



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Marco Alexandre Oliveira Rodrigues

**Turismo de Saúde na Região de Fátima:
Contributos à *Clusterização*, enquanto
Modelo de Desenvolvimento**

Dissertação de Mestrado

Orientado por: Professor Doutor Luís Mota Figueira, Professor Coordenador do Departamento de Gestão Turística e Cultural do Instituto Politécnico de Tomar

Coorientado por: Professora Doutora Teresa Serrano, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém e Vice-Presidente do Instituto Politécnico de Santarém

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

Tomar, Dezembro de 2013

DECLARAÇÃO

Nome: Marco Alexandre Oliveira Rodrigues

Endereço Electrónico: marco.ao.rodrigues@gmail.com

Título da Dissertação de Mestrado:

Turismo de Saúde na Região de Fátima: Contributos à *Clusterização*, enquanto Modelo de Desenvolvimento

Orientador:

Professor Doutor Luís Mota Figueira

Coorientador:

Professoora Doutora Teresa Serrano

Ano de Conclusão: 2013

Designação do Mestrado:

Gestão de Recursos de Saúde

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Instituto Politécnico de Tomar, Dezembro de 2013

Assinatura: _____

RESUMO

O Turismo de Saúde encontra-se elencado no Plano Estratégico Nacional de Turismo, como um produto estratégico. Assim, a análise da importância do Setor do Turismo e da Saúde para a economia portuguesa, é fulcral para a possibilidade de se realizar interpretações fidedignas da realidade. Também, esta temática encontra-se em pleno desenvolvimento no contexto sociopolítico e empresarial em Portugal, pelo que se torna um importante tema de investigação sob o ponto de vista da Gestão de Recursos de Saúde.

Assim, o objetivo desta dissertação é analisar se a criação do Cluster de Turismo de Saúde para região de Fátima, contribui para o desenvolvimento de sinergias, entre os intervenientes do mercado, de forma a qualificar a Oferta, originando produtos que respondam efetivamente às necessidades dos mercados emissores.

É realizado um estudo qualitativo, exploratório, onde a técnica da Entrevista, é o instrumento preponderante de colheita de dados. Esta possibilita ao investigador aceder à informação privilegiada que estes detêm, bem como às suas interpretações e possibilidades de decisão.

Desta forma, as evidências facultadas por Gestores-chave da região de Fátima e da área da *Clusterização* do setor da Saúde em Portugal, permitiram a realização de uma análise *SWOT* e perceber quais as fases que são necessárias percorrer no sentido de se encontrar estratégias que permitam criar produtos sustentáveis e adaptados às necessidades dos mercados emissores para a região.

Concluiu-se que o Fátima pode integrar, como complemento, um produto de Turismo de Saúde, pela sua projeção mundial, capacidade hoteleira instalada, características e potencialidades, mas não ser um destino deste segmento. Também, o desenvolvimento de um Cluster de Turismo de Saúde na Região, permite qualificar a oferta turística, criando sinergias, onde a criação de produtos inovadores e diferenciadores seja desígnio que responda às necessidades dos turistas e comunidade local.

Palavras-chave: Turismo de Saúde, Fátima, Cluster, Modelos, Mercados

ABSTRACT

The Health Tourism is part listed in the National Strategic Plan of Tourism, as a tourism strategic product. Therefore, the analysis of the importance of the Tourism and Health Sector for the portuguese economy, is central for the possibility to perform reliable interpretations of reality. Thus, this theme is in full development in socio-political and business environment in Portugal, it is therefore an important research topic from the point of view of Health Management Resources.

The main purpose of this dissertation is to analyse if the creation of the Health Tourism Cluster on the region of Fátima, contributes to the synergies development, among market actors, in order to qualify the Offer, creating products that actually respond to the needs of source markets.

Is conducted a qualitative and exploratory study, where the interview technique is the predominant instrument of data collection. This technique enables the researcher to acess to the inside information they hold, as well as their interpretations and decisions possibilites.

This way, the evidence provided by key-managers of the region of Fátima and of the clustering area in Portugal Health sector, allowed to conduct a SWOT analysis to understand which are the necessary steps to travel in order to find strategies whom allow to create sustainable products and adapted to the needs of source markets for the region.

It was concluded that Fatima can include, as a complement, a product of Health Tourism, for its global presence, hotel capacity installed, features and capabilities, but not being a target of this segment. Also, the development of a Health Tourism Cluster in the region, allows to qualify the touristic offer, creating synergies, where the creation of innovative and differentiating products may be a design who responds to the tourists and local community needs.

Key-words: Health Tourism, Fatima, Cluster, Models, Markets

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento destes projetos académicos e igualmente pessoais, requerem uma entrega pessoal que vai muito para além da esfera individual. Assim, os anseios, sacrifícios, necessidade de dedicação, partilha de preocupações, acabam por incluir quem está próximo.

Assim, os agradecimentos têm que recair sobre a família, e deixo aqui uma palavra de profunda gratidão à minha esposa, Mafalda, que ao longo destes dois últimos anos, muito apoiou, criou todas as condições para a construção deste projeto e partilhou todos os momentos, corrigindo de uma forma pragmática as indecisões que confundem a mente nos mais diversos momentos do percurso. À minha Leonor, por ter compreendido a ausência do pai, nos mais diversos momentos, por ter permitido a partilha entre a resposta às suas necessidade de uma criança de sete anos e esta realização, e até a sua disponibilidade para ler e ajudar na construção do mesmo. Fico com a convicção que quaisquer palavras são pequenas para expressar a minha gratidão e reconhecimento.

Ao Professor Doutor Luís Mota Figueira e à Professora Doutora Teresa Serrano, pela sua orientação, partilha de conhecimentos e possibilidades de aprendizagem que proporcionaram ao longo do nosso percurso, também pela sua compreensão, motivação e de força nos momentos de maior dificuldade.

Uma palavra, muito especial de agradecimento ao Professor Doutor Jorge Simões, pelo conhecimento, capacidade de resposta, transmissão de motivação e que permitiu a construção de uma amizade, demonstrando ser possível que o ensino académico, neste nível, pode ser desempenhado num clima de proximidade, partilha e também de rigor científico.

Ainda um especial Agradecimento:

Aos meus Pais, que compreenderam as minhas ausências ao longo deste percurso, que se disponibilizaram para partilhar as responsabilidades que foram surgindo ao longo do caminho, o meu especial muito obrigado.

Aos amigos que se mantiveram próximos, que apoiaram e criaram um clima de positividade e alento, Filipa e Miguel, Tatiana e Nuno, que arcaram com as responsabilidades empresariais que assumimos neste percurso.

Ao Rodrigo, que partilhou e incentivou e apoiou desde o início todo este percurso, que esteve sempre disponível e presente. Bem como, ao Paulo que foi sempre motivando e incentivado, proporcionando momentos de reflexão e uma visão diferenciadora do tema. E uma palavra à Tatiana e à Magda, que ofereceram os seus conhecimentos de inglês, quando eles foram mais necessários.

À Professora Doutora Natércia Santos e ao Mestre João Pinto Coelho, pela sua partilha, ajuda e disponibilidade nos mais diversos momentos deste percurso.

À ACISO, na pessoa do seu Presidente, Dr. Francisco Vieira, Diretora Executiva, Dr.^a Purificação Reis, Dr.^a Sílvia Eugénio e restantes colaboradores, e a todos entrevistados que possibilitaram a realização deste estudo.

Instituto Politécnico de Tomar, Dezembro de 2013

Assinatura: _____

Índice

Introdução	1
Metodologia	3
Capítulo I : Conceptualização do Turismo e Saúde: Hipóteses de Estudo	7
1.1. Introdução	7
1.2. Revisão da literatura e Estado da Arte: O Turismo de Saúde e Turismo Médico em 2013.....	7
1.3. Dados internacionais acerca do Setor do Turismo de Saúde	15
1.4. Setor da Saúde e a sua importância na economia	16
1.5. Síntese.....	18
Capítulo II: Turismo de Saúde: Pontencialidades de Dinamização.....	21
2.1. Introdução	21
2.2. Especificidades do Turismo de Saúde	21
2.2.1. Análise dos mercados emissores de Turismo de Saúde	22
2.2.2. A Procura e a Oferta no Turismo de Saúde	23
2.2.3. A Qualidade e Segurança no Turismo de Saúde e Turismo Médico.....	24
2.2.4. Definições de Turismo de Saúde e Turismo Médico	25
2.3. Modelos de Turismo de Saúde e Turismo Médico	26
2.3.1. Modelo <i>Two Stages</i>	28
2.3.2. Modelo dos Canais de Distribuição.....	29
2.3.3. Quadro Conceptual das Motivações de Turistas em Turismo Médico.....	30
2.3.4. Modelo Integrado do Mercado	31
2.4. Aspectos Críticos do Turismo Saúde	33
2.5. Síntese.....	35
Capítulo III: Cuidados de Saúde no Contexto Europeu: Turismo de Saúde e Cuidados de Saúde Transfronteiriços.....	37
3.1. Introdução	37
3.2. Cuidados de Saúde Transfronteiriços e a Implementação da Diretiva 24/2011	37
3.3. Pressupostos à Prestação de Cuidados de Saúde Transfronteiriços no Quadro da Diretiva 24/2011	40
3.4. Turismo de Saúde na Europa: O Ambiente <i>Web</i>	43
3.5. Síntese.....	47
Capítulo IV: Turismo de Saúde em Portugal.....	49

4.1. Introdução.....	49
4.2. Portugal: o Setor do Turismo	49
4.3. Portugal: o Setor da Saúde	51
4.4. Turismo de Saúde em Portugal.....	53
4.5. Turismo de Saúde na Região Centro e no CRER 2020.....	57
4.6. PNS 2012-2016 e a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde: pressupostos que interessam ao Turismo de Saúde	59
4.7. Síntese.....	64
Capítulo V: Turismo de Saúde na Região Centro – Fátima	67
5.1. Introdução.....	67
5.2. Modelos já em desenvolvimento em Portugal.....	67
5.3. Caracterização do objeto de Estudo – Fátima	68
5.3.1. Fátima: Desenho de Saúde e Socioeconómico	68
5.3.2. Contextualização turística e de saúde da Região	69
5.4. Clusterização na Dinamização do Turismo de Saúde em Fátima	71
5.4.1. Definição de Cluster e sua Importância na Internacionalização do Setor da Saúde.....	73
5.5. Respostas estruturadas para o desenvolvimento do <i>Cluster</i> : Turismo de Saúde em Fátima.....	76
5.5.1. Contributos à estruturação do <i>Cluster</i> Turismo de Saúde em Fátima	79
5.6. Síntese.....	81
Conclusões	83
Limitações da Investigação.....	84
Referências Bibliográficas	87
Anexos.....	93

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema Metodológico	6
Figura 2: Modelo dos <i>Two Stages</i>	29
Figura 3: Modelo dos Canais de Distribuição	30
Figura 4: Quadro conceptual das motivações de turistas em turismo médico.....	31
Figura 5: Modelo Integrado do Mercado.....	33
Figura 6: Matriz de Produto <i>versus</i> Destino.....	58
Figura 7: Eixos Estratégicos do PNS 2012-2016	63
Figura 8: Rede de Referenciação Hospitalar para a população do Distrito de Santarém..	70
Figura 9: Quadro Conceptual	72
Figura 10: <i>Cluster</i> do Turismo	74
Figura 11: <i>Cluster</i> da Saúde	75

Índice de Quadros

Quadro 1: Revisão da Literatura	14
Quadro 2: Obrigações do Estado-Membro de tratamento que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços.....	42
Quadro 3: Obrigações do Estado-Membro de afiliação no que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços.....	43
Quadro 4: Pesquisa de endereços eletrónicos de Turismo de saúde nos 28 países da UE	46
Quadro 5: Fatores distintivos e principais ações a desenvolver em Portugal no setor do Turismo de Saúde e Bem-Estar	55
Quadro 6: Análise SWOT a Fátima e Turismo de Saúde	78
Quadro 7: Contributos à <i>Clusterização</i> do Turismo de Saúde em Fátima.....	80

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Esperança média de Vida à Nascença	51
Gráfico 2: Esperança média de Vida à Nascença	52
Gráfico 3: Dados demográficos dos Municípios do Médio Tejo	69
Gráfico 4: Distribuição dos Estabelecimentos Hoteleiros	70

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS LVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CCDRC: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro.

CHLP: Centro Hospitalar Leiria-Pombal

CHMT: Centro Hospitalar do Médio Tejo

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRER: Competitividade Responsável, Estruturante e Resilente

CRRNEU: Comissão Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS: Direção Geral de Saúde

EM: Estados Membros

ENDS: Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

ENQS: Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde

ENQS: Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

EPE: Entidade Pública Empresarial

ERS: Entidade Reguladora de Saúde

EUR: Euro

HCP: *Health Cluster* Portugal

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

ISO: International Organization Standardization

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMT: Organização Mundial do Turismo

PALOP: Países de Língua Oficial Portuguesa

PENT: Plano Estratégico Nacional de Turismo

PIB: Produto Interno Bruto

PNS: Plano Nacional de Saúde

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SUB: Serviço de Urgência Básica

SUMC: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TJUE: Tribunal de Justiça da União Europeia

UE: União Europeia

ULS: Unidade Local de Saúde

UNWTO: United Nations World Tourism Organization

USD: United States Dolar

Introdução

O setor do turismo representa a vontade e motivação do ser humano em conhecer novas culturas, lugares, monumentos, bem como encontrar, viver e sentir experiências que o enriquecem enquanto ser humano. Assim, este conceito tem-se pautado por um grande dinamismo, renovando-se e inovando-se ao ritmo da própria sociedade.

O Plano Estratégico Nacional de Turismo (PENT), enquanto documento que orienta o setor do Turismo, integra, entre outros, o Turismo de Saúde como um produto estratégico do setor em Portugal.

Assim, o Turismo de Saúde, onde está incluído o Turismo Médico, tem tido nos últimos anos, um nível de desenvolvimento e crescimento expressivos, possibilitando a criação de novos segmentos e produtos, mas potenciando outros que podem estar diretamente relacionados.

Segundo a investigação realizada pelo Espirito Santo Research (Palma et al., 2010), o turismo de saúde tem registado crescimento e diversificação contínuos, tornando-se um dos sectores em mais rápido crescimento no Mundo, pelo que se torna importante perceber quais as tendências atuais e futuras ao nível dos diferentes mercados.

Por estes fatos, o Portugal, pelas suas características físicas, sociais, climatéricas e implementação de infraestruturas e equipamentos, tanto hoteleiras, como de saúde, tem potencialidades para se afirmar neste setor do Turismo.

Mas, enquanto produto de Turismo, o setor do Turismo de Saúde, tem especificidades e características únicas e complexas, possuindo requisitos ao nível de infraestruturas, equipamentos, recursos humanos e de interligação dos diferentes setores associados, altamente exigentes no que diz respeito aos modelos a utilizar.

Assim, a mobilidade de pessoas a países estrangeiros com o objetivo de cuidados de saúde, é uma realidade com interesse económico. Desta forma, importa caracterizar as motivações que levam à procura de cuidados de saúde em destinos fora do seu país de origem. Também, qual a forma como procuram esses destinos e o que procuram, de forma a responder às suas necessidades.

Por outro lado, a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços, vem abrir um leque de oportunidades, a nível do espaço europeu, no que respeita à mobilidade de doentes e cidadãos na procura de serviços e cuidados de saúde fora do seu país de origem.

Vem, por um lado, clarificar o quadro que existia, ao nível da prestação de cuidados de saúde a doentes de outros Estados-membros (EM), possibilitando o nível de cooperação das instituições. De um outro ponto de vista, vem regulação do acesso aos cuidados de saúde noutra EM, normalizar a informação clínica dos doentes e transferências desta informação para os EM de afiliação.

Desta forma, será importante uma análise que permita integrar os dados dos setores do Turismo e da Saúde, numa articulação das suas potencialidades, de forma a perspetivar a criação de sinergias que possibilitem o desenvolvimento de produtos de Turismo de Saúde em Portugal, nomeadamente na Região de Fátima, enquadrando a *Clusterização* como modelo de desenvolvimento.

Assim, o objetivo desta dissertação é analisar as potencialidades de criação do Cluster de Turismo de Saúde para região de Fátima. Também é importante relacionar se a região tem as características necessárias à criação deste produto de turismo, se existe o reconhecimento por parte dos *players* locais para o desenvolvimento de sinergias, de forma a qualificar a Oferta, e se o modelo de *Clusterização* pode responder à dinamização do produto a nível regional.

Metodologia

O processo de investigação terá que ser suportado pelas bases conceptuais do Setor da Saúde, bem como, alicerçada nos pressupostos do Setor do Turismo.

Assim, no sentido da definição do problema e objeto de estudo é necessário enquadrar, em termos metodológicos, o tema de Turismo de Saúde. Para isso, a revisão da literatura possibilitou a observação das teorias e modelos, a descrição de casos e, também, de terminologias e conceitos que são utilizados ao longo do texto.

O primeiro capítulo analisa o peso que o setor do turismo tem na economia mundial, tentando dar a perceber qual tem sido o seu desenvolvimento e previsões de crescimento a uma escala temporal até 2030. Também, a análise do setor da saúde na economia demonstra a sua importância na criação de riqueza e bem-estar social. Neste sentido, o posicionamento do mercado europeu no segmento do Turismo e, em particular do Turismo de Saúde, torna-se um ponto fundamental a abordar. Nesta perspetiva, Fátima e as suas ligações às cidades próximas (Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo e Comunidade Intermunicipal do Pinhal Litoral), será a área geográfica escolhida para este estudo, designando-se ao longo do estudo como Região de Fátima.

No segundo capítulo, são definidos os conceitos de Turismo de Saúde e Turismo Médico, evidenciando-se as suas características específicas, potencialidades de crescimento e desenvolvimento, enquanto produto de Turismo, percebendo a sustentabilidade do mesmo. Realiza-se assim, a análise dos modelos empíricos já implementados em outros países.

No terceiro capítulo, realiza-se uma análise aos cuidados de saúde no espaço europeu, caracterizando-se as especificidades deste mercado nesta área, no quadro da implementação da Diretiva 24/2011 da UE, relativa aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Realizando-se também, uma pesquisa à forma como se encontra disponível, ao nível da *Web*, os produtos de Turismo de Saúde no espaço dos 28 países que compõem a UE.

No quarto capítulo, evidencia-se a importância do setor do Turismo na Economia Portuguesa, constatando-se as potencialidades e necessidades de desenvolvimento deste

destino turístico. Analisa-se igualmente quais têm sido as estratégias políticas e empresariais ao nível do setor Turismo de Saúde, percebendo-se criticamente quais os pontos onde existem lacunas na estratégia política já delineada para o setor. Estruturando-se a pesquisa em torno das opções regionais no que respeita a este produto, concretamente ao nível da estratégia definida para 2020.

O quinto capítulo reflete a importância da criação e implementação de um modelo para a realidade da Região de Fátima, que tenha em conta as especificidades do produto e características da região, cimentando o envolvimento de todos os intervenientes no sistema, de forma a responder eficazmente às exigentes e complexas necessidades destes consumidores.

Neste sentido, e em termos metodológicos esta investigação terá que passar por uma componente qualitativa exploratória. Trata-se de um estudo diagnóstico com o objetivo de promover a investigação da articulação entre serviços de saúde, médicos e serviços de turismo, proceder à análise da situação competitiva da região de Fátima e ainda a definição do modelo que melhor evidencie as potencialidades da Região. De salientar que estas necessidades são inventariadas ao nível do Plano Estratégico Nacional do Turismo (PENT) (Turismo de Portugal, 2013, p. 28).

O instrumento preponderante de colheita de dados é a Entrevista. Esta possibilita ao investigador aceder à análise do sentido que os entrevistados dão às suas práticas e aos acontecimentos com que se deparam no seu quotidiano, permitindo aceder à informação privilegiada que estes detêm, bem como às suas interpretações e possibilidades de decisão assente nessa mesma informação (Quivy & Campenhoudt, 1998)

Assim, a opção por orientar as entrevistas a Gestores-chave do setor do Turismo e Saúde, na região Fátima pressupõe que estes possuem a capacidade de influenciar as políticas de turismo e de saúde da região definida.

Desta forma, foram construídos os seguintes critérios de seleção:

- Capacidade de influenciar e executar políticas de saúde ao nível da Região;
- Conhecer a estrutura empresarial do setor do turismo na Região Fátima

- Executar e influenciar a política no setor administrativo público ao nível local.
- Desenvolver e promover modelos de desenvolvimento na área da *clusterização* em saúde;

Para tal, a construção de um Guião de Entrevista (Anexo III), que teve como objetivo responder às questões elaboradas, bem como aferir as hipóteses construídas.

No sentido da real perceção dos pressupostos que compõem o guião de entrevista, procedeu-se à realização de um pré-teste ao Guião de Entrevista que teve o objetivo de aferir a capacidade que este instrumento tinha na resposta aos objetivos do estudo.

A análise dos resultados passou pela audição das gravações, sendo realizada uma síntese das evidências relevantes (Bardin, 1995). Construiu-se uma análise na perspetiva da análise SWOT e através da confrontação dos pressupostos evidenciados ao longo da revisão da literatura com as respostas dos Gestores-chave, acerca das áreas temáticas desenvolvidas.

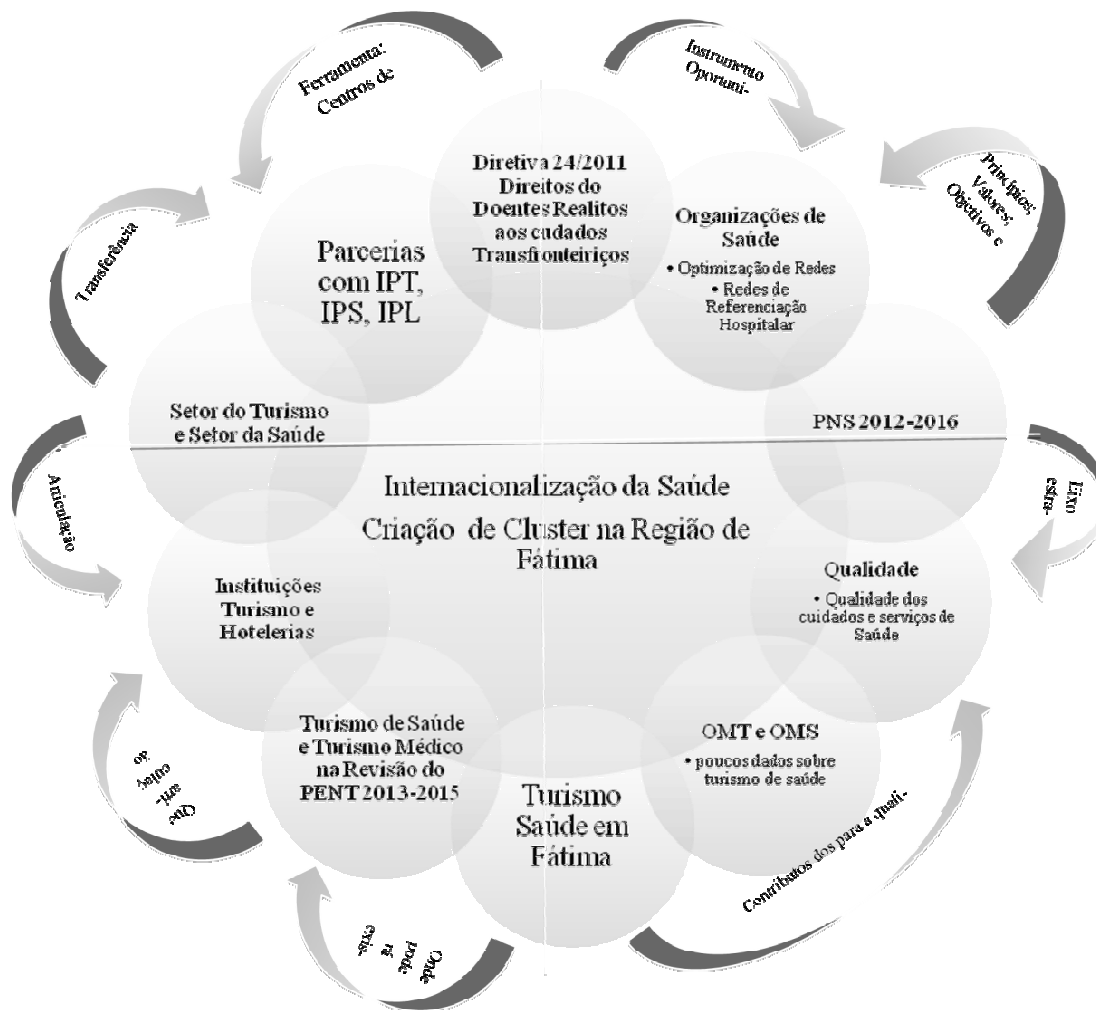
Assim coloca-se a pergunta de partida: Existem as condições necessárias ao desenvolvimento de um Cluster de Turismo de Saúde para a região de Fátima?

Sendo ainda imperioso perceber em que medida pode o setor da Saúde qualificar o setor do Turismo. E, questionando ainda:

- Quais os equipamentos de saúde necessários?
 - Hipótese I: Os equipamentos de saúde que existem na região são em quantidade e qualidade suficiente para servir a comunidade local e os turistas.
- Que tipos de investimento associados a esses equipamentos de Saúde?
 - Hipótese II: Os equipamentos de saúde reúnem as condições para responder às necessidades e exigências do mercado.
- Que posicionamento geográfico?
 - Hipótese III: Existe a possibilidade de se criarem sinergias entre os *players da* Saúde e do Turismo.

- Que modelo pode promover as sinergias entre serviços de Turismo e Saúde?
 - Hipótese IV: O modelo da *Clusterização* desenvolve o produto de Turismo de Saúde para a Região de Fátima.
- Que problemáticas a nível da acessibilidade, equidade e ética na disponibilização e prestação dos serviços de saúde?
 - Hipótese V: As comunidades locais, com a prestação de cuidados de saúde a turistas têm a sua acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde diminuída.

Como veremos, a resposta a estas questões articula-se na relação entre a temática estudada e o seu contexto geográfico regional e internacional, bem como com os aspetos socioeconómicos.



Capítulo I : Conceptualização do Turismo e Saúde: Hipóteses de Estudo

1.1. Introdução

O Turismo de Saúde encontra-se elencado no Plano Estratégico Nacional de Turismo, na sua revisão em 2013, como um produto estratégico no setor do Turismo em Portugal (Turismo de Portugal, 2013).

Assim, torna-se fundamental, realizar uma revisão da literatura no que se refere ao Turismo de Saúde, Turismo Médico e Cuidados de Saúde Transfronteiriços, focando a análise nas oportunidades que espaço europeu e países culturalmente próximos de Portugal oferecem.

Também, a análise do Setor do Turismo e do Setor da Saúde na sua importância para a economia portuguesa, é fulcral dada a possibilidade de se realizarem interpretações fidedignas da realidade, e evidenciando a relevância das linhas de investigação pertinentes ao tema em estudo.

1.2. Revisão da literatura e Estado da Arte: O Turismo de Saúde e Turismo Médico em 2013

O Turismo de Saúde tem registado um crescimento anual expressivo a nível Europeu, registando-se desde o ano 2000 um crescimento entre os 7% e 8%, prevendo-se que se mantenha em valores idênticos até 2015 (Turismo de Portugal, 2013).

A Revisão do Plano Estratégico Nacional de Turismo (PENT), para o horizonte temporal 2013 – 2015, decorre da necessidade de o adaptar às mudanças estratégicas nacionais e de o enquadrar à realidade do período de instabilidade económico-financeira, que se encontra instalada a nível europeu, sendo este o principal mercado emissor de turistas para Portugal, ao qual este estudo não pode ser alheio (Turismo de Portugal, 2013).

Assim, o PENT, na sua revisão mantém o Turismo de Saúde, como um produto de relevância estratégica para Portugal, tendo o objetivo de qualificar e classificar a oferta de turismo, tanto no sentido do desenvolvimento e crescimento deste, como nas componentes médica, termalismo, spa e talassoterapia, possuindo como desígnio a estruturação e a promoção conjunta das valências médica e turística (Turismo de Portugal, 2013)

Neste sentido, o objetivo plasmado no PENT, reflete a necessidade de *“vocacionar a oferta do produto para os turistas cuja motivação primária é a obtenção de benefícios relacionados com os cuidados de saúde, articulando a valência médica com as valências turísticas que lhe estão direta e indiretamente associadas, desde o termalismo ao lazer e passando pelo bem-estar”* (Turismo de Portugal, 2013, p. 20).

Por estes factos, o interesse em realizar um diagnóstico à oferta às necessidades organizacionais e perceber qual o modelo que melhor possa estruturar este produto estratégico, necessita obrigatoriamente de uma revisão de literatura do que se encontra estudado acerca do Turismo de Saúde e Turismo Médico a nível internacional.

Autor(es) e Ano	Título	Comentário
(Connell, 2013)	Contemporary medical tourism: Conceptualization, culture and commodification	A existência de múltiplas referências à caracterização de Turismo Médico demonstra a dificuldade em concretizar uma definição consensual. A existência de um crescente número de estudos, não tem refletido o rigor e detalhe dos dados, recomendando-se prudência na avaliação de estimativas. Ainda se desconhece quais os motivos que levam às escolhas dos destinos e como esses processos diferem dos outros turistas. Também, existem poucos dados acerca dos tempos médios de estadia, despesas e atividades turísticas paralelas. Existe um consenso sobre a necessidade de estudos mais aprofundados e de dados com maior grau de realismo. Os cuidados de saúde transfronteiriços estão cada vez mais ligados a atividades turísticas, permitindo a doentes estrangeiros um ambiente cultural a fim de os ocupar em períodos de pré e pós-operatório.
(Wismar, Palm, Figueras, Ernst, & Ginneken, 2011)	Cross-border Health Care in the European Union	Os cuidados de saúde transfronteiriços, a nível europeu tornaram-se um fenómeno de maior proeminência, em que os doentes agem mais como consumidores informados, reivindicando o direito de escolher o seu prestador de cuidados de saúde. Sendo esta mobilidade motivada pela insatisfação com a prestação de cuidados de saúde no país de origem. Devido á ineficiências dos sistemas de saúde, existem seguradoras de saúde que se encontram em processos de contratação de cuidados de saúde, a prestadores de outros países, no que respeita a procedimentos específicos, no sentido de garantir o tratamento oportuno.

Autor(es) e Ano	Título	Comentário
(Penney, Snyder, Crooks, & Johnston, 2011)	Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of Canadian broker websites	<p>Com o crescimento do Turismo Médico a nível global, existem agências que se têm vindo a especializar em acordos internacionais em assistência médica. Como tal, estas agências desempenham um papel importante na comunicação das informações acerca dos procedimentos que vão ser prestados aos doentes, levantando-se questões éticas acerca da comunicação de riscos, consentimento informado e responsabilidades em caso de complicações de saúde, que possam ocorrer decorrente dos atos praticados.</p> <p>Pelo que se conclui que, ao nível das agências que operam no Canadá, não têm um padrão comum de atendimento, existindo carências na adequada comunicação de riscos para os turistas médicos. Existindo assim implicações para o consentimento informado e conseqüente segurança dos turistas médicos canadenses.</p>
(Lunt et al., 2011)	Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: scoping review	<p>O crescente fluxo, a nível global de doentes, profissionais de saúde, tecnologia médica e novas diretivas de regulação em saúde através das fronteiras nacionais tem originado novos padrões de consumo e produção de serviços de saúde.</p> <p>Pelo que tem surgido um crescente comércio na área da saúde, que tem envolvido o movimento de doentes através das fronteiras na procura de tratamentos de saúde e médico – Turismo de Saúde e Turismo Médico. É definido Turismo Médico como a viagem realizada por um consumidor através das fronteiras internacionais com a intenção de receber algum tratamento de saúde.</p> <p>A revisão da literatura realizada por este estudo evidencia as lacunas significativas ao nível da investigação nesta área, concluindo-se que existe uma falta de dados sistemáticos sobre o comércio de serviços de saúde. As evidências são escassas, não permitindo avaliar quem beneficia e quem perde ao nível sistema, programa, organização e tratamento.</p> <p>Assim, recomenda-se a criação de mecanismos que possibilitem analisar, de uma forma regular e sistematizada, o saldo da balança comercial, que envolve o Turismo Médico.</p>
(Heung, Kucukusta, & Song, 2011)	Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers	<p>A globalização da saúde tem dado origem a uma nova forma de turismo – Turismo de Saúde, e dentro deste o turismo médico é um dos setores que mais cresce.</p> <p>Assim, o objetivo deste estudo é investigar, analisar e explicar os fatores que influenciam o desenvolvimento do turismo médico em Hong Kong com base em dados recolhidos a partir de hospitais públicos e privados, órgãos governamentais, instituições e médicos.</p> <p>Para tal, realizou-se um estudo qualitativo exploratório.</p> <p>Os resultados evidenciam que existem obstáculos ao desenvolvimento deste setor, em Hong Kong. Assim, como o avultado investimento necessário, a necessidade de intervenção governamental, as necessidades de saúde da comunidade local, desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e turismo especializados neste setor.</p>

Autor(es) e Ano	Título	Comentário
(Labonté et al., 2011)	Towards health-equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final report to the commission on social determinants of health	<p>A globalização possui um potencial para melhorar a saúde humana, mas apresenta muitos desafios, afetando o acesso às determinantes sociais da saúde, existindo uma preocupação com a distribuição e equidade no acesso à saúde.</p> <p>A globalização afeta a saúde e as determinantes sociais da saúde através de mudanças ao nível da estratificação social, vulnerabilidades que imprime nos sistemas de saúde.</p> <p>Neste sentido, a globalização tem provocado assimetrias e desigualdades, recompensando mercados que já por si possuem ativos, que favorecem o controlo e conceção dessas regras.</p> <p>Dentro dos estudos de caso analisados pelos investigadores, a Tailândia surge como um destino que investiu no Turismo de Saúde, o que permitiu um aumento rápido e significativo de doentes estrangeiros tratados.</p> <p>No entanto, a canalização de recursos para um doente estrangeiro pode corresponder ao equivalente utilizado em 4 a 5 tailandeses, o que equivale a 3% do peso total no sistema. Mas, se o crescimento continuar pode chegar aos 12%.</p> <p>Necessitando de mais recursos humanos, levando à transferência de recursos do público para o privado, favorecendo a transferência dos melhores profissionais para o setor privado, que serve o Turismo de Saúde, em detrimento das comunidades locais.</p>
(Lee, 2010)	Health care and tourism: Evidence from Singapore Chew	<p>Esta pesquisa tem o seu foco na relação entre os cuidados de saúde e o Turismo. Desta forma, os turistas podem avaliar um potencial destino com base no seu histórico em proporcionar um ambiente saudável aos seus visitantes.</p> <p>Assim, a ocorrência de acidentes, lesões e problemas de saúde podem afetar negativamente a procura pelo destino turístico.</p> <p>A inter-relação entre cuidados de saúde e Turismo tem recebido pouca atenção por parte das linhas de investigação, apesar da sua importância.</p> <p>Assim, este estudo evidencia as relações de curto prazo e as interações dinâmicas que surgem a longo-prazo entre cuidados de saúde e turismo em Singapura.</p> <p>Os resultados obtidos sugerem uma relação de casualidade no longo-prazo entre cuidados de saúde e Turismo para Singapura, e de não casualidade no curto-prazo</p> <p>Assim, estes resultados são importantes na medida em que evidenciam que o desenvolvimento do setor da saúde influencia positivamente o setor do turismo a longo-prazo, reconhecendo que a saúde é um dos principais atributos na escolha do destino turístico e um dos principais fatores de crescimento da economia de Singapura.</p>

Autor(es) Ano	e Título	Comentário
(Lunt, Hardey, & Mannion, 2010)	Nip , Tuck and Click : Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information	<p>A plataforma fornecida pela internet no acesso a publicidade e informações em saúde tem sido um meio de comunicação utilizado em Turismo de Saúde e Turismo Médico.</p> <p>Pelo que este artigo demonstra uma visão geral do desenvolvimento do turismo médico e investiga como é que isso está ligado ao surgir de <i>sites</i> especializados nesta área.</p> <p>O surgir de <i>sites</i> dedicados a informações de Turismo Médico tem tido um crescimento constante. Pelo que os investigadores colocam as questões: Quem e porque é que usa os <i>sites</i>? A natureza da procura de informações? A qualidade das informações? Como é que as informações influenciam a tomada de decisão?</p> <p>Perfil do usuário: pouco se sabe sobre os consumidores que utilizam os recursos baseados na <i>Web</i> para o Turismo Médico. Da investigação realizada sobressai a tentativa de descrever o perfil sociodemográfico e dimensão dos consumidores, por parte de alguns estudos</p> <p>Pesquisa de informação: pouco se sabe sobre as estratégias de procura, quais as palavras utilizadas em motores de busca, evidenciando-se a dependência destes motores de busca da internet por parte dos consumidores. Assim, ainda não se sabe, se quem procura, realiza as suas pesquisas a partir de destinos turísticos ou tratamentos;</p> <p>Qualidade da informação: Não existem ferramentas que possam garantir ao consumidor que a informação disponível através dos <i>sites</i> seja de qualidade, vários estudos apontam para lacunas e complexidade na informação que é veiculada na <i>Web</i>, na área do Turismo Médico.</p> <p>Tomada de decisão: Surgem evidências que levam a considerar que os pacientes utilizam a informação da internet para tomarem decisões acerca da escolha de procedimentos, escolha do profissional de saúde e hospital.</p>

Autor(es) Ano	e Título	Comentário
(Hopkins, Labonté, Runnels, & Packer, 2010)	Medical tourism today: what is the state of existing knowledge?	<p>Estes autores referem que a rápida e emergente comercialização global de serviços de saúde - Turismo de Saúde, tem a sua génese na procura por cuidados de saúde a um custo mais baixo, evitar listas de espera e aceder a serviços de saúde que não existem no seu país de origem.</p> <p>Assim, os cuidados de saúde estão cada vez mais ligados a atividades turísticas, no sentido de proporcionar a doentes estrangeiros novos ambientes culturais e ocupa-los em períodos pré e pós- operatórios. Existindo correntes de estudo em que evidenciam que o crescimento do Turismo de Saúde e Médico terá impacto positivo nos países de destino. Outra corrente de investigação levanta preocupações ao nível da segurança do doente, considerações éticas (Turismo de Saúde no âmbito dos transplantes, medicina reprodutiva), fuga de Recursos Humanos da Saúde, altamente especializados dos sistemas públicos, para os sistemas privados de Turismo de Saúde e Médico.</p> <p>Denotando-se, que o fluxo de pacientes tem ocorrido ao nível dos países mais ricos para os países em vias de desenvolvimento – norte-sul.</p> <p>O objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura, para determinar o estado da arte em relação à investigação nesta área e perceber como é que o desenvolvimento deste setor afeta a equidade em saúde dentro e entre os países que participam neste comércio.</p> <p>Verificou-se uma sistemática e concreta falta de dados sobre o volume do setor Turismo Médico – fluxo de doentes, receitas geradas direta e indiretamente e análises custo benefício desta indústria.</p> <p>Assim, os autores recomendam que cada país envolvido em Turismo de Saúde, nomeadamente Turismo Médico realizasse estudos acerca do impacto ao nível dos ganhos e perdas em saúde que podem advir do desenvolvimento desta indústria turística.</p> <p>Também, pela diminuição do investimento público na área da saúde, e aumento da participação dos privados alterando as possibilidades de acesso, o fulcro de investigação deve recair se a capacidade das elites, que beneficiam com o Turismo Médico colocam custos na acessibilidade às comunidades mais carenciadas.</p>

Autor(es) e Ano	Título	Comentário
(Heung, Kucukusta, & Song, 2010)	A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research	<p>Este estudo pretende preencher uma lacuna existente a literatura ao nível do Turismo Médico, propondo um modelo integrado para a investigação neste setor. É desenvolvido com o objetivo de captar a situação atual do Turismo Médico num determinado país ou região a partir da oferta e perspetivas de procura.</p> <p>Assim, como o Turismo Médico compreende tanto áreas da saúde como do turismo, para além do objetivo de saúde, as condições de hospitalidade e característica turísticas do local de destino são relevantes para a decisão de escolha. Pelo que é necessário um planeamento estratégico e coordenação entre os principais intervenientes, tais como hospitais, agências de viagens, hotéis, profissionais de saúde e os próprios turistas.</p> <p>Realizou-se a análise a outros modelos existentes: Modelo dos Canais de Distribuição de Caballero-Danell e Mugomba, (2007) e Quadro Conceptual Analítico das Motivações de Turistas Médicos de Ye et al, (2008).</p> <p>A proposta do Modelo Integrado de Turismo Médico inclui tanto a oferta como a procura, e focou cada aspeto conhecido da indústria de Turismo Médico</p> <p>O modelo deve ser testado empiricamente e perceber as suas implicações na prática, podendo o modelo ser testado em qualquer destino turístico sugerindo-se o emprego tanto de métodos qualitativos como quantitativos.</p>
(Birch, Vu, Karmali, Stoklossa, & Sharma, 2010)	Medical tourism in bariatric surgery	<p>Doentes canadianos e Americanos viajam para países estrangeiros com o objetivo do tratamento cirúrgico da sua obesidade mórbida – cirurgia bariátrica. Esta iniciativa por parte destes doentes decorre da complexidade relacionada com a doença e da existência de lista de espera, que continua a crescer acima dos limites aceitáveis.</p> <p>Devido a essa mesma complexidade, a abordagem desta doença deve ser realizada de uma forma estruturada e por uma equipa multidisciplinar, necessitando de um acompanhamento, após a realização cirúrgica, que vai além do período de convalescença.</p> <p>Assim, através da análise de estudos de caso, este artigo demonstra que existem doentes que tiveram complicações, após cirurgia bariátrica, realizada em países estrangeiros – Turismo Médico, exigindo tratamento cirúrgico urgente dentro do Canadá.</p> <p>Pelo que concluíram que a abordagem ao tratamento cirúrgico da obesidade, enquanto doença crónica, através do Turismo Médico é inapropriada, levantando claras questões éticas e morais.</p>

Autor(es) e Ano	Título	Comentário
(Reed, 2008)	Medical Tourism	<p>Este artigo descreve fatores como a motivação para a realização do Turismo Médico. Levantando implicações que decorrem do crescimento das viagens realizadas com o objetivo de obter tratamento médico.</p> <p>O estudo refere que a criação de barreiras legais, em matéria de licenciamento e normas de atuação, ocorrem para proteção dos doentes. Também, a prestação de cuidados de saúde que envolve procedimentos invasivos tem sempre um grau de risco, que aumenta em proporção da complexidade da cirurgia.</p> <p>O Turismo Médico pode vir a demonstrar a existência de limites à globalização. A transposição de fronteiras entre países/regiões continentais afeta a saúde de ambas as áreas.</p> <p>Se a pretensão de viajar para um determinado destino específico requer determinados cuidados/tratamentos médicos no país de origem, levanta-se a questão para os riscos que existem quando o objetivo da viagem é ter um determinado tratamento de saúde.</p>
(Burkett, 2007)	Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective	<p>Em 2006 uma empresa americana mediatizou-se quando introduziu incentivos ao Turismo Médico nos seus planos de saúde, oferecendo cirurgias não emergentes aos seus colaboradores.</p> <p>Também, muitos americanos começaram a aproveitar a alta qualidade dos cuidados de saúde a baixo custo oferecidos por hospitais de países de destino de Turismo Médico.</p> <p>À data da realização do artigo, o autor refere que o fenómeno do Turismo Médico enquadra-se como um desafio, levando ao crescimento e acessibilidade dos cuidados de saúde.</p> <p>Existindo preocupações médicas, políticas e económicas, existindo um ênfase na certificação da qualidade dos cuidados de saúde.</p> <p>Assim, são propostas áreas de atuação: ênfase no aumento da acreditação de hospitais internacionais; regulamentação do seguro de saúde americano no sentido de cobrir o turismo médico; restrição de viagens para destinos onde não existe a certificação desses hospitais.</p> <p>O trabalho realizado nestas áreas teria o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados de saúde que os cidadãos norte-americanos usufruem em hospitais de estrangeiros, protegendo ao mesmo tempo o sistema de saúde norte-americano.</p> <p>Nestes sentidos, o autor propõe que o congresso norte-americano incentive a acreditação de hospitais de destinos de Turismo Médico, através de redes de acreditação como a Joint Commission International. E posteriormente incentivar os cidadãos norte-americanos a utilizar apenas os hospitais de destinos de Turismo Médico que possuem os mesmos padrões dos hospitais norte-americanos.</p>

Quadro 1: Revisão da Literatura (Elaboração própria)

1.3.Dados internacionais acerca do Setor do Turismo de Saúde

O Turismo tornou-se num dos setores mais importante da economia mundial. Em 2011, as receitas internacionais do turismo atingiram um recorde de 740 mil milhões de euros, acima dos 699 mil milhões de euros em 2010. O que representa um crescimento de 3,9% em termos reais, enquanto as chegadas de turistas internacionais aumentaram 4,6% em 2011 para 983 milhões. Mantendo-se a tendência de crescimento em 2012 (UNWTO, 2012); (World Tourism Organization, 2013).

De acordo com os dados da UNWTO (2012) em 2011, o sector do turismo representou cerca de 5% do PIB mundial, 6 a 7 % do emprego total (diretos e indiretos) e 6.1% das exportações totais (USD 1 086 mil milhões). Enquanto sector exportador, o turismo representa cerca de 30% das exportações mundiais de serviços, ocupando o quarto lugar depois de combustíveis, produtos químicos e de géneros alimentícios.

Desta forma, estima-se que o número de chegadas de turistas internacionais em todo o mundo cresça a uma média de 3,3% ao ano no período entre 2010 e 2030. Ao longo do tempo, a taxa de crescimento irá diminuir gradualmente, a partir de 3,8% em 2011 para 2,5% em 2030, com base num número cada vez maior. Em termos absolutos, as chegadas de turistas internacionais vai aumentar cerca de 43 milhões por ano, em comparação a um crescimento médio de 28 milhões por ano registrado no período entre 1995 e 2010. De acordo com a previsão de crescimento as chegadas de turistas internacionais, será superior a mil milhões em 2010 podendo chegar a 1,8 mil milhões em 2030 (UNWTO, 2012).

Tendo em conta os pressupostos evidenciados, o setor do Turismo apresenta-se como um pilar essencial das economias desenvolvidas, contribuindo decisivamente para a internacionalização das mesmas.

Também, segundo estas perspetivas e tendo em conta os mercados emissores podemos perceber que a médio/longo prazo a Europa continuará a ser a principal região emissora de turistas. Devendo os países europeus, como Alemanha, França, Reino Unido e Itália, continuar a fazer parte do top 10 mundial em 2020 (Palma et al., 2010) (UNWTO, 2012).

Segundo os dados da Comissão Europeia (2010), o turismo é uma atividade económica com capacidade para gerar crescimento e emprego na UE e contribuir para o

desenvolvimento e a integração económica e social, nomeadamente das regiões rurais e montanhosas, das regiões costeiras e das ilhas, periféricas, ultraperiféricas ou em fase de convergência.

Com cerca de 1,8 milhões de empresas e cerca de 5,2% da mão-de-obra total (ou seja, aproximadamente 9,7 milhões de empregos e uma proporção importante de jovens), a indústria turística europeia gera mais de 5% do PIB da UE, um número em constante crescimento. Também, englobando os sectores correlacionados, a contribuição do turismo para o PIB é ainda bem mais elevada, dado que se considera que gera mais de 10% do PIB da União Europeia e cerca de 12% do emprego total (Comissão Europeia, 2010).

Ainda é importante referir que a União Europeia permaneceu como primeiro destino turístico mundial, com 370 milhões de chegadas de turistas internacionais em 2008, ou seja, 40 % das chegadas em todo o mundo, dos quais 7,6 milhões provenientes dos países BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) - quota que se situa em nítido crescimento relativamente aos 4,2 milhões de 2004 (Comissão Europeia, 2010).

Quanto às viagens efetuadas pelos europeus, estimam-se em cerca de 1,4 mil milhões, das quais cerca de 90% se realizam no interior da UE. De acordo com as estimativas da Organização Mundial do Turismo (OMT), as chegadas de turistas internacionais à Europa deveriam aumentar de modo significativo nos próximos anos. Refira-se por fim que os turistas Europeus são dos que mais visitam países terceiros, o que constitui uma fonte de rendimentos extremamente importante em muitos países (Comissão Europeia, 2010).

1.4. Setor da Saúde e a sua importância na economia

O setor da saúde é habitualmente representado como um fator de despesa, existindo comparações sucessivas da sua evolução em relação ao PIB de um país, ou seja, o peso que este setor tem na riqueza produzida por uma determinada sociedade durante um respetivo ano.

No entanto, a análise da diminuição da mortalidade infantil, esperança média de vida, morbilidade associada aos processos de doença, entre outros indicadores utilizados nos países desenvolvidos, levam a que se considere um investimento útil neste setor.

Torna-se fundamental, perceber que parte desta riqueza é destinada a financiar os cuidados de saúde, sendo também importante avaliar-se a capacidade de um país manter o acesso e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, mas também, qual o valor criado pelos ganhos em saúde, riqueza produzida, emprego criado, ou inovação desenvolvida (Pereira & Almeida, 2013).

Assim, o debate político acerca da sustentabilidade dos sistema de saúde tem sido dominado pelas pressões causadas pelos crescentes custos deste setor. Acentuando-se estas pressões em situações de crises económicas e financeiras, como a actual (Figueras & McKee, 2012).

No entanto, na publicação o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde “*Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*” Figueras & McKee (2012) referem que a relação entre o estado de saúde da população e crescimento económico tem sido objeto de diferenciação direta, ou seja, quanto melhor os sistemas de saúde maior será o crescimento económico.

A contribuição da saúde para o bem-estar social pode ser caracterizada de duas formas. A Saúde constitui um componente importante do bem-estar e desempenha um papel importante no aumento da produtividade económica (Figueras & McKee, 2012).

A relação entre sistemas de saúde e crescimento económico caracteriza-se por ser complexa, existindo dificuldade na sua quantificação. No entanto, uma preposição a ter em consideração é que os serviços de saúde são um importante fator no setor da economia em diversos países, estando entre os maiores empregadores e desempenhando um papel significativo como motor de consumo, inovação tecnológica, pesquisa e desenvolvimento científico, em países desenvolvidos (Figueras & McKee, 2012).

O sector da Saúde na União Europeia apresenta-se com um pilar fundamental da própria construção europeia.

Assim, o desenvolvimento dos sistemas de saúde nos países europeus, permitiram a melhoria dos indicadores de saúde da sociedade europeia, pelo que estes também são os responsáveis pelo crescimento económico e riqueza da sociedade europeia (Figueras & McKee, 2012)

Deste ultimo ponto de análise, as Ciências da Saúde, possibilitaram o desenvolvimento de tecnologias, infraestruturas e indústrias farmacêutica e de dispositivos médicos, que permitiram tratamentos cada vez mais inovadores e eficazes. Desenvolvimento, este que permitiu aumentos exponenciais da qualidade, segurança e complexificação dos cuidados de saúde e produtos altamente evoluídos, tecnológica e cientificamente, com possibilidades de valorização económica.

Um outro desafio importante está relacionado com a evolução demográfica observada na Europa e com os novos comportamentos de mobilidade de pessoas, bens e serviços que surgem no espaço europeu, bem como, as novas expectativas deles decorrentes.

Assim, “estas mudanças exigem uma adaptação rápida por parte da indústria para poder manter o seu nível de competitividade. Em especial, o número das pessoas com mais de 65 anos deverá representar 20% da população em 2020. Esta franja da população, constituída por pessoas que dispõem ao mesmo tempo de poder de compra e tempo livre, representam um potencial muito importante em termos de mercado, mas exige igualmente a adaptação do sector às suas particularidades. O mesmo se aplica no que toca a acolher o número crescente de turistas com mobilidade reduzida (recentemente estimado em 127 milhões), cujas necessidades específicas devem ser integradas na oferta de serviços turísticos” (Comissão Europeia, 2010, p. 5).

1.5.Síntese

Da revisão realizada, podemos constatar que o setor do Turismo, tanto em termos internacionais como ao nível da realidade portuguesa apresenta um robusto crescimento.

Os números e estatísticas têm demonstrado que Portugal continua a ser um dos países onde se mantém uma tendência de sólido crescimento do setor do Turismo, sendo um dos setores exportadores da economia.

Também, o setor da Saúde, tem sido um dos que mais tem resistido à crise económico-financeira, denotando-se uma tendência de crescimento tanto ao nível de produtos como de serviços.

Assim, a articulação das valências médicas com as valências turísticas, no que respeita aos cuidados de saúde a pessoas que se deslocam com o propósito de utilizar os serviços de saúde surge como um produto estratégico a desenvolver.

Pelo que o foco da questão se realiza em torno de:

- Como é que isso se opera?
- O que é necessário a essa articulação?
- Qual o modelo que melhor responde a essa articulação?

Capítulo II: Turismo de Saúde: Pontencialidades de Dinamização

2.1. Introdução

O Turismo Médico é caracterizado como um fenómeno do séc. XXI. No entanto, a viagem de pessoas através de fronteiras, tem ocorrido desde a antiguidade. Na Grécia Antiga, ocorriam viagens de pessoas que tinham como objetivo usufruir de tratamentos desenvolvidos por Hipócrates (Hopkins et al., 2010).

Durante a idade média, a nobreza e realeza europeia consultava com regularidade médicos do mundo árabe, onde os hospitais e escolas médicas das universidades de Córdoba, Cairo e Damasco eram reconhecidas tanto pelos seus avanços na ciência médica, como pelos seus reputados médicos (Abreu, 2007).

Assim, a mobilidade de pessoas a países estrangeiros com o objetivo de cuidados de saúde, é uma realidade com interesse económico. Desta forma, importa estudar e estruturar as motivações que levam à procura de cuidados de saúde em destinos fora do seu país de origem, qual a forma como procuram esses destinos e o que procuram, no sentido de responder às suas necessidades.

2.2. Especificidades do Turismo de Saúde

Segundo o Espírito Santo Research (Palma et al., 2010) existem tendências que tem influenciado significativamente alguns segmentos de mercado e o sector turístico, abrindo novas perspetivas a grupos de clientes que procuram férias repousantes, contacto intenso com a natureza e o usufruto de um conjunto de serviços orientados para o cuidado com o corpo, que se podem situar na fronteira entre a medicina, a estética, o desporto e o lazer.

Neste sentido, *“segmento da Saúde e Bem-estar, na Europa, gera, anualmente um volume de negócios de cerca de EUR 20 mil milhões, emprega mais de 500 mil pessoas e suporta mais de 1.2 milhões de empregos em sectores relacionados”* (Palma et al., 2010, p. 31).

Este segmento é um dos maiores empregadores, na União Europeia, sobretudo em regiões com pouca indústria (Lunt et al., 2011).

2.2.1. Análise dos mercados emissores de Turismo de Saúde

Por estes factos constatados, é importante analisar algumas evidências enunciadas pelo Turismo de Portugal (2006), sabendo que o sector Saúde e Bem-Estar cresceu cerca de 50% entre os anos de 2000 a 2004, a tendência de procura crescerá a um ritmo de 5-10% em termo anuais e que este setor representa 3 milhões de viagens internacionais por ano na Europa

A Alemanha é principal mercado emissor, com cerca de 64% das viagens de Turismo de Saúde e Bem-Estar efetuadas pelos europeus. Estes consumidores são especialmente importantes dado que têm a possibilidade de integrarem os tratamentos, como modo de prevenção, nas coberturas do seu sistema de segurança social. Seguem-se a Escandinávia e a Espanha, com 6.9% e 3.0%, respetivamente (Palma et al., 2010).

Também, a procura secundária, neste segmento, tem sido relevante, dando a possibilidade aos destinos turísticos de desenvolver ofertas mais atrativas que permitam captar um número elevado de turistas de outros segmentos (Palma et al., 2010).

Um outro ponto, que deve ser objeto de análise, prende-se com cidadãos portugueses que se encontram noutros países estrangeiros, bem como os cidadãos dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Isto porque, segundo Lunt et al. (2011), estes mercados podem assumir um papel importante ao nível do Turismo de Saúde, pelo fato de possuírem determinados requisitos que são importantes na escolha de destinos.

Assim, considera-se que similaridades com o sistema de saúde, a língua comum e conhecimento da dinâmica da rede de cuidados de saúde são fatores que levam a que cidadãos deste mercado possam escolher os locais que lhe trazem mais conforto, segurança e garantias de qualidade (Lunt et al., 2011)

Quanto ao Turismo de Saúde e Bem-Estar está relacionado com a organização de uma viagem, para outro local, fora do ambiente natural do cidadão, onde se pretende que a melhoria, recuperação ou manutenção de um equilíbrio e bem-estar do corpo, englobando também o equilíbrio e bem-estar mental (Lunt et al., 2011).

2.2.2. A Procura e a Oferta no Turismo de Saúde

A Procura em Turismo é caracterizada pelas “(...) *diversas quantidades de bens e serviços que os visitantes, residentes e não residentes, adquirem num dado momento, (...) é o conjunto de bens e serviços que as pessoas que se deslocam adquirem para realizar as suas viagens, expressos em termos de quantidade*”(Cunha, 2002, p. 131)

Também Turismo de Saúde pode ser analisado do ponto de vista da procura, sendo compreendido por três elementos: ficar longe de casa, a saúde como o motivo primário da viagem e que ocorre num ambiente de lazer (Heung et al., 2010).

Dentro destas questões será ainda importante reforçar cinco fatores que podem estar na base da procura de serviços de saúde no exterior:

- Familiaridade;
- Disponibilidade;
- Custo;
- Qualidade;
- Legislação bioética (eutanásia, aborto) (Lunt et al., 2011);

A procura de cuidados de saúde no exterior, também tem sido explicada pelo baixo custo, listas de espera e inexistências de serviços de saúde nos países de origem (Connell, 2013); (Yun & Gyou, 2012); (Pocock & Phua, 2011); (Wismar et al., 2011); (Hopkins et al., 2010).

Neste sentido, a familiaridade tem sido apontada em vários artigos, como um fatores que leva à procura de cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, países onde existem populações da diáspora, constitui-se um fator para a procura de cuidados de saúde para

países de origem dessas comunidades. Desta forma, a deslocações transfronteiriças de doentes, ocorrem tanto a nível de países da Europa, como de comunidades dos EUA para o México, e China, Coreia e Japão para a Tailândia. (Connell, 2013); (Yun & Gyou, 2012); (Lunt et al., 2011); (Hopkins et al., 2010).

Um outro ponto de análise, refere-se à procura através de unidades de saúde que sejam acreditadas por entidades dos países ocidentalizados (EUA – Joint Commission International), e que sejam detentoras de parcerias com unidades de referência nos países desenvolvidos (Heung et al., 2011; Hopkins et al., 2010; Reed, 2008).

Quanto à oferta, pode ser definida como “(...) *o conjunto de todas as facilidades, bens e serviços adquiridos ou utilizados pelos visitantes bem como todos aqueles que forma criados com o fim de satisfazer as suas necessidades e postos à sua disposição e ainda elementos naturais ou culturais que concorrem para a sua deslocação*” (Cunha, 2002, p. 175).

Os destinos de Turismo de Saúde são caracterizados pela tipologia de oferta. Neste sentido, os destinos que se têm evidenciado encontram-se suportados pelo envolvimento governamental na dinamização e promoção deste setor (Pocock & Phua, 2011).

2.2.3. A Qualidade e Segurança no Turismo de Saúde e Turismo Médico

A segurança, que se enquadra como um fator de fundamental importância, tanto para os profissionais de saúde, como para os que viajam para outro país, no sentido de obter estes serviços. Portanto, uma parceria bem coordenada entre as instituições de saúde e hotéis é desígnio necessário para satisfazer as necessidades dos turistas médicos (Heung et al., 2010).

Também, este setor requer um planeamento estratégico e coordenação entre todos os intervenientes, como hospitais, agências de viagens, hotéis, profissionais de saúde e os próprios turistas (Heung et al., 2010).

Assim, a qualidade é igualmente um dos requisitos necessários no setor do Turismo Médico. Neste sentido, muitas unidades de saúde dos países desenvolvidos, requerem sistemas de acreditação dos seus processos de cuidados, com o objetivo de demonstrarem que os cuidados de saúde prestados se enquadram dentro de regras cientificamente estabelecidas e dentro de um quadro regulatório, que oferece garantias de qualidade a quem é alvo desses cuidados de saúde.

Para tal, existem diversas entidades internacionais especializadas na acreditação de unidades de saúde, nomeadamente hospitalares. A Joint Commission International (JCI) encontra-se como a que se destaca, sendo a que acredita os hospitais EUA, mas, igualmente é requisitada para acreditar unidades pelo noutros países (Reed, 2008).

Por estes fatos, muitas unidades de países de destino de Turismo Médico, requerem esta tipologia de acreditação, no sentido de aferirem os cuidados de saúde prestados, aos das instituições dos EUA (Birch et al., 2010); (Hopkins et al., 2010); (Reed, 2008); (Burkett, 2007).

Assim, a qualidade dos serviços de saúde dos destinos de turismo médico passa pela acreditação e certificação das suas instituições através da contratação de entidades que são reconhecidas internacionalmente, levando a que se considere que os cuidados prestados nas suas instalações sejam garantia de qualidade e segurança.

2.2.4. Definições de Turismo de Saúde e Turismo Médico

A maioria das definições têm procurado distinguir Turismo Médico e Turismo de Saúde, sendo esta última definição focada em procedimentos terapêuticos e não-invasivo (Connell, 2013).

Neste sentido, o Turismo de Saúde, está centrado no bem-estar físico e mental, na prevenção da doença, na redução do *stress*, que é uma das preocupações das sociedades dos países desenvolvidos, e que se tem transformado numa das áreas mais florescentes da atividade turística mundial (Silva, 2012). Turismo de Saúde é, portanto, um conceito amplo que engloba o Turismo de Bem-Estar e Turismo Médico (Heung et al., 2010).

Assim, o Turismo de Saúde e Bem-Estar pode ser analisado como a capacidade de um destino turístico atrair turistas, promovendo os seus serviços de cuidados de saúde e instalações, para além da função de lazer, enfatizando, assim, o lado da oferta (Heung et al., 2010).

Quanto ao Turismo Médico, este pode ser definido como a deslocação de pessoas, através das fronteiras internacionais, com a intenção de receber algum tipo de tratamento médico. Este tratamento possui a abrangência de toda a gama de serviços médicos, como por exemplo tratamento odontológico, cirurgia plástica, cirurgia eletiva, e tratamento de fertilidade (Connell, 2013) (Lunt et al., 2011), (Heung et al., 2010)

Ponto importante a referir, é que os cuidados de saúde transfronteiriços estão cada vez mais ligados às atividades turísticas, no sentido de permitir a doentes estrangeiros um novo ambiente cultural e para ocupá-los durante os períodos pré e pós-operatório (Connell, 2013).

O serviço de Turismo Médico poderia encaixar-se nos serviços que são oferecidos pelos hotéis. Desta forma, é possível conceber que um doente após ser submetido a uma intervenção cirúrgica poderia passar o período de tempo, relacionado com convalescença e reabilitação, num hotel, com quartos especialmente concebidos, e disponibilizando acompanhamento e cuidados de saúde em coordenação com os profissionais de saúde (Heung et al., 2010).

2.3. Modelos de Turismo de Saúde e Turismo Médico

Ao nível do desenvolvimento e implementação do Turismo de Saúde, são várias as agências governamentais que têm procurado estimular e promover o Turismo Médico nos seus países, através de iniciativas políticas (Lunt et al., 2011).

Países que procuram desenvolver o Turismo Médico tem optado pelo desenvolvimento do seu próprio serviço de saúde, formalizando parcerias com grandes empresas multinacionais. Também têm sido implementados projetos de acreditação por parte de organismo de estrangeiros, na maioria das vezes a partir do setor privado norte-americano,

no sentido de implementar processos semelhantes aos dos mercados emissores. As escolhas têm recaído em instituições de serviços médicos e de formação em saúde de reconhecimento técnico-científico internacional, como Harvard Medical International, da Mayo Clinic, Cleveland Clinic, John Hopkins (Lunt et al., 2011).

Assim, desde países asiáticos (Tailândia, Índia, Singapura, Malásia), europeus (Polónia, Hungria, Malta), bem como do Médio Oriente (Dubai) procuram promover-se enquanto destinos competitivos a nível do Turismo Médico ao nível de feiras internacionais, publicidade em imprensa internacional e apoio oficial às atividades de desenvolvimento no setor (Lunt et al., 2011).

SingaporeMedicine é uma agência liderada pelo Ministério da Saúde na captação de investimentos no setor do Turismo de Saúde e parceira entre o governo e os *players* deste setor, com o objetivo de promover Singapura como um centro médico altamente avançado e desenvolvido (Lunt et al., 2011).

Na Malásia, o Comitê Nacional para a Promoção do Turismo Médico e de Saúde foi formado pelo Ministério da Saúde em 1998. Desenvolveu um plano estratégico e em rede, tanto ao nível interno como a nível dos contextos internacionais relevantes. Foram implementados incentivos fiscais no desenvolvimento e aquisição de edifícios, equipamentos, formação, marketing e tecnologias de informação, dando ênfase à implementação de sistemas da gestão da qualidade (Lunt et al., 2011).

No espaço europeu a Polónia, apresenta um modelo implementado no que respeita ao Turismo associado à medicina dentária. Assim, o turismo médico é facilitado através de empresas privadas que utilizam instalações estatais, que servem tanto Polacos como cidadãos em Turismo Médico. O governo polaco está a tentar ativamente aproveitar o potencial de adesão à UE para competir com outros destinos concorrenciais. (Lunt et al., 2011).

Para esta análise importa perceber quais são os aspetos que são considerados na escolha do destino de Turismo Médico, como são realizadas essas escolhas e através de que meios de informação acedem a esses destinos de Turismo Médico. Assim, será de realizar uma

análise aos modelos teóricos, já desenvolvidos, em que se pode sintetizar a oferta e a procura.

2.3.1. Modelo *Two Stages*

O Modelo *Two Stages* (Duas Fases) indica os fatores que influenciam o processo de decisão do doente na escolha de serviços de saúde em países estrangeiros. Este modelo sugere que não existe nenhum fator dominante que influencie a decisão, mas que todos os que se encontram identificados na figura X, parecem ser igualmente importantes. (Smith & Forgione, 2007).

Assim, existem fatores que influenciam a escolha de serviços de saúde no exterior, como as características específicas de cada país, tais como condições económicas, clima político, políticas de regulamentação em saúde, influenciam a escolha do destino, bem como, os custos, acreditação hospitalar, qualidade dos serviços e competências dos profissionais de saúde (Smith & Forgione, 2007).

Neste sentido, segundo este modelo, a decisão em Turismo Médico ocorre em duas fases. A primeira desenvolve-se na escolha do destino, a segunda fase recai na escolha de um hospital (Smith & Forgione, 2007).

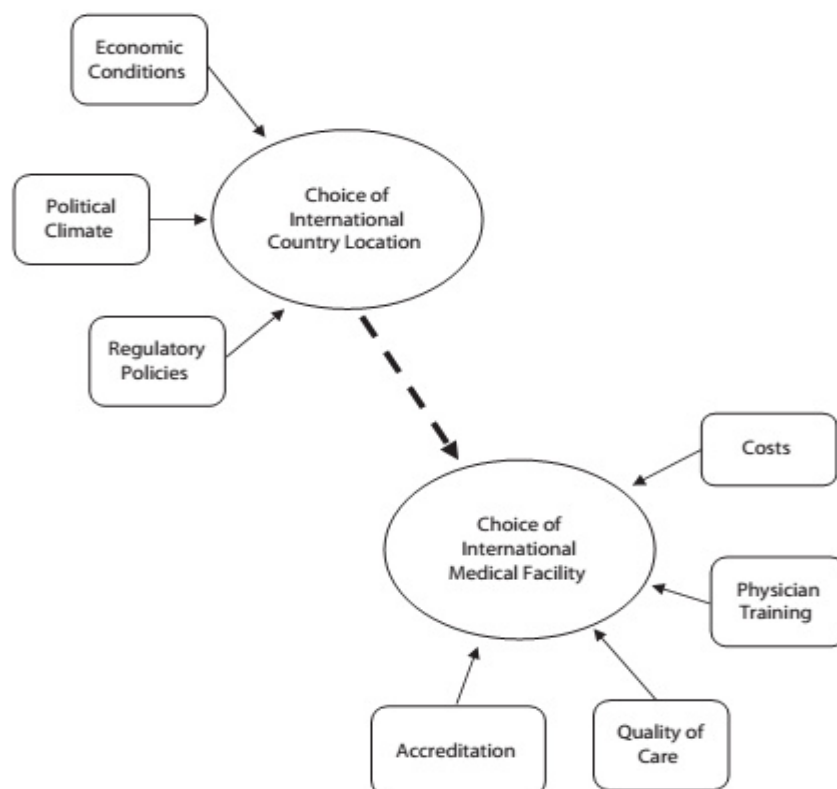


Figura 2: Modelo dos *Two Stages*; Fonte: Smith & Forgione (2007, p. 22)

No entanto, e utilizando a análise crítica realizada por Heung et al. (2010), este modelo apresenta algumas lacunas. Os fatores apontados, como as condições económicas, clima político e políticas de regulamentação, são insuficientes para explicar o que afeta a escolha de um destino.

Desta forma, existem outros fatores que podem influenciar a escolha do destino em Turismo Médico, tais como, a distância entre o país de origem e o país de destino, apoio governamental à promoção do setor, as condições das infraestruturas de saúde e a qualificação dos recursos humanos em saúde (Heung et al., 2010).

2.3.2. Modelo dos Canais de Distribuição

O modelo proposto por Caballero-Danell & Mugomba (2007) identifica três canais de distribuição, que representam a forma como os doentes realizam as escolhas do destino em

Turismo Médico: os operadores de turismo médico, agências no país de origem e “*word of mouth*”.

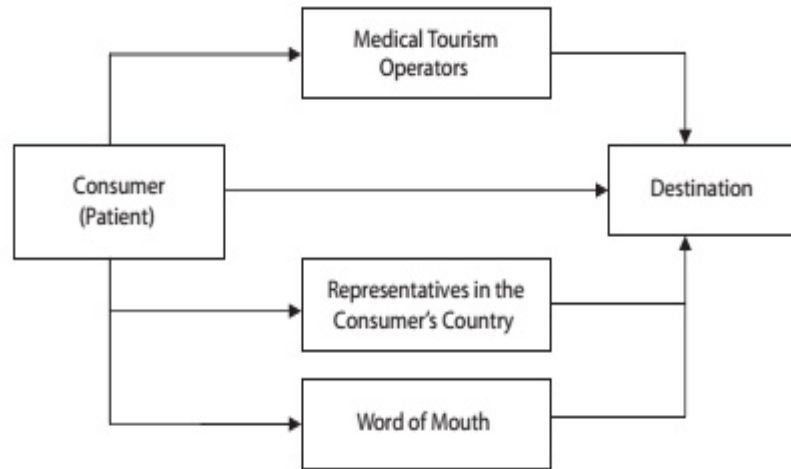


Figura 3: Modelo dos Canais de Distribuição; Fonte: Caballero-Danell & Mugomba (2007, p. 36)

No entanto, na análise realizada, há omissão de determinados elementos pois a probabilidade de um doente entrar em contato com um destino turístico de forma direta pode ser considerada pouco provável, existindo assim a possibilidade de serem consideradas outras alternativas, pela dimensão global do fenómeno de Turismo Médico. Também, pode ser considerado que só um limitado número de doentes pode entrar em contato direto com o médico ou hospital com base no “*word of mouth*” (Heung et al., 2010).

2.3.3. Quadro Conceptual das Motivações de Turistas em Turismo Médico

Das conclusões do estudo realizado, pode-se evidenciar que as motivações dos turistas com o objetivo de aceder a cuidados de saúde, são diferentes dos restantes turistas. No entanto, os resultados deste estudo não podem ser generalizados, pelo fato da amostra utilizada se ter concentrado nos doentes que se submetiam a cirurgia plástica, em que as motivações

são substancialmente diferentes das pessoas que realizam este tipo de viagens por outros motivos de saúde (Heung et al., 2010).

Desta forma, vários autores consideram que as viagens realizadas no âmbito da cirurgia plástica encontra-se fortemente ligada aos tratamentos cosméticos, pelo que muitos seguros de saúde, sejam públicos ou privados, não participam este tipo de tratamentos, sendo estes suportados pelas próprias pessoas que requerem este tipo de tratamentos (Connell, 2013); (Lunt et al., 2011); (Heung et al., 2010); (Burkett, 2007).

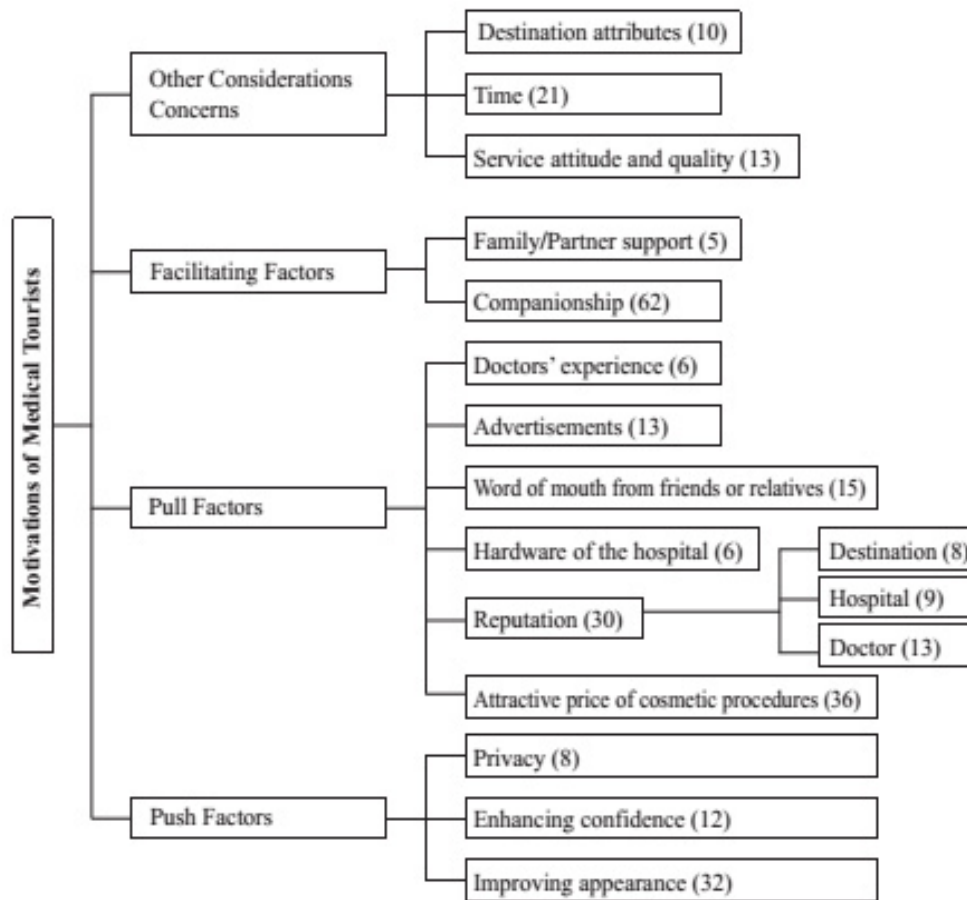


Figura 4: Quadro conceptual das motivações de turistas em turismo médico; Fonte: Heung et al. (2010, p. 242)

2.3.4. Modelo Integrado do Mercado

Heung et al. (2010) propõem um modelo integrado que considera tanto a Oferta relacionada com o Turismo de Saúde/Médico, como os fatores que estão inerentes à

Procura de cuidados de saúde transfronteiriços, oferecendo uma visão holística do mercado do Turismo Médico.

Fatores de pressão, ou seja, o desejo de escapar, descansar e relaxar, aventura, interação social, saúde, ou prestígio, e como fatores de atração, a novidade e a educação, são fatores descritos como motivações que levam as pessoas a viajar (Heung et al., 2010).

Neste sentido, são muitos os fatores que afetam as decisões de viajar, com o objetivo de obter cuidados de saúde noutros países. A necessidade pode ser uma das motivações, no entanto, o rendimento, idade, custo, distância, segurança e clima social, podem ser fatores que influenciam a decisão de viajar (Heung et al., 2010; Reed, 2008).

Do lado da Oferta dos cuidados de saúde em Turismo Médico, vários são os fatores que a representam. A qualidade das instalações e serviços são requisitos básicos, e que se encontram dentro dos padrões internacionais de cuidados de saúde (Heung et al., 2010; Lee, 2010).

Ao nível dos recursos humanos da saúde, o fato de estes estarem caracterizados pelas suas competências técnicas e científicas, bem como a capacidade de comunicar em diversas línguas, assumem-se como variáveis importantes e descritas em diversos resultados de estudos realizados (Heung et al., 2010; Hopkins et al., 2010; Lee, 2010).

Um outro fator já referenciado anteriormente, e descrito neste modelo, enquadra-se pelo envolvimento das autoridades governamentais nas estratégias de promoção e marketing no exterior (Connell, 2013; Heung et al., 2010; Crooks, Turner, Snyder, Johnston, & Kingsbury, 2011).

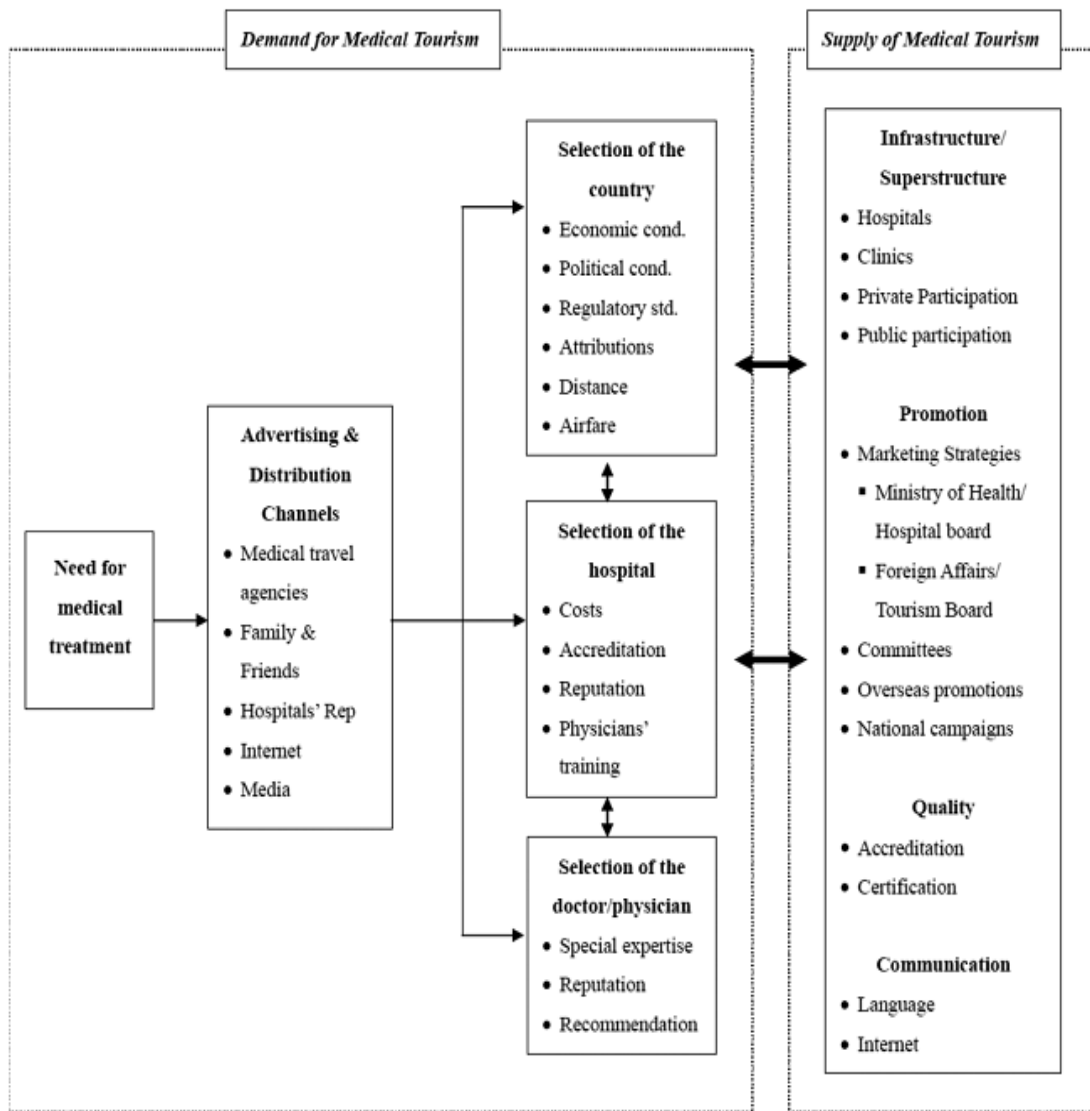


Figura 5: Modelo Integrado do Mercado; Fonte: Heung et al. (2010, p. 243)

2.4. Aspetos Críticos do Turismo Saúde

Na análise ao desenvolvimento do produto de Turismo de Saúde e Turismo Médico surgem aspetos que devem ser considerados como críticos. Assim, em diversos estudos são apontados entraves e dificuldades relacionadas ao desenvolvimento e implementação do Turismo de Saúde e Turismo Médico (Connell, 2013; Heung et al., 2011).

Uma das questões críticas que é colocada ao Turismo de Saúde, desenrola-se em torno das complicações associadas aos próprios cuidados de saúde. Assim, as complicações

associadas aos cuidados de saúde podem caracterizar-se como infecciosas e não infecciosas (Reed, 2008).

Neste sentido, as infeções associadas aos cuidados de saúde são caracterizam-se como problema de saúde pública e também como um indicador de qualidade. Atualmente, as infeções causadas por microrganismos multirresistentes a terapêutica antibiótica, são uma realidade existente em muitos países.

Nesta perspetiva, a globalização do comércio dos serviços de saúde, possibilita que microrganismos que estariam limitados a determinados sistemas de saúde, balizados pelas linhas de fronteira, que definiam a utilização dos serviços de saúde, tenham a capacidade de se mobilizar de umas comunidades para outras (Labonté et al., 2011).

Existem dados que demonstram as complicações infecciosas que têm ocorrido em doentes que viajaram com o objetivo de obter cuidados de saúde noutros países, nomeadamente no que respeita tanto ao nível da transplantação de dador vivo, como ao nível de cirurgia plástica e outros tipos de tratamentos que envolvem procedimentos invasivos. Isto portque, este tipo de tratamento pode envolver a utilização de instrumentos cirúrgicos, administração de medicação endovenosa, ventilação invasiva, monitorização invasiva, e não se descurando que os próprios ambientes hospitalares (Labonté et al., 2011; Reed, 2008).

As complicações não infecciosas, como o trombo-embolismo venoso, associado a determinadas intervenções cirúrgicas, é um risco a considerar, especialmente se envolve viagens de avião. Pois, doentes com determinadas patologias cardíacas, ao realizarem viagens, que envolvem meios aéreos, devem ter precauções especiais, nomeadamente o ajuste medicamentoso ao tempo de viagem e imobilidade associada ao transporte. (Reed, 2008).

Ao nível das considerações éticas, também existem questões críticas que se levantam ao Turismo de Saúde e Turismo Médico. Assim, a possibilidade de o investimento ser canalizado para as instituições de Turismo Médico em detrimento do investimento às redes de saúde públicas evidencia-se como uma problemática descrita em diversos estudos (Connell, 2013; Labonté et al., 2011; Lunt et al., 2011)

2.5.Síntese

A definição de Turismo de Saúde e Turismo Médico não se encontra ainda totalmente esclarecida. A literatura existente demonstra que existem ainda diversas interpretações acerca dos conceitos utilizados. Também, o fenómeno do Turismo encontra-se ligado ao prazer e lazer, enquanto que os cuidados de saúde trazem-nos para o ambiente de dor, complicações associadas aos próprios cuidados, incertezas quanto aos resultados.

Para tal, parece existir um contracenso ao unificar Turismo e cuidados de saúde. No entanto, viagens de pessoas para países estrangeiros, ou seja, para fora do seu país de residência ou de origem, existem. Existindo igualmente destinos turísticos especializados neste nicho de mercado.

Nesta lógica, a procura de cuidados de saúde num outro país parece estar relacionada com a necessidade de encontrar os cuidados de saúde que não se encontram disponíveis no seu país de origem. Também, os custos desses cuidados são importantes, bem como os resultados em torno da qualidade e grau de especialização da técnicas desenvolvidas, associando-se a estes fatores, os ambientais, culturais, hoteleiros, dentro de um paradigma de acessibilidade e e segurança.

Importa por último clarificar as terminologias utilizadas. Existem evidências que nos levam a referir que Turismo Saúde engloba os segmentos do Turismo Médico e Turismo de Saúde em Bem-Estar. Também, na revisão de literatura realizada, os pressupostos aplicados ao Turismo Médico podem ser atribuídos ao Turismo de Saúde e nunca existindo conflito com os princípios definidos para o Turismo de Saúde e Bem-Estar.

Procurando explicitar o ponto de análise aqui definido, as definições aplicadas à Procura e Oferta no Turismo Médico, bem como os requisitos de segurança, acreditação e qualidade dos serviços podem integrar qualquer um destes segmentos.

Assim, dado o desenho de investigação e em linha de concordância com o referido no PENT, bem como, os significados e interpretações que existem no setor da Saúde em Portugal, utilizamos a designação de Turismo de Saúde, estando nesta terminologia integrado o Turismo Médico. Pelo que, a partir deste ponto o conceito Turismo de Saúde é o utilizado neste estudo.

Capítulo III: Cuidados de Saúde no Contexto Europeu: Turismo de Saúde e Cuidados de Saúde Transfronteiriços

3.1.Introdução

A Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços, vem abrir um leque de oportunidades, a nível do espaço europeu, no que respeita à mobilidade de doentes.

Vem clarificar o quadro que existia ao nível da prestação de cuidados de saúde a doentes de outros Estados-membros (EM), possibilitando o nível de cooperação ao nível das instituições, regulação do acesso aos cuidados de saúde noutra EM, regulação da informação clínica dos doentes e transferências desta informação para os EM de afiliação.

Neste sentido, a Diretiva 2011/24, pode ser interpretada como um problema ou podemos analisá-la enquanto oportunidade.

Assim, o objetivo deste capítulo encontra-se em analisar a Diretiva 2011/24 na perspetiva das oportunidades que traz, elencando os problemas que possam existir, cruzar estes dados com os pressupostos que interessam ao Turismo de Saúde, e que se encontram descritos nas investigações já realizadas, plasmados na revisão da literatura.

3.2.Cuidados de Saúde Transfronteiriços e a Implementação da Diretiva 24/2011

Uma noção importante para o ponto de análise prende-se com a noção de residentes de longa duração. Pelo que existe cada vez mais fluxos de cidadãos da UE a optar pela aposentação em outros países, que não o seu país de origem, dentro das fronteiras da UE. Esses moradores podem usufruir de serviços de saúde financiados no país de residência, mas suportado pelo seguro de saúde do país de origem, podendo enquadrar-se estes movimentos de cidadãos como Turismo de Saúde (Lunt et al., 2011).

Neste sentido, a realidade portuguesa abarca estas potencialidades de desenvolvimento, tanto pelo fato de residirem no sul do país, cidadãos de naturalidade dos países da Europa do Norte e Central (Ingleses, Alemães, Escandinavicos e outros), como pelas potencialidades ao nível do clima, diversidade paisagística e cultural do país, acessibilidades rodoviárias, curtas distancias entre grandes centros urbanos. Sendo referido em diversos relatórios e estudos, que Portugal regista uma diversidade condensada.

No contexto de mobilidade europeia, o Turismo Médico pode ser classificado de duas maneiras. Assim, existem aqueles cidadãos que utilizam os seus direitos de cidadania europeia para aceder a cuidados médicos nos Estados-Membros e os Sistemas de Segurança que reembolsam os custos do tratamento no exterior. Isto é permitido porque os cidadãos europeus, em circunstâncias específicas, têm direito a receber cuidados médicos noutros países da UE (Lunt et al., 2011).

No entanto, a diversidade de motivações do doente, para tratamento no exterior, no contexto Europeu, prendem-se com disponibilidade, acessibilidade, familiaridade e qualidade percebida (Connell, 2013).

No que concerne ao processo de decisão e escolha pelo local, ou profissional de saúde a consultar, em circunstancias de necessidades de cuidados de saúde, quer por situações de manutenção, melhoria do estado de saúde, ou pela situação de doença, cura ou reabilitação, habitualmente esta é realizada pelo médico especialista e não pelo doente (a relação de agência).

No entanto, ao nível do Turismo Médico é o doente/consumidor que realiza as suas próprias decisões a respeito de suas necessidades de saúde, pelas opções de cuidados de saúde, e qual fornecedor, desses cuidados, mais adequado. Existindo nesta situação a propensão a problemas bem conhecidos relacionados com a assimetria de informação (Lunt et al., 2011).

A vontade de viajar, para receber cuidados de saúde num outro país, que embora tenha grande variabilidade entre os Estados-Membros, bem como dentro de grupos sociais, a mobilidade dos doentes é uma realidade na EU (Wismar et al., 2011).

Mobilidade que é frequentemente motivada pela insatisfação com a prestação de cuidados de saúde e pelas deficiências do sistema de saúde do país emissor (Wismar et al., 2011), posição esta corroborada por Connell (2013).

Por todos estes factos e com a necessidade de regulamentar o quadro europeu de cuidados de saúde, aprofundando a integração europeia, em resultado dos pressupostos defendidos pelo Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, os ministros da Saúde Estados-Membros da EU, solicitaram à Comissão Europeia que analisasse a possibilidade de melhorar a segurança jurídica neste domínio (ERS, 2012)

Também, “(...) *o reconhecimento de uma situação de opacidade ou de dificuldades geradas pelos diferentes quadros nacionais relativos à deslocação de doentes a outro(s) EM para acesso a cuidados de saúde levou a que se discutisse e analisasse a questão, à luz da jurisprudência do Tribunal de Justiça sobre os direitos dos doentes ao beneficiarem de tratamento médico noutra EM, tendo igualmente o Parlamento Europeu e o Conselho Europeu manifestado as suas posições de apoio à adoção de medidas a nível comunitário no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços*” (ERS, 2012a, p. 4)

Neste sentido, surge a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços, que deverá ser transposta para o ordenamento jurídico dos Estados-Membros até 25 de Outubro de 2013, e deverá ser levada em consideração no esforço de reformulação da rede hospitalar pública.

Esta diretiva tem por objetivo facilitar o acesso seguro e de alta qualidade aos cuidados de saúde transfronteiriços no âmbito da União Europeia (UE) (Wismar et al., 2011).

Assim, a “(...) *Diretiva visa estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, para assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo TJUE e para promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os EM, sempre no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde*” (ERS, 2012a, p. 25).

Estes princípios de funcionamento são necessários para garantir a confiança dos doentes nos cuidados de saúde transfronteiriços, ponto necessário para se alcançar a mobilidade dos doentes, bem como um elevado nível de proteção da saúde. Também, se reconheceu em termos práticos, que esses valores e princípios variam significativamente entre os Estados-Membros. Em particular, as decisões sobre quais os cuidados de saúde a que os cidadãos têm direito e os mecanismos de financiamento (ERS, 2012).

O outro ponto de reflexão e de importante análise, prende-se com os dados que são referidos pelo estudo do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, “*Cross-border Health Care in the European Union*” (Wismar et al., 2011).

Assim, os cuidados de saúde transfronteiriços tornaram-se um fenómeno importante na UE, pois o cidadão/doente europeu age cada vez mais como consumidor informado que reivindica a escolha do prestador de cuidados de saúde, mesmo que seja para fora das fronteiras nacionais, aquando da necessidade de tratamento médico (Wismar et al., 2011).

3.3. Pressupostos à Prestação de Cuidados de Saúde Transfronteiriços no Quadro da Diretiva 24/2011

A implementação da Diretiva 24/2011, levanta questões que não são determináveis, dado o quadro de incerteza devido a ausência de dados. No entanto, existem outras que devem estar resolvidas, como o acesso, qualidade, liberdade de escolha dos utentes e concorrência entre os prestadores (ERS, 2012)

Assim, será importante analisar as obrigações dos EM de Tratamento de Afiliação, no que respeita aos cuidados de saúde transfronteiriços.

Obrigações do Estado-Membro (EM) de tratamento	Descrição
<p>Âmbito da prestação dos cuidados de saúde transfronteiriços</p>	<p>Compete ao estado membro de tratamento garantir que os cuidados de saúde transfronteiriços são prestados nos termos da legislação em vigor e de acordo com as normas e orientações no que respeita à qualidade e segurança estabelecida pelo próprio estado membro; A organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos é da responsabilidade de cada um dos EM, e estes decidem que tipos de cuidados de saúde consideram adequados. Os doentes de outro EM devem ser tratados de forma equitativa, na base das suas necessidades de cuidados de saúde. A diretiva não obriga os prestadores de cuidados de saúde a aceitar doentes de outros EM para tratamentos planeados, ou a dar a estes, prioridade em detrimento de outros doentes.</p>
<p>Âmbito da prestação de informação</p>	<p>O EM de tratamento deve assegurar que os pontos de contato nacionais transmitem aos doentes de outro EM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação relevante sobre normas e orientações em matéria de qualidade e segurança acerca dos cuidados de saúde; • Disposições relativas à supervisão e avaliação dos prestadores de cuidados de saúde; • Informação sobre os prestadores de cuidados de saúde sujeitos a essas normas e orientações • Informação sobre a acessibilidade dos hospitais a pessoas com deficiência; <p>O EM deve também assegurar que os prestadores de cuidados de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facultam informação relevante que permita a cada doente fazer a escolha esclarecida sobre as opções de tratamento, disponibilidade, qualidade e segurança dos cuidados de saúde que prestam; • Emissão de faturas e informação de preços dos serviços de saúde prestados; • Informam sobre situação em termos de autorização ou registo; • Informam acerca cobertura de seguros ou sobre outros meios de proteção individual no que respeita à responsabilidade profissional;
<p>Âmbito da disponibilização de mecanismos de reclamação e de reparação de danos e garantia de seguro de responsabilidade profissional</p>	<p>Os EM de tratamento terão de assegurar que os doentes tenham ao seu dispor de procedimentos de reclamação transparentes e destinados à reparação de danos causados pelos cuidados de saúde prestados de acordo com a legislação. Cada EM deverá definir e organizar o funcionamento destes regimes, no sentido de possibilitar mecanismos de reparação de danos e de proteção dos doentes. A Diretiva recomenda que os EM de afiliação, o alargamento da cobertura dos seus sistemas nacionais a doentes do seu país que procurem obter cuidados de saúde no estrangeiro, sempre que tal seja mais apropriado para o doente.</p>

<p>Âmbito da proteção de dados pessoais e garantia de acesso ao registo clínico Preços dos cuidados de saúde</p>	<p>A Diretiva impõe ainda ao EM de tratamento o cumprimento das medidas nacionais de aplicação das disposições da União consignadas nas Diretivas 95/46/CE e 2002/58/CE sobre a proteção dos dados pessoais, no âmbito do tratamento dos dados pessoais dos doentes, e por outro lado, e tendo em vista a continuidade do respetivo tratamento, no âmbito da garantia, aos doentes que o tenham recebido, do direito a que este fique consignado num processo clínico escrito ou informático e o direito de acesso a pelo menos uma cópia desse registo</p> <p>EM terão de assegurar que os prestadores de cuidados de saúde apliquem, no seu território, aos doentes dos outros EM, a mesma tabela de preços para os cuidados de saúde que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica comparável, ou cobrem um preço calculado de acordo com critérios objetivos e não discriminatórios. Caso não haja preço comparável para os doentes nacionais”, tudo sem prejuízo da legislação nacional que autoriza os prestadores a fixarem os seus próprios preços, desde que não sejam discriminatórios relativamente aos doentes dos outros EM.</p>
--	---

Quadro 2: Obrigações do Estado-Membro de tratamento que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços; Fonte ERS (2012) e Conselho Europeu (2011); Elaboração própria

Pelas evidências demonstradas no quadro anterior, será de toda a importância notar que os EM de tratamento terão que construir um quadro supervisivo e legal, no sentido de proporcionar aos doentes que pretendem usufruir do direitos aos cuidados de saúde transfronteiriços, toda informação e garantias de qualidade e segurança que lhes permita efetuar uma livre escolha do prestador de cuidados de saúde.

Assim, Portugal pelas características inerentes aos serviços de saúde públicos terá de percorrer algumas etapas na definição deste quadro supervisivo e legal, enquanto EM de tratamento, como prestador de cuidados de saúde.

Também, como EM de afiliação, existem obrigações que decorrem da transposição da Diretiva para o quadro legal nacional. Neste sentido, Portugal à data da construção deste relatório, encontra-se a discutir a Proposta de Lei com o objetivo de estabelecer regras de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços pelos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde, de modo a assegurar a mobilidade de doentes, no respeito pelas competências nacionais e regionais no que se refere à definição da respetiva política de saúde, bem como à gestão, organização e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos

Obrigações do Estado-Membro de Afiliação no que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços

- Disponham de vias para obter, a seu pedido, informações sobre os seus direitos nesse EM relacionados com a obtenção de cuidados de saúde transfronteiriços (em especial no que diz respeito aos termos e condições para o reembolso dos custos, aos procedimentos para avaliação e determinação dos referidos direitos e das vias de recurso e reparação, se o doente considerar que os seus direitos não foram respeitados no âmbito dos procedimentos administrativos aplicáveis); e que, na informação sobre cuidados de saúde transfronteiriços, seja feita “uma distinção clara entre os direitos que os doentes têm em virtude da [Diretiva] e os direitos decorrentes do Regulamento (CE) n.º 883/2004”;

- Seja disponibilizado, relativamente aos doentes que tenham recebido cuidados de saúde transfronteiriços e que tenham (subsequentemente) essa necessidade, um acompanhamento clínico idêntico ao que teria sido providenciado se os cuidados de saúde tivessem sido prestados no seu território;

- Seja disponibilizado, por acesso à distância ou por cópia, o processo clínico aos doentes que procurem receber ou recebam cuidados de saúde transfronteiriços.

Quadro 3: Obrigações do Estado-Membro de afiliação no que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços; Fonte ERS (2012) e Conselho Europeu (2011); Elaboração própria

3.4. Turismo de Saúde na Europa: O Ambiente *Web*

Como evidenciado nos capítulos anteriores, o meio de divulgação *Web* é um canal privilegiado entre a Oferta e a Procura no mercado do Turismo de Saúde. Neste sentido, é relevante a análise de sítios na *Web*, ao nível do mercado europeu.

Para tal realizou-se uma pesquisa através de um motor de busca em que se utilizou a designação “*Health Tourism*” seguida do nome do país que se pretendia, selecionando-se os 3 primeiros resultados da pesquisa. De referir que foram utilizados todos os países que fazem parte da União Europeia.

Nota: foram excluídos os *sites* que remetiam para jornais internacionais e *sites* de informação genérica (*Wikipédia*, por exemplo). Pesquisa realizada em Novembro de 2013.

País da UE	Sítio Web
Health Tourism Austria	http://medicaltherapyabroad.com/austria/ http://medicaltourism.com/en/destination/austria.html http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-tourism-in-austria/report
Health Tourism Belgium	http://www.healthcarebelgium.com/index.php?id=tourism http://www.euromut.be/ContentServer/expats/news/news.medical-tourism http://www.b4care.com/
Health Tourism Bulgaria	http://www.bgmedicaltourism.com/home.php http://www.treatmentabroad.com/destinations/bulgaria/why-choose-bulgaria http://abclusters.org/en/members/cluster-for-health-tourism-bulgaria/
Health Tourism Croatia	http://www.croatia-medical-travel.com/ http://www.health-tourism-martinko.com/ http://www.cromedior.com/news/everything-about-health-tourism-croatia
Health Tourism Cyprus	http://www.cyhealthservices.com/ http://cyprushealthtravel.com/home http://cyprus.angloinfo.com/information/healthcare/health-system/medical-tourism/
Health Tourism Czech Republic	http://www.czechtourism.com/a/medical-tourism/ http://www.medicaltourism.cz/ http://www.healthczech.com/why-czech-republic/czech-republic-medical-tourism/
Health Tourism Denmark	http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-tourism-in-denmark/report http://denmark.usembassy.gov/health-medical.html http://internationalcommunity.dk/arhus/1635/danish-tourist-health-insurance
Health Tourism Estonia	http://healthrepublic.ee/about/about-us/ http://medicaltherapyabroad.com/estonia/ http://baltic-review.com/2011/04/medical-tourism-promising-new-source-of-income/
Health Tourism Finland	http://www.finpro.fi/web/english-pages/finlandcare http://www.surgeonabroad.com/health-tourism-destinations/health-tourism-in-finland/ http://www.investinfinland.fi/articles/news/healthcare-and-wellbeing/finlandcare-promotes-health-tourism-in-finland/48-785
Health Tourism France	http://www.france-surgery.com/ http://medicaltourism.com/en/destination/france.html http://medicaltherapyabroad.com/france/
Health Tourism Germany	http://www.germany.travel/en/specials/medical-travel/medical-travel.html http://www.germany.travel/en/leisure-and-recreation/health-wellness/health-wellness.html http://www.german-medicalgroup.com/eng/medical_tourism.php
Health Tourism Greece	http://www.healthtourism.com.gr/ http://www.medicaltourism-greece.com/ http://www.alternativegreece.gr/WebForms/CategoryDisplay.aspx?ID=175

País da UE	Sítio Web
Health Tourism Hungary	http://www.operagardenhotel.hu/health-tourism-hungary http://www.medicaltourismhungary.com/ http://spa.gotohungary.com/
Health Tourism Ireland	http://medicaltourism.com/en/destination/ireland.html http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-tourism-in-ireland/report http://www.irishhealth.com/article.html?id=20677
Health Tourism Italy	http://www.placidway.com/country/20/Italy-Medical-Tourism http://medicaltherapyabroad.com/italy/ http://www.discovermedicaltourism.com/italy/
Health Tourism Latvia	http://www.latvia.travel/en/medical-tourism http://www.healthtravellatvia.lv/en/latvian-health-tourism-cluster-establishes-slogan-and-creates-new-web-site-promote-health-tourism http://www.medexport.lv/
Health Tourism Lithuania	http://www.moc.lt/ http://www.medicaltourismcongress.com/laimutis-paskevicius/ http://www.odontika.com/en/new/68/
Health Tourism Luxembourg	http://www.hospitalscout.com/pt/Hospitals/Facility/50378/clinique-d-eich.html http://www.hospitalscout.com/pt/Hospitals/Facility/50380/clinique-prive-du-dr-e-bohler.html http://www.hospitalscout.com/pt/Hospitals/Facility/50389/clinique-st-joseph-de-wiltz.html
Health Tourism Malta	http://www.visitmalta.com/en/medical-tourism http://www.stjameshospital.com/site1/medical-tourism/ http://medicaltherapyabroad.com/malta/
Health Tourism Netherlands	http://medicaltherapyabroad.com/netherlands/ http://amsterdam.usconsulate.gov/health_and_medical2.html http://www.mymedicaltourguide.com/Countries/45/Medical_Travel_In_Netherlands
Health Tourism Poland	http://www.medical-tourism-poland.com/ http://www.polandmedicaltourism.com/ http://poland.medicaltourism.pl/
Health Tourism Portugal	http://www.medicaltourism.pt/ http://www.algarvemedicaltourism.com/ http://www.medicalport.org/pt
Health Tourism Romania	http://www.romanianhealth.com/ http://medicaltourism.com/en/destination/romania.html http://artm.ro/en/
Health Tourism	http://medicaltourism.com/en/destination/slovakia.html http://med-

País da UE	Sítio Web
Slovakia	tour.eu/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=43&lang=UTF-8 http://spectator.sme.sk/articles/view/43842/24/medical_tourism_in_slovakia.html
Health Tourism Slovenia	http://www.medicaltourism-dmc.com/eng/tourism/destination-slovenia/the-healthcare-sytem-in-slovenia/ http://www.slovenia.si/visit/slovenian-green/thermal-spas/health-and-tourist-resorts/ http://www.slovenia.info/?zdraviliscaSLO=0
Health Tourism Spain	http://www.medicaltourismco.com/spain-hospitals/medical-tourism-spain.php http://www.imtj.com/news/?entryid82=420240 http://www.thelocal.es/20130513/malaga-global-health-tourism-bid-to-boost-brand-spain
Health Tourism Sweden	http://www.visitsweden.com/sweden/Sweden-Facts/How-you-do-things-in-Sweden/Health--medicare/ http://webappo.web.sh.se/p3/ext/content.nsf/aget?openagent&key=projekt_page_eng_1364479258833 http://www.mymedicaltourguide.com/Countries/63/Medical_Travel_In_Sweden
Health Tourism United Kingdom	http://www.dailymail.co.uk/news/article-2470994/TRUE-cost-health-tourism-Foreigners-cost-NHS-2BN-year.html http://www.dailymail.co.uk/health/article-204961/UK-expats-fall-victim-health-tourism.html http://gouk.about.com/od/tripplanning/p/emergencydoctor.htm

Quadro 4: Pesquisa de endereços eletrônicos de Turismo de saúde nos 28 países da UE; (Elaboração própria)

Da pesquisa realizada, e da visita aos sítios *Web*, permitiu-se a criação de critérios de análise. Pelo que se identificou:

- Qualidade Gráfica / *Interface*
- Estruturação da informação;
 - a. Tratamentos realizados
 - b. Parcerias em Turismo de Saúde evidenciadas;
 - c. Roteiros turísticos associados;
- Apoio Governamental;
 - a. Saúde e ou Turismo;

Desta forma, e de acordo com os critérios estruturados, podemos constatar a existência de duas tendências ao nível dos sítios *Web* pesquisados.

Assim, os países economicamente mais desenvolvidos são possuem *sites* menos apelativos graficamente, também denota-se que ao nível da estruturação da informação encontra-se uma menor integração desta, evidenciando-se tendências informativas.

Quanto aos países da bacia do mediterrâneo e países da UE a leste, apresentam *sites* de uma maior riqueza gráfica e informativa, remetendo para tratamentos diferenciados e humanizados, bem como para a integração de roteiros turísticos evidenciados as potencialidades regionais e culturais, existindo globalmente referência a apoios governamentais ao nível da Saúde e Turismo.

3.5.Síntese

A Diretiva pode ser considerada como uma oportunidade para o alinhamento das estratégias organizacionais do Setor da Saúde, oferecendo diferenciação e inovação ao Setor do Turismo.

Assim, com esta legislação existe a possibilidade de uma maior mobilidade de doentes dentro do espaço europeu, levando a uma dinamização intrínseca da oferta que é colocada à disposição das necessidades destes.

Esta oferta pode caracterizar-se pela disponibilização de serviços de cuidados de saúde, altamente diferenciados, inovadores e integrados num paradigma de qualidade dentro dos parâmetros técnico-científicos defendidos na comunidade científica.

Também, é importante integrar os princípios e pressupostos necessários à implementação da Diretiva, que leva à existência de obrigações dos EM de tratamento, bem como aos EM de afiliação.

De uma outra perspetiva, a informação disponibilizada na *Web* permite evidenciar que os países da bacia do mediterrâneo e os países a leste, da UE, possuem sites com uma tendência comercial e turística, quando relacionados com os sites dos países nórdicos e da Europa Central.

Capítulo IV: Turismo de Saúde em Portugal

4.1.Introdução

O setor do Turismo e o setor da Saúde caracterizam-se pela sua resistência à crise económico-financeira. Evidenciando-se como aqueles que têm mantido crescimento e capacidade de adaptação às novas exigências e necessidades de mercado.

Desta forma, será importante efetuar uma análise que permita integrar os dados destes dois setores numa articulação das suas potencialidades, de forma a perspetivar a criação de sinergias que possibilitem o desenvolvimento de produtos de Turismo de Saúde em Portugal.

Também, nesta visão, a caracterização dos eixos estratégicos, que influenciam as políticas de decisão e a implementação estratégicas de ação, são pontos a considerar. Pelo que, as evidências que surgem do Plano Estratégico Nacional de Turismo (PENT) 2013-2015 e do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, acerca dos pressupostos que qualificam o Turismo de Saúde devem ser integrados nesta análise.

Quanto às políticas definidas para a região, ao nível do CRER 2020 (Competitividade Responsável, Estruturante e Resilente em 2020), os eixos estratégicos que são definidos enquadram o Turismo de Saúde e a sua articulação com as potencialidades da região.

Assim, será objetivo deste capítulo analisar as potencialidades dos setores do Turismo e Saúde na economia portuguesa, bem como enquadrar as políticas regionais no que respeita ao Turismo de Saúde.

4.2.Portugal: o Setor do Turismo

O Turismo é um dos principais sectores da economia portuguesa, tendo em 2010, representado 9,2% do PIB. O emprego no sector representa 8% do emprego na economia. As receitas turísticas constituem a principal rubrica da balança corrente, representando

mais de 42% das receitas totais dos serviços, em 2009. O Turismo é o maior sector exportador do país e o saldo da balança turística tem contribuído, positiva e crescentemente, para a redução do défice da balança corrente (Palma et al., 2010).

Assumindo o Turismo como um valor estratégico para o desenvolvimento do país, o governo procedeu, nos últimos anos, à reforma estrutural, organizacional e do quadro legislativo do setor, concentrando numa única entidade (o Turismo de Portugal) todas as competências institucionais relativas à dinamização do turismo, desde a oferta à procura, (Mello, 2011).

No entanto, Portugal perdeu quota de mercado a nível internacional, dando-se uma diminuição significativa em 2009 (Mello, 2011; Palma et al., 2010). Também, está muito dependente de quatro mercados emissores e do desempenho de três regiões (Algarve, Lisboa e Madeira), sendo ainda afetado por uma elevada sazonalidade e limitações nas ligações aéreas (Mello, 2011; Palma et al., 2010).

Neste sentido, os objetivos traçados em 2007, pelo PENT, não foram realistas, uma vez que os resultados ficaram abaixo do planeado. Assim, as receitas turísticas ficaram a 21,5% do objetivo proposto, o número de hóspedes internacionais situou-se 13% abaixo dos objetivos, com menos 1,1 milhões de turistas e o turismo interno ficou 44 mil hóspedes e 515 mil dormidas abaixo do objetivo (Turismo de Portugal, 2013)

O Plano Estratégico Nacional de Turismo (PENT), na sua revisão de 2013, inclui um conjunto de importantes alterações de estratégia e de contexto. Assim, no horizonte 2013-2015, tem-se em linha de conta a instabilidade económico-financeira da Europa, que gera mais de 85% das dormidas internacionais em Portugal, a evolução dos canais de distribuição e informação, com alterações de paradigma ao nível dos destinos e companhias aéreas (Turismo de Portugal, 2013).

Por estes factos, Portugal dispõe de características únicas, tais como condições climatéricas, recursos naturais e culturais, que são indispensáveis à consolidação e desenvolvimento de 10 produtos turísticos estratégicos: Sol e Mar, Touring Cultural e Paisagístico, City Break, Turismo de Negócios, Turismo de Natureza, Turismo Náutico,

Saúde e Bem-estar, Golfe, Resorts Integrados e Turismo Residencial, e Gastronomia e Vinhos (Turismo de Portugal, 2013); (Turismo de Portugal, 2007).

4.3. Portugal: o Setor da Saúde

O setor da Saúde tem permitido a Portugal, nos últimos trinta anos, uma evolução ao nível dos indicadores de saúde da população portuguesa. Indicadores que se encontram ao nível dos países desenvolvidos da OCDE.

Essa evolução, tem a sua raiz na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, o que tem permitido à sociedade portuguesa um desenvolvimento indiscutível ao nível dos cuidados e dos indicadores de saúde, estimulando o lançamento e a criação de bases conceptuais, que possibilitam uma melhoria significativa das condições socioeconómicas (Barros, 2009; OPSS, 2009; Sakellarides, 2005).

Segundo o Health Systems in Transition (HiT, Portugal: Health Systems Review, têm-se registado avanços importantíssimos a nível dos indicadores de saúde (Pita Barros, Machado, & Simões, 2011).

Dos indicadores utilizados será importante referir, por exemplo, a esperança média de vida à nascença e taxa de mortalidade infantil, comparando estes dados com outros países da OCDE, com a finalidade de avaliar globalmente as melhorias implementadas pelos cuidados de saúde e condições de vida.

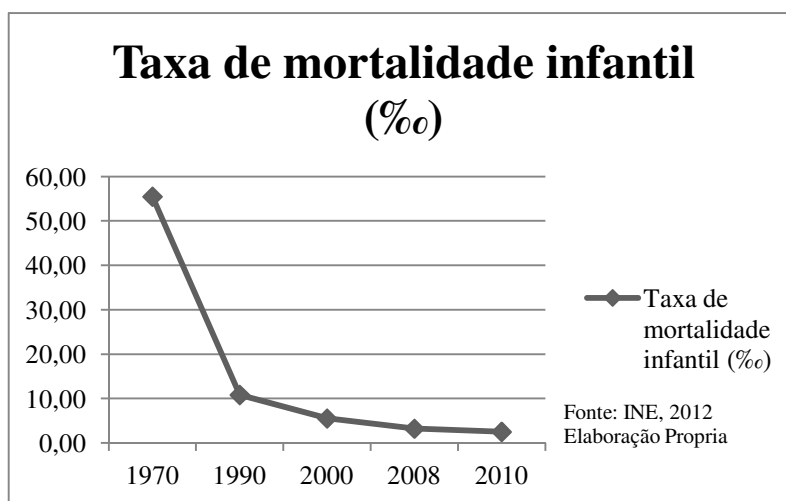


Gráfico 1: Esperança média de Vida à Nascença (Fonte: OCDE (2012) (Elaboração própria)

Assim, no início da década de 70 do século passado, a qualidade do sistema de saúde português apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis, quando comparados com outros países da Europa Ocidental (OCDE, 2012)

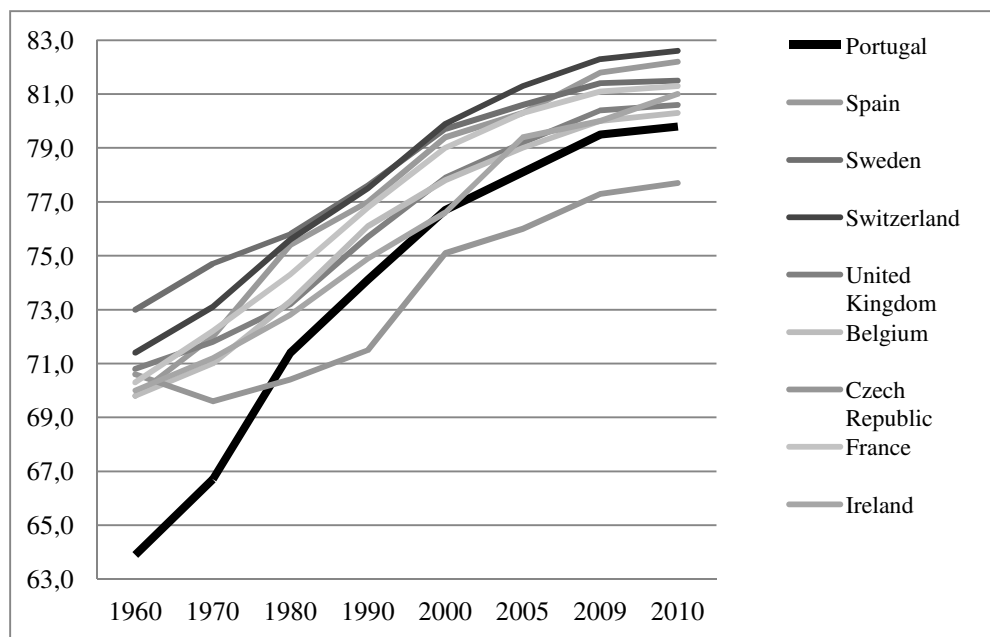


Gráfico 2: Esperança média de Vida à Nascimento (Fonte: OCDE, 2012, Elaboração própria)

Segundo dados da OCDE (2012), em Portugal, a esperança média de vida à nascença aumentou consideravelmente desde o início da década de 60. Assim, era de 63,9 anos em 1960, passando para 76,7 anos em 2000, e em 2010 encontrava-se para os 79,8 anos.

Nestes sentido, podemos afirmar que o setor da Saúde tem contribuído decisivamente para o desenvolvimento económico de Portugal. Contribuições que se prendem diretamente com a melhoria das condições de saúde dos portugueses, e, também, enquanto setor da economia (Pereira et al., 2013).

Assim, o Setor da Saúde é caracterizado por um grande número de empresas e pessoas empregues, com uma capacidade de resistência à crise que a economia portuguesa enfrenta desde 2008 (Pereira et al., 2013).

De referir, que as “(...) *empresas do setor da saúde, quando se compara as taxas de natalidade e de mortalidade das sociedades do setor não financeiro (em Portugal) com as que são conhecidas para alguns setores de atividade do setor da saúde, verifica-se que estas últimas foram, de um modo geral, inferiores às da economia como um todo, o que revela uma maior capacidade do setor da saúde em resistir ao início da crise que se enfrenta desde 2008, e que as taxas de natalidade em alguns subsectores são superiores às da economia em geral, o que sugere que tais subsectores estão em franca expansão*” (Pereira et al., 2013, p. 22).

Também, ao nível da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (ENDS), existe referenciação à relação Turismo e Saúde. Neste sentido, é referido que o aumento dos fluxos de turismo, resultantes da procura por parte população europeia, nomeadamente de segmentos com elevado poder de compra, de espaços residenciais em localizações com clima ameno, qualidade ambiental e paisagística, condições de segurança e bons serviços de saúde é uma realidade. (Agência Portuguesa do Ambiente, 2008).

Um ponto de análise, ainda a referenciar, prende-se com o desenvolvimento de atividades que aumentem a produtividade da economia e gerem emprego qualificado, de preferência conciliando “(...) *atividades numa fase ascendente ou numa fase madura do seu “ciclo de vida”, mas ainda em processo de deslocalização, com atividades ainda na fase inicial desse ciclo, ou seja com longo “tempo de vida dinâmica” à sua frente*” (Agência Portuguesa do Ambiente, 2008, p. 29).

4.4. Turismo de Saúde em Portugal

A perspetiva de tornar Portugal um destino de Saúde e Bem-Estar, parece passar pela articulação das várias vertentes (terapêutica, lúdica) e combinação/complementaridade com outros produtos/serviços (golfe, turismo de natureza, cultural, gastronomia e vinhos), inovando, por forma a atrair e satisfazer os turistas (Palma et al., 2010).

Portugal, pelas suas potencialidades, ambiciona tornar-se num “(...) *wellness destination, alavancando o potencial dos Açores e da Madeira para o desenvolvimento de ofertas distintivas O Turismo de Saúde e Bem-Estar tem vindo a aumentar na Europa e prevê-se*

que mantenha o ritmo de crescimento no futuro. Em 2004, este produto representava 3 milhões de viagens, esperando-se um crescimento anual de 5% a 10% até 2015, o equivalente a 6,2 milhões de viagens. A Alemanha domina entre os mercados emissores com 64% de quota. O consumidor tem uma despesa entre os 100 e os 400 euros e fica em média 4 ou mais noites no destino. Este produto divide-se em 3 segmentos: termas, spas e clínicas especializadas” (Turismo de Portugal, 2007, p. 71).

Neste sentido, este segmento de mercado, produto Saúde e Bem-estar, representa 1,9% das motivações dos turistas que visitam Portugal. *“No que diz respeito a infraestruturas, o país dispõe de termas com instalações antigas, e reduzidos serviços e atividades dirigidas aos turistas. De salientar ainda que apenas 18% das termas em funcionamento operam durante todo o ano”* (Turismo de Portugal, 2007, p. 71).

No entanto, pela análise comparativa entre os documentos do Turismo de Portugal (2006; 2007; 2010) estes dados encontram-se desatualizados, uma vez que tem existido um grande investimento por parte das instituições termais, em que existem projetos de requalificação já terminados e outros em fase de desenvolvimento.

Também, estes dados são corroborados pelo estudo realizado por Silva (2012), sobre Turismo de Saúde termalismo, em que as instituições termais em Portugal, têm uma estratégia de dinamização e desenvolvimento do produto dentro de um paradigma de inovação, aliando a qualificação da sua capacidade hoteleira à saúde, enleando roteiros e cultura.

Também, quanto aos spas e outros serviços similares tem existido um grande investimento, como a concessão de apoios financeiros a projetos inovadores e diferenciados ao nível da requalificação das estâncias termais e melhoria das unidades hoteleiras com Spas, capazes de proporcionar uma oferta distintiva de Saúde e Bem-Estar (Turismo de Portugal, 2010).

Em resultado de todas estas fatos, parece surgir evidências acerca das potencialidades de Portugal, enquanto destino turístico para o produto de Saúde e Bem-Estar.

Neste sentido, será importante equacionar em que patamar se encontra essa requalificação, bem como perceber em que sinergias estão a ser desenvolvidas, a fim da criação de valor. Ainda, será fulcral estudar qual o posicionamento dos gestores de unidades com

potencialidades de serem relacionadas com o Turismo de Saúde e Bem-Estar, no que respeita a estratégias que promovam o valor da organização e região, quer em termos de produto, de mercado e implementação de parcerias que distingam o contexto português.

Pelo que foi elaborado um quadro com os fatores distintivos e quais as principais ações a desenvolverem, em resultado da análise do PENT (Turismo de Portugal, 2007).

Algarve	Fatores distintivos		Clima ameno todo o ano
	Principais ações a desenvolver	a	Promover o desenvolvimento de spas em hotéis de referência
Lisboa	Fatores distintivos		Não referido
	Principais ações a desenvolver	a	Não referido
Madeira	Fatores distintivos		Condições e reconhecimento internacional como lugar para tratamentos de saúde Propriedades terapêuticas das areias do Porto Santo
	Principais ações a desenvolver	a	Promover o desenvolvimento da oferta hoteleira dirigida a nichos e potenciar o desenvolvimento de spas >Aumentar oferta de teleféricos existentes (<i>mobilidade dos turistas</i>)
Porto e Norte	Fatores distintivos		Qualidade e diversidade das águas termais
	Principais ações a desenvolver	a	Desenvolver conceitos distintivos de spas para o polo Douro, usando os recursos específicos da região Requalificar e dinamizar as estâncias termais
Centro	Fatores distintivos		Qualidade e diversidade das águas termais
	Principais ações a desenvolver	a	Potenciar o desenvolvimento de Resorts Integrados no pólo Oeste Desenvolver o pólo Serra da Estrela Potenciar uma oferta termal moderna
Açores	Fatores distintivos		Não referido
	Principais ações a desenvolver	a	Não referido
Alentejo	Fatores distintivos		Não referido
	Principais ações a desenvolver	a	Não referido

Quadro 5: Fatores distintivos e principais ações a desenvolver em Portugal no setor do Turismo de Saúde e Bem-Estar; Fonte: Turismo de Portugal (2007)

Como evidenciado anteriormente, o Plano Estratégico Nacional do Turismo (PENT), decorre da iniciativa governamental, no sentido em que serviu de base à concretização de ações definidas para o crescimento do turismo nacional e orientar a atividade do Turismo de Portugal, I.P., entidade pública central do sector, para o período de 2006 a 2015 (Turismo de Portugal, 2007).

No entanto, uma vez que os resultados pretendidos se fixaram abaixo do previsto e utilizando o pressuposto de revisão periódica dos objetivos, com a finalidade de uma adaptação realista à evolução do contexto global do turismo, procedeu-se à sua revisão. Assim, o Turismo de Portugal (2013) procedeu à sua revisão, apresentando um documento com o horizonte temporal 2013-2015, “*Plano Estratégico Nacional do Turismo PENT - Horizonte 2013-2015*”.

No horizonte 2013-2015, mantêm-se os principais mercados emissores que são a Alemanha, Bélgica, Itália, Áustria, Suíça, Reino Unido, Escandinávia e Espanha representando cerca de 81% do mercado europeu, sendo também mercados de relevância estratégica no desenvolvimento do produto os cidadãos portugueses dispersos pelos diversos países (diáspora) e as pessoas dos países de língua portuguesa (Turismo de Portugal, 2013).

Neste sentido, torna-se relevante qualificar e classificar a oferta de Turismo de Saúde, com vista ao desenvolvimento e crescimento deste produto de relevância estratégica para Portugal, na componente médica, termalismo, spa e talassoterapia, estimulando a estruturação e a promoção conjunta das valências médica e turística (Turismo de Portugal, 2013).

Por estes factos o objetivo é vocacionar a oferta do produto para os turistas cuja motivação primária é a obtenção de benefícios relacionados com os cuidados de saúde, articulando a valência médica com as valências turísticas que lhe estão direta e indiretamente associadas, perspetivando-se um crescimento anual significativo na Europa, entre os 7% a 8% desde 2000, valores que se esperam idênticos até 2015 (Turismo de Portugal, 2013).

Neste sentido o Turismo de Portugal (2013) considera que Portugal reúne fatores de competitividade que permitem o desenvolvimento do Turismo de Saúde e Médico.

Assim, o fato de existir um sistema nacional de saúde de qualidade reconhecido internacionalmente, com profissionais de saúde com experiência internacional e com diminutas barreiras de comunicação nos idiomas dos potenciais mercados emissores, bem como a existência de unidades hospitalares acreditadas por sistemas internacionais, designadamente pela Joint Commission International, e, por também as condições

climáticas ao longo do ano, que favorecem a convalescença e que per si têm efeito terapêutico nalgumas patologias, são pressupostos que permitem perspetivar as potencialidades do país como destino de Turismo de Saúde e Turismo Médico (Turismo de Portugal, 2013)

No documento que faz a análise prospetiva para o horizonte temporal 2013-2015, o PENT, aponta a necessidade de estruturar circuitos turísticos para o Turismo de Saúde no sentido da promoção internacional (Turismo de Portugal, 2013).

Neste sentido, e no que respeita ao Turismo de Saúde e Turismo Médico, “(...) *verifica-se a necessidade de fazer um diagnóstico global da articulação entre serviços médicos e de turismo, bem como proceder à análise da situação competitiva nacional e definição do modelo de negócio que melhor potencie os serviços de turismo*” (Turismo de Portugal, 2013, p. 33).

4.5. Turismo de Saúde na Região Centro e no CRER 2020

O CRER no Centro de Portugal 2020 tem o desígnio central da geração de valor acrescentado decorrente da afirmação de um modelo de Competitividade Responsável, Estruturante e Resiliente (CRER). Assim, a estratégia de desenvolvimento regional sugerida para o Centro de Portugal, para o período temporal 2014-2020, que visa a mobilização dos cidadãos e agentes locais, sub-regionais e regionais (CCDRC, 2013a).

Segundo a CCDRC (2013, p. 9), o “*Plano de Ação Regional para a Região Centro de Portugal enquadra-se na estratégia Europa 2020, que procura agregar todos os Estados Membros da União Europeia, nomeadamente as suas regiões em torno de uma trajetória de crescimento, assento nas seguintes prioridades comuns e partilhadas:*

- a) O conhecimento e inovação, para que o crescimento seja inteligente;*
- b) Uma economia de baixo carbono em termos de recursos e competitividade para que o crescimento seja sustentável;*

c) *Uma economia com altas taxas de emprego e que assegure a coesão social e territorial, o aumento das qualificações, e a luta contra a pobreza, para que o crescimento seja inclusivo”.*

Neste sentido, a saúde e bem-estar encontra-se como um domínio diferenciador, onde a Região Centro apresenta um elevado potencial e resultados interessantes a nível internacional, pelo que o materializar de uma Estratégia de Especialização Inteligente, de forma a criar um solido saldo da balança comercial da Região (CCDRC, 2013a).

Desta forma, o Turismo de Saúde é uma vertente de maior interesse para a Região Centro, pelo que, segundo o CCDRC (2013) estes devem-se explorar de forma mais aprofundada no período 2014-2020, face à qualidade da oferta dos empreendimentos e do nível de prestação dos cuidados de saúde e bem-estar que a Região Centro consegue reunir, tanto pelo bioclimatismo, como pelo termalismo.

Também, a qualidade dos serviços de saúde prestados na Região Centro, são considerados uma referência internacional, o que pode potenciar uma crescente procura, não só nacional, mas também internacional (CCDRC, 2013a).

C	C spa/ talass. E t. médico	P	D náutica de recreio D surfing	D obs. aves	ALGARVE	P	D		C	P
C	C spa/ talass.	D	D náutica de recreio D surfing	C passeios D t. equestre D obs. aves	LISBOA (região)	D			P inclui Touring religioso P peregrina- ções	C
C	E t. médico				LISBOA (cidade)		P	P	Short breaks	
C	C spa/ talass.	E	D náutica de recreio E surfing	P passeios	MADEIRA	C			P	D
GASTRON. E VINHOS	TURISMO SAÚDE	TURISMO RESIDEN.	TURISMO NÁUTICO	TURISMO NATUREZA		GOLFE	TURISMO NEGÓCIOS	ESTADIAS DE CURTA DURAÇÃO EM CIDADE	CIRCUITOS TURÍSTICOS RELIGIOSOS E CULTURAS	SOL E MAR
C	P termas C spa/ talass.		E náutica de recreio E surfing	D passeios D t. equestre	NORTE (região)	C			P inclui Touring religioso	
C	E t. médico				PORTO (cidade)		D	D	Short breaks	
C	P termas E t. médico C spa/ talass.		E surfing	D passeios	CENTRO				P	C
C		E	D surfing	D t. equestre D obs. aves	ALENTEJO				P	C
C			D náutica de recreio E surfing	P passeios D obs. aves	AÇORES				D	

E P emergente C P complementar D P em desenvolvimento P P consolidado

Figura 6: Matriz de Produto versus Destintos; Fonte: Turismo de Portugal (2013, p. 22)

A Região Centro apresenta ainda um conjunto de características que podem ser evidenciadas no desenvolvimento de um produto de Turismo de Saúde, como o fato de estar composta por uma património histórico, arquitetónico e cultural de reconhecimento internacional, com roteiros turísticos já implementados (CCDRC, 2013b).

Assim, desde o Turismo Cultural ao Turismo Religioso, onde Fátima ocupa um lugar de destaque, a Região Centro pauta-se por oferecer uma diversidade concentrada num território com acessibilidades facilitadas e num pequeno espaço. Onde à distância de dezenas de km, o turista pode usufruir de cidades com qualidade de vida reconhecida nos rankings nacionais e com forte identidade cultural, oferecendo produtos com tradição e qualidade (CCDRC, 2013b).

4.6. PNS 2012-2016 e a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Saúde: pressupostos que interessam ao Turismo de Saúde

Da análise realizada, podemos perceber que a Qualidade dos Cuidados de Saúde é um princípio fundamental ao Turismo de Saúde. Para tal, torna-se importante aprofundar qual tem sido o desenvolvimento do conceito, ao nível dos prestadores de serviços de saúde em Portugal, e quais as estratégias políticas que estão enunciadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 e estudos que estiveram na base da sua construção.

Assim, a prestação de cuidados de saúde em Portugal tem estado aliada a uma política de desenvolvimento da Qualidade. Nesta perspetiva, têm-se desenvolvido estratégias, tanto a nível das unidades, como de órgãos reguladores (Direção Geral da Saúde, Entidade Reguladora da Saúde), no sentido da implementação de programas de qualidade em saúde, levando a processos de acreditação.

Assim, a acreditação das instituições de saúde teve o seu início em Portugal no ano de 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (extinto em 2006) (Carneiro, Campos, & Saturno, 2010)

Decorrente das alterações orgânicas que têm vindo a desenvolver-se no Sistema de Saúde, existiu a necessidade de enquadrar, em termos legislativos a Políticas de Gestão de Qualidade na Saúde. Assim, a partir da publicação do Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro, que veio conferir à Direcção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português.

Compete atualmente à Direcção Geral da Saúde prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente e a disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais.

Para o efeito, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, através da Portaria n.º 155/2009 de 15 de Fevereiro, com vista a responder ao conjunto das competências anteriormente referidas e nessa medida, através do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que define as prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde.

Atualmente, a área da qualidade nos Cuidados de Saúde Hospitalares em Portugal centra-se, essencialmente, na acreditação dos estabelecimentos em termos organizativos ou de infraestruturas (como, por exemplo, na elaboração de planos de emergência) ou na certificação individual de determinadas áreas (serviços, por exemplo), em detrimento da componente clínica do processo de prestação de cuidados, a qual se baseia, essencialmente, na perspetiva dos processos e pouco nos resultados (por exemplo, na construção de normas de procedimento) (Delgado, 2009).

No entanto, é importante salientar o sucesso alcançado pelos projetos de acreditação de hospitais e certificação de alguns serviços hospitalares em Portugal pelos referenciais ISO (França, 2008).

A área da segurança do doente é reconhecida como um elemento essencial na área da qualidade dos cuidados de saúde, devendo basear-se na prevenção e análise da informação de retorno dos vários sistemas de notificação, bem como no programa de melhoria contínua da qualidade.

No entanto, de acordo com França (2008), não existe evidência acerca da frequência e causas da insegurança na prestação dos cuidados, que seria imprescindível para avaliação dos potenciais danos e soluções possíveis. Acresce que a melhoria da qualidade e segurança do doente são o resultado de uma variedade de atividades continuadas no tempo que exigem métodos sistemáticos de avaliação.

Assim, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde que deve ser considerado como uma ferramenta para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, constituindo um estímulo para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, de metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade, na prestação dos cuidados de saúde (DGS, 2012).

Este Programa, tem ainda como objetivo final, atingir uma mudança cultural, visando alterar o atual paradigma de prestação de cuidados, centrado na organização, para um novo paradigma de cuidados, centrado no cidadão (DGS, 2012).

Um outro ponto de análise, prende-se com determinantes de saúde. Os resultados em saúde dependem da qualidade dos cuidados prestados, mas estes poderão não determinar mais que 20% desses resultados (Carneiro et al., 2010).

No entanto, este dado reveste-se de uma grande importância para o objeto de estudo, pois em Turismo de Saúde, a procura de cuidados de saúde é influenciada pelos resultados obtidos, quer sejam Sistemas de Saúde, ou mesmo Instituições/Centros de Excelência.

Pelo que, é do lado da oferta que se pode criar condições ao desenvolvimento de um produto turístico com as características específicas do Turismo de Saúde.

Assim, do lado da oferta de cuidados terão influência as próprias características dos prestadores (idade, conhecimentos, aptidões, experiência, estado físico, personalidade, capacidade de comunicação, senso, sentido de oportunidade, carga de trabalho), das instituições (hospital universitário/não universitário, volume de casos, tecnologia, sistema de informação), as características do sistema (articulação entre as diferentes redes de cuidados, as parcerias, o financiamento, a política de incentivos, o planeamento dos recursos humanos, entre outros) e a forma como os cuidados são prestados (acesso, organização, equidade) (Carneiro et al., 2010).

As políticas de saúde específicas do sector ou intersectoriais, assim como os mecanismos de regulação, assumem um importante impacto sobre os resultados em saúde. Da organização dos cuidados, são particularmente relevantes os aspetos em que existe evidência de uma relação direta com os resultados (ex. redução do tempo, no caso do enfarte agudo do miocárdio; implementação de normas de orientação clínica; estratégias de redução do risco clínico, criação de Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais; implementação de uma sistema de prescrição informatizado, entre outros)(Carneiro et al., 2010).

Assim, destaca-se a análise realizada pelo estudo acerca da “*Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*” (Carneiro et al., 2010), ao referir que existe uma fraca avaliação da qualidade dos cuidados. Também não têm existido uma avaliação sistemática das reformas implementadas no Sistema, reportando-se essa inexistência de cultura de avaliação em mudança como a transformação dos hospitais em E.P.E., a criação de Centros Hospitalares, a reforma das urgências, as Unidades Locais de Saúde (ULS), as Unidades de Saúde Familiares (USF), a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Pelos pressupostos evidenciados anteriormente torna-se fundamental diagnosticar como estão a ser desenvolvidos os princípios relativos à Qualidade em Saúde, bem como perspetivar que políticas em qualidade de saúde se destacam para o período 2013-2015, destacando-se o documento da Direção Geral de Saúde, o PNS 2012-2016.

O PNS 2012-2016 tem 4 eixos estratégicos, sendo a Qualidade em Saúde um desses eixos e assumindo-se que estes são fundamentais para o retorno de ganhos em saúde, melhorando o desempenho e reforçando o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de Saúde, bem como a capacidade de este se desenvolver como um todo (Ferrinho, Simões, Machado, & George, 2012a).



Figura 7: Eixos Estratégicos do PNS 2012-2016; Fonte Ferrinho, Simões, Machado, & George (2012a, p. 14)

Começamos por destacar a definição de Qualidade em Saúde defendida pelo PNS: “(...) a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (Ferrinho, Simões, Machado, & George, 2012b, p. 16).

Também será importante reforçar que a Qualidade em Saúde tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação (Ferrinho et al., 2012b).

A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS) (Despacho 14223/2009) estabelece como áreas prioritárias de atuação a qualidade clínica e organizacional, a informação transparente ao cidadão, segurança do doente, qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, gestão integrada da doença e inovação, gestão da mobilidade internacional de doentes, e avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS (Ferrinho et al., 2012b).

4.7.Síntese

O turismo é um dos principais setores da economia portuguesa, representado uma componente importante do PIB e emprego. Assim, a criação do PENT considera-se um marco representativo das opções políticas para este setor, pelo que na sua revisão, para o horizonte 2013-2015, as metas traçadas por este documento, já estão em linha com a instabilidade económico-financeira que tem ocorrido ao nível da economia europeia.

Neste sentido, é de realçar que em 2012 o setor do Turismo manteve a trajetória de crescimento, o que pode evidenciar a capacidade de adaptabilidade e robustez deste setor.

Por sua vez, o setor da Saúde tem apresentado resultados importantes, que se caracterizam pela melhoria dos indicadores de saúde da população, mas igualmente através da atividade empresarial, para além da prestação de cuidados de saúde, revelando a capacidade deste setor em resistir à crise económico-financeira que ocorre em Portugal desde 2008.

Desta forma, o destaque da indústria farmacêutica, indústria de dispositivos médicos e de algumas unidades de serviços de saúde têm contribuído para a evolução das exportações da economia portuguesa, realçando-se a sua capacidade de crescimento.

Assim, existem evidências documentais que apontam o Turismo de Saúde como um produto com capacidade de crescimento sustentável, ambicionando Portugal enquanto destino de Turismo de Saúde.

Nesta perspetiva, dadas as potencialidades existentes, existe a necessidade de realizar uma estruturação que promova a valência médica e turística, de forma conjunta.

Ainda, a reforçar estes pressupostos, plasmados ao nível do PENT, o “Plano de Ação para a Região Centro 2020”, encontra no Turismo de Saúde oportunidades de negócio, enquadrando-o como um domínio diferenciador, onde a Região Centro apresenta um elevado potencial e resultados interessantes a nível internacional.

Também, ao nível do PNS 2012-2016, os princípios defendidos, em termos que qualificação dos serviços e dos cuidados, enquadra-se nas necessidades inventariadas ao nível da revisão da literatura para o Turismo de Saúde.

Assim, a Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde, oferece-nos a perspetiva da implementação de medidas que levem à diferenciação dos cuidados de saúde através de normativos ligados à qualidade e segurança dos cuidados, sendo a qualidade em saúde um dos eixos estratégicos do PNS. Atendendo à certificação dos cuidados de saúde através de instituições internacionalmente reconhecidas e dentro das normas ISO.

Capítulo V: Turismo de Saúde na Região Centro – Fátima

5.1. Introdução

A Região Centro possui uma diversidade e dinamismo, com diferentes tipos de estratégias de eficiência coletiva em desenvolvimento, incluindo *Clusters* e Polos de Competitividade que demonstram a capacidade regional já existente neste domínio (CCDRC, 2013a).

Neste sentido, na Região existe a implementação e desenvolvimento de projetos em torno do Turismo de Saúde. Esta possui um conjunto de características e potencialidades que podem integrar um produto com a dimensão do Turismo de Saúde.

Assim, o objetivo deste capítulo centra-se na estruturação de contributos que integrem a construção de um Cluster de Turismo de Saúde em Fátima, incorporando nesta análise o contributo de Gestores-chave, que possam influenciar o desenvolvimento do mesmo.

5.2. Modelos já em desenvolvimento em Portugal

Tem existido, tanto por parte de instituições públicas, como por parte de investimentos de iniciativa privada uma aposta no setor Saúde e concretamente no setor do Turismo de Saúde.

Assim, e segundo os dados do documento “Turismo de Saúde e Bem-estar: Qualificação da Oferta de Saúde e Bem-Estar”, existe um “(...) conjunto de projetos de investimento turístico mais significativo no âmbito do produto Saúde e Bem-Estar que, desde 1999, têm beneficiado de diversos sistemas de incentivo geridos pelo Turismo de Portugal. Num total de 20 projetos que envolvem um investimento total de 228.486.581,03 € e incentivos financeiros na ordem dos 53.535.709,11 € de natureza reembolsável e não reembolsável” (Turismo de Portugal, 2010, p. 5).

Desta forma, a iniciativa dos empresários alavancada pelos apoios financeiros do Turismo de Portugal têm conseguido qualificar a nossa oferta termal e hoteleira, e assim, consolidar a imagem de Portugal como destino de Saúde e Bem-Estar.

Também o Governo de Portugal, *Health Cluster Portugal*, bem como outras instituições tem desenvolvido ações no que respeita ao setor Turismo de Saúde e Bem-Estar. Existem medidas que apontam para o desenvolvimento de estratégias no sentido de tornar este setor mais competitivo.

Neste sentido, têm sido realizadas conferências com objetivo de debater as potencialidades do setor. Onde são inseridos temas como a construção da reputação internacional em saúde, análise da diretiva europeia de cuidados de saúde transfronteiriços e oportunidades para Portugal no Turismo de Saúde e quais as perspetivas dos consumidores do sector.

Esta temática encontra-se em pleno desenvolvimento no contexto sociopolítico e empresarial em Portugal, pelo que se torna um importante tema de investigação sob o ponto de vista da Gestão de Recursos de Saúde.

No entanto, existem algumas questões ainda a equacionar, no sentido do desenvolvimento competitivo deste produto. Nesta perspetiva, é também necessária a existência de recursos de saúde, para uma efetiva resposta de qualidade, sem falhas, dentro de um quadro técnico-científico e tecnologicamente exigente, como o é o mercado da Saúde.

5.3. Caracterização do objeto de Estudo – Fátima

5.3.1. Fátima: Desenho de Saúde e Socioeconómico

Fátima insere-se no concelho de Ourém, distrito de Santarém, situa-se no centro do país, na área do Vale do Tejo, a cerca de 40 Km da costa atlântica. A área do município desenvolve-se entre plataforma de Fátima a oeste e o Rio Nabão a leste, confina com os concelhos de Pombal, a Norte, Alvaiázere, Ferreira do Zêzere e Tomar a nascente, Torres Novas e Alcanena a sul e a poente pelos concelhos da Batalha e Leiria (Município de Ourém, 2013)

A população do concelho de Ourém é caracterizada por estar dispersa, denotando-se uma maior concentração nas cidades de Ourém e Fátima e nas vilas de Caxarias, Freixianda, Vilar dos Prazeres e Olival, em detrimento das zonas rurais (Município de Ourém, 2013).

Assim, e segundo os dados da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDRC), Ourém tem uma população de 45.830 habitantes e tem uma área de 416,6 Km². (CCDRC, 2012). É o município mais populoso da comunidade intermunicipal do Médio Tejo, sendo o segundo em superfície territorial.

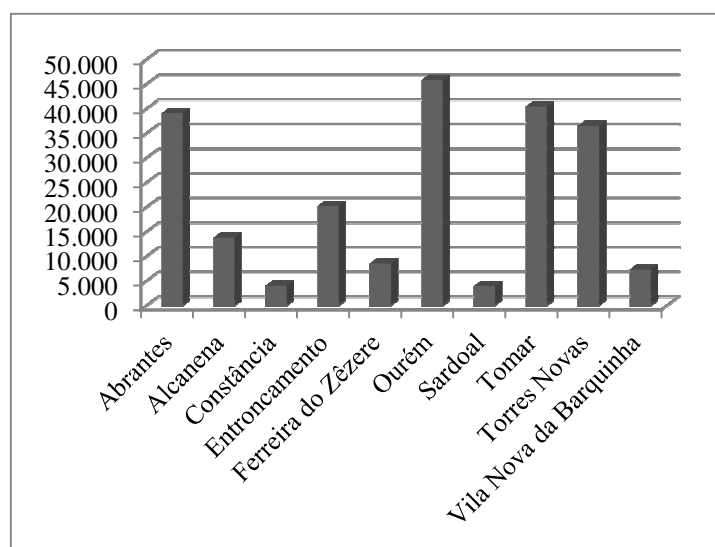


Gráfico 3: Dados demográficos dos Municípios do Médio Tejo; Fonte: Rodrigues, Figueira, & Serrano (2013)

Em termos económicos, o Município de Ourém apresenta cerca de 5401 empresas, o que representa cerca de 25% das empresas do Médio Tejo, e possui uma taxa de desemprego, em 2012 de 8,5%, pautando-se como uma das mais baixas da Comunidade Intermunicipal e do país (CCDRC, 2012).

5.3.2. Contextualização turística e de saúde da Região

Ao nível do Turismo é o Município do Médio Tejo que mais estabelecimentos hoteleiros têm (44), com uma “*Estada média nos estabelecimentos hoteleiros*” de 1.8, também das mais altas ao nível do Médio Tejo, composta por uma proporção de hóspedes estrangeiros de 67,5% (CCDRC, 2012).

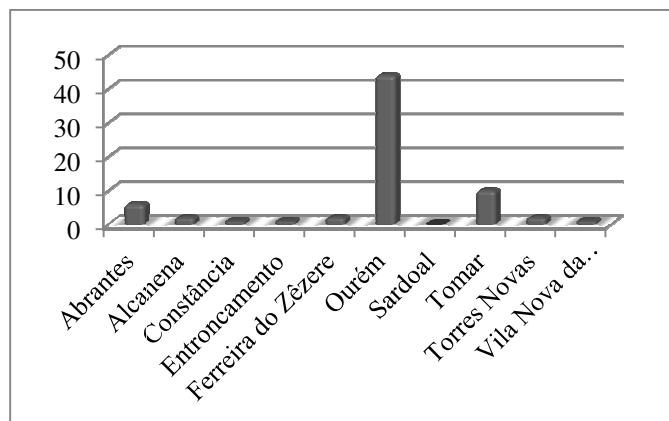


Gráfico 4: Distribuição dos Estabelecimentos Hoteleiros; Fonte Rodrigues et al. (2013)

Do ponto de vista das instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Ourém é servido, no que concerne aos Cuidados de Saúde Primários, pelo Centro de Saúde de Ourém e Centro de Saúde de Fátima, que se encontram inseridos no ACES Serra D’Aire e Candeeiros, Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARS LVT).

Ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares, o hospital de 1ª linha e utilizando a nomenclatura da DGS (2001), é o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), EPE, nomeadamente a Serviço de Urgência Básica (SUB) da Unidade Hospitalar de Tomar e Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Abrantes do CHMT.

Ao nível da Emergência Pré-Hospitalar, o Município de Ourém encontra-se apoiado pelas ambulâncias INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), sediadas nas corporações de Bombeiros Voluntários de Ourém, Fátima e Caxarias (Município de Ourém, 2013), sendo estas acionadas pelo Número Europeu de Emergência Médica: 112, que através dos serviços do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sinaliza a situação e coordena o transporte para o local mais adequado com os meios que tiver à disposição.

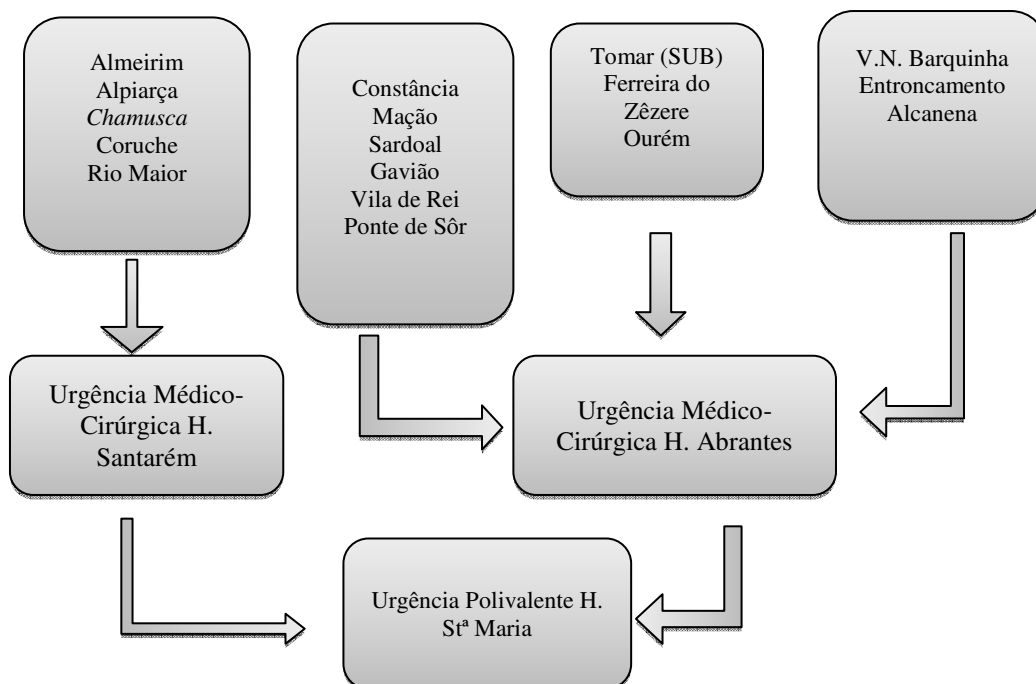


Figura 8: Rede de Referência Hospitalar para a população do Distrito de Santarém;
Fonte: DGS (2001)

5.4.Clusterização na Dinamização do Turismo de Saúde em Fátima

Fátima é um destino turístico relevante para Portugal, encontrando-se ao nível de destinos como Lisboa e é dos destinos mais fortes em termos da Região Centro (CCDRC, 2013b); (Henriques, Afonso, Holstein, Gonçalves, & Luís, 2012).

Assim, as regiões devem atrair investimentos através da formação de um clima de negócios inspiradora: fornecendo espaço atraente para a localização, orientando as empresas através da administração pública e reduzindo o peso da burocracia (Pessoa, 2013).

Neste sentido a atração de investimentos encontra-se estreitamente ligada à capacidade de atrair e reter mão-de-obra altamente qualificada, sendo crucial para a prosperidade atual e futura das regiões (Pessoa, 2013).

No sentido da criação da competitividade regional, muitas das políticas governamentais eficazes passam pela educação, infraestrutura e mecanismos de colaboração e de coordenação. Em suma, para que os governos desempenhem um papel eficaz na construção

de um sistema regional competitivo vigoroso, é necessário investir a longo prazo, com base numa compreensão mais profunda dos padrões e dinâmicas de inovação, em setores específicos para a região, principalmente nos *Clusters* (Pessoa, 2013).

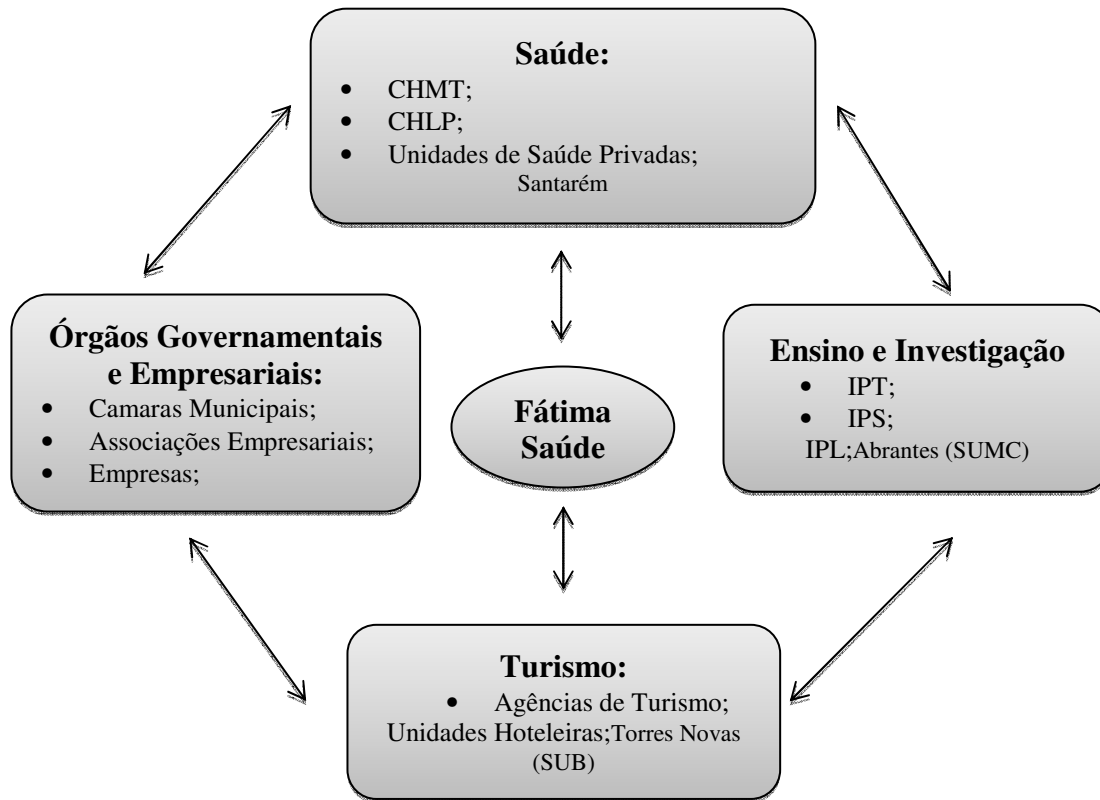


Figura 9: Quadro Conceptual (Elaboração própria)

Pode-se assumir que a Região de Fátima pode caracterizar-se como catalisador ao desenvolvimento de um *Cluster de Saúde*. Para tal, o quadro conceptual elaborado pode clarificar as forças dinamizadoras que existem no interior deste *Cluster*.

Neste sentido, esta Região encontra-se envolvida por dois Centros Hospitalares, que possuem características e níveis de especialização próprios. Pelo que importa identificar o que une e distingue positivamente estas duas instituições, elencando quais as áreas onde se podem complementar.

Ao nível das Instituições de ensino superior, existem nesta Região 3 Institutos Politécnicos (Leiria, Tomar e Santarém), onde existem polos de investigação em Saúde e Tecnologias,

fazendo-se referência às Escolas Superiores de Saúde de Leiria e Santarém e curso de Licenciatura e Mestrado na Escola Superior de Gestão de Tomar.

5.4.1. Definição de Cluster e sua Importância na Internacionalização do Setor da Saúde

A importância da interpretação do que caracteriza um *Cluster* torna-se relevante para a persecução do objetivo do estudo. Assim, *Cluster* é definido como um “(...) conjunto de empresas interrelacionadas entre si e com entidades produtoras e difusoras de conhecimento, com o objetivo de construírem novas competências e novos fatores competitivos e aumentar o valor acrescentado, (...) podendo ser apreendidos a nível regional (*micro clusters*), nacional (*clusters*) e da económica global (*os mega clusters e cadeias internacionais do habitat, alimentação, moda, saúde, mobilidade, informação/comunicação, lazer*)” (Chorincas & Marques, 2002, p. 8).

Também, e segundo Porter (1998), *Clusters* oferecem uma forma construtiva de mudar a natureza dos diálogos o setor público e privado. Possibilitam que um conjunto de empresas a operar numa determinada região se possa interrelacionar, formando uma massa crítica localizada, com sucesso competitivo em áreas específicas.

Neste sentido, a *clusterização* pode incluir instituições públicas, como instituições do ensino superior, associações empresariais, empresas do setor privado, no sentido de se criarem conhecimentos, competências e investigação altamente especializada (Porter, 1998).

Desta forma, existe a possibilidade de se promover o diálogo e cooperação entre empresas, entre estas e as autoridades públicas e outras organizações, como universidades, centros de Investigação e Desenvolvimento (I&D). Podendo este diálogo levar a colaborações mais eficazes entre empresas, tais como nas áreas de marketing, fomentar a formação profissional, maior divisão do trabalho entre empresas (Chorincas & Marques, 2002).

Assim, empresas que operam em áreas de negócio afins, que se localizam e atuam em proximidade constituem-se como forças impulsionadoras do desenvolvimento económico (Chorincas & Marques, 2002).

Neste sentido, os *Clusters* Regionais caracterizam-se por funcionarem no interior de um dado espaço regional, podendo este modelo repetir-se total ou parcialmente noutras regiões do país (Pessoa, 2013).

Deste ponto, os *Clusters* Regionais apresentam vantagens importantes a analisar:

- O conhecimento mútuo e a confiança entre os membros do *cluster*;
- A comunicação entre membros do *cluster*, estabelecendo redes de trabalho e que facilita a partilha de recursos e a transferência de conhecimento;
- A existência de infraestruturas e recursos especializados em qualidade e quantidade (sobretudo humanos);
- Intervenção de entidades públicas como facilitadoras e fornecedoras das infraestruturas necessárias ao *cluster*;
- Presença de empresas âncora que sirvam de catalisadores para o desenvolvimento de projetos;
- Disponibilidade de financiamento; a dificuldade em obter financiamento aconselha a concentrar o pouco que existe em um número limitado de projetos (Pereira et al., 2013).



Figura 10: *Cluster* do Turismo; Fonte: (Chorincas & Marques, 2002, p. 58)

O Turismo depende direta e indiretamente, de uma ampla gama de recursos ambientais, tais como a paisagem, o clima, o ambiente e a cultura. A combinação específica destes recursos é uma marca distintiva entre as regiões, e por isso pode constituir uma potencial vantagem ao competir com outras regiões. No entanto, o que dá a vantagem não é o recurso em si, mas a forma como os agentes locais exploram as combinações existentes (Pessoa, 2013).

Um ponto importante na condução de competitividade no Turismo: competitividade depende da fase do ciclo de vida do destino turístico. Esta especificidade distingue Turismo de outras atividades económicas, em termos de rivalidade e custos inerentes ao marketing e publicidade (Pessoa, 2013).

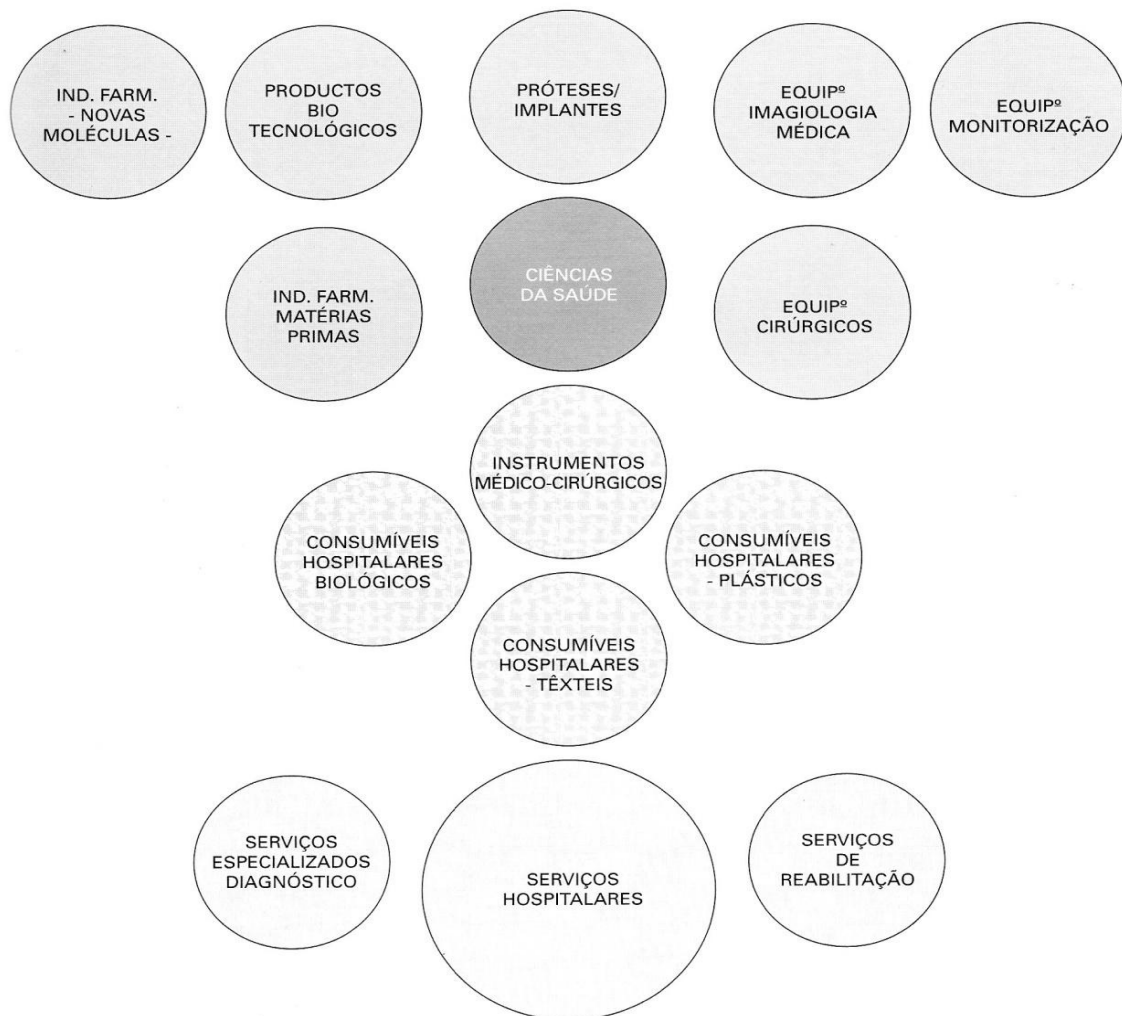


Figura 11: Cluster da Saúde; Fonte: (Chorincas & Marques, 2002, p. 59)

Neste sentido, se a região é um destino bem conhecido, e o Turismo é uma indústria madura, a rivalidade entre os concorrentes do turismo é fundamental para inovar nos serviços prestados e no aumento da atratividade de longo prazo do destino. No entanto, se a região está a tentar ser notada como um destino turístico, a cooperação entre os agentes locais é crucial (Pessoa, 2013).

Assim, Fátima é um destino turístico maduro, com uma dimensão mundial, portanto a criação de um *cluster* pode mostrar-se irracional. No entanto, do ponto de vista da criação de novos produtos associados a Fátima a criação deste modelo de organização empresarial é determinante.

Assim a cooperação entre todos os agentes locais é crucial, pois, mais importante do que lutar por uma fatia do mercado é explorar complementaridades e beneficiar das externalidades mútuas que surgem, não apenas entre concorrentes (Pessoa, 2013).

5.5. Respostas estruturadas para o desenvolvimento do *Cluster*: Turismo de Saúde em Fátima

No sentido de uma análise estruturada ao desenvolvimento do *Cluster* de Turismo de Saúde em Fátima, e com vista a evidenciarem contributos que possam ser utilizados na formulação de estratégias integradas e complementares, a realização de uma análise *SWOT* considera-se fundamental de forma a dar respostas às hipóteses formuladas anteriormente.

Assim, trata-se de uma ferramenta de avaliação usada para verificar se uma intervenção pública é adequada ao seu contexto. O termo *SWOT* é composto pelas iniciais das palavras *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) (QREN, 2012).

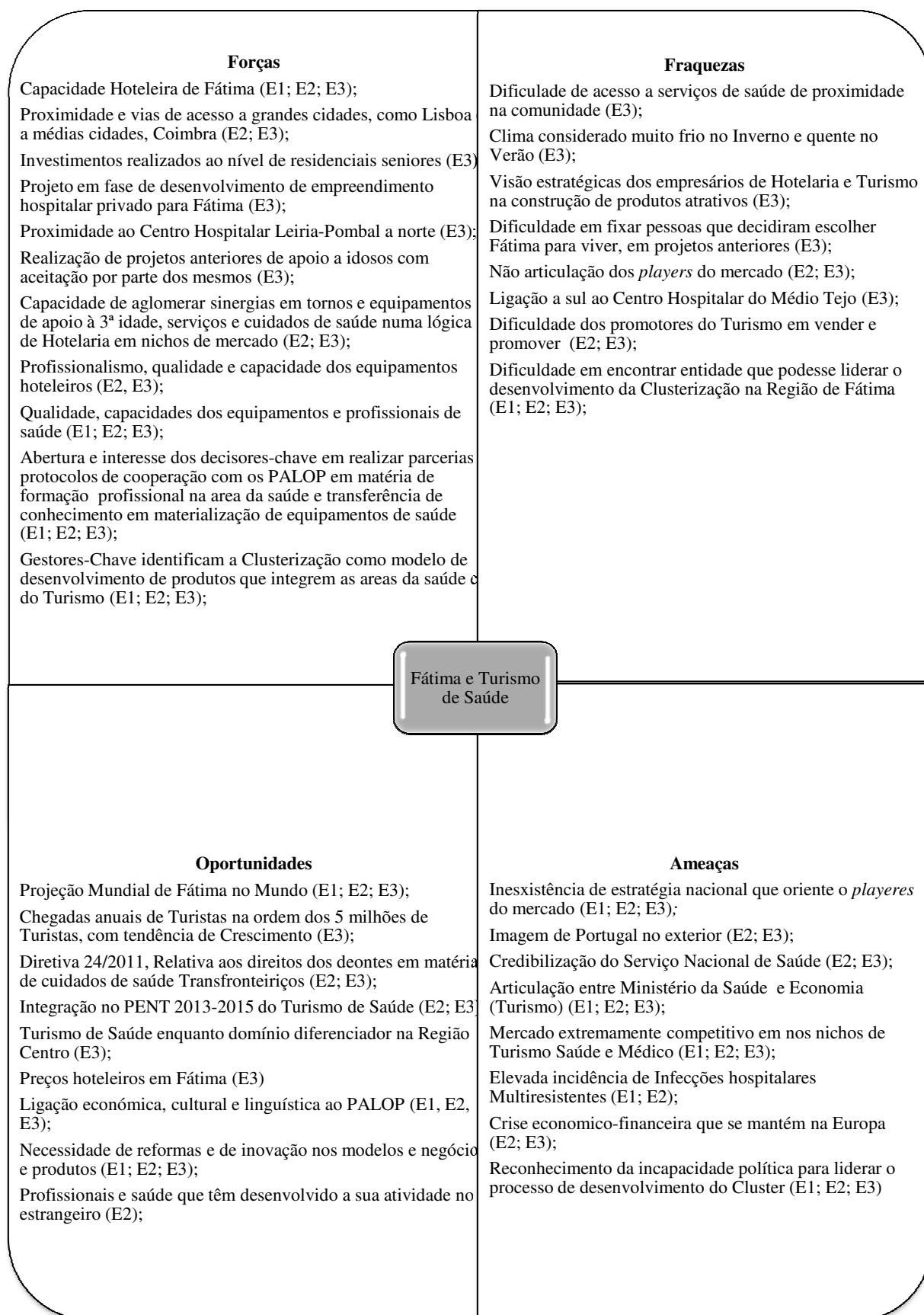
A análise *SWOT* subdivide-se em duas análises complementares: análise externa e análise interna. A análise externa corresponde às principais perspetivas de evolução do mercado em que a empresa atua.

- *Opportunities* (Oportunidades): Aspectos positivos da envolvente, com impacto significativo no negócio da empresa;

- *Threats* (Ameaças): Aspectos negativos da envolvente, com impacto significativo no negócio da empresa.

A análise interna corresponde aos principais aspetos que diferenciam a organização ou os produtos dos seus concorrentes.

- *Strenghts* (Pontos Fortes): Vantagens internas da empresa ou produtos em relação aos seus principais concorrentes;
- *Weaknesses* (Pontos Fracos): Desvantagens internas da empresa ou produtos em relação aos seus principais concorrentes.



Quadro 6: Análise SWOT a Fátima e Turismo de Saúde (Elaboração Própria)

5.5.1. Contributos à estruturação do *Cluster* Turismo de Saúde em Fátima

Os contributos que emergem do trabalho de campo realizado podem levar a afirmar que os Gestores-chave entrevistados neste estudo não consideram que Fátima se possa posicionar como um destino de Turismo de Saúde. No entanto, encontram oportunidades e potencialidades que podem tornar este produto complementar de outros na Região.

Também, é de referir que existe total concordância na qualificação do destino turístico por parte da saúde, proporcionando segurança e credibilização da oferta, permitindo a pessoas portadoras de patologias crónicas, a possibilidade de viajar e de permanecer durante um maior período de tempo no destino.

Nesta construção de contributos, a resposta às hipóteses colocadas, enquadra-se como uma etapa relevante no objetivo do estudo.

Hipóteses	Comentário	Contributos
Hipótese I: Os equipamentos de saúde que existem na região são em quantidade e qualidade suficiente para servir a comunidade local e os turistas.	<p>A região de Fátima não dispõe de Equipamentos de Saúde, proximidade que esteja acessíveis ao público 24h por dia, esta oferta não tem sido proporcionada quer pelo setor público, quer pelo setor privado.</p> <p>No que respeita a equipamentos hospitalares, a unidade mais próxima é o CHLP, no entanto, este não é o Hospital de referência de Fátima. A unidade hospitalar de referência é o CHMT, em que sua urgência Médico-cirúrgica fica a 70 km de distância.</p> <p>A nível da oferta do setor privado, existe o Hospital Privado de Santarém, em Santarém e o Hospital S. Francisco, em Leiria</p>	<p>O envolvimento dos diferentes intervenientes no mercado, integrando os diferentes setores da economia, no sentido da organização, inventariação e implementação de medidas concretas que respondam às necessidades do mercado e comunidades locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órgãos da autarquia locais/comunidades intermunicipais; • Unidades de Saúde Públicas e Privadas; • Instituições do Ensino Superior • Órgãos e empresas do Turismo;

Hipóteses	Comentário	Contributos
Hipótese II: Os equipamentos de saúde reúnem as condições para responder às necessidades e exigências do mercado	<p>As condições que são elencadas ao nível da literatura acerca das características que os equipamentos de saúde devem ter, desde a qualidade hoteleira, passando pela dinamização de políticas de recursos humanos, aos processos de certificação por entidades reconhecidas internacionalmente encontram-se ainda em fase de desenvolvimento.</p> <p>A missão das instituições públicas, que servem a região, encontra-se bem definida, pelo que, a prestação de cuidados de saúde às populações locais e aos visitantes nas situações de urgência e emergência são a única prioridade das instituições.</p>	Existe a necessidade de se proceder à construção de uma estratégia nacional, onde sejam indicadas medidas concretas, que orientem investidores e gestores, que permitam as respostas às reais necessidades dos mercados.
Hipótese III: Existe a possibilidade de criar sinergias entre os <i>players da Saúde e do Turismo</i>.	<p>Os gestores-chave entrevistados encontram abertura para a criação de sinergias no sentido de se fomentar a articulação entre o Turismo e Saúde.</p> <p>Denotando-se que Turismo de Saúde, não é a simples soma de ambas as áreas. A integração das instituições públicas do ensino, saúde e turismo, com os órgãos de governo local, associações empresariais, e empresas é possível e desejável.</p>	Das entrevistas realizadas notou-se que a comunicação entre os agentes locais não tem existido. Existindo um desconhecimento da projeção das capacidades do conjunto.
Hipótese IV: O modelo da <i>Clusterização</i> desenvolve o produto de Turismo de Saúde para a Região de Fátima.	<p>A <i>clusterização</i> é o modelo que pode responder ao enquadramento necessário, de forma que se encontrem as medidas necessárias à identificação de nichos de mercado. Da análise desses dados deverá resultar um conhecimento objetivo das necessidades dos mercados emissores, de forma a construir-se um produto com plasticidade suficiente que satisfaça e ofereça o que é desejado pelos turistas</p>	Necessidade de se encontrar quem possa liderar o desenvolvimento do projeto. A proposta para a Região de Fátima terá que passar por uma instituição idónea e que conheça os setores envolvidos. Deixa-se a sugestão de ser uma Instituição do ensino Superior.
Hipótese V: As comunidades locais, com a prestação de cuidados de saúde a turistas têm a sua acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde diminuída.	<p>No quadro atual, de racionalização e sustentabilidade do SNS, os serviços e instituições encontram-se vocacionadas para dar resposta às necessidades locais. Existindo um esforço efetivo no sentido da manutenção do nível de qualidade exigido e desejável em termos técnico-científicos.</p> <p>A curto prazo não existe a visão de se poder abrir o leque a outros mercados</p>	Resultaram evidências que a intervenção do setor público, pauta-se pela possibilidade de inovação e credibilização do produto Turismo de Saúde.

Quadro 7: Contributos à *Clusterização* do Turismo de Saúde em Fátima (Elaboração Própria)

5.6. Síntese

A Região de Fátima integra-se na região Centro de Portugal, estando na zona de fronteira entre a Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo e a Comunidade Intermunicipal do Pinhal Litoral.

Em termos de resposta de saúde, Fátima e o concelho que a integra, não possuem as suas necessidades totalmente satisfeitas, existindo notoriamente diferentes níveis de acessibilidade e equidade de acesso aos serviços e cuidados de saúde. A perceção existente é que estes factos descredibilizam o destino turístico.

Assim, o modelo de *Clusterização*, caracterizado pela aglomeração de empresas e instituições, dos diferentes setores da economia, possibilita o desenvolvimento de sinergias que potenciem do destino e os produtos que nele existem.

No curto prazo, será difícil encontrar uma visão que caracterize Fátima e a Região como um destino de Turismo de Saúde. A não existência de uma estratégia nacional que oriente e apoio os investimentos e decisões dos *playeres* do mercado condicionam decisivamente essa visão.

No entanto, existem potencialidades e oportunidades que são valorizadas tanto pelos setores empresariais, como pela instituição de saúde de referência, e ainda pela entidade que tem dinamizado a internacionalização do setor da saúde, o *Health Cluster Portugal*.

Também, pela partilha de conhecimentos que ocorreu durante a entrevista à liderança empresarial local, no passado já nasceram projetos similares, que acabaram por ter insucesso. Mas, a caracterização dos fatores que levaram ao insucesso existe e o processo de resolução do mesmo é que não tem sido construído.

Neste sentido, a criação de um Cluster que tenha o objetivo de identificar as oportunidades do mercado, elencar as potencialidade e vencer as fraquezas e minimizar as ameaças poderá criar um clima de inovação, crescimento e integração do conhecimento académico no setor empresarial, fornecendo uma cadeia de valor ao produto.

Potenciar a valorização da Investigação e desenvolvimento nos cuidados de saúde e o seu contributo para a sustentabilidade do SNS, bem como promover a competitividade internacional na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita ao acompanhamento e apoio do crescimento do Turismo de Saúde no nosso país (Mateus et al., 2010).

Conclusões

Integrar Fátima como um destino de Turismo de Saúde evidencia-se, pelo quadro atual de difícil execução, ou seja, das evidências constatadas com o trabalho de campo, todos os Gestores-chave entrevistados identificam com dificuldade o desenvolvimento do produto de Turismo de Saúde em Fátima.

Fátima e a Região envolvente possuem potencialidades, que vão desde o Turismo Religioso, à proximidade do termalismo na região do Pinhal Litoral à forte componente cultural, arquitetónica e histórica que existe na linha Pinhal Litoral e Médio Tejo, até mesmo com Coimbra, centro de excelência nas áreas das Ciências da Saúde e prestação de cuidados de saúde.

A *Clusterização* pode ser um modelo a implementar, pois possibilita a agregação de sinergias e potencialidades dos diferentes intervenientes no mercado, colmatando as fraquezas e as ameaças, diminuindo as possibilidades de insucesso dos projetos e favorecendo a sua dinamização no mercado global.

O envolvimento do setor público representa, do ponto de vista da valorização da oferta, a inclusão de características como a segurança, qualidade e credibilidade. Possibilitando o acesso a financiamentos e tecnologias que na área da saúde representam investimentos complexos e avultados.

Ao nível da Região de Fátima, as instituições de saúde pública, possuem a sua missão definida, não existindo diretivas ou estratégias governamentais/ministeriais que integrem o Turismo de Saúde como produto estratégico, se o ponto de análise for o Nacional, ou domínio diferenciador, do ponto da Região Centro, ou quais as medidas a adotar no que respeita à implementação da Diretiva 24/2011, no que respeita aos direitos do doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

A formulação de parcerias com os PALOP é uma estratégia que se considera ao alcance de todos os Gestores-chave, no que respeita à formação de intercâmbio de recursos humanos da saúde, bem como à formulação de protocolos e parcerias no sentido do desenvolvimento de infraestruturas nesses países, utilizando o *know-how* existente em Portugal.

A componente da saúde enquanto qualificador do Turismo é uma evidência unanime, pelo que o incremento de segurança, qualidade e credibilidade neste domínio devem passar pelas respostas dadas ao afluxo de turistas na região.

A visão que existe a nível da qualidade e dos resultados dos serviços e dos cuidados de saúde, plasmada nos documentos oficiais e disponibilizados pelas entidades públicas, como o Turismo de Portugal IP, a CCDRC, CCDRLVT, ARS LVT, é que estes possuem qualidade, segurança, excelência dos profissionais de saúde e dos resultados, passíveis de igualar os dos países desenvolvidos.

No entanto, os Gestores-chave entrevistados, reconhecem que esta visão é contrária aquilo que os cidadãos estrangeiros têm dos serviços e cuidados de saúde, existindo uma falta de credibilização, acentuada pela atual situação económico-financeira que o país atravessa, referindo-se mesmo que o turista ao estar em Portugal e necessitar de utilizar os serviços de saúde, sente-se inseguro, fundamentando o desconhecimento do mesmo.

Limitações da Investigação

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, pelo que a subjetividade e interpretação dos resultados, não resulta de uma análise matemática dos mesmos, mas de associações e interpretações das evidências, podendo estar incluída algum nível de subjetividade do investigador.

Também, trata-se de uma temática onde a investigação e a produção de resultados ainda é escassa, pelo que os dados quantitativos disponibilizados são poucos e ainda sujeitos a uma fraca consensualidade.

Uma outra questão prende-se com a transposição para a ordem jurídica interna da Diretiva 24/2011, que à data da conclusão deste estudo ainda não se encontra realizada, estando em processo de Projeto-Lei. Ainda dentro desta temática, o fato de não existir diretivas por parte do Ministério da Saúde às instituições, levanta limitações que não são possíveis de transpor.

O fato de a dois dos Entrevistados não ter sido possível o agendamento das entrevistas, no período de realização deste estudo, nomeadamente lider da autarquia local, que engloba a Fátima, e administração do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Linhas futuras de investigação

Com a realização deste estudo, encontraram-se questões, que futuramente podem ser respondidas. Neste sentido, através dessas futuras resposta às questões elencadas, a construção de um produto e estratégia de implementação, nos diversos mercados contribuirá para a criação de valor, contribuindo para o crescimento económico da Região de forma sustentável e inovadora.

Assim, será necessário:

- Criar o perfil exato do turista que vem a Fátima;
- Inventariar quais as necessidades dos turistas que visitam Fátima e a região;
- Que respostas ao nível de saúde são necessárias à comunidade e turistas;
- Compreender como se pode implementar uma articulação entre os diferentes *players* do mercado;

Do ponto de vista do produto de Turismo de Saúde e a sua relação com Fátima e a Região, será necessário responder a questões:

- Pensar os serviços hoteleiros existentes na região na ótica da saúde e criá-los do ponto de vista de produto com potencialidades exportadoras;
- Caracteriza-lo com a plasticidade suficiente no sentido de integrar a cadeia de valor;
- Estratégia informativa que desenvolva a credibilização do destino e dos serviços de saúde da região;
- Perceber se o Turismo de Saúde coloca custos na acessibilidade e equidade e qualidade às comunidades locais mais carenciadas.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Barros, Pedro (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina Edições.
- Agência Portuguesa do Ambiente. (2008). *Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável - ENDS 2015 Parte I Estratégia*. Agência Portuguesa do Ambiente.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Birch, D. W., Vu, L., Karmali, S., Stoklossa, C. J., & Sharma, A. M. (2010). Medical tourism in bariatric surgery. *American journal of surgery*, 199(5), 604–8.
doi:10.1016/j.amjsurg.2010.01.002
- Burkett, L. (2007). Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective. *The Journal of legal medicine*, 28(2), 223–45.
doi:10.1080/01947640701357763
- Caballero-Danell, S., & Mugomba, C. (2007). *Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry*. Goteborg University.
- Carneiro, A. V., Campos, L., & Saturno, P. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Alto Comissariado da Saúde.
- CCDR. (2012). *Dados Estatísticos Datacentro CCDRC*. Comissão Coordenadora do Desenvolvimento da Região Centro: Informação extraída de <http://datacentro.ccdrc.pt> em 31-03-2013.
- CCDR. (2013a). *CRER 2020: Centro de Portugal - Competitividade Responsável, Estruturante e Resiliente Plano de Ação Regional 2014-2020*. Comissão Coordenadora do Desenvolvimento da Região Centro: CRER 2020.

CCDRC. (2013b). Contributos para a Preparação do Novo Período de Programação 2014 – 2020. Coimbra: Comissão Coordenadora do Desenvolvimento da Região Centro: CRER 2020.

Chorincas, J., & Marques, I. (2002). *Clusters e Política de Inovação*. Lisboa: Gabinete do PROINOV – Presidência do Conselho de Ministros.

Comissão Europeia. Europa, primeiro destino turístico do mundo - novo quadro político para o turismo europeu (2010). Bruxelas.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism□: Conceptualisation , culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13.
doi:10.1016/j.tourman.2012.05.009

Conselho Europeu. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 On the application of patients’ rights in cross-border healthcare (2011). Bruxelas.

Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India□: Messages , images , and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726–732.
doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.022

Cunha, L. (2002). *Introdução ao Turismo*. Lisboa: Editorial Verbo. doi:172944/01

ERS. (2012). *Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Eurpoeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços Sobre o Sistema de Saúde Português* (p. 146). Porto: Entidade Reguladora da Saúde.

Ferrinho, P., Simões, J., Machado, M. do C., & George, F. (2012a). Plano Nacional de Saúde: Enquadramento do Plano Nacional de Saúde. Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.

- Ferrinho, P., Simões, J., Machado, M. do C., & George, F. (2012b). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Qualidade em Saúde. Direção Geral de Saúde.
- Figueras, J., & McKee, M. (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems*. (O. U. Press, Ed.) (European O., p. 330). Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Henriques, E. B., Afonso, J., Holstein, F., Gonçalves, L., & Luís, M. (2012). Observatorium Relatório Anual 2012. Lisboa: : Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo/ Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo.
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010, April 30). A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*. doi:10.1080/10548401003744677
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995–1005. doi:10.1016/j.tourman.2010.08.012
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of public health policy*, 31(2), 185–98. doi:10.1057/jphp.2010.10
- Labonté, R., Blouin, C., Chopra, M., Packer, C., Lee, K., Rowson, M., ... Woodward, D. (2011). Towards health-equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final report to the commission on social determinants of health. *Institute of Population Health. Globalization and Health*
- Lee, C. G. (2010). Health care and tourism: Evidence from Singapore. *Tourism Management*, 31(4), 486–488. doi:10.1016/j.tourman.2009.05.002
- Lunt, N., Hardey, M., & Mannion, R. (2010). Nip , Tuck and Click☐: Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information, 1–11.

- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: scoping review*. OCDE.
- Mateus, A., Caetano, G., Rodrigues, H., Cabral, C., Ramalho, E., Moreira, J., ... Maia, R. (2010). *Sustentabilidade e Competitividade na Saúde em Portugal*. Lisboa.
- Mello, A. (2011). *O Turismo na Economia Evolução do contributo do Turismo para a economia portuguesa 2000-2010*. Turismo de Portugal, IP.
- Município de Ourém. (2013). Documentos Previsionais 2013 - Orçamento e Grandes Opções do Plano 2013/2016. Ourém.
- OCDE. (2012). OECD Health Data 2012. OECD.
- Palma, F. M., Barros, S., Rosa, L. R., Paulino, P. T., Leitão, C., Agotinho, P., & Leite, S. S. (2010). *Turismo Caracterização e Oportunidades de Negócio*. Banco Espírito Santo: Espírito Santo Research Sectorial.
- Penney, K., Snyder, J., Crooks, V. A., & Johnston, R. (2011). Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*, 12(1), 17. doi:10.1186/1472-6939-12-17
- Pereira, N. S., Almeida, Á., Gomes, C., Alvim, J. L., Gonçalves, L., & Oliveira, S. (2013). *O Setor da Saúde: O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência*. Porto Business School.
- Pessoa, A. (2013). Competitiveness, Clusters and Policy at the Regional Level: Rhetoric vs. Practice in Designing Policy for Depressed Regions, V(1), 101–116.
- Pita Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). *Portugal: Health system review* (Vol. 13).

- Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and health*, 7(1), 12. doi:10.1186/1744-8603-7-12
- Porter, M. E. (1998). Clusters and the new Economics of Competition. *Harvard Business Review*, (November-December), 77–90.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais (2^a Edição). Lisboa: Gradiva.
- Reed, C. M. (2008). Medical tourism. *The Medical clinics of North America*, 92(6), 1433–46, xi. doi:10.1016/j.mcna.2008.08.001
- Rodrigues, M., Figueira, L. M., & Serrano, T. (2013). Saúde e acesso aos cuidados de saúde num destino turístico: o caso de Ourém/Fátima. *Info ACISO, Ano III*(Série I Distribuição Gratuita Bimestral).
- Silva, S. (2012). *O Turismo de Saúde e Bem-Estar: Uma Estratégia de Desenvolvimento para a Região Centro de Portugal*. Faculdade de Letras - Universidade de Coimbra.
- Smith, P. C., & Forgione, D. A. (2007). Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19.
- Turismo de Portugal. (2006). *Saúde e bem-estar: 10 Produtos Estratégicos para o desenvolvimento do Turismo em Portugal*. Turismo de Portugal IP.
- Turismo de Portugal. (2007). *Plano Estratégico Nacional do Turismo: Para o Desenvolvimento*. Turismo de Portugal IP.
- Turismo de Portugal. (2010). *Turismo de Saúde e Bem Estar: Qualificação da Oferta de Saúde e Bem-Estar*. Turismo de Portugal IP.
- Turismo de Portugal. (2013). *Plano estratégico nacional do turismo*. Lisboa: Turismo de Portugal IP.

UNWTO. (2012). *UNWTO Tourism Highlights*. World Tourism Organization, Madrid.

Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Ginneken, E. Van. (2011). *Cross-border Health Care in the European Union* (ISBN 978 9.). United Kingdom: Te European Observatory on Health Systems and Policies.

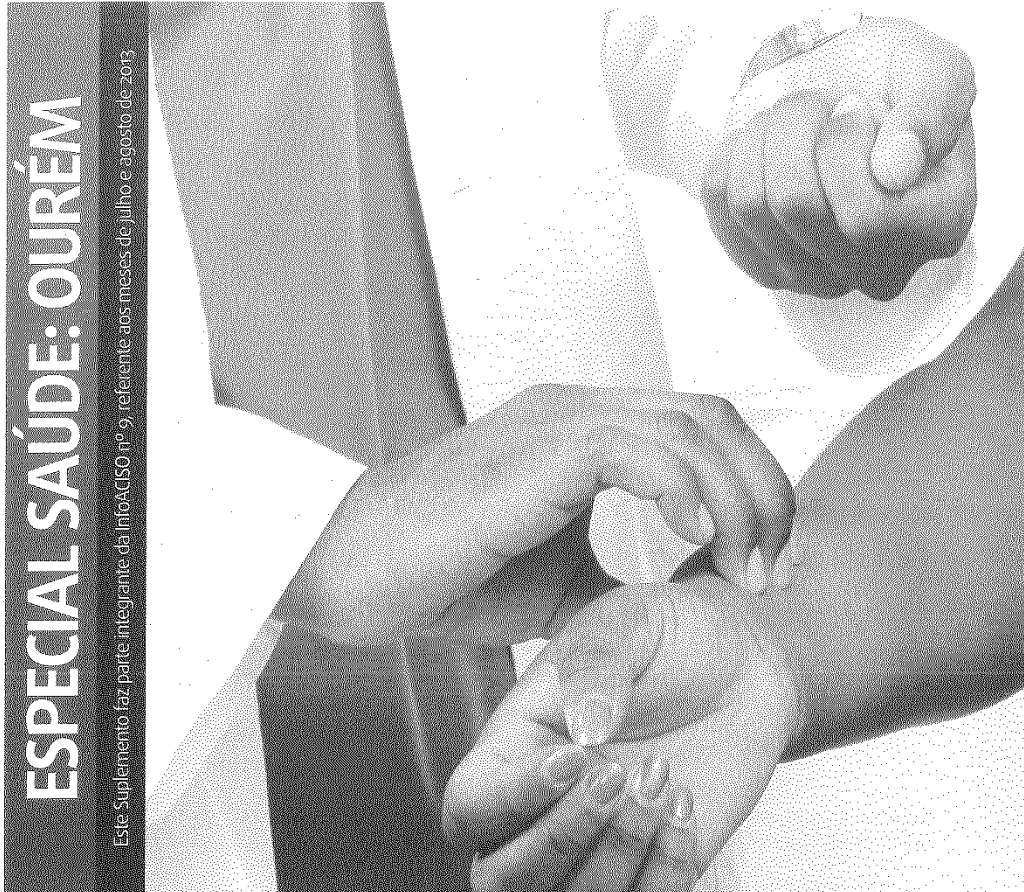
World Tourism Organization. (2013). *UWNTO Annual Report 2012*. Madrid.

Yun, J., & Gyou, T. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese , Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80–88. doi:10.1016/j.tourman.2011.02.002

Anexos

Anexo I

Artigo Publicado na Revista *InfoACISO*



ESPECIAL SAÚDE: OURÉM

Este Suplemento faz parte integrante da *InfoACISO*, nº 9, referente aos meses de julho e agosto de 2013.

O presente artigo sobre "Saúde e acesso aos cuidados de saúde num destino turístico: o caso de Ourém/Fátima" foi elaborado por Marco Rodrigues¹ no âmbito do desenvolvimento da sua dissertação de Mestrado, com orientação de Teresa Serrano² e Luís Figueira³.

¹ Marco Rodrigues, Mestrando em Gestão de Recursos de Saúde Instituto Politécnico Tomar, Enfº CHMT, Ourém Vida-Clinica Médica.

² Teresa Serrano, Professora Coordenadora – Vice-presidente do Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém.

³ Luís Figueira, Professor Coordenador – Instituto Politécnico de Tomar – Escola Superior de Gestão de Tomar – Diretor do Curso de Mestrado em Desenvolvimento de Produtos em Turismo Cultural.

INTRODUÇÃO

A saúde e o acesso aos cuidados de saúde são direitos consignados aos cidadãos portugueses pela Constituição da República Portuguesa.

No estudo elaborado para Health Systems in Transition (HiT, Portugal: Health Systems Review) refere que as questões problemáticas que envolvem os serviços de saúde prendem-se com a distribuição geográfica assimétrica de serviços e recursos humanos da saúde denotando-se diferenças substanciais de acessibilidade em Portugal (Pita Barros, Machado, & Simões, 2011).

Ourém é um município com características específicas na região onde se encontra, onde destacamos ser o concelho com maior número de habitantes, um dos maiores em dimensão, possuir um forte tecido empresarial e ser um importante destino turístico, não só da região como do país. Além disso, Fátima, constitui-se como um destino turístico composto por um grande parque hoteleiro (44 hotéis) e por um elevado número de turistas anual – ascende a 5 milhões de visitantes.

Neste sentido, ao analisar o relatório de acessibilidade a cuidados de saúde surgem indícios das dificuldades e complexidades dos residentes no município de Ourém (ARS LVT, 2012), o que nos leva a questionar a equidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte dos Ourienses.

(1.1) MUNICÍPIO DE OURÉM: DESENHO DE SAÚDE E SOCIOECONÓMICO

Ourém, cidade e sede de concelho do distrito de Santarém, situa-se no centro do país, na área do Vale do Tejo, a cerca de 40 Km da costa atlântica. A área do município desenvolve-se entre a plataforma de Fátima a oeste e o Rio Nabão a leste, confina com os concelhos de Pombal, a Norte, Alvaiázere, Ferreira do Zêzere e Tomar a nascente, Torres Novas e Alcanena a sul e a poente com os concelhos da Batalha e Leiria (Município de Ourém, 2013).

A população do concelho de Ourém é caracterizada por estar dispersa, denotando-se uma maior concentração nas cidades de Ourém e Fátima e nas vilas de Caxarias, Freixianda, Vilar dos Prazeres e Olival, em detrimento das zonas rurais (Município de Ourém, 2013).

Segundo os dados da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDR), Ourém tem uma população de 45.830 habitantes e tem uma área de 416,6 Km². (CCDR, 2012). Assim, é o município mais populoso da comunidade intermunicipal do Médio Tejo, sendo o segundo em superfície territorial.

Em termos económicos, o Município de Ourém apresenta cerca de 5400 empresas, o que representa cerca de 25% das empresas do Médio Tejo, e possuindo uma taxa de desemprego, em 2012 de 8,5%, pautando-se como uma das mais baixas da Comunidade Intermunicipal e do país (CCDR, 2012).

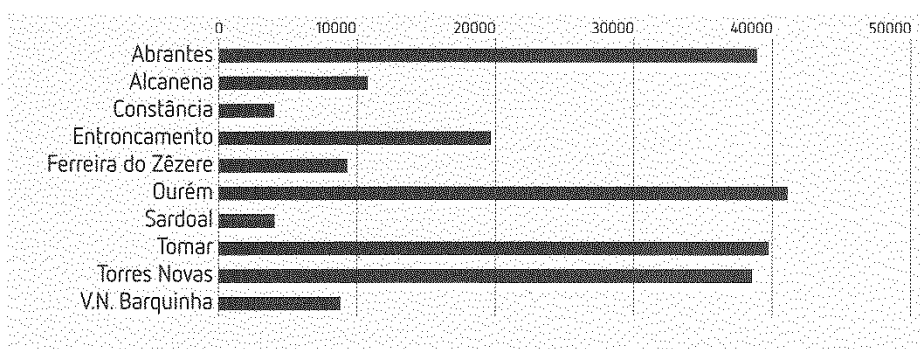


GRÁFICO01. DADOS DEMOGRÁFICOS DOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO TEJO | FONTE CCDRC, 2012 | ELABORAÇÃO PRÓPRIA

(1.2) OURÉM NO CONTEXTO TURÍSTICO E DE SAÚDE DA REGIÃO

Ao nível do Turismo é o Município do Médio Tejo que mais estabelecimentos hoteleiros têm (44), com uma "estada média nos estabelecimentos hoteleiros" de 1,8, também das mais altas ao nível do Médio Tejo, composta por uma proporção de hóspedes estrangeiros de 67,5%.

Do ponto de vista das instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Ourém é servido, no que concerne aos Cuidados de Saúde Primários, pelo Centro de Saúde de Ourém e Centro de Saúde de Fátima, que se encontram inseridos no ACES Serra D'Aire e Candeeiros, Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARS LVT).

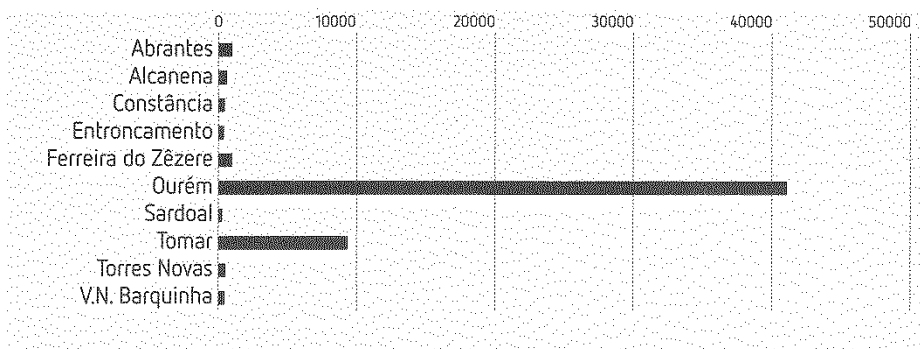
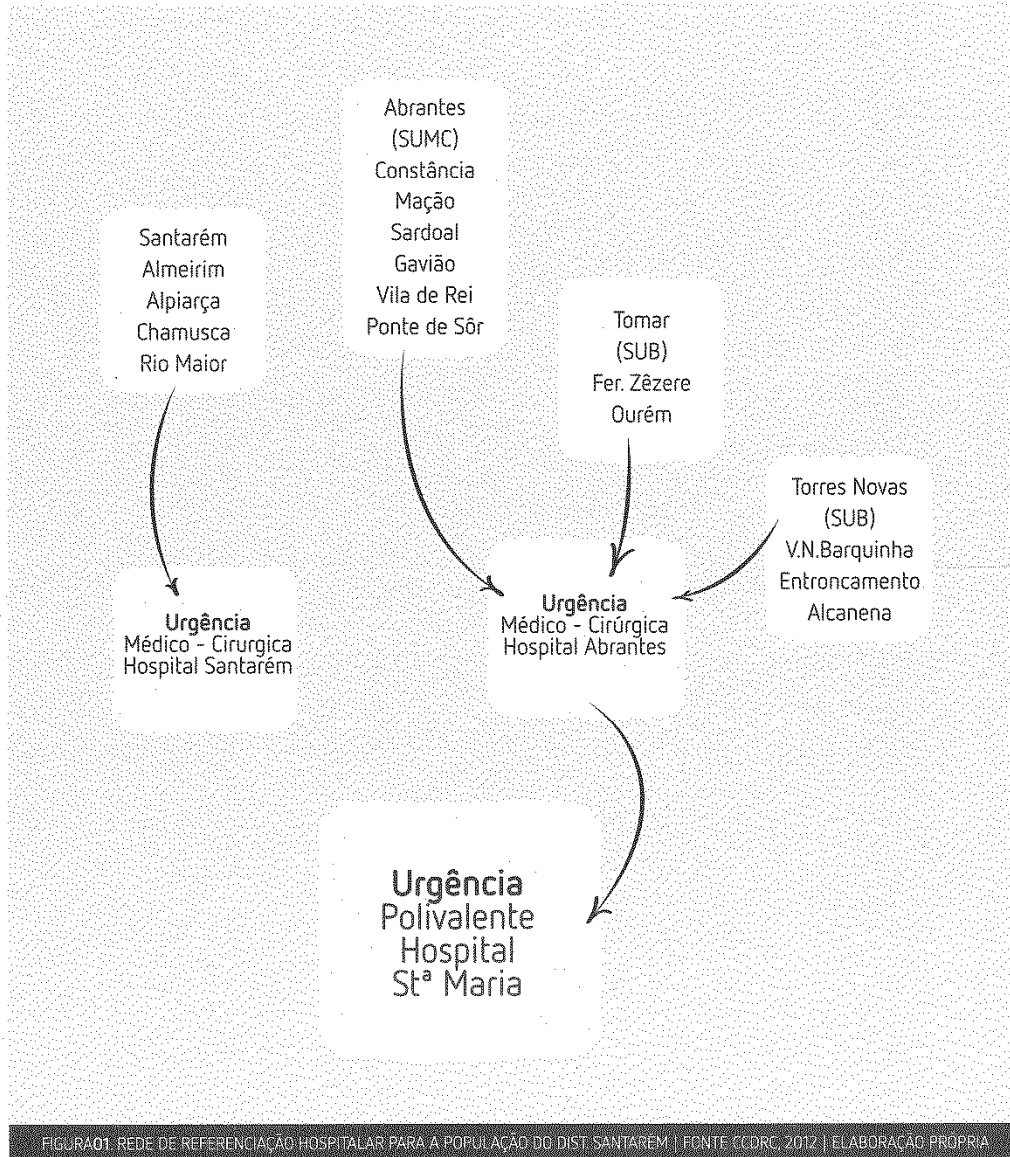


GRÁFICO02. DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECEMENTOS HOTELEIROS | FONTE CCDRC, 2012 | ELABORAÇÃO PRÓPRIA

Ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares, o hospital de 1ª linha e utilizando a nomenclatura da DGS (2001), é o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), EPE, nomeadamente a Serviço de Urgência Básica (SUB) da Unidade Hospitalar de Tomar e Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Abrantes do CHMT. Ao nível da Emergência Pré-Hospitalar, o Município de Ourém encontra-se apoiado pelas ambulâncias INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), sediadas nas corporações de Bombeiros Voluntários de Ourém, Fátima e Caxarias (Município de Ourém, 2013), sendo estas acionadas pelo Número Europeu de Emergência Médica: 112, que através dos serviços do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sinaliza a situação e coordena o transporte para o local mais adequado com os meios que tiver à disposição (INEM, 2013).



02. EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

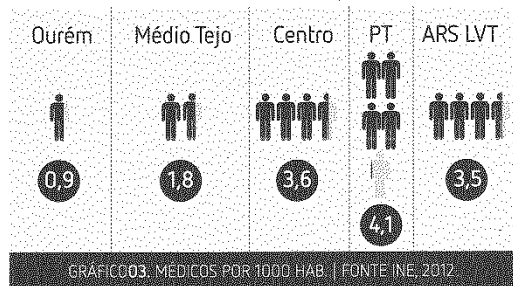
Na lógica de uma análise estruturada, no que respeita à acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde dos Ourienses será importante analisar o que é recomendado ao nível do documento estratégico, que define os objetivos, princípios, pressupostos e metas em saúde para o espaço temporal de 2012 a 2016, pelo que nos referimos ao Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Neste sentido, este possui quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis. Estes eixos vão possibilitar que o Sistema de Saúde Português se desenvolva como um todo, permitindo sustentabilidade, ganhos e retorno em saúde, melhorando o desempenho e integração (Ferrinho, Simões, Machado, & George, 2012).

Desta forma, a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos em saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país e de uma região (Ferrinho et al., 2012).

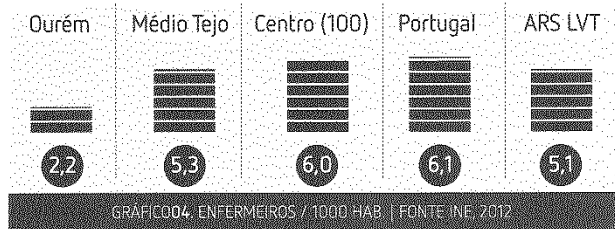
Entende-se por equidade em saúde a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos. Evidenciando-se a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde (Ferrinho et al., 2012).

No que respeita ao acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ferrinho et al., 2012).

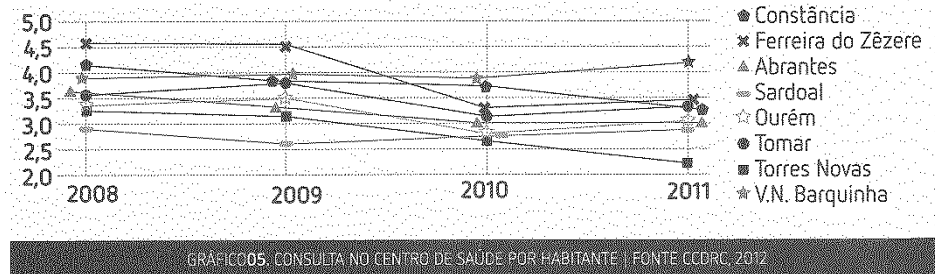


Ao nível dos recursos humanos da saúde, que se enquadram como uma determinante de acessibilidade aos cuidados de saúde, podemos verificar, pelo gráfico 3, que Ourém possui o menor número de médicos por 1000 habitantes que é de 0,9, enquanto a média do Médio Tejo é de 1,8, Região Centro e Portugal é 3,6 e 4,1 respetivamente. Quanto à média respeitante à ARS LVT é de 3,5 médicos por mil habitantes. Verificando-se que está abaixo da média portuguesa e da média dos Países da OCDE que é de 3,1. (CCDRC, 2012; OCDE, 2012).

Quanto ao número de enfermeiros, Ourém também tem enfermeiros abaixo da média nacional, regional e do Médio Tejo, bem como em relação à ARS LVT (5,1), como se pode verificar pelo gráfico 4. Ainda de referir que a média dos países da OCDE é de 8,7 enfermeiros por 1000 habitantes (CCDRC, 2012; OCDE, 2012).



Ao analisarmos as consultas realizadas no Centro de Saúde por habitante, podemos verificar que Ourém se situa nas 3,1 estando somente acima de Torres Novas, Abrantes e Sardoal, tendo em conta os dados disponibilizados. Denota-se, no que respeita a Ourém, uma diminuição até ao ano de 2010 (2,7 consultas), elevando-se para os valores da média da Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo no ano de 2011 (3,1 consultas por habitantes) (CCDRC, 2012).



Para uma análise à acessibilidade aos cuidados de saúde hospitalares, é importante perceber como é que o seu funcionamento e orgânica se encontram constituídos em Portugal e que respostas são dadas à população do Município de Ourém. Pelo que existe a necessidade de se definir o que se entende por Serviço de Urgência Básico (SUB)¹, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC)² e Serviço de Urgência Polivalente (SUP)³.

Assim, como descrito anteriormente, o CHMT é o hospital de referência ao município de Ourém. Neste sentido, a SUB da Unidade Hospitalar de Tomar é a urgência de 1ª linha que serve os residentes do município de Ourém, e desta forma a SUMC é da Unidade de Abrantes.

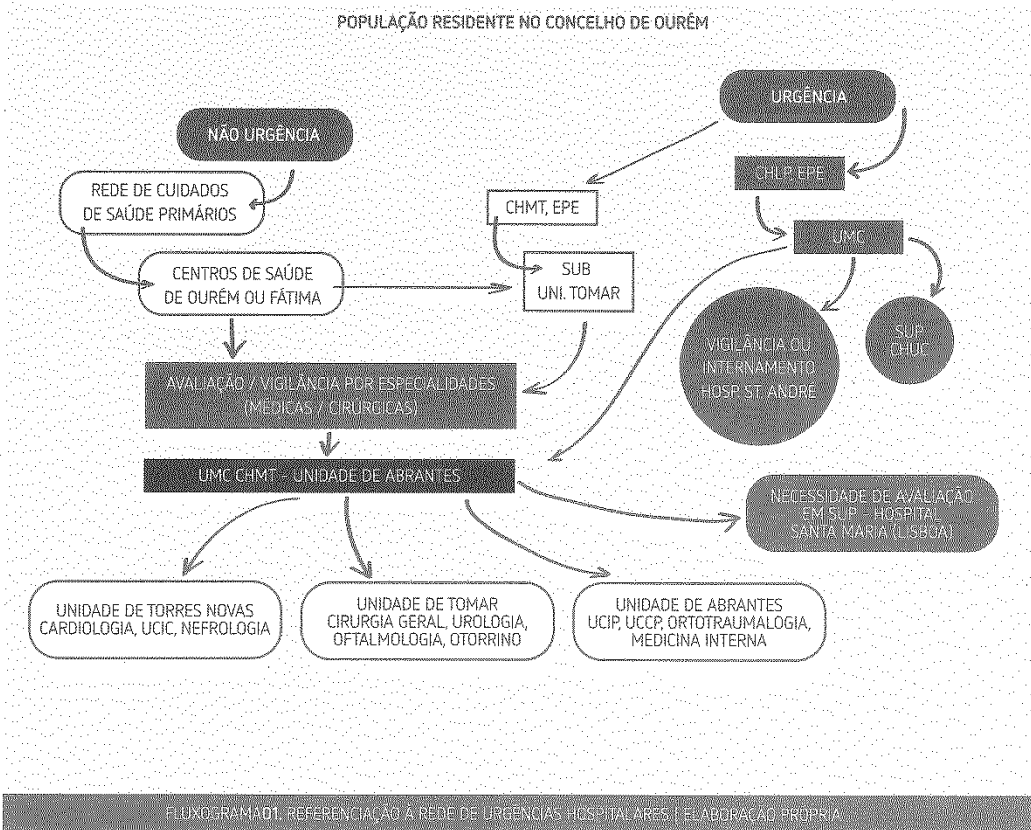
Desta forma, podemos referir que, em situação de doença súbita ou acidente em que seja necessária uma avaliação por parte das especialidades ou meios complementares de diagnóstico que constam da definição do SUMC, os Ourienses terão que recorrer ao Hospital de Abrantes, que fica a 65 km de Ourém (cerca de 1 hora de viagem).

Também, em caso de necessidade de internamento via urgência, este terá que ocorrer sempre através da SUMC da unidade de Abrantes, podendo esse internamento ocorrer, conforme a situação nos serviços que se encontram na Unidade de Tomar ou Torres Novas.

Um outro aspeto que será importante refletir deve-se ao facto dos serviços do Centro de Saúde de Ourém encerrarem às 20h, pelo que os residentes do município de Ourém terão que socorrer-se da SUB de Tomar ou SUMC de Abrantes no período das 20h às 8 h do dia seguinte.

Também, uma outra via de acesso às urgências, pode ocorrer no caso do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), decidir enviar os residentes de Ourém para a Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Leiria/Pombal, nomeadamente para a SUMC do Hospital de Leiria. Podendo esta situação ocorrer por decisão clínica do médico deste serviço do INEM.

Neste sentido, um Ouriense pode ser encaminhado para o SUMC do Hospital de Leiria e depois ser transferido para o CHMT (Abrantes, Tomar e Torres Novas), com todas as implicações que estes percursos em situação de doença podem acarretar. Assim, podemos analisar, através do fluxograma 1, quais podem ser as hipóteses de transferência intrainstituições, que um residente em Ourém pode vir a fazer.



03. CUIDADOS DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM TURISMO

Assim, podemos verificar que o acesso aos cuidados de saúde, para efetivos ganhos em saúde da população, se deva processar através de uma adequada oferta de serviços de saúde. Estes devem estar organizados de forma proporcional, necessária e suficiente às necessidades de saúde do cidadão (CRRNEU, 2012).

Pelo que é referido é importante o acesso a consultas e profissionais de saúde de forma a garantir que os ganhos em saúde são efetivos e traduzem-se numa melhor resposta por parte dos serviços (Ferrinho et al., 2012).

No entanto, o que se verifica é que existe um desfasamento na quantidade de profissionais de saúde em relação de proximidade com a população do Município de Ourém, como evidenciado pelos gráficos 3 e 4. Estes demonstram que a proporção de profissionais de saúde é das mais baixas (0,9 para médicos e 2,2 para enfermeiros) quer da Região Centro, quer da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Assim questiona-se a acessibilidade e a equidade aos cuidados de saúde pelos utentes de Ourém face ao número de profissionais de saúde.

Podemos verificar a resposta a esta questão no gráfico nº 6, em que Ourém foi o concelho que mantém os mais baixo número de consultas, na relação Centro de Saúde e Hospital, tendo em 2010, 2,7 consultas por habitante, sendo um dos concelhos com mais baixo número de consultas por habitante, do Médio Tejo (CCDR, 2012).

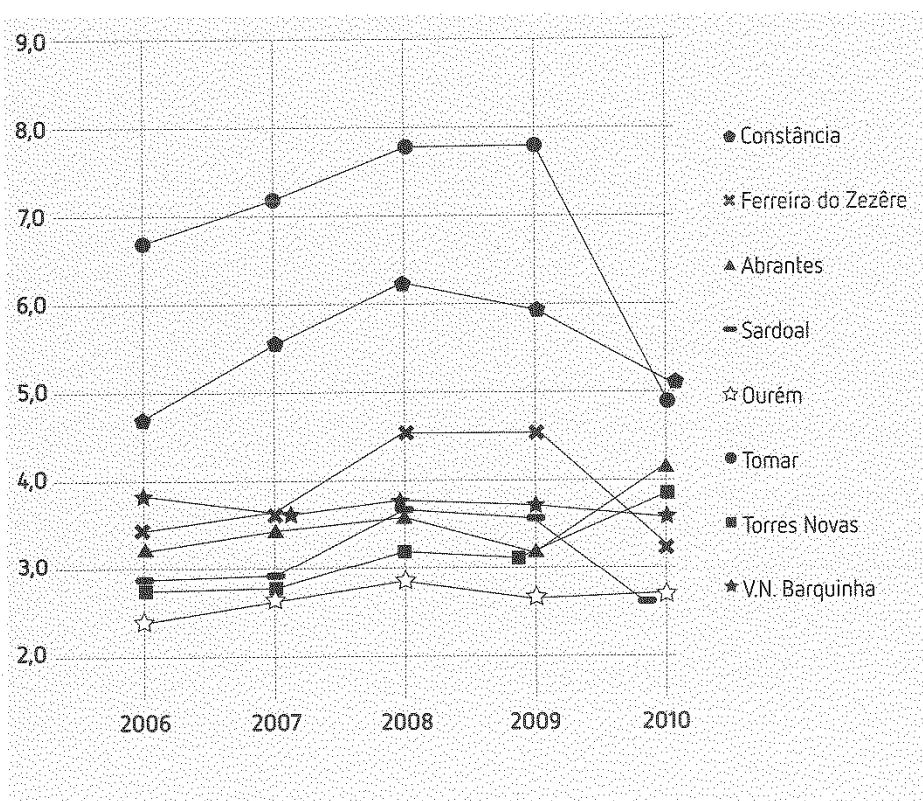


GRÁFICO 06. CONSULTAS NOS HOSPITAIS E CENTROS DE SAÚDE POR HABITANTE | FONTE CCDRC, 2012

Será ainda, dentro deste quadro de análise, importante interpretar e relacionar os dados evidenciados, no gráfico 5 e no gráfico 6. Assim, os Municípios de Abrantes e Torres Novas ao nível de consultas em centros de saúde encontram-se abaixo da média, mas ao nível das consultas nos hospitais e centros de saúde estão acima deste parâmetro estatístico. Ainda, será de referir que Tomar encontra-se em ambas as situações com consultas acima da média (3,4 consultas para Centros de Saúde e 4,9 consultas na relação Centro de Saúde/Hospital)

Neste sentido parece que existe uma relação de proximidade aos Hospitais, que constituem o CHMT, EPE, e o número de consultas dessas populações. Pois se o número de consultas em centros de saúde é mais baixo e na relação centro de saúde/hospital é mais alto, logo as consultas hospitalares predominam nesta equação.

Também, torna-se evidente que os Municípios de Sardoal e Ourém são sempre os que se encontram abaixo da média, encontrando-se estes quer a maior distância dos hospitais, quer com menor número de recursos em saúde disponíveis.

O horário de funcionamento do Centro de Saúde de Ourém e Fátima também é um fator que importa analisar, pois a partir das 20 horas, a população do município e os turistas que tenham necessidades de cuidados de saúde, têm que se dirigir à SUB da Unidade de Tomar. É esta a recomendação do ACES Serra D'Aire e Candeeiros.

Como evidenciado no fluxograma 1, se uma pessoa, quer seja residente ou turista, necessitar de observação ou cuidados prestados pela Urgência Médico-Cirúrgica, tem que ir para a Unidade de Abrantes, e aqui enquadram-se as situações de Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio, ou situações do for Cirúrgico (Apendicites, Oclusões Intestinais, etc.).

Assim, estas evidências levantam algumas questões acerca da acessibilidade/equidade aos cuidados de saúde aos residentes tanto de Ourém como do Médio Tejo, bem como das situações de doença que podem ocorrer aos turistas que visitam a região, nomeadamente Fátima. A corroborar a importância desta questão, podemos verificar, pela análise do documento da ARS Lisboa e Vale do Tejo, "Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde - 2011", que se verifica um aumento de reclamações na Unidade de Ourém devido, em parte, à maior dificuldade de acesso a consultas de médico de família e descontinuidade de atendimento médico no AC, (ARS LVT, 2012)

Portanto, existem dados concretos que nos permitem referir que a

equidade e acessibilidade aos Cuidados de Saúde, em Ourém não estão a ser valorizadas por parte das Autoridades Regionais e Nacionais, sendo necessário que se procedam a modificações na articulação entre os diferentes intervenientes. No âmbito da prestação dos cuidados de saúde aos turistas, esta pode ser uma face da economia local em valorização.

Neste sentido, a leitura do estudo realizado pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS) acerca da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, evidencia a necessidade de uma eficiente articulação entre a Rede de Cuidados de Saúde Primários e os Serviços de Urgência Hospitalares (CRRNEU, 2012).

Também, este estudo aponta medidas concretas a implementar, pelo que importa referir algumas:

- 1) Organização e clara divulgação de resposta dos CSP para situações agudas não urgentes, adaptada à procura e à casuística, nomeadamente em termos de horário de atendimento e de acesso preferencial ao médico assistente pela existência de períodos diários de atendimento não programado;
- 2) Organização de relações de referenciação, comunicação e formação profissional comum, entre os profissionais de saúde dos CSP de uma área geográfica e das urgências dessa área;
- 3) Elaboração de Normas de Orientação Clínica adaptadas à realidade Institucional local, construídas em parceria entre o Hospital, o SU e os CSP;
- 4) Realização de Programas de Formação Contínua, comunicação, discussão casuística, debate e consultoria entre Médicos e Enfermeiros do CSP e do Hospital, envolvendo o atendimento em SU;
- 5) Implementação de canais de comunicação permanentes, ágeis e eficazes (p. ex. telemóvel dedicado), entre os CSP e as urgências de uma área, para consultoria, discussão de casos e orientação remota" (CRRNEU, 2012, p. 12)

// Considerações Finais

Ao longo deste artigo surgem evidências acerca da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde dos Ourienses, e de todos os que visitam a região. Denota-se que as respostas de saúde, que deveriam ter o princípio defendido pelo PNS 2012-2016, ainda não se encontram devidamente estruturadas e implementadas ao nível da região. A organização administrativa da região não facilita a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde. Pois Ourém encontra-se numa linha de fronteira, administrativamente pertence ao Centro (definição de Região de Turismo, CCDRC), mas em termos de Sistema de Saúde enquadra-se na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

De referir que esta Administração Regional de Saúde tem Municípios em 3 NUTS diferentes (Centro, Lisboa e Alentejo), o que dificulta a procura de dados, bem como a definição de relações estruturadas entre eles. Os dados em saúde são parcos e dispersos, o que faz com que seja extremamente difícil encontrar evidências empíricas que permitam realizar conclusões aprofundadas e estruturadas com resultados efetivos.

Nesta linha, o Município de Ourém, nos seus "Documentos Previsionais 2013 - Orçamento e Grandes Opções do Plano", indica como Ameaças ao Desenvolvimento Estruturado do Concelho de Ourém o facto de este estar integrado no sistema de saúde do Médio Tejo (com três hospitais), dificultando a concretização de investimentos adequados à realidade existente na área do Município e das duas cidades (Município de Ourém, 2013). Subscrivemos estas preocupações, dada a importância da eficiência, eficácia e economia para o sistema de saúde.

Neste sentido, diversos estudos preconizam que o foco do investimento seja realizado a nível dos CSP e que estes sejam a resposta de 1ª linha às necessidades das populações. No entanto, na realidade estas opções e decisões não são operacionalizadas.

Nos últimos anos o investimento, quer em dotação de recursos humanos, quer em infraestruturas físicas e meios de diagnóstico, não tem sido realizado de forma continuada e estruturada, dificultando a articulação entre os cuidados de saúde e as restantes atividades económicas.

Esta documentado que o turismo de Fátima é estruturante para a região e para o país. Fátima surge, em termos de importância estratégica, a par de Lisboa e do Algarve (Governo de Portugal, 2013), (CCDR, 2013); (Henriques, Afonso, Holstein, Gonçalves, & Luís, 2012).

Assim, questiona-se: Ao nível do Município de Ourém que investimentos têm sido realizados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários? Quantos Profissionais de Saúde foram colocados nos últimos anos nos Centros de Saúde de Ourém e Fátima? Que melhorias nas organizações e em infraestruturas têm sido equacionadas?

Neste sentido, só a coordenação permitirá adequar a Oferta, identificar os papéis de cada organismo no sistema, percebendo as expectativas do cidadão e a cultura das estruturas clínicas e reduzir a redundância, ganhando qualidade e eficiência. A descoordenação é uma ameaça permanente à melhoria da eficiência (CRRNEU, 2012).

// Conclusões

Os CSP e CSH devem modificar a sua filosofia e funcionamento. A sua implementação e articulação têm que ter em conta as especificidades regionais e locais, devendo a constituição de parcerias partir do local/regional e não esperar unicamente pelas orientações e medidas implementadas pelo poder central.

A descentralização e a possibilidade de se constituírem parcerias institucionais a nível local e regional podem traduzir vantagens competitivas e possibilitar valor acrescentado a todos os setores da economia, contribuindo para um melhor bem-estar dos cidadãos, residentes e turistas.

Mas, a par destas questões, outras se devem colocar. E devem ser equacionadas tendo em conta um setor que é preponderante para a economia do município de Ourém - O Turismo e Fátima.

Que respostas de saúde são dadas aos Turistas que visitam Fátima e o restante concelho de Ourém? Para que serviços de urgências são encaminhados?

Tendo em conta os dados da Comissão Europeia, a população europeia está a envelhecer, existindo cada vez mais turistas a viajar até idades mais avançadas, com patologias associadas e crónicas, com elevadas necessidades de segurança ao nível dos cuidados de saúde, levando a que estes realizem escolhas acerca do destino de viagem, que lhes permita ter essa segurança e garantias de qualidade de cuidados de saúde (Comissão Europeia, 2010).

Ao Turista que vem a Fátima não interessa saber se administrativamente está na Região Centro ou na Região de Lisboa. Se o Centro Hospitalar Leiria/Pombal se encontra na ARS Centro, ou se o Hospital de Referência é o Centro Hospitalar do Médio Tejo, com a sua Urgência Médico-Cirúrgica em Abrantes, a 65 minutos de Ourém.

Ao Turista interessa a segurança, a eficiência e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados. As respostas do Sistema de Saúde devem ter em conta as suas necessidades de Procura, que a incerteza relacionada com a condição de saúde seja considerada pelas autoridades quando definem os protocolos e recursos de saúde num determinado local. O Sistema Turístico depende, para um estruturado e integrado desenvolvimento de produtos, de um sistema local de saúde, que responda às solicitações dos turistas.

Mas, todos estes pressupostos são essenciais para quem vive num determinado Município ou Região, quando existem necessidades de saúde dos residentes, estes também querem segurança, eficiência e qualidade. Assim, os Ourienses necessitam que as respostas do Sistema e Instituições de Saúde tenham em consideração a sua especificidade Territorial, Económica e Social.

Referências Bibliográficas

- ARS LVT. (2012). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde Agrupamentos de Centros de Saúde Médio Tejo I - Serra D' Aire.
- CCDR. (2012). Dados Estatísticos Datacentro CCDRC. Comissão Coordenadora do Desenvolvimento da Região Centro: Informação extraída de <http://datacentro.ccdr.pt> em 31-03-2013.
- CCDR. (2013). Contributos para a Preparação do Novo Período de Programação 2014 - 2020. Coimbra: Comissão Coordenadora do Desenvolvimento da Região Centro: CRER 2020.
- Comissão Europeia, Europa, Primeiro Destino Turístico do Mundo - Novo Quadro Político para o Turismo Europeu (2010). Bruxelas.
- CRRNEU. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ferrinho, P., Simões, J., Machado, M. do C., & George, F. (2012). Plano Nacional de Saúde: Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Direção Geral de Saúde.
- Governo de Portugal. (2013). Plano Estratégico Nacional do Turismo PENT - Horizonte 2013-2015. Ministério do Emprego e Economia.
- Henriques, E. B., Afonso, J., Holstein, F., Gonçalves, L., & Luís, M. (2012). Observatório Relatório Anual 2012. Lisboa: Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo/ Observatório Regional de Lisboa e Vale do Tejo.
- INE. (2012). Quadros Estatísticos NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR). Instituto Nacional de Estatística: www.ine.pt. Quadro extraído em 15 de Maio de 2013.
- Município de Ourém. (2013). Documentos Previsionais 2013 - Orçamento e Grandes Opções do Plano 2013/2016. Ourém.
- Pita Barros, P., Machado, S., & Simões, J. (2011). Portugal: Health system review (Vol. 13).

Anexo II

Programa do Seminário: Internacionalização da Saúde

NORMÉMICA 

AJUTEC 

Conferência—A INTERNACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Exponor, 9 de Maio de 2013

10h00 às 17h30

A 4 de Abril de 2011 foi publicada a Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

A presente conferência junta um painel de peritos com o fito de analisar a implementação da Directiva no Sistema de Saúde Português, bem como debater o contexto mais alargado do Setor da Saúde ao nível da globalização, do turismo de saúde, da exportação de bens e serviços, da cooperação internacional, da mobilidade dos profissionais do setor, entre outros aspetos essenciais.

Inscrição gratuita, mas obrigatória em:

http://www.normedica.exponor.pt/internacionalizacao_saude.aspx

(limitado aos lugares existentes)

Organização: APAH—Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

Exponor—Feira Internacional do Porto

Programa

Mesa de Abertura

Dr. António Pedro Lopes, Presidente da Direção da APAH | Eng.º José António de Barros, Presidente da AEP

Dr. Manuel Ferreira Teixeira, Secretário de Estado da Saúde

Competitividade em Saúde

Dr. Luis Portela, Presidente da Direção do Health Cluster Portugal

- **Mesa 1:** A Directiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços como fator de integração na União Europeia
 - Prof. Doutor Jacques Scheres, Maastricht University
- **Mesa 2:** A preparação da aplicação da Directiva 2011/24/UE em Portugal.
 - Moderador:
Prof. Doutor Jorge Simões, Presidente do Conselho Diretivo da ERS
 - Participantes:
Dr. José Martins Nunes, Presidente do Conselho de Administração do CHUC, E.P.E.
Dr. Manuel de Lemos, Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas
Dr. Alexandre Lourenço, Vogal do Conselho Diretivo da ACSS
- **Mesa 3:** Internacionalização de bens e serviços
 - O caso da comunicação hospitalar: Mestre em Design Miguel Neiva, criador do Código ColorAdd
 - O caso dos ensaios clínicos: Prof.ª Doutora Ana Macedo, CEO do Grupo KeyPoint
 - O caso das TIC's: Dr. Gonçalo Quadros, Chairman da Critical Software
 - O caso do turismo de saúde: Dr. Carlos Martins, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
- **Mesa 4:** Internacionalização do conhecimento
 - O caso da investigação: Dr. Joaquim Cunha, Diretor Executivo do Health Cluster Portugal
 - O caso da cooperação internacional: Dr. Filipe Basto, Diretor do Gabinete de Relações Externas e Saúde do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.
 - O caso da mobilidade dos profissionais: Prof.ª Doutora Cláudia Conceição, Instituto de Higiene e Medicina Tropical *

* A Confirmar



EXPONOR – Feira Internacional do Porto Av. Dr. António Macedo 4454-515, Lapa da Palmeira, Matosinhos, Portugal

Tel.: +351 22 998 14 00 Fax: +351 22 998 14 82 www.exponor.pt



Anexo III

Guião de Entrevista

No sentido da realização de um estudo de investigação, no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde, Escola Superior de Gestão de Tomar, do Instituto Politécnico de Tomar, pretende-se compreender quais as possibilidades e necessidades de desenvolver um *cluster* de saúde na região de Fátima – Médio Tejo – Leiria.

Assim, estas questões têm o objetivo de fornecer dados, com vista à realização de um diagnóstico, que possibilite identificar fatores e variáveis, acerca das potencialidades que esta região pode ter no desenvolvimento de um produto de Turismo de Saúde.

Desta forma, a entrevista a personalidades políticas e institucionais, com poder de decisão e detentoras de informação diferenciadora torna-se fundamental à realização deste estudo.

Pretende-se, para além das questões enunciadas, que exista uma aferição ao grau de concordância em relação ao enunciado da questão.

1. Turismo de Saúde encontra-se enquadrado como um produto estratégico para o Turismo enquanto setor da economia. Estima-se que seja um produto turístico com maiores potencialidades de crescimento a nível Europeu e que os cuidados de Saúde Transfronteiriços podem representar uma mobilidade de doentes, no espaço europeu, incrementando uma maior internacionalização do setor

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

- 1.2. Que Potencialidades encontra em Portugal, nomeadamente na Região Centro e particularmente na Região Fátima–Médio Tejo– Leria para a implementação e desenvolvimento deste produto?

- 1.3. Portugal tem problemas que devem estar solucionados para que tal se possa desenvolver.

- 1.3.1. Taxa de Infecções Relacionadas com os cuidados de Saúde?

- 1.3.2. Implementação de políticas relativas à rede hospitalar e rede de Urgência e Emergência?

- 1.3.3. Comparação de resultados em Saúde – por instituições de Saúde, acessibilidade e clarificação dos dados?

- 1.4. Qual a forma de operacionalizar esse desenvolvimento?

2. A Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, traz a possibilidade de, em determinadas circunstâncias, um doente poder receber cuidados de saúde em outro estado membro.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo/Nem Discordo
- Discordo

Discordo Totalmente

2.2. Portugal, pelo dinamismo apresentado pelo seu setor da Saúde pode revelar-se um destino de saúde para outros Europeus?

2.3. A Diretiva é clara quanto às obrigações do Estado Membro de Prestação de Cuidados de Saúde, o que é que está a ser realizado em Portugal nomeadamente na Região Centro?

3. A criação Cluster Regionais, tem sido uma estratégia apontada para a internacionalização do setor da Saúde Português – Coimbra já o está a desenvolver e implementar. Este pode ser um modelo que pode servir ao desenvolvimento do Turismo de Saúde na Região de Fátima – Média Tejo – Leiria.

Concordo Totalmente

Concordo

Não Concordo/Nem Discordo

Discordo

Discordo Totalmente

3.2. Poderia ser aproveitada a capacidade e reconhecimento mundial de Fátima na dinamização de um Cluster local?

3.3. Na sua opinião, esta Região (Fátima – Médio Tejo – Leria) pode reunir os pressupostos necessários à criação desse Cluster?

3.4. Quais as áreas especializadas que poderiam integrar este projeto de inovação especializado?

3.5. Qual seria a instituição que deveria liderar o processo?

3.6. Seria possível reunir empresas públicas e privadas em torno deste projeto?

Anexo IV

Sínteses da Entrevista Realizadas¹

Entrevista 1: E1²

Questão 1: não concorda nem discorda;

A estratégia deve ser definida num primeiro ao nível do Ministério da Saúde, existe uma hierarquia, novas diretivas estratégicas devem vir de cima

A Instituições do SNS têm a sua missão definida,

Ainda, existe muito trabalho a desenvolver ao nível do Médio Tejo, as respostas à população local devem vir sempre em primeiro lugar.

A equidade da acessibilidade e disponibilização dos serviços é muito importante

Questão 2: ainda não se conhece em profundidade a implicações que a implementação da Diretiva coloca às instituições de saúde do setor público.

Questão 3: Não concorda nem discorda

O Algarve sim, pelas suas características e pelo que já desenvolveu,

A região identificada poderá ter potencialidades, mas ao nível de estrangeiros que se fixem na região e não em termos de visitas turísticas, pois a demora será muito curta, a preocupação destes quando vêm a Fátima e à região não será ao nível da saúde.

Mas sempre ao nível dos privados, esses podem abranger estes tipos de prestação de cuidados de saúde.

A instituição que pode ser importante a Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo; e envolvendo o município de Ourém

¹ Por motivos de confidencialidade tomou-se a decisão de não identificar os entrevistados,

² Entrevista não foi objeto de gravação a pedido do Entrevistado. No entanto, pela relevância dos dados disponibilizados foram tomadas notas ao longo da realização da entrevista e no final foi realizada a síntese acima descrita, que obteve a aprovação por parte do mesmo.

Entrevista 2 (E2)³

Entrevista 3 (E3)⁴

³ Entrevista pode ser consultada em suporte digital áudio em dispositivo anexo (CD)

⁴ Entrevista pode ser consultada em suporte digital áudio em dispositivo anexo (CD)