fornecedores de serviços turísticos, observa-se um empenho para atender essa demanda, estimulado pelo Ministério do Turismo, por meio do Instituto Brasileiro de Turismo (EMBRATUR), que participou da feira *World*

⁷ Os crescentes custos de cuidados de saúde no país de residência e a falta de cobertura de seguro de saúde estão entre os principais incentivos para que os pacientes procurem tratamento no exterior, onde tratamentos e procedimentos às vezes custam apenas uma fração do valor no seu local de residência. Mas os avanços tecnológicos, a abertura de mercado e os obstáculos ao acesso a cuidados de saúde tratamento local (por exemplo, espera, qualidade do tratamento e obstáculos de ordem legal/ética) têm sido citados como fatores por trás desse acréscimo. A continuidade da cooperação econômica e política entre Estados sugere que haja aumento na circulação de pacientes e profissionais de saúde de um país a outro. Tradução nossa. (OMS, 2011, p.275)

⁸ Turismo de Saúde – Consumidores em Busca de Valor.

*Medical Tourism & Global Healthcare Congress*⁹ no ano de 2011 e publicou *press releases* sobre o assunto. Um deles afirmava: “No Brasil, a projeção de crescimento [do turismo de saúde] é de 35% nos próximos cinco anos”.

Nota-se, portanto, um interesse em se estabelecer essas relações comerciais tanto por parte do paciente como por parte do fornecedor dos serviços turísticos. Contudo, de acordo com Crooks (2010), a experiência de turismo de saúde vai além desses dois grupos e inclui os *brokers*, a família, os amigos, as enfermeiras, o cirurgião ou o médico, entre outros.

Godói (2009) também afirma que o turismo de saúde envolve uma ampla gama de serviços externos e internos ao ambiente hospitalar. O alcance dos serviços usufruídos pelos pacientes e acompanhantes em busca de tratamento médico ultrapassa os limites de um hospital.

Por isso, nesta pesquisa optou-se por avaliar o tema sob a perspectiva da teoria de *stakeholders*, ou seja, sob a ótica dos “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização” (FREEMAN, 1984, p.VI, traduzido por Koga 2011).¹⁰

Este estudo visa, de uma maneira geral, analisar os *stakeholders* que compõem a rede de serviços de turismo de saúde, com ênfase nos *brokers* e nos hospitais, na tentativa de identificar diferenças significativas no nível de interesse e comprometimento de cada um deles com o segmento e assim, mais especificamente, suscitar alternativas de respostas à pergunta “O turismo de saúde é viável no Brasil?”.

Nesse sentido, parte-se dos seguintes pressupostos: (i) enquanto a distribuição estiver concentrada nos *brokers*, o turismo de saúde não será viável no Brasil; e (ii) por conta da alta demanda local e da alta taxa de ocupação nos hospitais brasileiros, não há razões que, na condição atual da oferta, justifiquem o investimento no segmento.

Para esta reflexão foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. Entretanto, pelo fato de que a produção acadêmica sobre o tema ainda

⁹ Congresso Mundial de Turismo de Saúde e Saúde Global.

¹⁰ “A stakeholder is any group or individual who can affect, or is affected by, the achievement of a corporation’s purpose” (FREEMAN, 1984, p. VI).

é incipiente, outros materiais, como reportagens em jornais e conteúdo disponível em meio eletrônico, apoiam o estudo.

Parte 1. Os *stakeholders* do turismo de saúde

A primeira reflexão sobre o termo *stakeholders* surgiu em meados da década de 60, mas a utilização da teoria como ferramenta de gestão começou nos anos 80, devido a crises e instabilidades do mercado da época.

Segundo Freeman (1984), as empresas tinham uma visão de produção focada em comprar matéria-prima dos fornecedores, desenvolver o produto e vendê-lo para o cliente. Entretanto, ele observou que a produção sofria influência e influenciava muitos outros aspectos, internos e externos ao ambiente da empresa, e ampliou a análise, incluindo o governo, a concorrência, a população local, os clientes, os funcionários e os acionistas. Desta forma, os *stakeholders* são, portanto, todos aqueles que são influenciados e que influenciam uma determinada organização (FREEMAN, 1984).

A gestão dos *stakeholders* vem sendo apontada como fator crítico de sucesso em função de contemplar grupos de interlocutores vitais ao funcionamento de uma organização. De acordo com Boaventura et al. (2007, p. 3), “A inabilidade da empresa em atender satisfatoriamente às expectativas de um deles pode comprometer não só o sucesso e a sobrevivência da organização, mas também todo o sistema formado em torno dela.”

Para melhor visualização e compreensão dos *stakeholders*, apresenta-se o mapa abaixo, levando em conta os grupos ou indivíduos que influenciam ou podem influenciar uma organização:

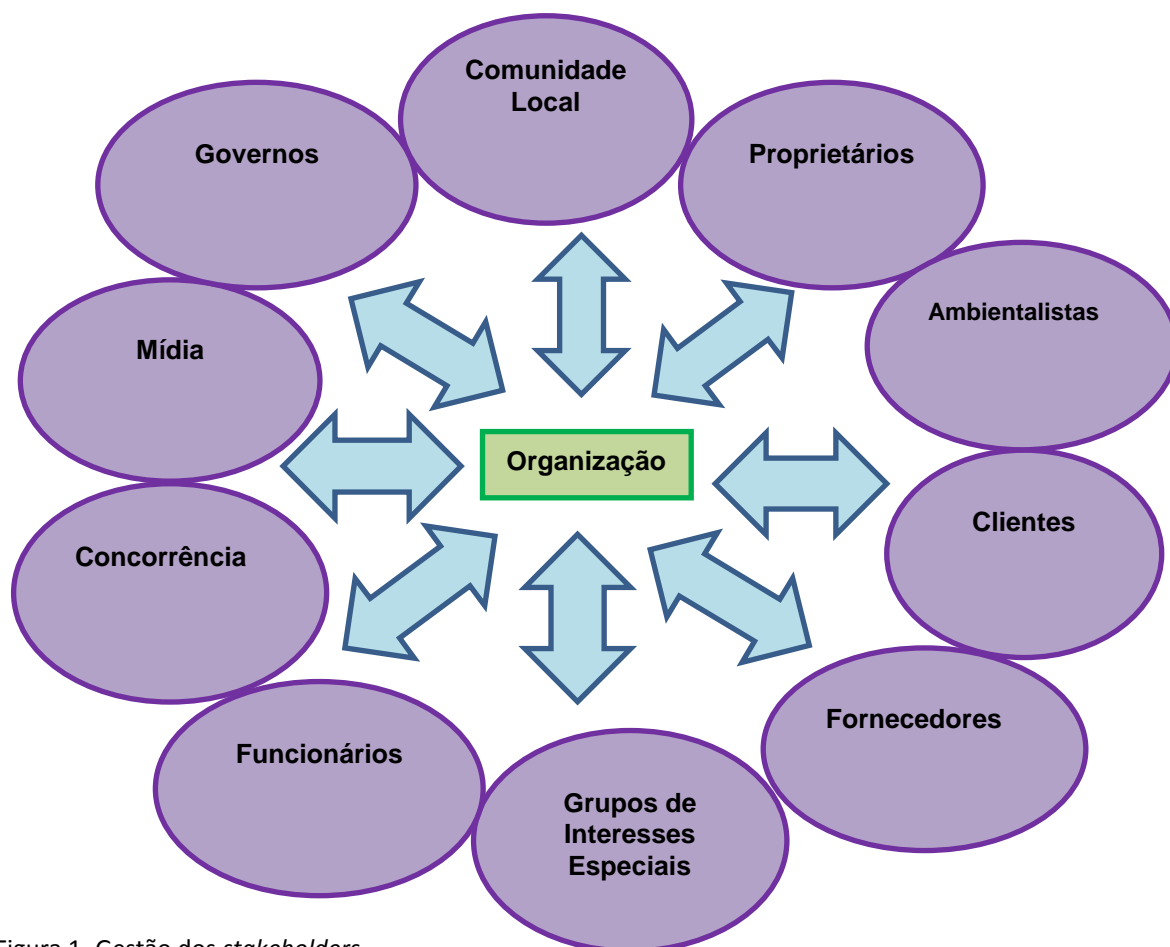


Figura 1- Gestão dos *stakeholders*.
 Fonte: Freeman (1984, p.26, adaptado pelas autoras).

O mapa facilita a observação do posicionamento de uma organização e o entendimento de toda a gama de vetores entre os grupos de referência e das adaptações necessárias para sua gestão. Para Koga (2011, p. 26), “faz-se necessário entender como começam as questões de cada *stakeholder*, qual a importância de tais ações e se serão revertidas em investimentos financeiros, seja para apoiar, seja para prejudicar a empresa”. Segundo Koga (2011), outra preocupação para uma correta gestão dos *stakeholders* é fazer a integração entre eles, desenvolvendo conceitos e processos que a abordem com o intuito de lidar com diferentes *stakeholders* em múltiplas questões.

Para cada questão estratégica importante deve-se pensar nos seus efeitos sobre uma quantidade de *stakeholders* e, portanto, existe a

necessidade de processos que ajudem a identificar as preocupações com esses grupos. Para cada um dos *stakeholders* considerados chaves, os gestores responsáveis pelo relacionamento com esse *stakeholder* devem identificar as questões estratégicas que afetam esse grupo e elaborar, implementar e monitorar as estratégias para lidar com ele (KOGA, 2011, p. 27).

Conforme citação anterior, de acordo com Crooks (2010), a experiência do turista de saúde é influenciada pelos hospitais, os *brokers*, a família, os amigos, o médico etc.

Para atender as necessidades do cliente internacional, foram criadas organizações denominadas *brokers*, que consistem em empresas facilitadoras, também chamadas de captadoras, que prestam serviços ao paciente direcionando-o a um país, cidade e hospital para realizar o procedimento desejado ou indicando profissionais médicos e instituições de saúde cadastradas, além de pesquisar as opções disponíveis para o tratamento solicitado. (Dorneles et al 2009, p. 9).

Em se tratando do tipo médico hospitalar de turismo de saúde, a cadeia produtiva considera, no mínimo, o turista em si, os *brokers* ou facilitadores, como preferem ser chamados (SPECE, 2010), e os serviços de saúde, como clínicas médicas e hospitais (MTUR, 2010). Os *brokers* são os intermediários concentradores da oferta de serviços de saúde fora do seu país de residência, ou seja, são aqueles que comercializam os tratamentos e procedimentos de saúde no exterior.

Portanto, os prováveis *stakeholders* do turismo de saúde seriam: os turistas/pacientes, os acompanhantes, os hospitais, os médicos, as seguradoras de saúde, o poder público, a concorrência, a mídia e os *brokers*, conforme o mapa a seguir:

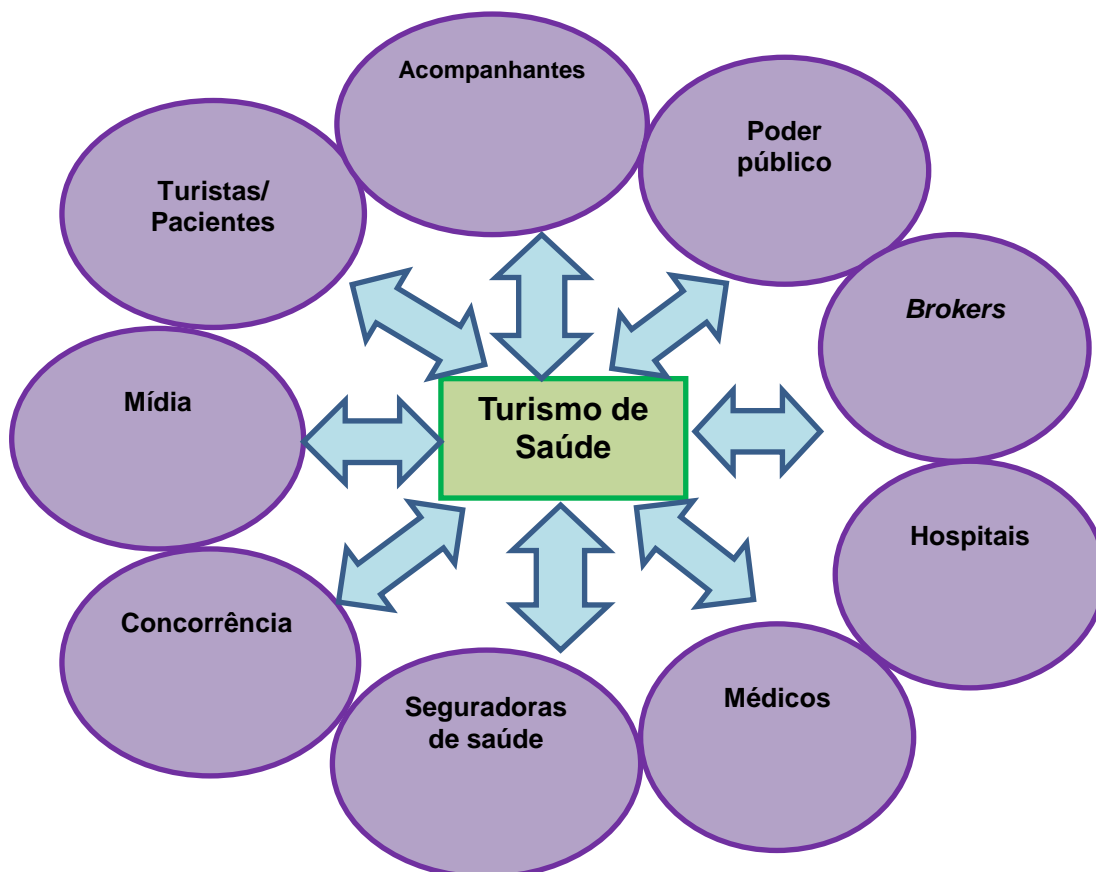


Figura 2 – *Stakeholders* do Turismo de Saúde
 Fonte: Elaborado pelas autoras (2012).

Parte 2. O papel dos *brokers* e a disponibilidade dos hospitais para receber turistas

Conforme se mencionou na introdução deste artigo, esta análise enfoca dois dos *stakeholders* do turismo de saúde: os *brokers* e os hospitais.

No papel-chave de fonte de informação para os clientes, os *brokers* devem ser responsáveis por lhes informar sobre os riscos e benefícios de se realizar uma cirurgia ou outro procedimento no exterior (PENNEY, 2011).

Entretanto, por falta de padronização e profissionalismo no segmento, o papel desempenhado pelos *brokers* pode gerar insegurança. O cerne do questionamento suscitado por Pollard (2010, p. 1) reside nos critérios utilizados por eles para a recomendação de uma ou outra instituição de saúde na realização dos tratamentos requeridos:

- *How many facilitation agencies have medically qualified staff who can carry out a proper assessment of the quality of care and clinical standards within a healthcare facility?*

- *How does the facilitation agency compare the quality of healthcare providers in different countries or even in the same country?*
 - *Is their recommendation based on a “familiarisation visit” which essentially consists of a hospital tour and no assessment of clinical quality or facilities?*
 - *Is their recommendation based on the nature of the financial arrangement between the facilitator and the healthcare provider?¹¹*
- (POLLARD, 2010, p. 1)

Spece (2010), no estudo sobre como proteger os pacientes dos conflitos de interesse gerados pelas comissões pagas aos *brokers*, reforça esta última, encorajando esses consumidores a se informarem sobre a remuneração do *broker*, com o objetivo de atribuir maior transparência à comercialização desses serviços.

De acordo com Pollard (2010), se por um lado o turista/paciente não deve confiar na avaliação do *broker* sobre qual instituição de saúde escolher, por outro, sozinho, devido à falta de conhecimento técnico, ele também não consegue fazer uma opção bem embasada.

Segundo Frozé et al. (2010, p. 39), a acreditação mais respeitada no segmento é a da *Joint Commission International*, uma organização sem fins lucrativos que tem por missão “a melhoria da segurança no atendimento do paciente pela oferta de serviços de acreditação e certificação, bem como de serviços de consultoria e educação, auxiliando as organizações na implementação das melhores práticas e de soluções sustentáveis” (FROZÉ et al., 2010, p. 40).

Entretanto, para este consumidor, a acreditação da JCI não é significativa: ele não a interpreta como uma garantia de que correrá tudo bem. Pollard (2010) vai além, concluindo que todos, tanto o turista/paciente como os *brokers*, têm optado pelos serviços fazendo uso de critérios aleatórios, não embasados.

11

- Quantas agências de facilitação (*brokers*) têm pessoal qualificado que possa realizar uma avaliação adequada da qualidade dos cuidados e padrões clínicos dentro de uma unidade de saúde?
- Como é que a agência de facilitação compara a qualidade dos profissionais de saúde em diferentes países ou, ainda, no mesmo país?
- Sua recomendação é feita com base em uma "visita de familiarização", que consiste essencialmente de uma visita ao hospital e não da avaliação da qualidade clínica ou das instalações?
- Sua recomendação é feita com base na natureza do acordo financeiro entre o facilitador (*broker*) e o profissional de saúde? Tradução nossa. (POLLARD, 2010, p. 1)

Apesar disso, optou-se por iniciar a análise da oferta de serviços de turismo de saúde no Brasil por meio das instituições acreditadas pela JCI, dando ênfase aos hospitais. O quadro abaixo indica as organizações às quais o certificado da JCI foi conferido:

Número	Instituição de saúde	Cidade	Programa (certificação)
1	Aeromil Táxi Aéreo LTDA	São Paulo/SP	Transporte médico
2	AMIL Resgate Saúde	Rio de Janeiro	Transporte médico
3	AMIL Resgate Saúde - Alphaville	Barueri/SP	Transporte médico
4	AMIL Total Care - Barra da Tijuca	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório
5	AMIL Total Care - Berrini	São Paulo/SP	Ambulatório
6	AMIL Total Care - Botafogo	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório
7	Amil Total Care Cincinato Braga SP	São Paulo/SP	Ambulatório
8	Associação do Sanatório Sírio - Hospital do Coração	São Paulo/SP	Hospital
9	Associação do Sanatório Sírio – Hospital do Coração- CCPC – Acute Myocardial Infarction (AMI)	São Paulo/SP	Cuidados Clínicos
10	Associação do Sanatório Sírio – Hospital do Coração- CCPC	São Paulo/SP	Cuidados Clínicos
11	Associação Hospitalar Moinhos de Vento	Porto Alegre/RS	Hospital
12	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório
13	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP	Manguinhos/ RJ	Primeiros-socorros
14	Dal Ben Home Care Assistência Domiciliar	São Paulo/SP	Cuidados Contínuos
15	Hospital 9 de Julho	São Paulo/SP	Hospital
16	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	São Paulo/SP	Hospital
17	Hospital Copa D'OR	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
18	Hospital da Criança Santo Antonio - ISCMPA, Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas E Serviços de Saúde	Porto Alegre/RS	Hospital
19	Hospital do Câncer I	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
20	Hospital do Câncer I - Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) INCA	Rio de Janeiro/RJ	Atendimento clínico (medula óssea)
21	Hospital do Câncer II - INCA	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
22	Hospital Israelita Albert Einstein	São Paulo/SP	Hospital
23	Hospital Israelita Albert Einstein	São Paulo/SP	Acidente Vascular Encefálico Primário
24	Hospital Memorial São José LTDA	Recife/PE	Hospital
25	Hospital Paulistano	São Paulo/SP	Hospital
26	Hospital São Vicente de Paulo	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
27	Hospital Sírio-Libanês - Sociedade Beneficente de Senhoras	São Paulo/SP	Hospital
28	Hospital TotalCor	São Paulo/SP	Hospital
29	Instituto Estadual de Hematologia- Hemorio	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
30	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – Unidade Hospitalar - INTO	Rio de Janeiro/RJ	Hospital
31	PRONEP Lar Internação Domiciliar LTDA	Rio de Janeiro/RJ	Cuidados

32	PRONEP SP Serv. Esp. Dom. E Hospital LTDA São Paulo	São Paulo/SP	Cuidados Contínuos
33	S.O.S. VIDA - Soluções em Saúde	Salvador/BA	Cuidados Contínuos
34	Serviço de Referência Nacional em Filarioses	Recife/PE	Ambulatório
35	Sociedade Hospital Samaritano	São Paulo/SP	Hospital
36	Total Care Unidade Jardins - SP	São Paulo/SP	Hospital
37	Unidade Hospital São José	São Paulo/SP	Hospital

Quadro 1 – Instituições de saúde brasileiras acreditadas pela JCI

Fonte: *Joint Commission International* (2012).

Das 37 instituições acreditadas, há uma na cidade de Manguinhos (RJ), duas em Porto Alegre (RS), duas em Recife (PE), 12 no Rio de Janeiro (RJ), uma em Salvador (BA) e 19 em São Paulo (SP). Dos diferentes tipos de programas implantados em instituições brasileiras, 19 foram de hospitais, sendo dois em Porto Alegre (RS), um em Recife (PE), seis no Rio de Janeiro (RJ) e 10 em São Paulo (SP).

Desses 19 hospitais, oito são membros da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (Hospital do Coração, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Copa D’Or, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Memorial São José, Hospital Sírio-Libanês e Hospital Samaritano), o que nos permite utilizar os dados relativos a esses associados sem que haja o risco de desvios significativos.

De acordo com o último relatório publicado pela ANAHP, a taxa de ocupação média dos leitos dos seus membros no ano de 2010 foi de 78%, 1,9% a mais que no ano anterior, conforme demonstra o gráfico abaixo:

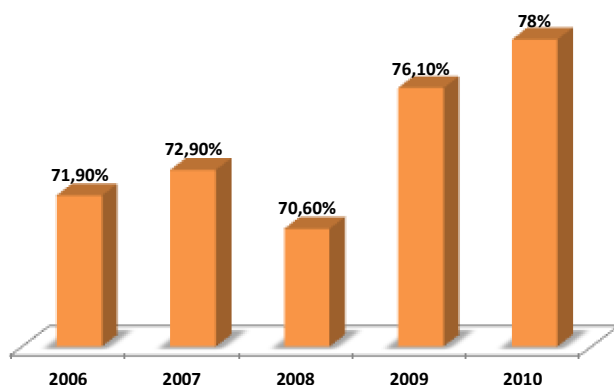


Gráfico 1 – Série histórica das taxas de ocupação dos leitos dos hospitais associados à ANAHP

Fonte: ANAHP (2011).

As taxas de ocupação das unidades de terapia intensiva (UTI) dos hospitais associados à ANAHP em 2010 variaram entre 82% a 85%, o que indica uma situação de limite operacional, de acordo com a associação: “O limite de segurança no ambiente assistencial para qualquer unidade hospitalar é 85% de Taxa de Ocupação. Denota-se aqui grande pressão por leitos críticos.” Acrescenta-se que:

O volume crescente de procedimentos eletivos, com curta permanência, disputa espaço com a pressão de internações de casos graves, em geral de urgência para tratamento clínico que exigem leitos de terapia intensiva ou de cuidados intermediários (semi-intensiva). Isto significa, na prática, que a emergência de um lado e a programação cirúrgica de outro sobrecarregam as Unidades de terapia intensiva e as enfermarias, exigindo uma gestão de leito muito eficiente (ANAHP, 2011).

Conforme a ANAHP, a demanda vem pressionando toda a capacidade instalada dos hospitais, o que permite questionar se existe, atualmente, espaço disponível para acomodar o turista de saúde no Brasil, sobretudo o que vem por motivações médico hospitalares.

Ribeiro (2011) ratifica esse quadro e sugere reflexão na hipótese de aumento da demanda, na tentativa de observar o quanto esses equipamentos e suas respectivas equipes tendem a estar preparadas para receber esse público. Com o foco da análise sobre a cidade de São Paulo, Ribeiro (2011) acrescenta que “A demanda por São Paulo é alta desde o início desse afluxo por saúde, porém, é certo que há problemas de infraestrutura pública e privada a serem trabalhadas para receber esse ‘novo’ turista”.

Sabe-se que projetos de expansão e construção dos equipamentos privados estão em andamento. O Hospital Sírio Libanês, por exemplo, duplicará a sua capacidade de atendimento, criando novas unidades de tratamento, centros cirúrgicos e alas especializadas, totalizando 692 leitos. Mas, é importante ressaltar que este é um dos poucos hospitais que têm uma equipe própria para receber clientes internacionais. De acordo com a Revista Veja São Paulo (Ano 43, nº 21, 26/05/2010), o Sírio Libanês atendeu 2.190 pacientes estrangeiros em 2009, 29% a mais do que no ano anterior.

Segundo a empresária Mariana Palha em reportagem na Gazeta Mercantil (10/02/2008. Caderno Empresas e Negócios), “o Brasil ainda caminha a passos lentos

na tentativa de criar uma infraestrutura capaz de atender, de forma profissionalizada, o paciente internacional”.

Para Vecina e Malik (2007), o relacionamento entre o setor público e privado têm sido atribulado nos últimos anos, em função das relações de poder vigentes, na sociedade e a capacidade do poder público controlar o privado.

O gestor público tem que admitir suas responsabilidades para com o setor privado. Para tal, necessita receber, analisar e controlar os dados da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária. Sem eles, não há como construir relacionamento público privado com algum grau de realismo e de conhecimento da situação (VECINA E MALIK, 2007).

Os autores, Vecina e Malik (2007) ainda afirmam, que: “é fundamental a gestão do trabalho, medido utilizando as ferramentas existentes, construindo indicadores de resultados e implantando um plano de desenvolvimento permanente do corpo clínico”.

Considerações Finais

Diante do quadro descrito, verifica-se que, em função da necessidade de atribuição de critérios técnicos para a escolha do prestador do serviço de saúde, com o objetivo de oferecer segurança e credibilidade ao turista/paciente, aliada à indisponibilidade da capacidade hospitalar atualmente instalada no Brasil para o atendimento de estrangeiros, o segmento requer investimentos e regulamentação para ser viabilizado no país.

É necessária a integração do poder público com os grupos privados. Se o que se almeja é explorar a demanda proveniente do exterior, o apoio do governo é imprescindível na realização de investimentos em infraestrutura, na ampliação da capacidade hospitalar instalada – com o objetivo de atender a demanda interna prioritariamente – e no estabelecimento de acordos internacionais que possibilitem a decisão bem embasada do consumidor.

A conscientização dos *stakeholders* do turismo de saúde sobre as vantagens e desvantagens deste segmento é fundamental para viabilizar investimentos e, com isso, melhorar a infraestrutura a ser disponibilizada para os turistas internacionais e treinar a equipe assistencial (incluindo o aprendizado de outros idiomas).

Mediante a pesquisa constata-se que o papel dos hospitais no turismo de saúde, além de receber esses visitantes e manter o padrão de qualidade do selo de acreditação internacional com auditorias constantes, é promover o desenvolvimento de projetos de incentivos e melhorias para todo o corpo clínico, assistencial e multidisciplinar; também revela-se necessário o investimento em pesquisas, em novas formas de tratamentos e na excelência do atendimento.

Em função da incipiência do tema, o desenvolvimento da temática é desejável e pode seguir em inúmeras direções, como a viabilidade em termos de segurança para o turista/paciente, a necessidade de regulamentação e transparência no setor, a globalização dos serviços, o estabelecimento da infraestrutura adequada, os papéis do poder público e da iniciativa privada na estruturação do segmento, a conceituação de turismo de saúde e a integração do fator hospitalidade com o objetivo de proporcionar a melhor experiência possível ao turista/paciente, entre outras.

O turismo de saúde no Brasil demonstra-se viável desde que exista interesse do setor público e privado para investir neste nicho de mercado, que, conforme exposto, pode trazer para o país uma demanda de estrangeiros até então não significativa nos números de entrantes e ser fruto de arrecadação de mais impostos e divisas.

Demonstra-se a aparente necessidade da criação e disponibilidade de uma melhor infraestrutura para o turista/paciente. Também se revela que se necessita de maiores investimentos para o desenvolvimento deste segmento com o intuito de alavancar a qualidade do sistema e a melhoria de todos os equipamentos de saúde disponíveis no país, beneficiando o acesso da população em geral.

Referências

- ANAHP. (2011). *Observatório ANAHP. Edição 03*. São Paulo: Autor. Recuperado em 20 de abril de 2012, de <http://anahp.com.br/files/OBSERVATÓRIO%20ANAHP%20FINAL.PDF>
- ANAHP. (2010). *Observatório ANAHP. Edição 02*. São Paulo: Autor. Recuperado em 20 de abril de 2012, de http://anahp.com.br/files/Observatorio_ANAHP_ed02.pdf
- Bergamo, G. (2010, 26 de maio). Profissionais e preços atraem estrangeiros a hospitais da capital. *Revista Veja São Paulo, edição 2166*. Recuperado em 20 de abril de 2012, de <http://vejasp.abril.com.br/revista/edicao-2166/estrangeiros-hospitais-clinicas-capital>

- Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., Gonçalves, P. C., & Marques, F. M. L. (2007). Análise de stakeholders: um estudo no setor hospitalar do Estado de São Paulo. *X SEMEAD - Seminários em Administração, FEA-USP, São Paulo*.
- BRASIL. Ministério do Turismo. (2011). *Turismo de saúde: segmento promissor*. Brasília: Autor. Recuperado em 17 de abril de 2012, de http://www.turismo.gov.br/turismo/noticias/todas_noticias/20111021-1.html
- BRASIL. Ministério do Turismo. (2011). *Brasil promove turismo médico em evento internacional*. Brasília: Autor. Recuperado em 18 de abril de 2012, de http://www.turismo.gov.br/turismo/noticias/todas_noticias/20111024-1.html
- BRASIL. Ministério do Turismo. (2010). *Turismo de Saúde: Orientações Básicas*. Brasília: Autor.
- Crooks, V. A., Johnston, R., Kingsbury, P. & Snyder, J. (2010) *What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review*. *BioMed Central*. Recuperado em 18 de abril de 2012, de <http://w09.biomedcentral.com/1472-6963/10/266/>
- Crooks, V. A., Johnston, R., Penney, K. & Snyder, J. (2011) *Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of Canadian broker websites*. *BioMed Central*. Recuperado em 18 de abril de 2012, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/12/17>
- Deloitte Center for Health Solutions. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Washington, DC: Autor. Recuperado em 17 de abril de 2012, de [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-unitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy\(3\).pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-unitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy(3).pdf)
- Deloitte Center for Health Solutions. (2009). *Medical Tourism: Update and implications*. Washington, DC: Autor. Recuperado em 17 de abril de 2012, de http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourism_111209_web.pdf
- Dorneles, O.C.C; Frozé, V.D; Muzachi, M.A; Wada, E.K, (2009). Reflexões sobre o Turismo de Saúde no Brasil e o Diferencial da Acreditação. Artigo apresentado no VI Seminário ANPTUR. São Paulo.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategy Management: A Stakeholder Perspective*. Boston, MA: Pitman
- Frozé, V. D., Gianotti, H. P. & Gianotti, P. S. (2010). Considerações sobre o Turismo de Saúde na América Latina – Serviços de Primeiro Mundo com preços de Países Emergentes? *Revista de Hospitalidade, volume VIII, número 1*, 32-42.
- Godói, A. F. (2009). *O Turismo de Saúde: uma visão da hospitalidade médica mundial*. São Paulo: Ícone
- Helble, M. (2010). *The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health*. Recuperado em 17 de abril de 2012, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/>
- Joint Commission International. (n.d.). Lista de instituições brasileiras acreditadas pela JCI. Recuperado em 17 de abril de 2012, de <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>
- Koga, E.S. (2011). *Análise dos stakeholders e gestão dos meios de hospedagem: estudo de casos múltiplos na Vila do Abraão, Ilha Grande, RJ*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Hospitalidade, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo.
- OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Accounts*. doi: 10.1787/9789264116016-en
- Oliveira, R. (2008, 8 de fevereiro). Na contramão do turismo de saúde. *Gazeta Mercantil – Economia e Negócios*. Recuperado em 20 de abril de 2012, de http://www.primemedicalconciierge.com.br/en/midia_imprensa_02.php
- OMT. (2010). *International Recommendations for Tourism Statistics 2008*. Nova Iorque: Autor. Recuperado em 19 de abril de 2012, de <http://statistics.unwto.org/en/content/international-recommendations-tourism-statistics-2008-irts-2008>
- Pollard, K. (2010). *How can patients judge quality in medical tourism? International Medical Travel Journal*. Recuperado em 18 de abril de 2012, de <http://www.imtjonline.com/articles/2009/quality-medical-tourism30024/>
- Ribeiro, L. A. M. (2011). *Turismo médico: análise contemporânea do turismo de saúde em São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Hospitalidade, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo.

Spece, R. (2010). Medical Tourism: Protecting Patients from Conflicts of Interest in Broker's Fees Paid by Foreign Providers. *Journal of Health & Biomedical Law*. Vol. VI, 1-36. Recuperado em 28 de abril de 2012, de <https://www.law.suffolk.edu/highlights/stuorgs/health/upload/Spece-1-36.pdf>

Vecina Neto, G., Malik, A.M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (4) 825-839.