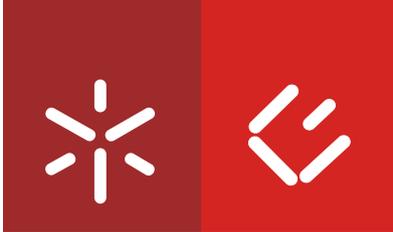


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Helder Teixeira de Sousa

Estudo exploratório do turismo médico-cirúrgico em Portugal: análise da procura e da oferta



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Helder Teixeira de Sousa

**Estudo exploratório do turismo
médico-cirúrgico em Portugal: análise da
procura e da oferta**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Cláudia Simões

DECLARAÇÃO

Nome: Helder Teixeira de Sousa

Endereço eletrónico: enfhelder@gmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 10849354

Título da dissertação: Estudo exploratório do turismo médico-cirúrgico em Portugal: análise da procura e da oferta

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Simões

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado: Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 31 de Outubro de 2014

Agradecimentos

Antes de mais, a minha eterna gratidão dirige-se a todos os que influenciaram as diversas etapas da minha vida, sem eles não seria a pessoa que sou hoje... muito obrigado a todos.

O meu sincero agradecimento ao Centro Hospitalar do Porto, pelo financiamento da bolsa de estudos, sem a qual este trajeto teria sido mais difícil.

Agradeço igualmente, o apoio da Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, pela atribuição da Bolsa de Mérito, que tanto me orgulha.

Quero ainda reconhecer publicamente a minha gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Simões que, apesar da distância, aceitou o convite para acompanhar esta dissertação, que muito me honrou. Muito obrigado pela disponibilidade permanente.

Pretendo agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso, em particular, aos meus colegas do Mestrado, principalmente aqueles que comigo trabalharam mais diretamente. Desejo manifestar o meu obrigado aos meus professores, em especial à Doutora Paula Veiga e ao Doutor António Azevedo, pelo importante contributo em diversos momentos, mas sobretudo, pelo constante apoio e amizade.

Agradeço também a todos aqueles que colaboraram na realização deste trabalho, em especial àqueles que responderam a entrevistas, que forneceram informações, ideias e críticas. Sem vocês não teria sido possível.

As minhas últimas palavras de agradecimento vão para a minha família e amigos, pelo apoio incondicional, pela resiliência, e por estarem sempre presentes... mesmo quando eu não estava. Nem sempre foi fácil...

Este trabalho também é vosso!

*Ofereço este estudo a todos os empreendedores,
lutem para concretizar os vossos sonhos.*

Estudo exploratório do turismo médico-cirúrgico em Portugal: análise da procura e da oferta

Resumo

A procura de cuidados de saúde no estrangeiro tem surgido um pouco por todo o mundo, legitimado por uma multiplicidade de motivos, que se revestem de colossal importância, no âmbito da gestão de serviços de saúde. A quase inexistente pesquisa nacional, e a parca investigação internacional, revelam-se desafiantes na prossecução deste trabalho, dedicado ao turismo médico-cirúrgico, num país que se encontra numa fase embrionária deste segmento de mercado, com elevado potencial de crescimento.

Esta dissertação, de carácter qualitativo exploratório, tem como propósito explorar as condições necessárias para o desenvolvimento do turismo médico-cirúrgico, quer do lado da procura quer do lado da oferta. O objeto de discussão proposto, visa proporcionar uma compreensão das motivações dos pacientes na procura de cuidados médico-cirúrgicos, fora do país de residência, e fornecer um breve entendimento dos recursos essenciais para a oferta, no âmbito do turismo médico-cirúrgico. Abordam-se diferentes dimensões do turismo médico-cirúrgico, na perspectiva de representantes de diversos setores de atividade, desde a saúde ao turismo, incluindo representantes do governo. Os dados obtidos revelam que os fatores que motivam a procura de cuidados de saúde no estrangeiro são a qualidade do serviço, disponibilidade, o preço e a possibilidade de combinar lazer com tratamento. Do lado da oferta, verifica-se que há recursos disponíveis para receber pacientes estrangeiros, a nível da infraestrutura, equipamentos e competências técnicas, sem por em causa o atendimento ao pacientes locais.

Identificam-se benefícios distribuídos pela procura e pela oferta, tanto para os cidadãos dos países de origem como para os serviços do país de destino. Os aspetos negativos associados a esta atividade são essencialmente, a desvinculação da área de influência dos pacientes, a competitividade internacional crescente, para além da falta de cobertura internacional por parte das seguradoras, ao nível dos cuidados de saúde, e a ameaça de comprometer o sucesso de um *follow-up* adequado. A gestão da qualidade e a diferenciação, articuladas com uma eficiente promoção, são estratégias elementares numa perspectiva económica sustentável. O serviço clínico pode ser o fator que os pacientes consideram mais relevante na escolha do destino mas, o alojamento, experiências de turismo, fatores socioculturais e políticos, são preponderantes pelo que uma entidade centralizadora do processo poderá desempenhar um papel importante na regulação do turismo médico-cirúrgico.

Palavras-chave: turismo médico-cirúrgico, fatores de motivação, oferta de serviços

An exploratory study of medical and surgical tourism in Portugal: an analysis of demand and supply

Abstract

The demand for healthcare abroad have emerged all over the world, legitimized by a multitude of reasons, which are of colossal importance in the management of health services. A national survey almost nonexistent, and the scant international research reveal themselves in pursuit of this challenging work, dedicated to the medical and surgical tourism in a country that is at an early stage of this market segment, with high growth potential.

This dissertation, an exploratory qualitative nature, aims to explore the necessary conditions for the development of medical and surgical tourism, both on the demand side or the supply side. The object of discussion proposed, aims to provide an understanding of the motivations of patients seeking medical-surgical care, outside their country of residence, and provide a brief understanding of the essential features to offer, within medical and surgical tourism. It addresses various dimensions of medical-surgical tourism, in the perspective of representatives from various sectors of activity, from health to tourism, including government representatives. The data obtained show that the factors that motivate the demand for healthcare abroad is the quality of service, availability, price and the ability to combine treatment with leisure. On the supply side, we find that there are available resources to receive foreign patients, in terms of infrastructure, equipment and technical expertise, without compromising the service to local patients.

This study identifies benefits distributed by the demand and supply, both for citizens of the countries of origin and for the services of destination country. The negative aspects associated with this activity are essentially decoupling the area of influence of the patients, the growing international competitiveness, in addition to the lack of international coverage by insurers, in healthcare, and the threat of compromising the success of the appropriate follow-up. Quality management and differentiation, articulated with efficient promotion, are elementary strategies in sustainable economic perspective. The clinical service can be the factor that patients consider most important when choosing a destination, but the lodging, tourism experiences, socio-cultural and political factors are crucial, so, a centralized entity process should play an important role in the regulation of medical-surgical tourism.

Keywords: medical and surgical tourism, motivating factors, service supply

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Pertinência do tema	3
1.2. Delimitação do tema e definição da questão de pesquisa	4
1.3. Objetivos do estudo	8
1.4. Estrutura da dissertação	10
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
2.1. Turismo de saúde e turismo médico-cirúrgico	11
2.1.1. Tipos de turismo de saúde	13
2.2. A procura do turismo médico-cirúrgico	18
2.2.1. Acesso aos cuidados de saúde	21
2.2.2. Motivação pela qualidade	23
2.2.3. Motivação económica	25
2.2.4. Motivação temporal, tecnológica e acesso à informação	27
2.2.5. Outros fatores de motivação	28
2.3. Desafios ao turismo médico-cirúrgico	29
2.3.1. Motivos de preocupação	30
2.3.2. Consequências para o país emissor de pacientes	33
2.3.3. Consequências para o país recetor de pacientes	35
2.3.4. Impedimentos ao turismo médico-cirúrgico em Portugal	36
2.4. O mercado de turismo médico-cirúrgico: ferramentas de gestão	37
2.4.1. Mercado, segmentos e nichos	39
2.4.2. Concorrência e competitividade	40
2.4.3. Análise SWOT	41
2.5. Conclusão do capítulo	42
3. METODOLOGIA	43
3.1. Pergunta e objetivos de pesquisa	44
3.2. Método de investigação e desenho da pesquisa	45
3.2.1. Dados primários: Entrevistas exploratórias	46
3.2.2. Seleção dos entrevistados	50
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	54
4.1. Enquadramento e diagnóstico	54
4.2. Motivação dos pacientes	64
4.3. Competitividade	65
4.4. Desafios e oportunidades	69
4.5. O mercado de TMC: caracterização, concorrência e análise SWOT	74
4.5.1. Caracterização do mercado	74
4.5.2. Segmentação, Posicionamento e Targeting	78
4.5.3. Análise da concorrência e competitividade	79
4.5.4. Análise SWOT	83
4.6. Conclusão do capítulo	84
5. CONCLUSÃO	86
5.1. Respostas à questão de investigação	88
5.2. Implicações práticas para sustentar um destino de TMC	90
5.3. Limitações e recomendações para estudos futuros	96
5.3.1. Recomendações para estudos futuros	98
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

Lista de siglas, símbolos e abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HCP – Health Cluster Portugal

I&D - Investigação e desenvolvimento

MS – Ministério da Saúde

MTA – Medical Tourism Association

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PIB – Produto Interno Bruto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMC – Turismo médico-cirúrgico

UE – União Europeia

UEHP - Union Européenne de l'Hospitalisation Privée

Índice de figuras

Figura 1: Origem e destino dos pacientes que procuram cuidados de saúde no estrangeiro	6
Figura 2: Estrutura do turismo de saúde	14
Figura 3: Definição do mercado	38
Figura 4: Um mercado menor do que parece.....	77
Figura 5: Comparação de preço dos procedimentos em diversos países	81

Índice de quadros

Quadro 1: Estrutura da dissertação.....	10
Quadro 2: Estrutura do Capítulo 2.....	11
Quadro 3: Enquadramento conceptual do Turismo médico-cirúrgico proativo.....	17
Quadro 4: Preocupações internacionais no acesso aos cuidados de saúde	22
Quadro 5: Estrutura do Capítulo 3.....	43
Quadro 6: Entrevistados e respetivos setores de atividade.....	52
Quadro 7: Estrutura do Capítulo 4.....	54
Quadro 8: Potencial do mercado do TMC	76
Quadro 9: Desafios do mercado do TMC.....	77
Quadro 10: Análise SWOT à potencial atividade do TMC, em Portugal.....	83

Índice de tabelas

Tabela 1: Objetivos e questões da entrevista.....	47
---	----

1. INTRODUÇÃO

O mercado internacional de serviços de saúde tem um enorme potencial para a economia global e tem emergido como um setor lucrativo para muitos países, favorecido pela internacionalização dos setores da saúde e turismo, os quais constituem importantes áreas de atividade económica, associada à globalização. O cruzamento entre eles, “*denominado turismo médico, é também uma parte da globalização (...)*” (Bookman & Bookman, 2007, p. 24). Ramirez de Arellano (2007, citado por Yu et al., 2011, p. 858) alega que o investimento neste setor é um dos meios mais eficazes de aumentar o rendimento, melhorar os serviços, criar uma balança comercial favorável e impulsionar o turismo. Em 1999, “*um relatório da UE (União Europeia) tipificou turismo médico como uma indústria lucrativa para a Europa, sendo os principais operadores a Suíça e a Alemanha*” (Freitas, 2010, p. 5).

Atualmente, a procura de cuidados de saúde médico-cirúrgicos fora do país de residência dos pacientes, constitui um nicho no mercado e, apesar de representar cerca de 2% do turismo mundial e cerca de 4% das admissões hospitalares em todo o mundo (Freire, 2012, p. 41), é um fenómeno ainda pouco estudado. Luís Veiga (Associação Hotelaria Portugal, RTP, 2013) estima que “*os 150 milhões de utilizadores que procuram cuidados de saúde no estrangeiro gerem cerca de 100 mil milhões de Euros anualmente*”, com tendência para crescer devido ao aumento da esperança média de vida e ao progresso tecnológico e cirúrgico (Deloitte, 2008).

De facto, a procura de cuidados de saúde no estrangeiro está a tornar-se uma opção cada vez mais comum, nomeadamente, entre pacientes que pretendem realizar procedimentos indisponíveis no seu país de residência, quer por falta de acessibilidade ou disponibilidade, quer devido a longas listas de espera, entre outras razões, recorrendo habitualmente ao “*pagamento do próprio bolso*”¹ (Burkett L, 2007, p. 228). A consultora Deloitte (2009) estimou que esta procura continue a crescer, em resultado das reformas de saúde em alguns países e do aumento dos seus prémios de seguros. Em boa verdade, a mobilidade de pacientes com o intuito de obter tratamento médico não é um fenómeno novo, no entanto, o rápido desenvolvimento e a sua magnitude são recentes, “*uma vez que um maior número de pessoas está em condições e disposto a viajar até ao estrangeiro com maior facilidade*” (Freitas, 2010, p. 1).

¹ “*out-of-pocket*”

Por outro lado, a mobilidade de pacientes encontra-se facilitada em sistemas de saúde cada vez mais integrados, como acontece na UE (Helble, 2010, p. 4) onde se podem encontrar dois tipos de utilizadores. Por um lado, os que fazem valer os seus direitos enquanto cidadãos europeus, procurando soluções cirúrgicas noutra país da UE e reembolsados pelos tratamentos a que foram sujeitos. Por outro lado, existem os que por sua conta, decidem pagar pelos cuidados de saúde que lhes parecem mais adequados, quer pela qualidade da assistência prestada quer pela opção do preço mais baixo (Helble, 2010, p. 1).

A procura de cuidados de saúde médico-cirúrgicos por pacientes estrangeiros é uma forma de turismo que pode traduzir-se num novo segmento de mercado para Portugal. Apesar da ausência de uma instituição governamental global que não regula nem apoia esta atividade e, pouco se saber sobre este assunto, devido à escassa existência de trabalho feito em Portugal, o nicho de mercado oferece muitas oportunidades de investimento. Além disso, há espaço para a pesquisa académica mais específica dentro do turismo médico-cirúrgico (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. i). Trata-se portanto de um mercado muito aliciante, “*estudado em diversas áreas de atividade, longe de ser consensual, mencionado em setores tão distintos como Administração, Ciências da Saúde, Ciências Humanas, Ecologia e Meio Ambiente, Economia, Engenharia, Geografia, Sociologia, Turismo, entre outras*” (Lopes et al, 2012, p. 9). Uma análise da literatura encontra muita atenção dedicada à oferta crescente do mercado, mas os aspetos da procura de turismo médico-cirúrgico não têm sido suficientemente estudados (Gan and Frederick, 2013, p. 178), nem o potencial dos países para gerar procura.

Poder-se-á falar de turismo médico-cirúrgico (doravante designado por TMC)? É necessário clarificar este conceito antes de prosseguir. Para o propósito deste ensaio não se fará qualquer distinção na designação do cidadão que procura cuidados de saúde no estrangeiro, podendo estar identificado como “turista”, “paciente”, “cliente”, “doente” ou “paciente-turista”, ou simplesmente pessoa. Este estudo tem uma natureza exploratória e, na primeira parte da pesquisa, identificam-se as características do mercado, mormente, objetivo, protagonistas, mercado-alvo e externalidades que afetam o desenvolvimento deste nicho de mercado. Baseado na pesquisa de alguns mercados internacionais, apresentam-se as condições indispensáveis, bem como aspetos de promoção ou restrição, ao desenvolvimento do turismo médico-cirúrgico. Isso contribui para explorar as motivações potencialmente críticas, para que um empreendedor seja bem-sucedido neste nicho de mercado.

1.1. Pertinência do tema

Apesar de se tratar de uma pretensão remota, o tema desta dissertação surgiu na sequência da visualização do documentário “Saúde 5 Estrelas” (RTP, 2013) que despertou o interesse e conduziu à procura de mais informação sobre o assunto. Contudo, o momento determinante ocorreu antes, aquando da visualização da entrevista à Presidente da *Medical Tourism Association* - R-M Stephano (MTA, 2011) - onde se aflorou a problemática dos indivíduos que não têm seguro nos EUA (Estados Unidos da América) e viajam para o estrangeiro para realizar cirurgias. Na mesma entrevista abordou-se também o caso dos pacientes que esperam muito tempo antes de ter acesso ao procedimento médico-cirúrgico no seu país de residência.

Para além de citar alguns países onde foi feito um investimento em TMC, com um componente de lazer antes ou após o tratamento, esta entrevista também fez alusão às expectativas de crescimento deste mercado. Porém, quer o documentário “Saúde 5 estrelas” quer a entrevista à presidente da MTA, incidindo sobre este novo mercado, não mencionaram as origens do TMC, nem as diferentes variantes do serviço oferecido, e sobretudo os motivos essenciais que fazem com que os pacientes procurem os cuidados de saúde fora do país de residência. Estes hiatos despertaram o interesse em perceber o impacto do setor para Portugal.

A venda de cuidados médicos de alta tecnologia para estrangeiros é atualmente uma realidade em diversos países, “*chegou a ser chamado Turismo Médico ou de Saúde, e no decorrer de 2006, tem atraído a atenção de governos em todo o mundo, políticos, académicos e imprensa, tanto dos países de destino como de origem*”² (Bookman & Bookman, 2007, p. 1). Crê-se que existem diversos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do TMC, nomeadamente, o preço dos cuidados de saúde não reembolsados pelo seguro de saúde pública, as longas listas de espera e os cuidados de saúde indisponíveis, em determinados países (Crooks e Snyder, 2011, p. 151). A estes fatores podem ainda associar-se as viagens acessíveis à maioria da população (Freitas, 2010, p. 5), os avanços médicos e tecnológicos nos países que recebem os pacientes, a facilidade de câmbio ou até a moeda comum, e o desenvolvimento dos Sistemas de Informação, nomeadamente da *internet*. A esse respeito, Freitas (2010, p. 3) refere que “*a globalização da informação, bem como a constante evolução tecnológica, permitem hoje em dia, falarmos de um mercado global da saúde*”.

² “*It has come to be called medical or health tourism, and in the course of 2006, it has captured the worldwide attention of governments, policy makers, academics, and the press in both destination and sending countries*”.

A possibilidade de procura externa representa um potencial económico em crescimento, dada a importância do setor, mas é também motivado pela oferta de um vasto leque de produtos associados, como viagens, hotelaria, tratamentos e recuperação pós-tratamentos. Portugal apresenta condições favoráveis para atrair pacientes estrangeiros, pois parece ser competitivo em procedimentos médico-cirúrgicos, em que a componente turística é essencial. Porém, enquanto se tratar de uma atividade pouco estudada, principalmente a nível nacional, *“difícilmente conseguiremos obter vantagens competitivas e estratégicas para realmente olharmos de uma forma pragmática para este setor”* (Freitas, 2010, p. 6).

Apesar das estruturas de saúde favoráveis, acrescendo à variedade climática e paisagística do país, ainda não há histórico que permita obter dados sobre o TMC em Portugal. Ciente da escassa informação sobre este setor, em desenvolvimento global, e após consideração sobre o tema, atendeu-se às circunstâncias que justificam a procura destes serviços à escala mundial. É a partir desta lacuna que se pretende desenvolver este estudo de investigação, em particular, perceber o mercado e as suas justificações, de maneira a tentar compreender se Portugal tem condições para ser competitivo e poder participar no TMC com empreendedorismo, inovação e sustentabilidade. Em suma, *“o turismo médico é essencialmente um fenómeno do século 21”* (Connell, 2011, p. 2), assim, refletir sobre a evolução deste nicho de mercado, em termos de Gestão dos Serviços de Saúde, afigura-se de uma importância considerável.

1.2. Delimitação do tema e definição da questão de pesquisa

Este estudo incide sobre pessoas cujo principal e explícito propósito de viajar é um tratamento médico ou cirúrgico num país estrangeiro, incluindo pacientes que viajam para regiões geográficas contíguas para usufruírem de serviços de saúde disponíveis. Pretende-se distinguir o turismo de saúde, mais dedicado ao “bem-estar” (termas, Spa’s, thalassoterapia), do turismo médico-cirúrgico (procura de tratamentos médicos ou cirúrgicos, recorrendo a prestadores num país diferente), onde o TMC se refere mais a Saúde do que a Turismo. Um aspeto a ter em conta na definição de TMC é que a finalidade específica de obter tratamento surge antes do processo de viagem ter começado. Exclui-se a oportunidade de pacientes que podem ser atendidos em caráter de urgência (como turistas que se tornam doentes), “turistas de bem-estar” e expatriados que procuram cuidados no seu país de residência, incidindo sobre turistas médico-cirúrgicos proativos (Pollard, 2010a, citado por Connell, 2011, p. 4).

O TMC é a soma das relações e fenómenos resultantes de uma viagem por pessoas cujo motivo principal é tratar um problema médico, usufruindo de intervenções médicas ou cirúrgicas, fora do seu local de residência habitual, combinando essa viagem com férias ou elementos de turismo convencional (Voigt et al., 2010. p. 36). Apesar destes viajantes se envolverem em turismo convencional, podendo mesmo utilizar os mesmos serviços que os turistas médico-cirúrgicos, se não tiverem o tratamento planeado, não são de facto turistas médico-cirúrgicos, no significado que se pretende atribuir-lhes neste estudo. O turismo implica formalmente uma estadia de mais de 24 horas num destino, caso contrário é apenas ‘uma visita’, porém, alguns tratamentos podem ser realizados num único dia, como acontece no aeroporto de Munique, que aloja uma clínica onde se realizam procedimentos complexos (Connell, 2011, p. 5). Ao invés daqueles que estando em viagem ficam doentes, estes turistas estão envolvidos em viagens de curta duração e planeiam os cuidados de saúde, pelo que, neste estudo serão considerados verdadeiros turistas médico-cirúrgicos.

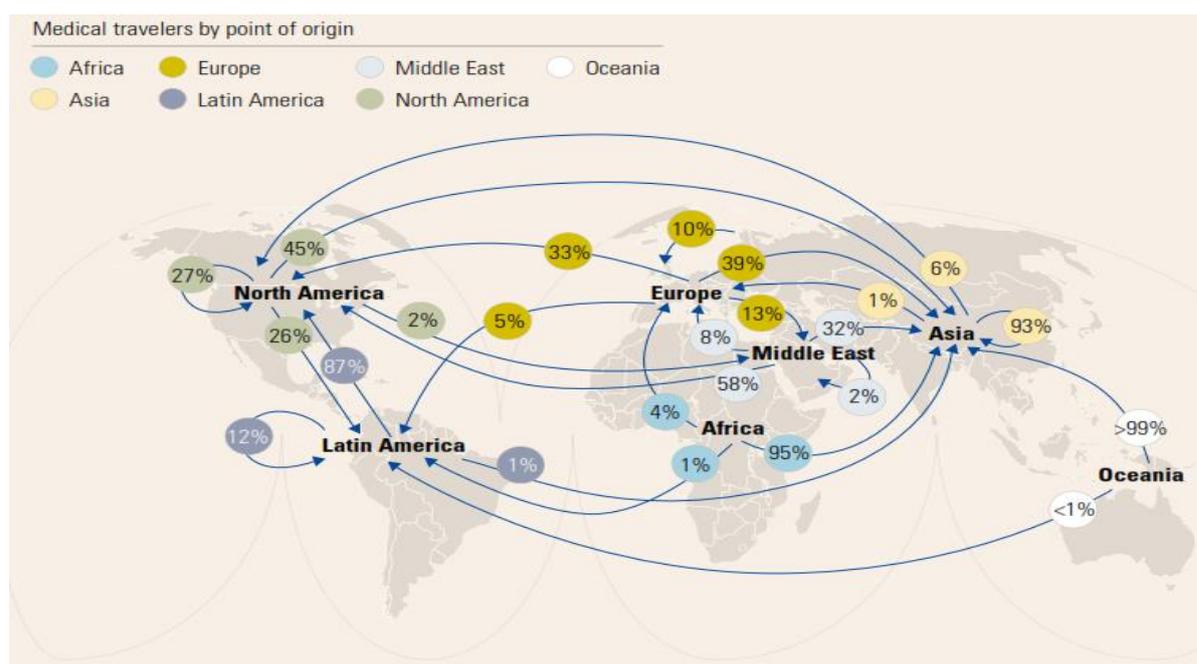
Estima-se que o mercado global do TMC tenha gerado 60 biliões de dólares em 2006, com uma previsão de significar 100 biliões em 2012. Diversos países melhoraram as suas infraestruturas de saúde para suportar a quantidade crescente de pacientes que recebem, para obter tratamentos. De acordo com os analistas, este mercado deve representar 7% do consumo total em saúde até 2015 (Ansari, 2012, p. 220; Freire, 2012, p. 41), com um crescimento anual de 9% (Grail Research, 2009, p. 3), nomeadamente em países emergentes da América do Sul, Sudeste da Ásia, África e Médio Oriente (Deloitte, 2008; Gan and Frederick, 2013, p. 178). Prevê-se que por esta altura a saúde dos mais de 220 milhões *baby boomers* começará o seu lento declínio nos EUA, Canadá, Europa, Austrália e Nova Zelândia, o que representa um mercado significativo para os cuidados de saúde baratos e de alta qualidade (Med Solution, 2008; Mueller & Kaufmann, 2001, citado por Yu et al., 2011, p. 856), como são exemplo países como a Tailândia, Índia, Porto Rico, Argentina, Cuba, entre outros em que esta atividade se expandiu amplamente (Carrera & Bridges, 2006).

Também Bookman & Bookman (2007), nos primeiros parágrafos do livro *‘Medical Tourism in Developing Countries’*, se referem a ideias como o *‘state-of-the-art technology’* na Índia, a cirurgia delicada na Tailândia ou a confiança nos pediatras da Costa Rica. Aparentemente paradoxais, os nomes desses países sugerem más condições de vida, no entanto, a ideia de que estes países podem ter hospitais *‘state-of-the-art’* e, onde existem profissionais altamente qualificados, que providenciam serviços de alta tecnologia, parece imaginária mas é autêntica.

A despesa com saúde nos EUA foi responsável por 16% do PIB (Produto Interno Bruto) em 2006 e 56% deste valor foi consumido no estrangeiro (Lee & Jeong, 2007 citado por Yu et al., 2011, p. 856). Nos EUA os cuidados de saúde representam cerca de \$6000 *per capita* contra os cerca de \$3500 de França ou Alemanha, os \$3100 da Austrália ou do Canadá, e \$2880 do Reino Unido. Ainda assim, os EUA apresentam níveis de satisfação medianos onde apenas 44% da população manifesta satisfação com os cuidados prestados, existindo seguradoras que oferecem apólices para tratamentos no estrangeiro a preços mais baixos que os domésticos, pelo que estas tendências podem em grande parte, dissipar a ideia de que a saúde é um serviço puramente local (OCDE, 2006, citado por Berry e Bendapudi, 2007, p. 111).

Num contexto global, o principal continente recetor de pacientes estrangeiros é a Ásia, com a Índia, Tailândia e Singapura a liderar o mercado, apesar de outros países terem começado a afirmar-se no setor. O segundo maior fluxo de pacientes estrangeiros dirige-se provavelmente para a América Latina onde a Costa Rica, o México e Cuba foram os principais *players* durante um determinado período, mas os pacientes também viajam para o Brasil, Panamá, Argentina, Barbados e Chile. No Médio Oriente, a Jordânia, Israel e Turquia têm atraído pacientes de todo o mundo, contudo, o Dubai começou recentemente a posicionar-se como importante destino. Percebe-se assim, um número crescente de participantes na área do TMC. Na figura 1 faz-se alusão à origem e destino dos pacientes que procuram cuidados de saúde no estrangeiro.

Figura 1: Origem e destino dos pacientes que procuram cuidados de saúde no estrangeiro



(Fonte: Ehrbeck et al., 2008, p. 5)

Na opinião de Berry e Bendapudi (2007, p. 111), os cuidados de saúde são caros, altamente complexos e a sua utilização afeta a economia e a qualidade de vida diária. Os mesmos autores (citando McGlynn et al., 2003; Wennberg and Fischer, 2006) referem que os cuidados de saúde são serviços que as pessoas precisam mas que nem sempre planeiam adquirir. O TMC é, portanto, um mercado altamente relevante para os países que apresentem condições favoráveis para a prestação de cuidados de saúde, essencialmente devido ao custo dos cuidados de saúde (insustentáveis em diversas economias desenvolvidas), o advento de tecnologias avançadas, e a crescente concentração de riqueza nas economias emergentes, referindo apenas alguns dos fatores que o sustentam (Freire, 2012, p. 41).

Para além dos fatores mencionados, o envelhecimento da população, associado ao incremento dos custos e à indisponibilidade de cuidados de saúde em alguns países, bem como o equilíbrio do *state-of-the-art*, um pouco por todo o mundo, tem aumentado o interesse na procura de cuidados de saúde por estrangeiros. Estas condições incitam as pessoas a suportar uma parte dos custos com a saúde e, conseqüentemente, a procurar opções mais baratas, nomeadamente, a procura por tratamentos na Ásia ou em países vizinhos, em analogia ao que ocorre na Europa, onde os sistemas de saúde estão cada vez mais integrados (Helble, 2010).

A mobilidade de pacientes na UE para realizar um exame ou uma cirurgia, para além de possível, será mais fácil brevemente, baseado na facilidade em obter cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade, e na promoção da cooperação entre os diferentes Estados-Membros (Helble, 2010, p. 5). Dados do Flash Barometer Survey (2007, citado por Lunt & Carrera, 2010, p. 28) revelam que cerca de 4% dos cidadãos europeus obtiveram tratamentos fora do seu país de residência, para realizarem cirurgias em locais com listas de espera mais curtas, nomeadamente cirurgia de cataratas, substituição de articulação do joelho e anca, em países como França, Alemanha e Bélgica. Tradicionalmente, estes países têm recebido pacientes internacionais, mas os países do Leste Europeu como Hungria, Polónia, Lituânia e Letónia também se tornaram destinos transfronteiriços preferenciais.

No sumário do *Medical Tourism Survey* (Treatment Abroad, 2012, p. 3) constata-se que a Hungria foi o principal destino (12 % dos entrevistados), seguida pela Bélgica (11%), e a Polónia, Turquia, Espanha, República Checa e Índia foram o destino de cerca de 7% dos pacientes, cada. Este estudo revelou que nove em cada dez entrevistados provavelmente voltaria para realizar novo tratamento e o mesmo número recomendaria a um amigo ou familiar. Quando questionados sobre as razões para a sua satisfação, todos os entrevistados citaram profissionalismo do pessoal, preço e qualidade do atendimento.

Na descrição do European Travel Monitor (IPK, 2000-2004), referido no relatório “10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal” pode ler-se que a “*procura primária de viagens internacionais de Saúde e Bem-Estar, i.e., aquela para a qual esse é o principal motivo da viagem, é composta por 3 milhões de viagens de uma ou mais noites de duração. Este volume representa aproximadamente 1,2% do total de viagens de lazer realizadas pelos europeus. A procura crescerá a um ritmo de 5-10% anual. O setor de Saúde e Bem-Estar é relativamente recente, e cresceu cerca de 50% entre os anos 2000 e 2004*” (Turismo de Portugal, 2006, p. 8).

Enquanto o turismo de saúde e bem-estar tem potencial para contribuir com mais de 400 milhões de euros por ano para a economia portuguesa em 2020, onde a maioria das receitas será proveniente do turismo de bem-estar (Spa’s, talassoterapia e termas), projeta-se para o TMC uma contribuição que passará dos 19 para 94,6 milhões de euros, entre 2016 e 2020 (Neoturis/Accenture, 2014). Assim, considerando, especificamente, a importância do mercado de turismo médico-cirúrgico em Portugal, para os setores do turismo e da saúde, em geral, e da Gestão de Serviços de Saúde, em particular, esta dissertação tem como finalidade responder à seguinte pergunta de pesquisa:

“Quais as condições necessárias para o desenvolvimento do turismo médico-cirúrgico?”

1.3. Objetivos do estudo

Tendo em conta a pergunta de pesquisa, este estudo procurará caracterizar o TMC em Portugal bem como o fluxo de pacientes para dentro e fora do país. Além disso, explorará as condições necessárias para atrair pacientes estrangeiros e, finalmente, analisará setores onde se poderá estimular a procura de cuidados de saúde por parte de cidadãos estrangeiros, de maneira a compreender se Portugal é, de facto, competitivo no setor dos cuidados de saúde hospitalares. Tentar-se-á entender o que motiva os consumidores a procurar cuidados de saúde no estrangeiro e, desta forma, contribuir para ajudar os decisores políticos a compreender o seu impacto sobre os prestadores de cuidados de saúde, administradores hospitalares, e outros responsáveis ligados ao setor, seduzidos por esta temática. Esta é a principal motivação do presente trabalho.

Após a definição da pergunta de pesquisa, recorreu-se à revisão da literatura e à definição dos objetivos gerais desta pesquisa. Para o objetivo **“determinar as motivações dos pacientes na procura de cuidados médico-cirúrgicos no estrangeiro”** delinearão-se objetivos específicos:

- Caracterizar a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros;
- Conhecer os fatores que influenciam a escolha do destino hospitalar dos pacientes;
- Caracterizar o fluxo de pacientes nacionais e estrangeiros;
- Conhecer os fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva;
- Procurar setores onde é possível estimular a procura de cuidados médico-cirúrgicos por pacientes estrangeiros.

Relativamente ao objetivo **“perceber quais são os recursos necessários para oferta no âmbito do turismo médico-cirúrgico”** estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber as condições básicas indispensáveis para atrair pacientes estrangeiros para cuidados médico-cirúrgicos;
- Compreender o nível de qualidade global do serviço hospitalar oferecido aos pacientes estrangeiros;
- Caracterizar as iniciativas de promoção de cuidados médico-cirúrgicos;
- Perceber se Portugal é competitivo em termos de cuidados médico-cirúrgicos;
- Caracterizar a concorrência;
- Conhecer os desafios e oportunidades em termos de oferta de serviços de saúde para pacientes estrangeiros.

Para alcançar os objetivos enunciados realizou-se um estudo qualitativo baseado numa pesquisa exploratória, essencialmente apoiada em bibliografia e entrevistas a indivíduos que pudessem de alguma forma estar envolvidos na tomada de decisão neste setor. Desta forma procurou-se contribuir para compreender a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros e as condições necessárias para Portugal ser aceite nesta atividade. A opção pela realização de entrevistas justificou-se pela existência de questões relevantes que requereram respostas de informadores qualificados, sem explicação nos dados disponíveis (Carmo e Ferreira, 2008, p. 145; Mack et al., 2005, p. 29).

1.4. Estrutura da dissertação

Este capítulo fornece a disposição das etapas que deram origem à pesquisa. No Capítulo 1, expôs-se a relevância do estudo do turismo médico-cirúrgico em Portugal. No Capítulo 2 descrever-se-á o contexto que inspirou o tipo de pesquisa realizada, a qual, permitiu obter dados do mercado e analisar as principais discussões identificadas no setor. Este capítulo também relata a revisão da literatura para resumir o mercado de TMC. O método de investigação adotado para responder à pergunta de pesquisa, e respetiva identificação de objetivos deste assunto, são apresentados no Capítulo 3 desta dissertação. No Capítulo 4, apresenta-se uma análise e discussão dos dados obtidos com a consequente descrição das implicações para o setor, onde se fará uma análise do mercado. Por fim, no Capítulo 5, identificam-se as conclusões que pretendem responder à questão de pesquisa e às questões de investigação. Ainda neste capítulo, serão apresentadas implicações práticas para sustentar um destino de TMC e as limitações deste estudo, com a apresentação de recomendações para pesquisas futuras (Quadro 1).

Quadro 1: Estrutura da dissertação

Introdução <ul style="list-style-type: none">•Pertinência do Tema•Delimitação do tema•Objetivos do estudo
Enquadramento conceptual <ul style="list-style-type: none">•Turismo médico-cirúrgico•Fatores de motivação•Dificuldades no turismo médico-cirúrgico•O mercado de turismo médico-cirúrgico
Metodologia <ul style="list-style-type: none">•Método de investigação e desenho da pesquisa
Análise e discussão dos dados <ul style="list-style-type: none">•Enquadramento e diagnóstico•Motivação dos pacientes•Competitividade•Desafios e oportunidades
Implicações para o setor <ul style="list-style-type: none">•Análise da concorrência•Caracterização do mercado•Plano de marketing•Reforço da competitividade•Desenvolvimento estratégico
Conclusão <ul style="list-style-type: none">•Respostas às questões de investigação•Iniciativas de implementação•Limitações e recomendações

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Antes de prosseguir com a descrição do mercado de TMC, é importante clarificar a definição utilizada para orientar a investigação. Neste capítulo (quadro 2) apresenta-se uma abordagem ao TMC, distinguindo as diversas tipologias descritas na literatura, alheada do conceito geral de turismo de saúde, expondo, de seguida, os principais fatores que motivam a procura de cuidados de saúde no estrangeiro. No final do capítulo indicam-se as dificuldades encontradas para o TMC e alguns dos motivos de preocupação associados a este setor de atividade. Para terminar exhibe-se uma breve análise do mercado recorrendo a ferramentas de gestão básicas.

Quadro 2: Estrutura do Capítulo 2

2.1	• Turismo de saúde e turismo médico-cirúrgico
2.2	• Fatores de motivação da procura de turismo médico-cirúrgico
2.3	• Dificuldades no turismo médico-cirúrgico
2.4	• Análise do mercado

2.1. Turismo de saúde e turismo médico-cirúrgico

Falar de Turismo é abordar uma definição que tem sofrido interessantes alterações ao longo dos tempos, como de resto, se compreende pelo sentido com que é entendido nas diferentes situações e na própria evolução do tempo, pois, apesar do movimento de pessoas entre diferentes locais ser uma realidade tão antiga como a humanidade, não é este movimento, *per si*, que define o Turismo. Margarida Barretto (2008, p. 9) faz referência às diversas interpretações que fazem parte do léxico de conceitos que pretenderam definir o Turismo ao longo dos tempos, desde 1911, quando surgiu a primeira definição pelo economista austríaco Schattenhofen, até à atualidade. A mesma autora (2008, p. 10, citando Schwink, 1939) define Turismo como o “*movimento de pessoas que abandonam temporariamente o lugar de residência permanente por qualquer motivo relacionado com o espírito, o corpo ou a profissão*”. Michele Troisi (1942, citado por Barretto, 2008) define Turismo como o “*conjunto de viagens temporárias de pessoas, motivadas por necessidades de repouso, de cura, espirituais ou intelectuais*”.

O Turismo organizado pressupõe a existência de uma estrutura de atendimento no local de origem do turista (composta pelas agências ou operadoras, guias ou *softwares* que preparam a viagem), transportadoras, equipamento recetor no local de destino, para além dos serviços prestados ao turista e todo o conjunto de relações entre visitantes e residentes do local visitado. Pode ser *livre* ou *dirigido* distinguindo-se pelo carácter autónomo do turista na escolha do momento e destino, ou vinculado a alguma entidade que tem a seu cargo a decisão da escolha, respetivamente. Quanto à duração, as viagens inferiores a 24 horas definem o turismo *excursionista* enquanto as viagens superiores a 24 horas representam o turismo de *fim de semana*, de *férias* ou por *tempo indeterminado*, variando em qualquer dos casos em *regular* ou *esporádico* (Barretto, 2008, pp. 15-19).

Viajar para tratamento ou cuidados de saúde é um fenómeno emergente em todo o mundo e em particular na Europa, apesar de contar com alguma história. Embora pareça ser um novo segmento de turismo, a atividade turística em saúde é “*uma das mais antigas atividades turísticas que as pessoas realizam, à procura de meios de manutenção ou aquisição do bom funcionamento e da sanidade do seu físico e psiquismo*” (Dorneles et al, 2009, p.1). Assim, o vulgar conceito de Turismo, que se resume a atividades de lazer, encontra nestes esclarecimentos de Schwink (1939) e Troisi (1942), as motivações das pessoas, que refletem necessidades relacionadas com o corpo ou de cura, respetivamente.

Desconhece-se onde e quando o conceito ‘Turismo Médico-cirúrgico’³ teve origem (Connell, 2011. p.1) porém, o turismo de saúde tem milhares de anos de evolução, desde a procura pelo Santuário do Deus da Cura, Asklepios, na Antiga Grécia (Chakravarthy et al, 2008, p. 357; Connell, 2011, p. 12). Os inúmeros Spa’s e locais sagrados que permanecem em muitos locais representam o início efetivo do turismo local. A procura da cura sempre moveu as pessoas a viajarem grandes distâncias, para locais onde encontrassem alguma forma de tratamento temporário ou definitivo. No século XVIII, havia europeus a procurarem os Spa’s junto ao Nilo e, já no séc XXI, realizam-se viagens para sanatórios em destinos como os lagos Suíços e os Alpes, para obter cuidados médicos especializados e profissionalizados. As viagens motivadas por problemas de saúde “*são uma das mais antigas manifestações de turismo conhecidas. A história relata a procura de tratamentos para problemas de saúde por reis, rainhas e nobres que viajavam grandes distâncias à procura de tratamento*” (Freitas, 2010, p. 4). O conceito de viagem para obter cuidados de saúde não é novo, contudo, só recentemente as viagens se tornaram suficientemente seguras, rápidas e baratas de maneira a permitir a procura de serviços no exterior (Liu, 2012, p. 459).

³ O conceito “*Medical tourism*” comporta o tratamento médico e cirúrgico, que são as componentes em foco nesta abordagem. Para o propósito deste estudo, a tradução do inglês será considerada “turismo médico-cirúrgico”.

Não existe uma definição consensual para designar um indivíduo que viaja à procura de tratamentos (Helble, 2010, p. 1), subsiste no entanto, um significado para estes pacientes, frequentemente utilizado na literatura e, diz respeito ao indivíduo cujo principal objetivo da viagem, ou um dos principais, a procura de cuidados de saúde. O turismo de saúde identifica a soma de todas as relações e fenómenos resultantes de uma mudança de localização e residência de pessoas, a fim de promover, estabilizar e restaurar o bem-estar físico, mental e social, ao utilizar serviços de saúde e, para quem o lugar onde estão hospedados não é o local permanente de residência ou de trabalho (Mueller and Kaufmann, 2001, p. 5, citado por Connell, 2011, p. 5; Voigt et al., 2010, p. 9). Em resumo, os programas de turismo de saúde podem ser definidos como produtos onde o serviço de saúde de excelência combina com o turismo disponibilizado aos pacientes, captando receita externa e desenvolvendo indústrias relacionadas, além das normalmente desenvolvidas pelas viagens de lazer (Bookman & Bookman, 2007; Lunt & Carrera, 2010).

Apesar da designação “turismo de saúde” sugerir uma procura turística, trata-se de um setor “*mais relacionado com o mercado de saúde do que com o mercado de turismo propriamente dito*” (Freitas, 2010, p. 9). Esta orientação vai ao encontro da posição de Arellano (2007, citado por Crooks et al, 2010, p. 1), indicando que na sua conceção mais ampla, “*o turismo médico-cirúrgico refere-se a viajar com o propósito expresso de obter serviços de saúde no exterior*”⁴. Em 1987, Goodrich & Goodrich definiam turismo de saúde como uma tentativa de atrair turistas, por parte de instalações hoteleiras ou até de um destino de férias, promovendo deliberadamente os seus serviços de bem-estar. Os termos turismo *wellness*, turismo de saúde, turismo de cuidados de saúde, turismo de bem-estar, turismo holístico, turismo médico-cirúrgico e turismo de Spa, descrevem conceitos diferentes, no entanto, a consistência na literatura sobre estes conceitos está a faltar.

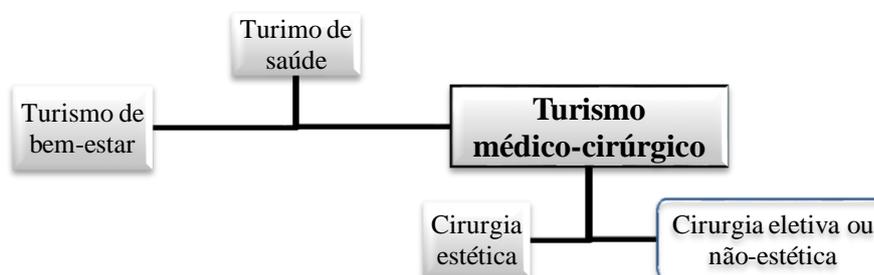
2.1.1. Tipos de turismo de saúde

John Connell (2006, p. 1094) refere-se ao turismo de saúde como um novo nicho que emergiu na indústria de turismo com um conceito abrangente que cobre todas as formas de turismo relacionado com a saúde e tem crescido rapidamente nos últimos anos. Há diversas tipologias de turismo de saúde, demarcadas segundo diferentes perspetivas e autores. Erfurt-Cooper & Cooper (2009) dividem o turismo de saúde em turismo de bem-estar, turismo médico-hospitalar e turismo cirúrgico.

⁴“*medical tourism refers to travel with the express purpose of obtaining health services abroad*”.

A diferença teórica entre os conceitos de ‘cura’ ou ‘doença’ por um lado e o conceito de ‘bem-estar’ por outro têm sido usados para distinguir entre produtos de saúde e serviços turísticos. Assim, é possível diferenciar o TMC e o turismo de bem-estar como subsegmentos do turismo de saúde. Considerando que os turistas médico-cirúrgicos são orientados para a doença, porque viajam principalmente a fim de curar ou tratar uma determinada doença ou condição médica, os turistas de bem-estar vão de férias, a fim de manter ou melhorar a sua saúde e bem-estar tentando, assim, alcançar níveis mais elevados de conforto (Voigt et al., 2010, p. 6). A abundância de dados que suporta a distinção entre os diversos tipos de turismo de saúde conduziu à decisão de concentrar o estudo no TMC, numa perspectiva de cirurgia eletiva, uma vez que a sua natureza é, para este estudo, mais aliciante, conforme figura 2.

Figura 2: Estrutura do turismo de saúde



(Fonte: adaptado de Mugomba & Caballero-Danell, 2007)

Usando o critério das razões para a procura de cuidados de saúde fora fronteiras, Helble (2010, p. 3) distingue duas categorias de pacientes. Segundo este autor, há um grupo que inclui os pacientes que já se encontram em viagem (fora da sua residência) e requerem cuidados de saúde durante a sua estadia. Incluem-se trabalhadores ou migrantes temporários, aposentados estrangeiros e turistas, excluindo os estrangeiros residentes permanentes, que utilizam o sistema de saúde e que contribuem para o serviço de saúde público (pagando impostos). O outro grupo viaja com o único propósito de receber cuidados de saúde, percorrendo longas distâncias ou realizando trajetos curtos (quando residentes em zonas fronteiriças), combinando tratamentos com turismo, no seu sentido mais lato.

Por sua vez, no que concerne a mobilidade de pacientes, Lunt & Carrera (2010, p. 28), propõem cinco categorias, em acordo com a classificação de Legido-Quigley et al (2007, p. 188):

- (i) *“Visitantes temporários no estrangeiro”*, onde se incluem pessoas de férias no estrangeiro e utilizam os serviços de saúde como resultado de um acidente ou doença. Fazem uso do Cartão Europeu de Saúde para o tratamento ocasional ou de emergência (no caso de cidadãos da UE), ou financiados por seguros privados e pagamento do próprio bolso;

- (ii) “*Residentes de longa duração*”, onde se inclui a mobilidade na terceira idade. O aumento da riqueza, a abertura das fronteiras e a facilidade em viajar tem intensificado este movimento de pessoas, as quais obtêm serviços de saúde financiados pelo país de origem, seja por seguros ou contribuições privadas;
- (iii) “*Fronteiras comuns*”, como acontece entre algumas regiões de Portugal e Espanha ou a Bélgica e os países vizinhos, beneficiando da colaboração na prestação de cuidados de saúde;
- (iv) “*Pacientes externalizados*”, representando aqueles que são enviados para o estrangeiro através de agências de saúde por acordos entre países, motivados por longas listas de espera, falta de especialistas ou equipamentos indisponíveis no país de origem;
- (v) “*Turistas médico-cirúrgicos*”⁵. Finalmente, existem pacientes que se deslocam por sua própria vontade. Este tipo de mobilidade de pacientes constitui o foco desta breve revisão.

Connell (2011) reconhece a necessidade de clarificar a designação mais comumente utilizada em inglês “*Medical Tourism*”, onde turismo sugere prazer e relaxamento, características não necessariamente médicas. Para além de fazer alusão a uma modalidade antiga e ininterrupta, a procura de cuidados de saúde fora do país de residência é cada vez maior (Helble, 2010, p. 1; Connell, 2011, p.12). Atendendo ao seu significado, neste estudo, considerar-se-á como “turista” o indivíduo que se desloca para obter cuidados de saúde, portanto, o paciente é também um turista. Enquanto alguns ‘turistas médico-cirúrgicos’ viajam sozinhos, alguns até mesmo no anonimato, a maioria viaja com amigos e familiares, os quais estão “*mais propensos a envolver-se em atividades turísticas padrão, provavelmente ficam em hotéis, enquanto os pacientes permanecem nos hospitais*”⁶ (Connell, 2011, p.4).

2.1.2. – Turismo médico-cirúrgico

O TMC surgiu a partir de uma noção mais ampla de turismo de saúde, porém a saúde e o TMC são considerados por alguns investigadores como um fenómeno combinado, mas com ênfases diferentes. Freire (2012, p. 42, citando Freire, 2010a) refere-se a uma definição de TMC designando aquele que une dois objetivos muito diferentes. Por um lado, beneficiar de intervenções médicas ou cirúrgicas realizadas em países estrangeiros e, por outro, se possível, visitas turísticas nesses países estrangeiros.

⁵ “*Temporary visitors abroad [...]; Long-term residents [...]; Common-borders [...]; Outsourced patients; [...] Medical tourists*”.

⁶ “*more likely to engage in 'standard' tourist activities, probably staying in hotels while patients stay in hospitals*”.

Na opinião de Voigt et al. (2010, p.36), estes pacientes só podem ser considerados turistas médico-cirúrgicos se a viagem incluir elementos de turismo convencional, distinguindo-se das designações de Rerkrujipimol & Assenov (2011, p. 95) e de Liu (2012, p. 459) que consideram a possibilidade de não combinar o tratamento com visitas às atrações turísticas do país. De acordo com Connell (2006, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. i), a designação “turismo médico-cirúrgico”, envolve a intervenção médico-cirúrgica específica, e designa o local “onde os ‘turistas’ procuram um tratamento médico-cirúrgico no exterior e, posteriormente, a forma mais convencional ou experiência turística associada ao lazer e relaxamento em locais turísticos”⁷. É, ainda assim, uma oportunidade para os pacientes viajarem para obterem tratamento e tirar vantagem da redução de preços ou tempos de espera, e pode ser categorizado em “outbound (de saída), inbound (de entrada) e intrabound (interno)” (Deloitte, 2008a, p. 3; Deloitte, 2009, p. 3).

Chakravarthy et al. (2008, p. 357) define TMC como a “prestação de cuidados de saúde custo-eficiente com a devida consideração na qualidade, em colaboração com a indústria do turismo, para pacientes estrangeiros que carecem de tratamento especializado e cirurgia”⁸. Esta descrição é semelhante à de Carrera e Bridges (2006, citado por Lunt & Carrera, 2010, p. 28) os quais identificaram o TMC como uma viagem organizada, fora do ambiente habitual, para manutenção, melhoria ou recuperação do bem-estar do corpo e mente do indivíduo porque o destino “permite um melhor acesso aos cuidados, presta cuidados de maior qualidade ou oferece o mesmo tratamento a um preço mais acessível” (Grail Research, 2009, p. 2; Connell, 2011, p. 11).

Para Altin et al. (2011, p. 3) o TMC é geralmente delineado em três grandes tipos “cosmético, dental e geral”. Por seu lado, Bookman & Bookman (2007, citado por Freitas, 2010), identificam três formas de TMCs: invasivos - envolvem procedimentos de alta tecnologia realizados por especialistas; diagnóstico - envolvem vários tipos de exames e; de estilo de vida - que inclui a parte de bem-estar ou tratamentos de recuperação. Uma outra distinção é apresentada por Cohen (2008) (citado por Connell, 2011, p. 4), o qual sugeriu classificar os ‘pacientes-turistas’ em quatro categorias:

- (i) ‘Turista tratado’ - aquele que obtém tratamento para acidentes ou problemas de saúde que ocorrem durante um período de lazer no exterior;
- (ii) ‘Turista médico-cirúrgico adequado’ - aquele que visita um país para tratamento e também pode decidir sobre um procedimento uma vez nesse país;

⁷“(…) where “tourists” primarily seek medical treatment abroad and afterwards the more conventional form of tourism experience related to leisure and relaxation in tourist places”.

⁸“Provision of cost-effective medical care with due consideration to quality in collaboration with tourism industry for foreign patients who need specialized treatment and surgery”.

- (iii) *'Paciente em férias'* - aquele que visita um destino com o principal objetivo de obter tratamento, mas faz uso casual de oportunidades de férias, geralmente durante o período de convalescença;
- (iv) *'Mero paciente'* - aquele que se desloca a um país exclusivamente para o tratamento médico-cirúrgico. Para além destes, há naturalmente, muitos turistas, *'meros turistas'*, que não têm qualquer tratamento médico⁹.

Nesta lógica, a definição de turista médico-cirúrgico restringe-se a meros pacientes, que se deslocam por vontade própria (Lunt & Carrera, 2010, citado por Connell, 2011, p. 4), em oposição aos que são efetivamente enviados ao exterior por agências, em resultado de listas de espera ou falta de especialistas disponíveis. Portanto, o TMC é a soma das relações e fenómenos resultantes de uma viagem por pessoas cujo motivo principal é tratar um problema médico, usufruindo de intervenções médico-cirúrgicas, fora do local de residência habitual, combinando a viagem com férias ou elementos de turismo convencional (Voigt et al., 2010. p. 36). Entre os “turistas médico-cirúrgicos” que se pretende dedicar mais atenção encontram-se os indivíduos designados por “turistas médico-cirúrgicos proativos” numa lógica adaptada da descrição da Neoturis/Accenture (2014), conforme quadro 3, onde se esquematiza a categorização do turismo de saúde e bem-estar em turismo de bem-estar e TMC.

Quadro 3: Enquadramento conceptual do Turismo médico-cirúrgico proativo

Turismo de saúde e bem-estar	Turismo de bem-estar	Deslocação para um país diferente da residência habitual, baseando a experiência na procura de equilíbrio e da harmonia mental, emocional, física e espiritual
	Turismo Médico-cirúrgico	Reativo Deslocação para um país diferente da residência habitual, para receber tratamento médico-cirúrgico por situação de necessidade
	Proativo	Deslocação para um país diferente da residência habitual, para receber tratamento médico-cirúrgico, por opção.

(Fonte: adaptado de Neoturis, 2014, p. 4)

⁹ (i) *'medicated tourist'*; (ii) *'medical tourist proper'*; (iii) *'vacationing patient'*; (iv) *'mere patient'*; (v) *'mere tourists'*.

2.2. A procura do turismo médico-cirúrgico

Vários fatores influenciam o crescimento e regulação de pacientes que viajam para o exterior para obterem cuidados médico-cirúrgicos. Praticamente todas as pesquisas efetuadas revelam que, na secção onde os pacientes divulgam a sua experiência de turismo, os fatores mais importantes que os motivam a procurar cuidados de saúde no estrangeiro foram as listas de espera significativas e a diferença de preços (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. i), no entanto, não são apenas estes os fatores que motivam os pacientes a procurar cuidados de saúde fora do seu país. Há diversas outras razões para procurar cuidados de saúde no exterior que incluem a perceção de que o tratamento é melhor ou a possibilidade de acesso a tratamentos indisponíveis no país de residência, como por exemplo, a terapia com células-estaminais (Crooks et al, 2010, p. 10; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 26; Deloitte, 2008a, p. 6). No relatório da Deloitte (2008a, p. 20) pode ler-se, por exemplo, que os pacientes que entram nos EUA não procuram assistência médica mais barata, a maioria está disposta a pagar mais por considerarem que essa assistência oferece maior qualidade e menor tempo de espera.

Na opinião de Connell (2011, p. 2), os principais fatores que motivam os pacientes são *“redução de custos, disponibilidade, acessibilidade, qualidade e serviços adicionais”*¹⁰. O autor afirma que o TMC se tornou importante por diversos motivos, que se podem elencar: (i) deceção com tratamentos no país de residência; (ii) falta de acesso aos cuidados de saúde a custo razoável, em tempo admissível, ou em contexto simpático; (iii) seguro ou rendimento insuficiente para pagar os cuidados de saúde locais, (iv) aumento da assistência médica de qualidade em países ‘em desenvolvimento’; (v) diferentes respostas éticas e legais para problemas de saúde complexos, (vi) maior mobilidade, e (vii) talvez, acima de tudo, a crescente procura por cirurgia plástica que une muitos outros fatores (Connell, 2011, p. 1).

As razões para procurar tratamentos no estrangeiro, apesar de parecerem óbvias, geralmente circunscrevem-se a uma tomada de decisão individual, obedecendo a motivações diversas que podem ser bem diferentes se esta deslocação ocorrer intrafronteiras. Vários são os motivos que influem na tomada de decisão, porém, a procura de tratamento médico-cirúrgico num ambiente desconhecido aumenta a ansiedade e gera maior sensação de vulnerabilidade do que quando o ambiente é conhecido e familiar. Daí que as disposições pessoais têm um peso significativo pois, a abertura à experiência e a experiência prévia para a cultura e idioma podem ser fatores que viabilizam a decisão de realizar o tratamento no exterior. Da mesma forma, as variáveis

¹⁰ *“Cost Saving; Availability; Accessibility; Quality; Additional Services”*

demográficas como idade, rendimento e educação também podem afetar a decisão de viajar para outro país para obter serviços médico-cirúrgicos e turismo (Altin et al., 2011, p. 9).

A decisão envolve um grande risco e extensa pesquisa de informação, e “*depende da construção mental dos turistas, daquilo que um potencial destino tem para oferecer, em relação às suas necessidades*”¹¹ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 30). Ao invés de comprar decisões para simples produtos ou serviços, a decisão de realizar viagens ao exterior e, especialmente, “*viajar para procurar tratamento é complexo, multifacetado, e muitas vezes de natureza emocional*”¹² (Crouch & Louviere, 2001, citado por Altin et al., 2011, p. 7). Ye et al. (2008, citados por Yu et al., 2011, p. 859) estudaram a motivação dos turistas de saúde de Hong Kong e o resultado revelou que esses turistas se preocupam sobretudo com assuntos clínicos, em detrimento de atributos próprios do destino, numa análise que incluiu fatores motivacionais como a qualidade dos cuidados de saúde, descontos, acompanhamento, custos e reputação.

Hong et al. (2007, citado por Yu et al., 2011, p. 859) categorizaram os fatores críticos de decisão a ser considerados na escolha de um país para TMC, baseados na avaliação do significado atribuído às seguintes características do país candidato:

- Qualidade dos serviços de saúde, nível de modernização das instalações de saúde e segurança no país;
- Fatores de diferenciação a partir de serviços de saúde anteriormente obtidos;
- Despesas com as viagens, existência de uma variedade de programas de turismo separados dos serviços de saúde e disponibilidade de alimentos apazíveis;
- Existência de belas paisagens, disponibilidade de lugares confortáveis para descanso e proximidade aos seus locais e condições climáticas de origem.

Por sua vez, Ansari (2012, p. 210), estima que 150 mil estrangeiros viajam para a Índia para procedimentos de saúde a cada ano, principalmente devido à combinação de diversos fatores como “*preços baixos, tempo de espera, qualidade de classe mundial dos hospitais, serviços personalizados e património cultural rico*”¹³. Por exemplo, o Grail Research (2009) apresenta seis fatores que têm aumentando a atratividade por este setor, na Ásia:

- (i) “*Disponibilidade*”, proporcionando uma oportunidade para reduzir custos;
- (ii) “*População não segurada*”, como no caso dos EUA onde mais de 45 milhões de pessoas não têm seguro de saúde ou têm de pagar do próprio bolso certas cirurgias eletivas;

¹¹ “(...) depends on tourists’ mental construct of what a potential destination has to offer relative to their needs”.

¹² “(...) travel to seek medical treatment is complex, multi-faceted, and often emotional in nature”.

¹³ “(...) Low Cost Less, Waiting Time, World class Quality hospitals, Personalized Services, Rich Cultural Heritage”.

- (iii) “*Tratamento alternativo/inovador*”, como por exemplo a Índia que atrai turistas de saúde devido às suas ofertas de *ayurveda*¹⁴, entre outros métodos alternativos;
- (iv) “*Atendimento de qualidade*”, como o exemplo de Singapura, que apresenta um alto padrão de cuidados médicos e equipamento *state-of-the-art*, comparável com a maioria dos países ocidentais;
- (v) “*Envelhecimento da população*”, constituindo um encargo crescente para os cuidados de saúde;
- (vi) “*Tempo de espera longo*”¹⁵, como é o caso da maioria dos pacientes no Reino Unido e Canadá, que não têm acesso oportuno a procedimentos eletivos, e têm uma forte vontade de viajar para outros países, a fim de obterem tratamentos em tempo útil (Grail Research, 2009, p. 6).

O fenómeno do TMC surge justificado pelo aumento dos custos no setor da saúde nos países desenvolvidos e o surgimento de novas necessidades dos clientes, como a possibilidade de ter o mais recente tratamento onde existir ou evitar listas de espera (Sharpley, 2003, citado por Mugomba & Danell, 2007, p. 46). No caso do Reino Unido, Pollard (2012) sugere que, em 2010, cerca de 60 mil pessoas procuraram tratar-se no exterior e cerca de 20% dos pacientes tratados nos hospitais privados de Londres eram estrangeiros. Este tráfego explica-se pela saída de uns pacientes à procura de cuidados de saúde a preço mais baixo por um lado, e pela entrada de outros à procura de tratamentos complexos por outro, evidenciando motivações distintas dos pacientes.

Portanto, os pacientes invocam diversas razões e vantagens em procurar cuidados de saúde no estrangeiro, nomeadamente quando o custo proposto pelo atendimento no exterior é inferior ao do tratamento realizado no país de origem, ainda que associado à viagem e estadia. Quando o tratamento necessário não está disponível, ou não é coberto pelo sistema de saúde do país de origem é vantajoso obter tratamento no estrangeiro, até porque a relação qualidade/preço é mais favorável no exterior e os prestadores estrangeiros utilizam profissionais de saúde qualificados. A possibilidade de associar saúde e turismo, mas também, “*juntar o útil e desagradável, com o agradável*”, que é possível obter com a mudança de ambiente (lugar, clima e cultura) permite superar mais facilmente o sofrimento antes e depois do tratamento. Para além disso, possibilita encobrir uma intervenção, por exemplo, de cirurgia plástica, numa viagem de turismo, quando o tratamento se insere no domínio da intimidade, permitindo manter a intervenção em sigilo. Existe

¹⁴ “*Ayurveda means the “science of life” in Sanskrit. It is one of oldest and the best documented among the ancient systems of medicine. From the Charaka Samhita (600 B.C) and the Susruta Samhita*” (Chakravarthy et al, 2008, p. 359)

¹⁵ “*Affordability [...]; Large Uninsured Population [...]; Alternative / Innovative Therapy [...]; Better Quality Care [...]; Aging Population [...]; Long Waiting Time [...]*”.

também, a vantagem de selecionar a unidade de saúde evitando frequentar hospitais com elevadas taxas de infecção, e ser capaz de seguir a moda dos ícones de beleza, por outro lado, possibilita a livre escolha do momento mais oportuno para se tratar (Freire, 2012, p. 43). A Neoturis (2014), divide os principais fatores-chave do turismo médico em Fatores Regulatórios, onde se inclui a acreditação e formação médica internacionais e, as alterações que suportam a globalização da saúde; Fatores Económicos com a permeabilização do setor da saúde ao ‘investimento estrangeiro direto’¹⁶ e o crescimento das entidades mediadoras, ou a facilidade na mobilidade (viagens low-cost) e o aumento da procura da cirurgia em ambulatório; Fatores Sociais e Tecnológicos, incluindo o aumento dos custos da saúde, a internacionalização da força de trabalho e o acesso facilitado à informação para os pacientes. Na sequência destes fatores determinantes apresenta-se, de seguida, uma breve exploração dos agentes determinantes na tomada de decisão do paciente, seguindo a categorização dos fatores de motivação utilizada por Freitas (2010), designadamente, a motivação pela qualidade, a motivação económica, temporal e tecnológica.

2.2.1. Acesso aos cuidados de saúde

Algumas definições de turismo médico-cirúrgico são restritas e limitam-se a viagens para outro país, por vezes, limitando este aspeto geográfico aos ‘países de baixo custo’, no entanto, muitos países desenvolvidos também oferecem os seus serviços a pacientes internacionais. De uma maneira geral, este fluxo de pacientes tende a ser bidirecional (Connell, 2011, p. 3), no entanto, a evidência, até agora, revela que o fluxo turístico do TMC é predominantemente unidirecional, das nações mais desenvolvidas para as menos desenvolvidas (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 32; Herrick, 2007, citado por Freitas, 2010, p. 3). Observa-se assim uma inversão das primeiras formas de TMC, que envolveram pacientes ricos de países menos desenvolvidos à procura de cuidados de saúde mais avançados, em países industrializados.

Na opinião de Voigt et al. (2010, p. 38) existem mais turistas médicos do que nunca e, este número tende a crescer no médio prazo, motivado essencialmente pela pressão sobre os recursos disponíveis no setor da saúde, nos países em desenvolvimento (Pollard, 2012). O setor privado tem vindo a crescer de uma forma generalizada ocupando grande parte do serviço de saúde na maioria dos países, suportado essencialmente por seguradoras que oferecem prémios mais baixos em função da possibilidade de tratamento em países menos desenvolvidos, “*apesar de possíveis riscos de complicações com tratamentos longe de casa*” (Bookman & Bookman, 2007, p. 1).

¹⁶ “*FDI (foreign direct investment)*”

Na Europa, a adoção da Diretiva Comunitária 2011/24/UE de 9 de Março, sobre cuidados de saúde transfronteiriços, visa garantir o acesso a cuidados de saúde em tempo útil, nomeadamente a cidadãos onde esse acesso não esteja assegurado. Esta medida, poderá estimular mais pacientes a viajar, sustentado pela ideia que os cidadãos europeus possam procurar tratamento médico ou cirúrgico, em qualquer Estado-membro, imputando os custos ao país de origem, mediante certos critérios. Um pouco por todo o mundo, diversas são as dificuldades sentidas pela população, no acesso aos cuidados de saúde. A esse respeito, Stephano (2012) apresenta algumas das mais reconhecidas preocupações, em diversos países, listadas no quadro 4.

Quadro 4: Preocupações internacionais no acesso aos cuidados de saúde

País	Preocupações identificadas no acesso aos cuidados de saúde
África	Falta de serviços de saúde adequados Escassez de serviços de saúde de qualidade
América Latina	Envelhecimento da população Falta de qualidade e capacidade
Canadá	Elevado tempo de espera Escassez de recursos da saúde
China/Japão	<i>Baby Boomers</i> Internamento longo, nos Hospitais Falta de capacidade física
EUA	Elevado custo População sem seguro
Europa	Envelhecimento da população Diminuição do rendimento
Médio Oriente	Crescimento da população Doenças genéticas Falta de segurança
Reino Unido	Falta da participação privada Elevado tempo de espera
Rússia	Envelhecimento da população Fomento da qualidade

(Fonte: Stephano, R-M., 2012, p. 8)

2.2.2. *Motivação pela qualidade*

Quando se fala em cuidados de Saúde, de uma maneira geral e, na área cirúrgica em particular, a principal preocupação dos pacientes relaciona-se com a qualidade e segurança pois, independentemente do local ou do técnico que o executa, qualquer procedimento cirúrgico comporta riscos. Na Europa, a preocupação com a avaliação voltada para a qualidade em saúde teve o seu início nos anos 1970 e foi impulsionada no final da década de 1980 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para além da criação de programas de saúde ligados à administração de organizações hospitalares (Vuori, 1993 citado por Moreno Junior & Zucchi, 2005, p. 9). Para reduzir riscos, mas sobretudo para demonstrar à população a qualidade dos serviços, os processos de certificação são premissas fundamentais que permitem normalizar os procedimentos e garantir condutas profissionais baseadas em *best practices*.

Na opinião de Moreno Junior & Zucchi (2005, p. 10) a qualidade do serviço de saúde divide-se em três tipos interligados, os quais permitem a consideração dos aspetos da qualidade do serviço, do processo de execução e, dos aspetos relacionados com a permanência das organizações de saúde. Connell (2011, p. 2) refere que “*uma das questões críticas para o desenvolvimento do turismo médico é a regulamentação de normas*”¹⁷, daí a importância de uma acreditação internacional que uniformize normas e procedimentos, reduzindo os receios dos pacientes a este nível. Por outro lado, a reputação geral da instituição prestadora em termos de limpeza, segurança, qualidade de serviço, conforto e competência dos cuidadores, afeta a confiança do consumidor e a provável escolha das instalações (Altin et al., 2011, p. 9).

À medida que as pressões sobre os serviços de saúde em países desenvolvidos têm aumentado também os padrões de cuidados de saúde nos países em desenvolvimento se elevaram, “*a acreditação, porém, leva tempo e é uma restrição, talvez essencial, ao crescimento*”¹⁸ (Connell, 2011, p. 3). A acreditação é importante pois ajuda os consumidores a escolher um fornecedor com base na manutenção de certas normas, monitorizando diversos parâmetros, entre os quais, a formação qualificada dos profissionais, robustez das instalações, capacidade de coordenação com agências governamentais ou seguradoras, rácios clínicos, sensibilidade cultural e compreensão da diversidade internacional (Deloitte, 2008a, p. 8; Moreno Junior & Zucchi, 2005, p. 10).

¹⁷ “[...] one of the critical issues in the development of medical tourism is the regulation of standards”.

¹⁸ “Accreditation however, takes time and is a, perhaps necessary, constraint to growth”.

Escolher um centro de tratamento no estrangeiro comporta diversos desafios, como por exemplo, a dificuldade em comparar taxas de sucesso, diferenças de responsabilidade legal e tratamento de reclamações e indemnizações. Idealmente, uma plataforma regulamentar comum e um sistema de comunicação, facilitados pela acreditação e certificação internacional servem como base para avaliar a qualidade do atendimento, permitindo comparar indicadores (Lunt & Carrera, 2010, p. 30). Atualmente, os hospitais e centros médicos envolvidos no TMC procuram voluntariamente a acreditação por ser uma forma de oferecer aos consumidores e prestadores, um sinal de confiança de que o serviço prestado é comparável ao disponibilizado no país de residência (Deloitte, 2008, p. 7; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 24). Além disso reconhece que as instalações e as práticas da equipa multidisciplinar cumprem ou excedem os padrões dos serviços clínicos (Rerkrujipimol & Assenov, 2011, p. 102-103).

Depois da crescente procura por um recurso para avaliar efetivamente a qualidade e segurança surgiu a JCI (Joint Commission International), entre outras organizações, por exemplo a Sociedade Internacional de Qualidade em Saúde (ISQUA), o Comité Nacional para Garantia da Qualidade (NCQA), a Organização Internacional de Normalização (ISO) e a Sociedade Europeia para a Qualidade na Saúde (ESQH), que têm implementado medidas para garantir que as instalações de TMC prestam atendimento clínico da mais elevada qualidade (Deloitte, 2008a, p. 8; Heung et al., 2010).

As razões pelas quais os pacientes viajam para outros países são tão diversas quanto os próprios viajantes, mas o incentivo principal para a maioria dos pacientes é a excelência do sistema de assistência de saúde no país (Liu, 2012, p. 460). Encontram-se testemunhos de pacientes e familiares satisfeitos com a perceção da qualidade dos cuidados, considerando viajar para o estrangeiro para obter um melhor serviço, mesmo que os cuidados sejam acessíveis e disponíveis nos seus próprios países (Ehrbeck et al., 2008, p. 7).

O nível de atendimento que pode ser encontrado em Portugal é inigualável, devido ao custo de mão-de-obra mais elevado noutros países pois, como revelam Voigt et al. (2010, p. 38) os cuidados de saúde não são apenas mais baratos, muitas vezes o padrão de qualidade remete-se para um nível comparável ou superior, assegurado pela aplicação de sistemas de acreditação e certificação voluntários. Estes processos proporcionam um compromisso tangível, por parte das organizações hospitalares, os quais garantem um ambiente seguro para pacientes e prestadores de serviços de saúde, confirmando a promoção de tratamentos de qualidade (Helble, 2010, p. 4).

2.2.3. *Motivação econômica*

A escolha de um país estrangeiro para obter cuidados de saúde depende de várias razões e a preferência pelo destino depende também das suas características específicas, incluindo condições econômicas e políticas. Dado que a assistência médica de boa qualidade está disponível em países ocidentais desenvolvidos, outros fatores conduzem à decisão de prosseguir o tratamento no estrangeiro. No relatório *'The Medical Tourism Survey'* (2012, p. 3), o preço foi citado pela maioria dos participantes, como a principal razão de viajar para obter tratamento fora do país de residência. A este respeito, os autores Bookman & Bookman (2007, p. 2) referem que *“as pessoas querem férias exóticas, mas não cuidados de saúde exóticos. Elas querem tratamento de primeiro mundo a preços de terceiro mundo. Criou-se o slogan”*¹⁹.

Conforme referido anteriormente, clientes ricos de países pouco desenvolvidos viajam há muito tempo para países desenvolvidos à procura de alta qualidade de saúde obtendo serviços cerca de 30 a 70% mais baratos que nos seus países de residência (Heung et al., 2010; Ehrbeck et al., 2008; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 25). Contudo, *“assiste-se agora a um grande fluxo de clientes dos países desenvolvidos à procura de cuidados médicos nesses países menos desenvolvidos, que vão à procura de boa qualidade de serviços médicos a preços reduzidos”* (Herrick, 2007, citado por Freitas, 2010, p. 3).

Esta disposição de viajar para o estrangeiro para obter cuidados de saúde tem o potencial de forçar os fornecedores a oferecer uma maior escolha ao consumidor, a preços mais baixos, aumentando a transparência na fixação de preços, e em alguns casos, melhorando a qualidade (Gan and Frederick, 2013, p. 191). A maior parte da literatura sobre o TMC destaca poupanças substanciais devido a diferenças de preços entre países como um fator chave que influencia potenciais pacientes a viajar (Gan and Frederick, 2013, p. 179). Assim, na opinião de Heung et al. (2010) *“embora a qualidade do atendimento num determinado destino tem certamente uma influência sobre a decisão de viajar, o principal motivador é geralmente financeiro”*²⁰.

¹⁹ *“People want exotic vacations, but not exotic health care. They want first world treatment at third world prices. That has become the slogan”*.

²⁰ *“Although the quality of care in a particular destination certainly has a bearing on medical travel decisions, the prime motivator is generally financial”*.

O preço é naturalmente um dos principais motores da indústria do TMC, observando-se que, por exemplo, um procedimento médico na Ásia é por vezes, apenas 20% do preço no Reino Unido ou EUA. Esta diferença de preço, juntamente com uma indústria de viagens sofisticada que garanta a facilidade e acessibilidade em viajar, proporciona a *“espinha dorsal do turismo médico-cirúrgico”*²¹ (Deloitte, 2008, p. 3; Deloitte, 2009, citado por Altin et al., 2011, p. 7). Todavia, *“o esforço não consiste tanto no custo em si mesmo, mas no eventual desequilíbrio entre o preço pago e a qualidade do serviço recebido - ‘value for money’ - e eventuais dificuldades para efetuar o pagamento”* (Turismo de Portugal, 2006, p. 40).

Embora a principal razão para a diferença de custos seja a existência de salários mais baixos, outros fatores, como a ausência de seguro para negligência médica ou os baixos custos de infraestrutura, desempenham um papel na redução dos preços, os quais, são por vezes uma fração dos países emissores de pacientes. O fator preço é especialmente importante para os não-segurados, que têm dificuldade em pagar procedimentos cirúrgicos simples, sobretudo em países que não oferecem cobertura de saúde universal, como o caso dos EUA (Altin et al., 2011, p. 9).

A falta de seguro de saúde adequado, que afeta milhões de pessoas, é uma das razões que motiva os americanos a procurar intervenções cirúrgicas no exterior. As pessoas sem seguro de saúde apresentam grandes dificuldades no acesso ao sistema de saúde e muitas vezes não participam em programas de cuidados preventivos, por isso, *“quando surgem problemas de saúde, procuram opções de tratamento médico-cirúrgico no exterior a preço mais acessível”*²² (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 22; Liu, 2012, p. 459). Apesar de Portugal não ter preços comparáveis a países como a Índia, os cuidados de saúde ainda são consideravelmente mais baratos do que nos Estados Unidos e menos dispendiosos do que em alguns países da Europa. De facto, na análise apresentada pela Neoturis (2014), Portugal mostra-se geralmente competitivo, no que diz respeito aos segmentos habitualmente considerados pelos pacientes que procuram tratamentos no estrangeiro, ao nível dos procedimentos que fazem parte do turismo médico-cirúrgico proactivo, face à maioria dos países da Europa estimando a dimensão potencial do mercado (Voigt et al., 2010, p. 38). Esta vantagem tarifária permite agregar outras componentes ao procedimento, nomeadamente, a viagem, reabilitação, cultura e oferta turística complementar bem como outros encargos do paciente, que tornam a proposta de valor mais apelativa e competitiva para os clientes estrangeiros (Neoturis, 2014, p. 12-17).

²¹ *“backbone of medical tourism”*.

²² *“When health problems arise they seek more affordable medical treatment options abroad”*.

2.2.4. Motivação temporal, tecnológica e acesso à informação

Apesar de vários países desenvolvidos terem nacionalizado os sistemas de saúde, o tempo de espera para determinados procedimentos pode ser superior a 18 meses (Siciliani et al., 2013) e o acesso ao tratamento em clínicas particulares pode ser caro ou indisponível. Além disso, os pacientes que procuram tratamentos medicinais alternativos, inexistentes nos seus países de residência, quer por ausência de tecnologia, equipamentos ou instalações quer por restrições sobre certos tratamentos, podem ter que viajar para o estrangeiro para os obter (Altin et al., 2011, p. 5). No relatório ‘Medical Tourism Survey’ (2012, p. 3), verifica-se que os pacientes que procuraram cirurgia ortopédica, fertilidade e obesidade citaram a capacidade de evitar listas de espera pelo que, um fator determinante, na decisão de viajar para o estrangeiro para tratamento, parece ser a existência de listas de espera para determinados procedimentos, ou a indisponibilidade desses procedimentos nos sistemas de saúde nacionais (Heung et al., 2010).

Os operadores de TMC e intermediários não trabalham apenas para fornecer procedimentos efetivos tomando o lazer como recurso adicional, mas também para os fornecer em tempo útil (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 25). De acordo com a nacionalidade do paciente ou o tratamento previsto, há benefícios adicionais possíveis, sendo possível obter rapidamente o procedimento, bem como procurar os prestadores de saúde mais conceituados (Freire, 2012, p. 43). Nos hospitais públicos portugueses, as listas de espera cirúrgicas apresentam atualmente tempos de espera média dentro dos valores da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE - e no setor privado há disponibilidade quase imediata para os mais diversos procedimentos invasivos (JN, 2013).

Porter (2004, citado por Mugomba & Danell, 2007, p. 46) refere que as indústrias emergentes ou nichos de mercado são criados por informação tecnológica, mudanças nas relações de custos relativos, aparecimento de novas necessidades de consumo, ou outras mudanças económicas e sociológicas que elevam um novo produto ou serviço, para o nível de oportunidade de negócio potencialmente viável. O TMC integra-se neste tipo de indústria pois a sua evolução depende de melhorias tecnológicas, como é o caso dos sistemas de informação, onde a globalização e o recurso à *Internet* contribuem para o acesso à informação, sobre a prestação de cuidados de saúde em locais remotos. Os procedimentos realizados, noutros países, podem garantir a privacidade e confidencialidade em serviços como cirurgia plástica, mudança de sexo, reabilitação de drogas e, apesar de existirem leis que protegem a privacidade dos registos médicos, se for necessário, os tribunais e as companhias de seguros, podem aceder a eles (Altin et al., 2011, p. 6; Voigt et al., 2010, p. 38).

Os desenvolvimentos ao nível das tecnologias de informação facilitam o acesso aos dados sobre prestadores de saúde estrangeiros mas, também a redução das barreiras linguísticas permite o aparecimento de novas empresas e agentes intermediários entre pacientes internacionais e redes de hospitais, ajudando os pacientes a aceder facilmente à informação (Suthin et al., 2007 citado por Rerkrujipimol & Assenov, 2011, p. 96; Helble, 2010). A informação via *internet*, permite às agências de viagens especializadas organizar circuitos médicos, aceder a *sites* de hospitais ou *blogs* com experiências de pacientes, reduzindo a assimetria de informação normalmente associada à procura de tratamentos em locais até então desconhecidos. Além disso, diversos países de acolhimento e companhias aéreas oferecem incentivos para viagens, como o processo acelerado de vistos, passagens aéreas com desconto e franquia de bagagem extra grátis (Altin et al., 2011, p. 7). Uma razão extremamente importante para o crescimento do TMC na Ásia, apesar de menos mencionada na literatura, é “*a melhoria nos padrões de saúde e tecnologia disponível*”²³ (Deloitte, 2008, p. 3). Por esse motivo, muitos hospitais no Sudeste Asiático, em particular, Malásia, Tailândia e Singapura têm adotado e investido na mais recente tecnologia para prestar cuidados *state-of-the-art* aos pacientes que possam pagar esses serviços.

2.2.5. Outros fatores de motivação

A motivação que tem por base afinidades culturais não pode ser negligenciada já que as diferenças de hábitos alimentares, práticas religiosas, interações familiares e outros costumes devem ser reconhecidas, compreendidas e tratadas (Deloitte, 2008a, p. 20). Por exemplo, no caso particular de Portugal, dada a tradição no que respeita aos emigrantes portugueses e a afinidade dos que preservam laços à sua terra natal, alguns pacientes aproveitam para obter cuidados de saúde, enquanto se encontram de visita a familiares e amigos. Por outro lado, também podem sentir-se mais confortáveis e familiarizados com o sistema de saúde do seu país ou com as questões ligadas à religião ou a aspetos culturais. O idioma também é um fator importante e por isso alguns pacientes de língua oficial portuguesa podem constituir um público-alvo interessante, à semelhança do que acontece com os pacientes de língua inglesa que viajam para destinos como a Índia ou Filipinas, onde o inglês é expresso (Voigt et al., 2010, p. 38).

²³ “(...) *the improvement in the healthcare standards and available technology. Many hospitals in South East Asia, in particular Malasia, Thailand, and Singapore, have adopted and invested in the latest medical technology to provide state-of-the-art care for patients who can afford such services*”.

A proximidade geográfica pode ser um aspeto importante, particularmente para pacientes com condições médicas mais graves, porém, a redução das tarifas aéreas tornou mais fácil superar as distâncias sempre que é desejável. Encontra-se outra característica em alguns dos mais vulgares destinos de TMC, onde os hospitais são construídos como hotéis de luxo ou têm relações próximas com *resorts*, permitindo aos pacientes recuperar após uma cirurgia, o que representa um benefício adicional na deslocação ao estrangeiro (Voigt et al., 2010, p. 38).

2.3. Desafios ao turismo médico-cirúrgico

No momento da tomada de decisão, as pessoas tomam posições que as incitam, ou não, a viajar para determinados destinos. Sobre o destino, existem inúmeras questões, reais ou percebidas, de qualidade ou instabilidade, sobre ambientes socioeconómicos, políticos e ambientais, problemas de comunicação, questões de saúde, continuidade de tratamento, custos da viagem, responsabilidade legal e segurança, para além de questões éticas para o TMC (Voigt et al., 2010, p. 40). Como houve oportunidade de verificar, a escolha de um serviço de saúde estrangeiro é influenciada por distâncias curtas, preferindo viagens mais confortáveis e provavelmente facilidades de comunicação (Glinos et al., 2010, citado por Connell, 2011, p. 3), até porque a *“discrepância geográfica entre o potencial consumidor e o destino anfitrião pode levar a níveis de incerteza ainda maiores”*²⁴ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 30). Apesar do aumento da atratividade pelo TMC, existem constrangimentos que impedem o seu desenvolvimento, como, *“problema de imagem”, “questões jurídicas”, “continuidade de cuidados” e “outros problemas”*²⁵ (Grail Research, 2009, p. 7).

Tendo em conta que o número de pessoas que viajam com intuito de obter cuidados de saúde tem aumentado, é necessário perceber quais os impactos para a Saúde Pública, apesar de *“pagadores e prestadores que desejem beneficiar deste mercado emergente terem uma oportunidade significativa”* (Ehrbeck et al., 2008, p. 1). O objetivo da viagem pode ser obter tratamento ou medicamentos indisponíveis no seu país, seja por falta de conhecimento em relação a outros países, ou por aguardar aprovação oficial, ou até por razões morais/legais, quer em casos em que um determinado tratamento é proibido por lei, quer porque os pacientes não são elegíveis para os tratamentos no país de residência (Voigt et al., 2010, p. 38).

²⁴ *“The geographic discrepancy between the potential consumer and the host destination may also lead to even higher uncertainty levels”.*

²⁵ *“Image problem; Follow-up care; Legal issues; Other problems”.*

Muitos grandes fornecedores de seguros de saúde dos EUA ainda não abraçaram o TMC porque estão apreensivos quanto a potenciais processos ligados a maus resultados (Deloitte, 2008, p. 3). No entanto, o estudo de Mugomba & Caballero-Danell (2007, p. 21) revela que atualmente os aspetos legais do TMC estão indefinidos, pelo que, *“o crescimento esperado deste nicho de mercado, pelo setor corporativo, sugere uma necessidade para o desenvolvimento de uma estrutura de padrões globais ou, pelo menos, a orientação de um quadro legislativo”*²⁶. O resultado deste estudo revela que a legislação existente contra a má prática, está desajustada, e não protege adequadamente os compradores de serviços.

Os pacientes são incentivados a recorrer a cuidados de saúde internacionais se certas regras forem adotadas, protegendo-os contra maus resultados e garantindo que a incompetência é punida, portanto, à medida que a indústria continua a crescer, há uma necessidade urgente de regulamentação internacional homogénea. Porém, na perspetiva dos prestadores, a falta de critérios legais não é necessariamente uma questão negativa já que *“a ausência de regulamentação do setor, num nicho de mercado, concede às empresas um certo grau de autonomia em termos de formulação da estratégia”*²⁷ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 68).

2.3.1. Motivos de preocupação

O TMC é um exemplo recente de turismo de nicho, onde o rápido crescimento das viagens internacionais à procura de diversos tratamentos beneficia as economias locais, os prestadores de serviços de saúde, e a indústria do turismo (Connell, 2011, p. 1). Porém, a opção atraente de TMC, que oferece turismo e cuidados de saúde em simultâneo, pode trazer desvantagens (Freire, 2012, p. 44, citando Freire, 2010a, 2010b). O seu impacto levanta uma série de dilemas éticos e morais, já que deve ser acautelada a segurança dos pacientes, esclarecendo-os previamente sobre eventuais riscos, de maneira a não condicionar a sua tomada de decisão. A este propósito, Crooks & Snyder (2011) enumeram alguns motivos de preocupação.

²⁶ *“Given the anticipated growth of the medical tourism niche market by the corporate sector this suggests a need for the development of a framework of global standards or at least guiding legislative framework”.*

²⁷ *“The absence of industry rule, in a niche market awards enterprises a certain degree of autonomy in terms of strategy formulation”.*

Regulamentação inadequada dentro do setor

Como já foi referido, atualmente, apesar de haver algum debate sobre o assunto, a regulamentação internacional é escassa colocando em causa a própria segurança dos pacientes. Diversas organizações têm desenvolvido projetos para ajudar os pacientes estrangeiros que procuram aceder aos cuidados de saúde noutra país, no entanto, até agora a indústria do TMC tem-se mantido maioritariamente desestruturada, com pouca legislação a regular as organizações participantes. Recentemente, a American Medical Association, estabeleceu um conjunto de diretrizes para os prestadores, companhias de seguros e outras entidades, que facilitam ou incentivam cuidados médicos fora dos EUA.

Essas diretrizes referem que a assistência médica no estrangeiro deve ser voluntária, o incentivo financeiro para obter esses cuidados não deve limitar indevidamente opções diagnósticas ou terapêuticas e, só devem recorrer a instituições credenciadas por entidades de acreditação internacional reconhecidas. Os pacientes devem ser informados sobre os recursos legais antes de viajarem para o estrangeiro, para assistência, e devem ter acesso aos dados de licenças dos profissionais de saúde bem como aos seus resultados, assim como potenciais riscos da combinação de procedimentos cirúrgicos com voos longos e atividades de férias (Deloitte, 2009, p. 3; Freire, 2012; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 22; Crooks & Snyder, 2011, pp. 151-152).

Ausência de monitorização e procedimentos não testados

Atualmente não há sistema para rastrear o fluxo global de turistas de saúde nem os procedimentos que são realizados. Este sistema poderia servir para criar intervenções dirigidas ou campanhas de informação. Alguns pacientes sentem-se motivados a acederem a procedimentos ilegais ou indisponíveis nos seus países de origem, devido ao seu estado experimental ou por objeções éticas. O TMC neste contexto pode colocar desafios específicos para os prestadores de cuidados de saúde dos países de origem por terem de prestar cuidados em situações para os quais são inexperientes. Os impedimentos oficiais para alguns tratamentos, sentidos pelos pacientes, podem ser sentidos como uma violação à sua liberdade de decidir livremente sobre a forma de gerir a sua intimidade e a sua vida, como por exemplo, os temas relacionados com a morte (eutanásia) ou que têm uma conotação sexual como o aborto, a inseminação artificial, os implantes mamários ou mudança de sexo, ainda envoltos em questões legais (Freire, 2012, p. 45).

Exposição a novos riscos e substituição de decisões clínicas por motivos de ordem financeira

Embora haja sempre riscos relacionados com intervenções médicas e viagens, o TMC expõe o paciente a riscos potenciais, pois até uma cirurgia de rotina pode conduzir a complicações (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 22). Existe a possibilidade de contrair uma doença hospitalar no país de destino, ou contrair uma doença endémica ou sazonal, ausente no país de origem (Freire, 2012, p. 44; Ehrbeck et al., 2008, p. 6). Não é de todo desejável mas podem prevalecer os motivos financeiros na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde. Neste sentido, Pellegrino (1999) demonstra preocupação ao nível das relações clínicas que modificam os serviços de saúde numa missão mais voltada para a mercantilização dos cuidados.

Falta de informação sistemática sobre os cuidados e resultados clínicos

A informação sobre os resultados clínicos dos hospitais que recebem turistas de saúde, particularmente os hospitais dos países em desenvolvimento, é praticamente inexistente, conduzindo os pacientes a decisões importantes sem ter acesso a toda a informação (Crooks & Snyder, 2011, pp. 151-152). Ainda não existem sistemas de informação capazes de garantir a transferência de registos de saúde adequados entre os países, originando falta de continuidade de informação. Por outro lado, a transferência de registos de saúde não regulamentada pode ameaçar a privacidade dos pacientes (Legido-Quigley et al, 2007, p. 190).

Prestação de cuidados de acompanhamento e monitorização no país de origem

Mesmo para os pacientes que optam pelo estrangeiro para realizar os procedimentos, há uma grande probabilidade de, a médio e longo prazo, a continuidade acontecer no país de origem, incluindo eventuais complicações, que podem ser bastante onerosas para o sistema de saúde local, acabando por suportar alguns dos custos do TMC. A inviabilidade do *follow-up* devido à distância geográfica, uma vez que o paciente deixa o destino de acolhimento, é outra questão importante quanto ao risco da cirurgia com mau resultado e, a incapacidade de remediar isso, contribui para outros riscos associados ao consumo de TMC (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 21). Habitualmente, o *follow-up* não é continuado pela equipa de saúde que praticou as intervenções no estrangeiro e continua no país de origem a expensas próprias ou numa instituição pública que se comprometa (Freire, 2012, p. 44).

Exacerbação das desigualdades em saúde

O TMC é uma forma viável para diminuir as listas de espera e enfrentar os desafios dos sistemas de saúde, porém, é uma opção viável apenas para aqueles que podem pagar, contribuindo para exacerbar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, a menos que os sistemas de saúde financiem o tratamento internacional. Sobre esta temática têm sido identificadas questões éticas, como a dualidade nas políticas de saúde. Se, por um lado, a promoção de tecnologia de ponta atrai pacientes estrangeiros também o acesso aos pacientes locais poderá não estar garantido. Em consequência, existe a possibilidade de se desenvolver um sistema de saúde de duas categorias em que os pacientes estrangeiros são preferidos e melhor tratados do que os domésticos. Para além deste aspeto, os serviços de saúde privados, com fins lucrativos, também podem afastar os profissionais de saúde das áreas rurais e dos hospitais públicos (Helble, 2010, p. 6; Voigt et al., 2010, p. 40).

De acordo com a OMS, a estratégia ideal para os serviços de saúde, em todos os países, deve basear-se no princípio de que o principal preceito dos governos é prover uma cobertura universal de cuidados de saúde para as comunidades locais. A literatura não evidencia se os destinos de TMC oferecem serviços nacionais de saúde adequados aos habitantes locais mas, *“como um nicho de mercado dentro do turismo, a descrição do mercado revela que apesar de haver bastantes ganhos económicos também há muitas questões sociais que circundam o turismo médico-cirúrgico”*²⁸ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 20).

2.3.2. Consequências para o país emissor de pacientes

A UE poderá vir a ser confrontada com as consequências financeiras do envelhecimento da população, tendo como efeito a redução da disponibilidade de serviços de saúde e a consequente opção por tratamentos no estrangeiro, de maneira a reduzir despesas e mitigar os orçamentos nacionais da saúde. Para além desta opção, o TMC representa uma alternativa para os indivíduos que não têm seguro de saúde ou têm um seguro que não cobre as despesas de um determinado tratamento (Helble, 2010). Por outro lado, alguns tratamentos ou intervenções não estão acessíveis em todos os países, fruto de leis restritivas, pelo que o próprio TMC pode ser suficiente para fazer evoluir tradições, mas também para mudar a legislação de alguns países.

²⁸ *“As a niche market within tourism the market description reveals while there are plenty of economic gains there are also many social issues surrounding medical tourism (...)”*.

Pode prever-se que o desenvolvimento do TMC, em geral, resulta em perdas financeiras importantes, nos países emissores, com a saída de pacientes para locais com serviços de saúde mais baratos, porém, para os países europeus, se este fluxo ocorrer dentro da UE, contribui para redistribuir uma certa riqueza entre os vários parceiros europeus. O TMC intensifica a tendência de privilegiar infraestruturas hospitalares altamente especializadas mas o aumento do número de especialistas em detrimento de clínicos gerais corre o risco de se tornar mais acentuado (OMS, 2008, citado por Freire, 2012, p. 45). Existe também, o risco de aumento de preços dos atos médicos bem como uma redução do seu reembolso, o que pode conduzir ao surgimento de um serviço de saúde a dois ritmos, em que aqueles que conseguem pagar uma viagem ao estrangeiro são observados rapidamente e aqueles que não tendo meios para pagar esses cuidados no seu país de residência nem no exterior, têm de esperar para obterem cuidados de saúde.

Assim, os pacientes dos países com longas listas de espera podem recorrer ao TMC contribuindo para a sua redução, sem onerar o sistema de saúde local e sem prejuízo da capacidade local. Porém, quando se aborda a questão de pacientes tratados fora do país de residência, relativamente a procedimentos em que os tratamentos ocorrem em etapas distintas, e em que é necessário garantir a continuidade dos cuidados por longos períodos, a estadia nos países de destino é habitualmente encurtada de maneira a baixar o preço do procedimento. Desta forma, deixam para o país de origem a continuidade desses cuidados, bem como a resolução de complicações, com consequências para o próprio paciente mas também para o sistema de saúde local (Carrera et al. 2006; p. 6). McLean (2009, citado por Helble, 2010) afirma que há relatos de profissionais que mostram relutância em corrigir complicações decorrentes de erros médicos no estrangeiro, conduzindo-os posteriormente a serviços urgentes onerosos.

O crescimento do TMC beneficia da imagem do país como opção turística oferecendo uma dimensão adicional ao turismo clássico mas também pode contribuir para pandemias, já que o movimento pouco controlado de pessoas e bens, por razões comerciais ou turísticas, provoca uma aceleração da transmissão de doenças e infeções de origem hospitalar (Walker et al., 2009, citado por Freire, 2012, p. 45). Para além dos aspetos evidenciados no que respeita esta atividade, tratando-se de um setor que não revela um carácter permanente, pesa na decisão de investir, isto é, pelo princípio das leis de mercado, a procura de cuidados de saúde por parte de pacientes estrangeiros pode estagnar ou diminuir se os mesmos decidirem procurar outros destinos competitivos.

2.3.3. Consequências para o país recetor de pacientes

O desenvolvimento do TMC permite à indústria médica exportar os seus produtos e o seu *know-how* em países que esperam desenvolver esta atividade. Os países que pretendem receber pacientes estrangeiros têm o potencial de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados bem como as suas condições de atendimento, ao nível das instalações ou competências dos profissionais, com conseqüente benefício para os pacientes locais (Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 5). No entanto, no curto prazo, este investimento parece aumentar a procura, resultando num aumento dos preços dos cuidados de saúde para os pacientes locais, bem como a tendência para negligenciar as suas necessidades, em benefício dos pacientes estrangeiros (Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 6). Esta opinião é partilhada por Carrera e Bridges (2006) que expressam preocupação relativamente à possibilidade de divisão entre unidades voltadas para os pacientes ricos e os que servem segmentos mais pobres da população.

O TMC gera uma receita significativa para os países recetores de pacientes, a qual, pode ser reinvestida em instalações e equipamentos, bem como na atração de profissionais altamente qualificados e na prestação de serviços públicos, conduzindo a uma melhoria das estruturas de saúde dos países emergentes, bastando para isso que se desenvolvam políticas macroeconómicas redistributivas apropriadas (Bookman & Bookman, 2007; Helble, 2010, p. 5; Freire, 2012, p. 45; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 19). Por exemplo, na Índia, o governo subsidia estas instituições na premissa que o TMC possa gerar benefícios para a economia do país, o que, para além de ser bom para a sua imagem, o consumo dos turistas contribui para a reserva de moeda estrangeira, dilatando o rendimento nacional do país de acolhimento (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 19).

A escassez de profissionais de saúde, a nível global, apesar de desencadear uma expansão e modernização nos países recetores de pacientes, pode agravar a carência nos países emissores, pois o TMC representa naturalmente um incentivo à mobilidade internacional de profissionais de saúde para lugares onde possam exercer a profissão em boas condições, e vejam reconhecidas as suas competências (De Greef & Thomaes, 2006, citado por Freire, 2012, p. 45). A expectativa de que os benefícios económicos e de saúde drenem para as populações locais são controversas e o uso de profissionais de saúde locais, para o TMC, pode reduzir a provisão para as populações locais (Lunt & Carrera, 2010, p. 31; Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 6).

Desta forma, o indicador económico “número de médicos *per capita*” deixa de fazer sentido porque o seu aumento pode não traduzir uma melhoria das condições de vida no país, se estes profissionais se dedicarem à clientela específica de estrangeiros em vez da população local (Freire, 2012, p. 45). Em última instância, Helble (2010) reconhece a hipótese do TMC produzir um incentivo para os estudantes, favorecendo determinadas especialidades médicas, perturbando o equilíbrio e contribuindo para as assimetrias, no que respeita a competências dentro do país. No entanto, os impactos do TMC não são apenas negativos, já que, à medida que o TMC abre novas possibilidades de emprego no país de origem, existe a possibilidade do regresso de profissionais de saúde residentes no exterior (Ramesh, 2006, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 21).

As preocupações ao nível do transplante de órgãos, devido à escassez de recursos, levou muitos países a introduzirem legislação restritiva ou proibitiva, de maneira a regular esta atividade. Contudo, muitos pacientes tiram proveito das diferenças de legislação provocando fluxos internacionais, normalmente para países em que os grupos mais pobres e vulneráveis põem em risco a própria vida em troca de pequenas recompensas, contribuindo assim para o tráfico de órgãos (Shimazono, citado por Helble, 2010, p. 6). A acrescer a esta situação, há ainda o risco de facilitar a contrafação de fármacos pois a tentação pela redução da despesa no estrangeiro pode induzir a procura, produção e distribuição de medicamentos adulterados, para além do risco de facilitar a comercialização de equipamentos e próteses de baixa qualidade (ou falsificações), de maneira a garantir um custo menor para o paciente estrangeiro que pode sentir-se tentado a adquiri-los fora dos circuitos oficiais (Freire, 2012, p. 46).

2.3.4. Impedimentos ao turismo médico-cirúrgico em Portugal

Apesar da posição apreensiva de Portugal, baseada numa eventual sobrecarga para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), verifica-se que a procura de cuidados de saúde por estrangeiros poderá até ser benéfica para o setor, pois possibilita a oferta de cuidados de saúde de qualidade, a preços competitivos. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2012), poder-se-á estar perante um estímulo para o sistema de saúde e para a sociedade em geral, decorrente da implementação da Diretiva Comunitária, no entanto, sabe-se ainda muito pouco sobre a procura de cuidados de saúde transfronteiriços na Europa. Para a UEHP (Union Européenne de l'Hospitalisation Privée, 2009), que representa unidades de saúde do setor privado em 16 países, a aprovação desta diretiva é uma aspiração de longa data, pois reconhece o direito à escolha do local onde cada um quer ser tratado, quando o indivíduo toma consciência dos tempos de espera inadequados no seu país.

No entanto, o presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos considera que atualmente, nem *“as unidades de saúde públicas nem as privadas estão em boas condições para concorrerem a nível internacional ao abrigo da nova diretiva”*. A mesma opinião tem Paulo Moreira (professor da Escola Nacional de Saúde Pública e diretor do International Journal of Healthcare Management) referindo que para oferecer respostas de TMC e de saúde, o setor público terá enormes dificuldades já que *“os operadores públicos continuam sem autonomia de gestão para desenvolverem e adaptarem os seus serviços e as suas equipas multiprofissionais às necessidades específicas do doente internacional, ainda que as poucas unidades privadas que têm alguém responsável pela internacionalização têm demonstrado pouca capacidade para obter resultados”*.

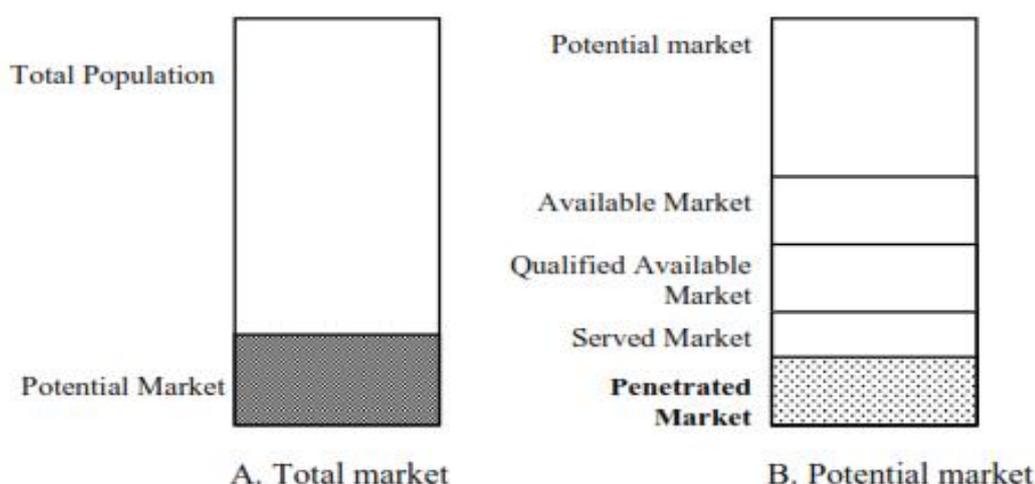
Na mesma linha de pensamento, o presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, refere que *“o setor público português é coletivista, cheio de barreiras institucionais e redes de referência, encara o doente como utente, está centrado em áreas de atuação e enredado em listas de espera. Já o privado trata clientes, tem acessibilidade desburocratizada, não tem listas de espera e pratica cuidados mais personalizados, focados no doente* (citados por Silveira, 2013, p. 8-9). A abertura das fronteiras na Europa, com o Acordo de Shengen em 1985, e posteriores alargamentos (UE, 2013), não eliminou inúmeros obstáculos no que diz respeito à circulação de bens e serviços, especialmente os serviços de saúde, pelo que, a Diretiva Comunitária pretende minimizar esta barreira. Apesar deste aparente avanço, a Diretiva *“visa facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e a mobilidade dos doentes na UE, está longe de gerar unanimidade no setor. (...) Há, porém, um ponto em que todos estão de acordo: dificilmente os hospitais do setor público conseguirão competir internacionalmente, sendo o setor privado o que melhor se posiciona a este nível”* (Silveira, 2013, p. 8).

2.4. O mercado de turismo médico-cirúrgico: ferramentas de gestão

Quando se faz referência à procura de mercado para um produto, procura-se descrever a quantidade de produto total, que seria adquirida por *“um grupo de clientes definido, numa área geográfica definida, num período de tempo definido, num ambiente de marketing definido, no âmbito de um programa de marketing definido”* (Kotler & Keller, 2012, p. 86). Porém, *“a ausência de características definidas para obter estatísticas, significa que a dimensão real do mercado de TMC é desconhecida, exceto pela reivindicação por parte de governos e grupos de*

médicos sobre os turistas que visitam anualmente o seu destino”²⁹ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 34). Contudo, o recurso a fontes estatísticas recaiu sobre instituições credíveis (Carmo e Ferreira, 2008, p. 90), nomeadamente, a OCDE, a Deloitte e instituições nacionais ao serviço dos respetivos ministérios. Do ponto de vista de marketing, um mercado é “o conjunto de todos os compradores, reais e potenciais, de um produto ou serviço³⁰” e a sua dimensão depende do número de clientes que possa existir para uma oferta de mercado em particular (Kotler, 2012, p. 85). O mercado que mostra interesse no produto/serviço oferecido é o mercado potencial porém, o interesse na compra, só por si não é suficiente, deve haver disponibilidade económica e vontade para pagar. O mercado interessado e com rendimento designa-se por mercado disponível (conforme figura 3) e dentro deste, a indústria elege um segmento ou vai para todo o mercado (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 54).

Figura 3: Definição do mercado



(Fonte: Kotler et al. 1999, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 55)

A análise subjacente ao presente estudo requer uma sistematização através de três pontos de análise (adaptado de Kotler, 2012), os quais, ajudam na compreensão da atual condição do TMC:

- Mercado, segmento e nicho;
- Concorrência e competitividade;
- Análise SWOT.

²⁹ “The absence of defined characteristics to collect statistics means that the actual market size of medical tourism is unknown except for claims by governments and medical groups about the annual medical tourists that visit their destination”.

³⁰ “(...) the set of all actual and potential buyers of a product or service (...)”.

2.4.1. Mercado, segmentos e nichos

O tipo de mercado ou clientes que uma organização vai atender designa-se por segmento de mercado (Kotler & Keller, 2012, p. 39). A segmentação do mercado divide um mercado em fragmentos bem definidos que, por sua vez, consiste num grupo de clientes que compartilham um conjunto semelhante de necessidades e desejos. Após identificar os segmentos de mercado, o prestador de serviços decide quais apresentam as maiores oportunidades, sendo esse o seu mercado-alvo. Para cada um dos segmentos, a organização desenvolve uma oferta de mercado que posiciona na mente dos compradores-alvo, revelando algum benefício (Kotler & Keller, 2012, p. 10).

Na sequência do que foi definido na secção 2.1.1. (Tipos de turismo de saúde) o segmento de mercado do TMC é um foco deste trabalho. A reduzida dimensão deste mercado é, para Kotler & Keller (2012), um requisito para se estar perante um nicho, não obstante uma possível evolução na direção dos grandes mercados. Um nicho mais não é do que um pequeno mercado, constituído por um cliente individual ou um pequeno grupo de clientes, com as mesmas características ou necessidades. O estudo de nichos de mercado tem merecido a atenção por parte de diversos investigadores. Em termos de marketing é, contudo, possível fazer uma dupla distinção, por um lado olhar o nicho como um processo criativo ou, por outro, abordá-lo como um última fase da segmentação.

O TMC é um nicho de turismo, como são exemplo o *“ecoturismo, o turismo religioso, o turismo de aventura”* pelo motivo de não atrair massas, mas apelar a um número de pessoas distinto, e cuja procura é suficientemente grande para gerar um potencial de negócio satisfatório (Bookman & Bookman, 2007, p. 41). Devido à sua componente médico-cirúrgica, no TMC, o *“viajante”* escolhe cuidados médicos em primeiro lugar, e só depois o destino. O estudo de nichos de mercado não é novidade mas tem surgido com mais ênfase em virtude da maior diversidade e do crescimento de tecnologias de informação que permitem novas abordagens. A este propósito, vários estudos abordam aspetos como a *“consciencialização para a igualdade, as diferentes motivações e experiências ou mesmo a existência de barreiras que desencorajem à prática do turismo por parte dos consumidores de nichos”* (Sousa e Simões, 2010).

2.4.2. Concorrência e competitividade

A concorrência inclui todas as ofertas rivais, reais e potenciais, que o comprador pode considerar. Por sua vez, dá origem e deriva do advento de novos serviços, de novas eficiências ou processos organizacionais, métodos de marketing e novos segmentos de mercado (Kotler & Keller, 2012, p. 11). De acordo com Porter (1992, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 46) “*qualquer movimento no sentido de desenvolver uma nova teoria de vantagem competitiva internacional deve basear-se no pressuposto de que a concorrência é dinâmica e evolutiva*”³¹. Por seu lado, a competitividade significa a capacidade de uma organização oferecer produtos e serviços melhores e mais baratos, mais adequados às necessidades e expectativas do mercado, trazendo soluções inovadoras para o cliente (Chiavenato, 2004, p. 22). Para analisar o grau de competitividade das organizações que compõem uma determinada indústria, Porter (1998, p. 4) construiu a teoria da Análise Estrutural de Indústria, onde se incluem genericamente:

- Número de concorrentes e rivalidade entre eles, ou seja, entre as organizações já existentes;
- Ameaça de entrada de novos concorrentes, que diz respeito às organizações que pretendem entrar no mercado;
- Poder negocial dos clientes, os quais impõem o seu poder de negociação;
- Poder negocial dos fornecedores, que também detêm poder de negociação;
- Pressão de produtos substitutos, que se entende como tudo aquilo que possa substituir os produtos/serviços dessas organizações.
- Relativamente ao TMC, a competitividade do setor ocorre ao nível da escolha do consumidor.

Esta é uma forma predominante de competitividade na indústria do turismo e na indústria da saúde. Efetivamente, as cinco forças de Porter analisam a intensidade da concorrência, de forma a desenvolver uma estratégia eficiente do negócio. A organização que enfrenta melhor estas cinco forças é mais competitiva dentro do seu setor. Ao nível do serviço internacional, Porter descreve três tipos de competitividade (1998, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 56):

- (i) O consumidor viaja para um destino específico para consumir um serviço escolhido com base numa necessidade ou desejo, porque é diferenciado e/ou custa menos do que o mesmo serviço prestado noutra lugar;

³¹ “(...) any move towards developing a new theory of international competitive advantage must be based on the supposition that competition is dynamic and evolving”.

- (ii) As organizações de um país prestam serviços noutros países, utilizando pessoal e instalações do mercado interno;
- (iii) As organizações de um país prestam serviços noutros países, recorrendo a profissionais locais ou estrangeiros.

2.4.3. Análise SWOT

Para melhor compreender o mercado é indispensável a realização de uma análise centrada em torno de forças, fraquezas, ameaças e oportunidades que decorrem da avaliação de duas análises principais, no interior e no exterior das organizações. A análise interna visa esclarecer os pontos fortes e fracos dos recursos principais da atividade da organização. Por seu lado, a análise externa tem como objetivo identificar oportunidades e ameaças que afetam recursos externos e podem apoiar as organizações a resolver o seu ambiente competitivo (Chiavenato, 2004, p. 237; Kotler & Keller, 2012, p. 48).

A avaliação global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de uma organização designa-se por análise SWOT e refere-se a uma forma de monitorizar o ambiente de marketing externo e interno. Ao nível do ambiente externo (oportunidades e ameaças) as organizações devem supervisionar as forças macroambientais e os fatores microambientais significativos que afetam a sua capacidade de obter ganhos. Deve estabelecer um sistema para acompanhar as tendências importantes bem como todas as oportunidades e ameaças relacionadas. O bom marketing “*é a arte de encontrar, desenvolver e aproveitar essas oportunidades*”³² (Kotler & Keller, 2012, p. 48). Uma ameaça ambiental é um desafio imposto por uma tendência ou desenvolvimento desfavorável. Para lidar com o desafio, a organização precisa de planos de contingência.

Uma das ferramentas mais usadas para tratar esta informação é a análise SWOT, a qual permite ver claramente quais são os riscos a ter em conta e quais os problemas a resolver (ameaças), assim como as vantagens e as oportunidades a potenciar e explorar. Desta forma, a análise SWOT constitui um elemento fundamental para se proceder à definição de objetivos para um plano de implementação (IAPMEI, 2014). Ao nível interno (forças e fraquezas), para além de ser importante encontrar oportunidades atraentes é preciso ser capaz de tirar vantagem delas. Cada organização deve avaliar a nível interno, os seus pontos fortes e fracos. Evidentemente, as organizações não têm de corrigir todas as suas fraquezas, nem vangloriar-se sobre todas as suas forças. A grande questão reside apenas na dúvida se deve limitar-se às oportunidades para

as quais dispõe das forças necessárias, ou considerar aquelas que podem impor a procura ou desenvolvimento de novas forças (Kotler & Keller, 2012, p. 48-50). Desta forma identifica, de forma estruturada, as decisões estratégicas, de maneira a potenciar as forças, diminuir as fraquezas, evitar as ameaças e aproveitar as oportunidades, onde as forças representam as capacidades que uma organização pode utilizar para conquistar vantagem estratégica (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 58). Este modelo facilita a procura de estratégias, constituindo uma ferramenta indispensável na definição das mesmas e habitualmente apresenta-se numa grelha com duas colunas e duas linhas em que cada quadrante representa um elemento.

2.5. Conclusão do capítulo

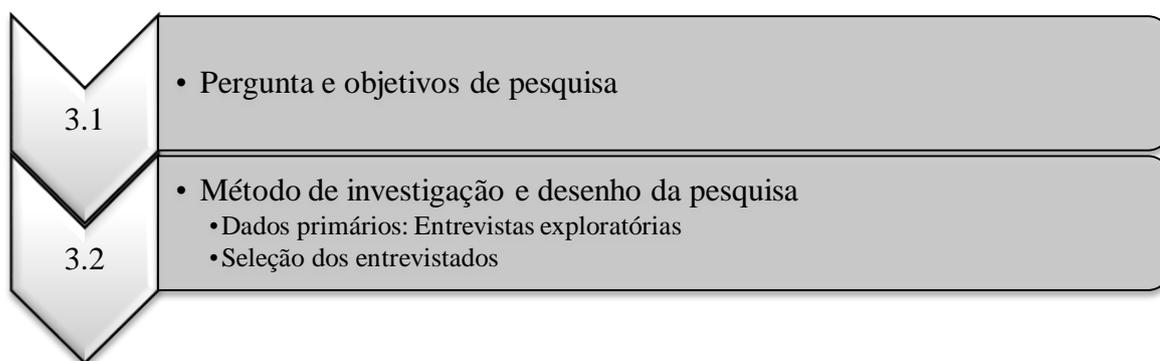
O TMC enquanto nicho surgiu a partir do crescimento rápido de uma indústria em que as pessoas viajam para o estrangeiro, com o intuito de obter cuidados médicos, cirúrgicos e odontológicos, sendo simultaneamente turistas, no sentido tradicional. Vários fatores têm contribuído para o recente crescimento desta atividade, designadamente, a estrutura dos seguros de saúde que viabilizou algumas fontes distantes, favorecida pela indústria de aviação que facilitou o acesso aos prestadores de cuidados de saúde no estrangeiro. Simultaneamente, apesar da atração económica, a ideia de procurar tratamento em lugares distantes e em circunstâncias difíceis, longe da família ou locais culturalmente familiares, permanece afastado das normas e valores da sociedade, as quais, juntamente com a incerteza e lealdade para com os sistemas nacionais, podem contribuir para retardar o crescimento do setor.

Na perspetiva de Connell (2011, p.10), há explicações vulgares e pouco fascinantes para o crescimento da procura de cuidados de saúde no estrangeiro que incluem o aumento do custo dos cuidados de saúde, o estado debilitado do setor público, as longas listas de espera para alguns procedimentos e a incapacidade de pagar o tratamento necessário. As razões mais frequentemente citadas para esta tendência de procura de cuidados de saúde no estrangeiro são diversas. Desde logo, o principal incentivo parece ser a economia de custos admitindo cuidados de saúde de qualidade e despesas de lazer adicionais, fazendo com que os pacientes possam beneficiar de maior tempo de internamento sem incorrer em custos suplementares relevantes. O acesso imediato ao serviço atrai pacientes que não pretendem estar sujeitos a longos períodos de espera, com a garantia de qualidade demonstrada pela acreditação por organizações internacionais ou locais, mas também para os que pretendem ter acesso a profissionais de saúde especializados, bem como à mais recente tecnologia médica.

3. METODOLOGIA

Este capítulo inaugura a parte metodológica desta pesquisa, criando a ligação entre o estudo teórico e a investigação empírica. A revisão bibliográfica apresentada ao longo da primeira parte desta dissertação teve como desígnio delinear uma visão teórica sobre a temática, assegurando um suporte fundamentado e abrangente para apoiar a pesquisa empírica. A quantidade de dados revelou que, apesar da sua abundância em bases não-acadêmicas, estavam pouco apoiados na literatura acadêmica. Contudo, a revisão bibliográfica relativa aos conceitos inerentes à pesquisa, nomeadamente, turismo médico-cirúrgico, motivação dos pacientes, competitividade e desafios, permitiu elaborar um quadro conceptual de suporte à investigação, possibilitando definir a pergunta de pesquisa e delinear objetivos. A pesquisa centrou-se na definição estrita dos pacientes, nomeadamente, pessoas cujo principal e explícito propósito de viajar é um tratamento médico-cirúrgico num país estrangeiro. Neste capítulo descrevem-se os passos que se tomaram como orientadores da pesquisa empírica, esquematizado no quadro 5.

Quadro 5: Estrutura do Capítulo 3



Concluída a revisão bibliográfica que contextualiza o presente estudo, segue-se agora a correspondente componente empírica, começando por relatar o percurso metodológico seguido. Para concretizar com sucesso um projeto deste âmbito é imprescindível recolher, através de estratégias metodológicas, o máximo de informações possível, pelo que é fundamental observar a realidade de forma metódica e precisa. Assim, identificada a abordagem à pesquisa empírica, encontra-se o momento para descrever a sua operacionalização, expondo o culminar da etapa mais característica da investigação.

3.1. Pergunta e objetivos de pesquisa

A investigação em TMC, tal como em qualquer outra atividade, requer a formulação de uma questão, que serve de base para o estudo. Desta forma, orienta a procura e recolha de elementos de explicação, procurando *“enunciar o projeto de investigação, na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”* (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 30). Assim, a pergunta de pesquisa é o alicerce do trabalho que se propõe realizar, em concordância com a literatura, pois *“[...] o investigador deve obrigar-se a escolher rapidamente um primeiro fio condutor tão claro quanto possível, de forma que o seu trabalho possa iniciar-se sem demora e estruturar-se com coerência”* (Quivy e Campenhoudt, 1992, pp. 29-30).

Para dar resposta à pergunta de pesquisa, seria fantasioso investigar sem recorrer a referências e constructos reconhecidos. Na etapa da exploração, são triados textos e realizadas entrevistas exploratórias (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 120). A sequência de acontecimentos conduziu a um modelo de pesquisa concordante com os modelos de investigação mais amplamente aceites, pela literatura, na investigação em ciências sociais, conforme modelo de Quivy e Campenhoudt (1992, p. 24), que se inicia com a seguinte pergunta de pesquisa: *“Quais as condições necessárias para o desenvolvimento do turismo médico-cirúrgico?”*

Conforme enunciado, o ponto de partida para o estudo realizado decorre da interrogação anterior, identificada como pergunta de pesquisa e, na sequência da mesma, considerou-se pertinente a formulação de dois objetivos gerais que visaram determinar vários aspetos. Durante a pesquisa foram surgindo aspetos de análise, pelo que, foi indispensável proceder à respetiva desagregação em objetivos mais específicos pois, em linha com Quivy e Campenhoudt (1992, p. 44) *“não me interessa apenas uma coisa. Desejo abordar várias facetas do meu objeto de estudo”*. Para o objetivo geral **“determinar as motivações dos pacientes na procura de cuidados médico-cirúrgicos no estrangeiro”** delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros;
- Conhecer os fatores que influenciam a escolha do destino hospitalar dos pacientes;
- Caracterizar o fluxo de pacientes nacionais e estrangeiros;
- Procurar setores onde é possível estimular a procura de cuidados médico-cirúrgicos por pacientes estrangeiros.

Relativamente ao objetivo geral “**perceber quais são os recursos necessários para oferta no âmbito do turismo médico-cirúrgico**” estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber as condições de oferta indispensáveis para atrair pacientes estrangeiros para cuidados médico-cirúrgicos;
- Compreender o nível de qualidade global do serviço hospitalar oferecido aos pacientes estrangeiros;
- Perceber se Portugal é competitivo em termos de cuidados médico-cirúrgicos;
- Caracterizar a concorrência;
- Conhecer os fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva;
- Caracterizar as iniciativas de promoção de cuidados médico-cirúrgicos;
- Conhecer os desafios e oportunidades em termos de oferta de serviços de saúde para pacientes estrangeiros.

3.2. Método de investigação e desenho da pesquisa

Uma vez que o intuito deste projeto é compreender a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros, é indispensável selecionar os métodos mais adequados para investigar e para isso é necessário observar os acontecimentos, mas “*observar o quê? em quem? como?*” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 205). Realizou-se um estudo qualitativo baseado numa pesquisa exploratória, essencialmente apoiada em bibliografia e entrevistas, semi-dirigidas, a indivíduos que pudessem de alguma forma estar envolvidos na tomada de decisão neste setor. Consideraram-se esses os peritos na área por serem responsáveis de instituições de saúde, políticos e responsáveis por setores do turismo, bem como académicos. Desta forma procurou-se contribuir para compreender a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros e as condições necessárias para Portugal ser aceite nesta atividade. Optou-se pela realização de entrevistas em detrimento de outros métodos já que a existência de questões relevantes requeria respostas recorrendo a informadores qualificados, sem explicação nos dados disponíveis (Carmo e Ferreira, 2008, p. 145; Mack et al., 2005, p. 29).

Dada a carência de pesquisas sobre o tema, especialmente no contexto português, procedeu-se a uma pesquisa cuja metodologia é própria dos estudos exploratórios, de cariz essencialmente qualitativo (Carmo e Ferreira, 2008, p.195; Mack et al., 2005, p. 2). Esta metodologia permitiu esclarecer opiniões, obter uma melhor compreensão do problema e criar familiaridade com o

assunto, longe do propósito da simples recolha estatística, de carácter oficial, que apenas ajudou na orientação para este trabalho (Carmo e Ferreira, 2008, p. 353). Considerando o tema e a sua natureza subjetiva seguiu-se uma abordagem qualitativa por ser a “*melhor forma de obter uma compreensão aprofundada das motivações dos consumidores*” (McDaniel e Gates, 2003, citado por Garcia, 2011, p. 68; Seltiz et al. 1967, citado por Carmo e Ferreira, 2008, p. 49). A pesquisa exploratória permitiu a utilização de métodos que admitem integrar informação de fontes secundárias com a recolha de dados primários. Assim, numa primeira etapa, a colheita de dados fez-se através de fontes secundárias, documentos, literatura e estatísticas, o que permitiu clarificar o problema inicial, e conceber ideias fundamentadas, de maneira a planear a pesquisa.

3.2.1 Dados primários: Entrevistas exploratórias

Os dados primários focaram essencialmente na aplicação de entrevistas exploratórias aplicadas a especialistas na área, para aprofundar a temática. A opção por entrevistas exploratórias em profundidade teve subjacente o facto deste método de recolha de dados permitir extrair informações e elementos de reflexão amplos e aprofundados. O nível de detalhe e especificidade que se obteve permitiu interpretações profundas, flexíveis e subjetivas dos testemunhos dos interlocutores, aceitando obviamente, o risco de acreditar na espontaneidade e total neutralidade do investigador (Mack et al., 2005, p. 30-33).

As entrevistas utilizadas foram semidirigidas, orientadas por perguntas-guias abertas, colocadas no decurso das entrevistas, para não criar limites à dimensão das respostas, tendo sido feita a divisão por assuntos (Mack et al., 2005, p. 42). Para o efeito foi desenvolvido um guião de entrevista reportando os objetivos da investigação. Uma versão inicial foi ajustada após a realização de primeira entrevista. Tal adaptação possibilitou o ajuste das questões, pois revelou a existência de perguntas cuja sequência poderia conduzir a respostas que inviabilizariam a continuidade da entrevista e questões que conduziram a repostas curtas sem qualquer proveito para posterior análise. A versão final das questões e a sua ligação aos objetivos de investigação encontram-se discriminados na tabela 1.

Tabela 1: Objetivos e questões da entrevista

	Objetivo	Questões	Fonte
Enquadramento / Diagnóstico	Perceber as condições básicas indispensáveis para atrair pacientes estrangeiros para cuidados médico-cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Considerando cuidados de saúde do tipo Médico-Hospitalar, de Diagnóstico e de Bem-estar, quais destes segmentos constituem ofertas para os pacientes estrangeiros?</i> 	Bookman & Bookman, 2007; Cattaneo, 2009; Connell, 2006; Helble, 2010; Heung et al., 2010; Grail Research, 2009
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Portugal tem condições para prestar cuidados de saúde hospitalares a pacientes estrangeiros? (Infraestrutura / resposta em tempo útil/recursos humanos?)</i> 	Lopes, 2012; Gan & Son, 2012; Grail Research, 2009; Cattaneo, 2009; Helble, 2010; Berry & Bendapudi, 2007
	Caracterizar o fluxo de pacientes nacionais e estrangeiros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Os pacientes nacionais procuram cuidados de saúde no estrangeiro? Deslocam-se dentro do próprio país a fim de obterem cuidados de saúde? (Bidirecional)</i> 	Helble, 2010; Legido-Quigley et al., 2007; Herrick, 2007 (Freitas, 2010); Connell, 2011
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Em que circunstâncias ocorre a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros?</i> 	Helble, 2010; Conell, 2010; Legido-Quigley et al, 2007; Herrick, 2007 (Freitas, 2010)
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Portugal beneficia da sua localização para atrair pacientes estrangeiros? (Ligado a questões de infraestrutura; Acessibilidade; Destino turístico tradicional/verão/cultural/religioso)</i> 	Connell, 2011; Yu et al., 2011
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Há algum organismo que coordene o fluxo de pacientes? Que serviços presta/deveria prestar?</i> • 	Heung et al., 2010
Caracterizar a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Considera importante estimular a procura de cuidados de saúde por estrangeiros? Porquê? (Aumentar as receitas/Rentabilizar os serviços disponíveis)</i> 	Connell, 2011; ERS, 2012; Diretiva Comunitária 2011/24/EU	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qual o impacto deste setor para Portugal?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>O aumento desta atividade tem implicações no atendimento aos pacientes locais?</i> - <i>Há algum estudo feito a este nível?</i> 	Grail Research, 2009; Cattaneo, 2009; Bookman & Bookman, 2007, Helble, 2010	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existe em Portugal, procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>É possível quantificar? Quais os dados disponíveis sobre estes pacientes? É possível traçar um perfil?</i> - <i>(Quais são as zonas do país de maior relevo?)</i> - <i>Quais são os segmentos procurados?</i> - <i>Qual o país de origem desses pacientes?</i> 	Diretiva Comunitária 2011/24/EU; Pollard, 2012; Helble, 2010, Deloitte, 2008, UEHP, 2009; Connell, 2011; Crooks & Snyder, 2011	

Tabela1: Objetivos e questões da entrevista (cont.)

	Objetivo	Questões	Fonte
	Compreender o nível de qualidade global do serviço hospitalar oferecido aos pacientes estrangeiros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De que forma está assegurada a qualidade assistencial hospitalar aos pacientes estrangeiros?</i> (Certificação) 	Diretiva Comunitária 2011/24/EU; Helble, 2010; Heung et al., 2010; Ye et al, 2008; JCI; Grail Research, 2009; Cattaneo, 2009
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quais os serviços disponíveis associados?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Clínicos</i> (Pré-consulta; Cirurgião e anestesista; Bloco operatório e recobro; Cuidados de Enfermagem; Técnicos de diagnóstico e terapêutica; Fisioterapia; Implantes/Próteses; Medicação; ...) - <i>Não-clínicos</i> (Transfers; Alimentação; Instalações; Alojamento para acompanhante; Turismo cultural/religioso/visitas programadas gastronómico; Alojamento/Reabilitação após tratamento; Cooperação com hotéis para alojamento; Cooperação com agências de viagem / pacotes de turismo...) 		Crooks e Snyder, 2011	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existe algum mecanismo de regulação para este tipo de atividade?</i> 		Crooks & Snyder, 2011; Connell, 2011	
	Caracterizar as iniciativas de promoção de cuidados médico-cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Quais têm sido as principais atividades para promover os cuidados de saúde hospitalares, em Portugal?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Que iniciativas estão planeadas no futuro?</i> - <i>Como pode Portugal ser melhor, em termos de diferenciação?</i> (Internet; Anúncios; Cooperação com agências de viagens; Companhias de seguros)	Diretiva Comunitária 2011/24/EU; Goodrich, 1987 (Freitas, 2010); Ye et al., 2008; Helble, 2010
Motivação	Conhecer os fatores que influenciam a escolha do destino hospitalar dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quais os principais motivos que incitam os pacientes a procurarem cuidados de saúde hospitalares, fora do seu país de origem?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quais são as vantagens em procurar cuidados de saúde em Portugal?</i> - <i>Quais as desvantagens?</i> (Nacionais e estrangeiros)	Helble, 2010; Connell, 2011; ERS, 2012; Crooks e Snyder, 2011; Yu et al., 2011; Heung et al., 2010; Pollard, 2012
Competitividade	Conhecer os fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quais as condições imprescindíveis para Portugal ser bem-sucedido(a) ao nível dos cuidados de saúde hospitalares?</i> 	Grail Research, 2009; Gan e Song, 2012
	Caracterizar a concorrência	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quem são os principais concorrentes aos cuidados de saúde hospitalares?</i> 	Treatment Abroad, 2012; International Medical Travel Journal, 2012; Helble, 2010

Tabela1: Objetivos e questões da entrevista (cont.)

	Objetivo	Questões	Fonte
	Perceber se Portugal é, de facto, competitivo em termos de cuidados médico-cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Como explica a oferta assistencial, em Portugal, do ponto de vista económico? (relativamente à concorrência - Baixos salários, disponibilidade)</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Como é divulgado o preço dos procedimentos?</i> <i>(Preço)</i> 	Heung et al., 2010; ERS, 2012; Helble, 2010; Pollard, 2012; Deloitte, 2008; Herrick, 2007 (Freitas, 2010); Carrera e Bridges, 2006; Forgiione & Smith, 2007
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Em Portugal, qual o tempo de espera aproximado para consulta, diagnóstico ou cirurgia?</i> <i>(Listas de espera)</i> 	Helble, 2010; UEHP, 2009, Crooks & Snyder, 2011; Heung et al., 2010; Connell, 2011; Grail Research, 2009
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Realiza-se algum procedimento que não se faça noutros países?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Onde? Porquê?</i> <i>(Falta de recursos/Estado da arte/impedimentos legais)</i> <i>(Cuidados indisponíveis)</i> 	Crooks & Snyder, 2011; Heung et al., 2010
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quais os requisitos para o recrutamento e seleção dos recursos humanos?</i> <i>(Recursos Humanos) (Línguas; Tipo de habilitações...)</i> 	Bookman & Bookman, 2007; Cattaneo, 2009
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Podemos, ainda assim, ser competitivos perante países como a Índia, o Brasil, a Hungria ou a Polónia? (preços inferiores aos praticados em Portugal)</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Como se obtém vantagem competitiva?</i> 	Freitas, 2010; ERS, 2012
Desafios e Oportunidades	Procurar setores onde é possível estimular a procura de cuidados médico-cirúrgicos por pacientes estrangeiros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Quais são as abordagens fundamentais para atrair potenciais pacientes estrangeiros?</i> 	Helble, 2010; Diretiva Comunitária 2011/24/EU; Crooks & Snyder, 2011; Goodrich, 1987 (Freitas, 2010)
	Conhecer os desafios e oportunidades em termos de oferta de serviços de saúde para pacientes estrangeiros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Como distinguir o serviço de saúde hospitalar, em Portugal, dos seus concorrentes?</i> 	Diretiva Comunitária 2011/24/EU; Helble, 2010
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Quais os riscos associados a esta atividade?</i> 	Crooks e Snyder, 2011
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Onde são resolvidas as complicações decorrentes de um procedimento executado em Portugal, a um paciente estrangeiro?</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>A quem são imputados esses custos?</i> ▪ <i>O que é necessário assegurar para que este nicho de mercado prolifere de uma forma sustentável?</i> 	Helble, 2010; Crooks e Snyder, 2011; Carrera e Bridges, 2006; Grail Research, 2009; Grail Research, 2009; Deloitte, 2008; Helble, 2010; Pollard, 2012; ERS, 2012

(Elaborado pelo próprio)

A utilização de perguntas abertas deu aos participantes a oportunidade de responder com as suas próprias palavras, ao invés de forçá-los a escolher respostas fixas, como acontece com os métodos quantitativos (Mack et al., 2005, p. 4). Devido a limitações geográficas e temporais, para além das entrevistas cara-a-cara, também se realizaram entrevistas telefónicas por sugestão dos entrevistados (Quivy e Campenhoudt, 1992, pp. 193-200; Mack et al., 2005, p. 29).

3.2.2. Seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados teve como linha orientadora o seu grau de expertise e conhecimento na área. Após conversas informais com pessoas ligadas às temáticas de interesse deste trabalho, foi possível identificar peritos na área em causa, cuja proximidade encontrada conduziu à obtenção de informações primárias. Esta secção procura mostrar como se obtiveram as informações sobre o resultado da política de TMC em Portugal, baseado em entrevistas semidirigidas com alguns *stakeholders*, os quais foram selecionados não apenas em função do seu envolvimento no processo de implementação de políticas, mas também em virtude da sua reputação nesta questão (Mack et al., 2005, p. 33).

Numa fase inicial da pesquisa, procurou-se entrevistar entidades, cujo conhecimento pudesse ser útil para a descrição preliminar do assunto. Para determinar quem seria entrevistado foi fundamental delimitar as áreas específicas sobre as quais incide o estudo e selecionar um grupo de peritos que, com o seu contributo e conhecimento, pudessem transmitir informação relevante para o seu desenvolvimento. Atendendo ao facto que seria impossível estudar exhaustivamente a população que promove o TMC, ou que está envolvido de uma maneira ou outra, restou definir um conjunto de indivíduos que apresentasse características análogas a essa população e que a pudesse retratar. O grupo cingiu-se a um número reduzido de indivíduos, selecionados por conveniência e por recomendação de terceiros, à medida que a investigação foi decorrendo (Carmo e Ferreira, 2008, p. 215).

No processo de recolha de dados, desenvolveu-se um processo sistemático para assegurar a fiabilidade e comparabilidade dos dados, pelo que o plano de amostragem determinou a extensão em que o processo foi conduzido. Portanto, a investigação dependeu da escolha não aleatória de indivíduos, baseado na crença da sua utilidade para o estudo. Contudo, a possibilidade de se utilizar um grupo constituído por um vasto leque de indivíduos foi inviável, essencialmente por restrições de tempo (Carmo e Ferreira, 2008, p.195; Mack et al., 2005, p. 5).

Consideraram-se três grupos de entrevistados: Investigadores/peritos; informantes de nível estratégico (administração hospitalar e representantes do governo); nível operacional (profissionais de saúde e do turismo) (quadro 6).

Assim, consideraram-se três grupos de pessoas. Em primeiro lugar, *“docentes, investigadores e peritos no domínio de investigação implicado pela pergunta de partida”* (Quivy, 1992, p. 69). Partindo desta premissa, a escolha inicial da população entrevistada, teve em conta quer a sua experiência na área em estudo, quer a sua importância na tomada de decisão neste segmento de mercado. Por desconhecimento sobre o tema e para evitar juízos próprios, associada à escassez da informação relevante sobre o objeto de estudo, foi importante a participação em *workshops* na área. Estes permitiram identificar personalidades ligadas ao setor, incluindo um representante de uma Organização Não-Governamental (ONG) implicada no setor que aceitou conceder uma entrevista. Esta entrevista foi fulcral para conhecer o ponto de vista de alguém que conhece bem o TMC, pelo que se realizou de forma pouco estruturada para não condicionar o respondente e não eliminar informações eventualmente importantes (Quivy e Campenhout, 1992, p. 67). As restantes entrevistas deste grupo recaíram sobre académicos envolvidos nas áreas de estudo afluídas ao longo desta pesquisa, em concreto, as áreas da Saúde e Gestão Estratégica.

A abordagem inicial mostrou ser vantajoso contactar indivíduos que, pela sua experiência pessoal e pelas funções inerentes aos seus cargos, tomam decisões ou estão implicados em mudanças estruturais a nível estratégico ou tático. Fez-se uso da relevância e da influência que esse conhecimento representa, pois a *“segunda categoria de interlocutores recomendados para entrevistas exploratórias é a das testemunhas privilegiadas”* (Quivy, 1992, p. 69). Neste grupo incluíram-se órgãos de soberania, como deputados e um representante do governo, bem como administradores hospitalares do setor público e privado.

Por indicação dos entrevistados, o terceiro grupo verteu sobre indivíduos que não tinham sido considerados inicialmente mas, dada a natureza dos projetos e respetivo envolvimento, significaram um contributo profícuo para enriquecer os conteúdos obtidos no estudo. Retratam os interlocutores mais familiarizados e que contribuem para aclarar o assunto pois constituem *“a terceira categoria de interlocutores úteis: os que constituem o público a que o estudo diz diretamente respeito”* (Quivy, 1992, p. 70). Incluem-se os profissionais de saúde e do turismo, com responsabilidade ao nível operacional.

Quadro 6: Entrevistados e respetivos setores de atividade

Grupo	Setor identificado para entrevista	Posição do entrevistado	Entrevistados
Investigador	Perito	<i>Investigador da Medical Tourism Association</i>	Entrevistado A
	Académicos	<i>Gestão Estratégica Setor da Saúde</i>	Entrevistado B Entrevistado C
Nível estratégico	Administração hospitalar	<i>Administrador hospitalar público Administrador hospitalar privado</i>	Entrevistado E Entrevistado F
	Representantes do governo	<i>Diretor da Administração Regional de Saúde Deputados da Assembleia da República</i>	Entrevistado L Entrevistado G; H; I
	Profissionais de saúde e do turismo	<i>Organização Não-Governamental Médico no setor privado Enfermeiro do setor público</i>	Entrevistado J Entrevistado M Entrevistado D

(Elaboração própria)

Foram entrevistados 12 indivíduos no total, incluindo a entrevista inicial, aos quais, apesar de terem autorizado a sua identificação, se assegurou o anonimato e assim garantir a transmissão das suas opiniões de forma sincera e agradável. As entrevistas foram agendadas previamente tendo decorrido entre Junho de 2013 e Junho de 2014. Foi efetuado um primeiro contacto pessoal, ou telefónico, com os entrevistados, ou com outros que sugeriram a sua participação, explicando o objetivo do estudo, bem como da entrevista. De maneira a permitir o maior conforto dos entrevistados foi proposto a cada um que escolhesse a metodologia preferencial para a entrevista, nomeadamente a via de comunicação bem como o local de realização da mesma. Todos os entrevistados solicitaram o envio prévio das questões, via correio eletrónico e as respostas foram obtidas por diversas vias, nomeadamente, com posterior realização de entrevista “*face-to-face*” nos seus locais de trabalho, via telefónica, ou por escrito.

O desfasamento propositado, entre o tempo da pergunta e da resposta, permitiu ao entrevistado responder calmamente e munir-se de informação adicional sempre que necessário, evitando respostas espontâneas, pouco fundamentadas, permitindo uma reflexão alargada e a inclusão de observações relevantes. Atendendo à indisponibilidade de alguns dos entrevistados, esta fase de colheita de dados durou 12 meses e foram consultados apenas uma vez, tendo clarificado os assuntos. As entrevistas recebidas via correio eletrónico não requereram qualquer transcrição e as entrevistas gravadas foram efetuadas após clara permissão dos entrevistados. Relativamente aos dados gravados recorrendo a meios técnicos, a sua transcrição literária foi uma etapa necessária para a sua interpretação.

A análise das entrevistas revelou-se uma tarefa árdua e requereu algum cuidado com a interpretação, onde a divisão por categorias dependeu de uma organização atenta (Mack et al., 2005, p. 34-36, 84). Como seria de esperar, nem todo o conteúdo das entrevistas foi sujeito à mesma análise devido à sua menor relevância, daí que do conjunto do material generosamente disponibilizado, só interessou aquilo que está diretamente relacionado com o objeto da pesquisa. Por outro lado, o teor das entrevistas, sendo subjetivo, revelou a interpretação de cada indivíduo, logo, assumir testemunhos como fonte de investigação implicou uma tentativa de extrapolar para uma dimensão coletiva aquilo que é subjetivo e pessoal. A análise dos dados foi feita com base na escuta repetida das gravações e na seleção de determinadas partes dos depoimentos, o que permitiu uma maior precisão na redação do relatório excluindo interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem e erros gramaticais, que foram corrigidos na transcrição editada (Günther, 2006, p. 206; Duarte, 2004, p. 220; Mack et al., 2005, p. 4, 84). A informação foi posteriormente organizada em categorias, baseado no guião previamente apresentado, e também de acordo com os padrões identificados nas entrevistas.

As entrevistas tiveram o seu término quando se entendeu ter atingido o “ponto de saturação teórica”, percebido no momento em que a recolha de novas informações não trouxe *insights* adicionais para as questões de investigação (Mack et al., 2005, p. 5). Curiosamente, não foi necessário alongar demasiado o painel de entrevistados para perceber quão convergentes foram os diversos depoimentos.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos em função da pesquisa empírica previamente delineada. Os tópicos da entrevista incluíram questões relacionadas com o enquadramento e diagnóstico do mercado-alvo e estratégias de marketing, motivação dos pacientes para a procura de cuidados médico-cirúrgicos fora do seu país, análise da concorrência, bem como desafios e oportunidades implicadas neste setor de atividade. A análise percorre os aspetos elencados no quadro 7.

Quadro 7: Estrutura do Capítulo 4

4.1	• Enquadramento e diagnóstico
4.2	• Motivação dos pacientes
4.3	• Competitividade
4.4	• Desafios e oportunidades
4.5	• O mercado de TMC: caracterização, concorrência e análise SWOT

4.1. Enquadramento e diagnóstico

De maneira a proceder ao enquadramento e diagnóstico da temática foram traçados cinco objetivos:

1. Caracterizar o fluxo de pacientes nacionais e estrangeiros;
2. Perceber as condições básicas indispensáveis para atrair pacientes estrangeiros para cuidados médico-cirúrgicos;
3. Caracterizar a procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros;
4. Compreender o nível de qualidade global do serviço hospitalar oferecido aos pacientes estrangeiros;
5. Caracterizar as iniciativas de promoção de cuidados médico-cirúrgicos.

Fluxo de pacientes e condições indispensáveis para os cuidados médico-cirúrgicos

O turismo de saúde divide-se em turismo de bem-estar, turismo médico-hospitalar e turismo cirúrgico, segundo Erfurt-Cooper & Cooper (2009). Todos os entrevistados mencionam que estes segmentos constituem ofertas para os pacientes não residentes em Portugal e concordam que terão um crescimento importante nos próximos anos. O avanço tecnológico trará grandes possibilidades no âmbito dos serviços de diagnóstico, no entanto, os serviços médico-hospitalares, sobretudo os cirúrgicos serão os mais procurados.

Para Altin et al. (2011) o TMC destina-se a doentes do foro cosmético, dentário e geral o que corresponde à opinião de um dos entrevistados. Estes segmentos constituem a maioria do mercado de pacientes estrangeiros e a concentração nestas áreas produzirá maiores volumes de turistas. A procura de diagnósticos tende a ser mais local, com alguns pacientes transfronteiriços, e o turismo de bem-estar é mais transfronteiriço pelo simples facto de haver muita escolha, pelo que não se justifica viajar para longe. Porém, no parecer do entrevistado A, Portugal tem vantagem na medida em que tem como alvo o mercado do Reino Unido cujo serviço de bem-estar é escasso, conhece bem Portugal e é muito acessível.

Este movimento de pacientes representa uma oportunidade para os pacientes viajarem a fim de obterem tratamento e tirar vantagem da redução de preços ou tempos de espera, e pode ser de saída, de entrada e interno (Deloitte, 2008a; Deloitte, 2009). Vários entrevistados referiram que, de facto, existem casos de procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros e apenas se desconhece a informação sobre a balança das trocas de cuidados de saúde hospitalares. Admitem, no entanto, a possibilidade de existir um fluxo bidirecional, de acordo com os estudos de Mugomba & Caballero-Danell (2007) e Connell (2011). O próprio SNS prevê casos de procura nos casos em que os pacientes se deslocam para o exterior por falta de conhecimento ou desenvolvimento tecnológico para o tratamento de uma determinada doença, e o mesmo acontece dentro do próprio país, causando um fluxo interno (entrevistados A, B, D, E, F e L). Para outro entrevistado, este mercado é geralmente doméstico, transfronteiriço e global (entrevistado A), de acordo com Connell (2011). A título de exemplo, um dos entrevistados referiu que, sobretudo no âmbito da medicina desportiva, cirurgias programáveis e/ou tratamento de doenças crónicas, alguns pacientes procuram, um por todo o país, “*centros clínicos acreditados bem como técnicos de saúde de competência reconhecida além da oferta inovadora de serviços*” (entrevistado M).

Dois dos entrevistados mencionaram a procura em situações excepcionais (recurso a meios e tratamentos indisponíveis em Portugal) ou para confirmar diagnósticos e/ou tratamento de cidadãos que dispõem de suficientes meios para custear as despesas (entrevistados G e J). Por outro lado, um dos entrevistados referiu que a procura atual tem lugar no contexto da circulação regular de pessoas entre Estados, através de acordos de cooperação internacional, envolvendo ou não o pagamento dos mesmos pelos seguros nacionais da origem do cidadão (públicos ou privados). No entanto, *“a informação relativa à utilização de cuidados de saúde hospitalares procurados com uma intencionalidade primária são escassas”* (entrevistado C). Esta ausência de monitorização quanto a fluxos ou procedimentos é um dos motivos de preocupação mencionado por Crooks & Snyder (2011).

A procura atual ocorre no contexto da circulação de pessoas estrangeiras em situações agudas de doença, e no quadro da cooperação internacional com países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), com a respetiva referenciação hospitalar internacional, para além do contexto de proximidade geográfica (entrevistados C, E, F, G e L). Todos os entrevistados reconhecem que a procura atual, para além de recente, é escassa mas com tendência para aumentar, em concordância com Voigt et al. (2010), admitindo por exemplo, os protocolos que têm sido instaurados pelos Hospitais da Universidade de Coimbra com seguradoras alemãs e no Algarve com operadores privados.

Apesar desta atividade, todos os entrevistados são unânimes em afirmar que não há nenhum organismo que faça a coordenação do fluxo de pacientes. No entanto, para algumas necessidades de coordenação nacional de fluxos de pacientes do/ao estrangeiro, sobretudo em situações de catástrofes, são utilizados serviços diplomáticos competentes do Ministério dos Negócios Estrangeiros. Vários entrevistados responderam que essa coordenação deve ser feita por cada instituição que pretenda receber pacientes e concordam que a Direção Geral de Saúde (DGS) deveria centralizar a informação sobre os tratamentos em que Portugal é pioneiro, assim como a existência de especialistas e a capacidade para receber pacientes estrangeiros (entrevistados B, C, D, E, F, G e J).

O entrevistado (A) confessa que em vez de um organismo coordenador, existem facilitadores que atuam como agentes, os quais conhecem o local e organizam a relação com hospitais, *“fazem planos de viagem e até viajam com os pacientes”*. Não há, no entanto, grandes facilitadores desse setor no momento. Por outro lado, ao abrigo da diretiva comunitária terão que existir, em todos os estados membros, pontos de contactos nacionais para a informação a cidadãos estrangeiros doentes que queiram ser tratados em Portugal (entrevistados H e I).

Voigt et al. (2010) revela que a proximidade geográfica pode ser um aspeto a ter em conta, contudo, as atuais condições de aquisição de viagens permitem superar distâncias maiores, sem encargos significativos. Vários entrevistados concordam que a localização de Portugal favorece a atração de pacientes estrangeiros já que é um país de fácil acesso, sobretudo para a Europa, para além da posição geo-estratégica favorável para quem se desloca do continente americano ou africano. Os entrevistados (B, D, E, G, H, L e M) fazem referência às características socioculturais e climatéricas, também favoráveis à preferência dos pacientes estrangeiros, o que está de acordo com os fatores críticos de decisão a considerar na escolha de um país para TMC, referidos por Hong et al. (2007, citado por Yu et al., 2011). Em oposição, o académico da área da saúde, menciona que a atração de pacientes estrangeiros não se baseia na sua localização geográfica mas parece beneficiar da existência de acordos com hospitais estrangeiros, como é o exemplo dos PALOP, e de dispor de valências altamente diferenciadas (entrevistado C).

Vários entrevistados reconheceram que as regiões do país de maior relevo são as zonas litorais (sobretudo as de maior concentração de turistas, imigrantes e residentes estrangeiros) como as regiões de Lisboa e Algarve, atendendo ao reconhecimento dessas áreas no estrangeiro (entrevistado A, B, D, E, G, H e J). Para além destas regiões, um dos entrevistados indicou algumas cidades do interior, por possuírem Faculdades de Ciências da Saúde ou se situarem em vias rodoviárias de ligação a Espanha e à Europa (entrevistado C). Um dos respondentes acrescentou as zonas fronteiriças, destacando o Minho-Galiza, Nordeste Transmontano-Castella y Leon, Centro e Alentejo-Estremadura, Alentejo e Algarve-Andaluzia (entrevistado L).

A maioria dos entrevistados acrescenta que existe procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros, apesar de apenas pontual, mas o crescente incremento da circulação de pessoas (trabalho, educação e lazer) sobretudo da CPLP, da UE, da Europa de Leste, Suíça e Brasil, proporcionou um aumento de procura (entrevistados B, C, D, E, F, G, J e L), porém, na opinião de um dos entrevistados, em Portugal, a *“escassez da procura pode ser explicada pelo facto de não ter havido nenhuma estratégia de marketing, coordenada pelo setor”* (entrevistado A).

Procura de cuidados de saúde por estrangeiros

Na opinião de vários entrevistados, é importante estimular a procura de cuidados de saúde por estrangeiros por consistir numa forma de rentabilizar o investimento que o país e as empresas têm feito na área da saúde. Para além de contribuir para a empregabilidade e sustentação da economia nacional, projeta positivamente o nome do país, num tema muito caro para todos, a saúde.

A procura permite captar receitas do exterior, as quais podem contribuir para financiar as instituições e os projetos de investigação associados a essas unidades, à semelhança da descrição de Bookman & Bookman (2007). Todos os entrevistados concordam que Portugal precisa de um organismo de suporte à internacionalização dos cuidados de saúde hospitalares intersectorial (saúde, economia e negócios estrangeiros), desde que essa procura não ponha em causa a capacidade de satisfazer a procura nacional (entrevistados B, C, E, H, I, J e M). Na opinião de Freire (2012), reforçada por Cattaneo et al. (2009) e Helble (2010), a expansão do TMC tem como consequência a melhoria das estruturas de saúde, dos equipamentos e do desenvolvimento profissional nos países aderentes, com consequente benefício para os pacientes locais.

Para além disso, Bookman & Bookman (2007) e Mugomba & Caballero-Danell (2007), referem que as receitas geradas pelo TMC podem ser reinvestidas nos sistemas de saúde locais, ao nível de estruturas, equipamentos e atracção de profissionais qualificados. Contudo, praticamente todos os inquiridos mencionaram que, teoricamente, com o aumento do atendimento a pacientes estrangeiros, haverá recursos que deixam de estar alocados aos pacientes locais, o que pode causar atrasos nalgumas valências, mas não no movimento atualmente existente. Por outro lado, referiram que a oferta de serviços de saúde no âmbito do TMC não pode preterir os pacientes locais e contribuir para o aumento das listas de espera (entrevistados B, C, E, F, G, H, I, J, L e M), em concordância com Cattaneo et al. (2009) e Helble (2010) que expressam a possibilidade de, no curto prazo, o aumento da procura e dos preços conduzir a uma tendência para negligenciar as necessidades locais em detrimento dos estrangeiros.

Na opinião do entrevistado (M), o ideal é instituir mecanismos de prevenção para, no futuro, não haver necessidade de estudar o impacto do TMC no atendimento aos pacientes locais. A diretiva comunitária dos cuidados de saúde transfronteiriços, visa regular a matéria relativa ao exercício dos direitos do doente nos espaços transfronteiriços e estabelece um conjunto de regras, nomeadamente, os tempos de resposta razoável. Assim, de acordo com Helble (2010), o doente pode aceder a cuidados de saúde no estrangeiro se não for dado um tratamento num tempo de resposta adequado, beneficiando, indiretamente, os pacientes locais.

Contrariando estas opiniões, um dos deputados da assembleia da República defendeu que, atualmente, o SNS não tem capacidade de resposta à procura interna e, por isso, *“promover a procura por parte de estrangeiros agrava os tempos de resposta, prejudicando os doentes do serviço público”* (entrevistado G) e assim, apenas traz benefício para os prestadores privados.

Apesar da obrigação dos governos de fornecer uma cobertura universal de cuidados de saúde às comunidades locais, Mugomba & Caballero-Danell (2007) referem que a literatura não evidencia essa garantia, o que exacerba as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, as quais são um motivo de preocupação verbalizado por Crooks & Snyder (2011). Para Altin et al. (2011) há pacientes que procuram tratamentos alternativos, ou inexistentes nos seus países, ou ainda a eventualidade de obter o mais recente e inovador tratamento (Mugomba & Caballero-Danell, 2007). Os pacientes estrangeiros podem viajar para Portugal, onde existem determinados procedimentos de diagnóstico e cirúrgicos inovadores, nomeadamente ao nível desportivo, transplante, cardiovascular ou oftalmologia (entrevistados B, G e M). Todavia, na opinião do entrevistado (A), não há procedimentos exclusivos, daí ser importante concentrar a atividade no que se faz bem. Ainda assim, realizam-se certamente procedimentos inexistentes em países que estiverem abaixo do ranking da OCDE para os sistemas de saúde, onde Portugal se classifica entre o 20º e o 30º lugar (entrevistado L). Na opinião de um dos entrevistados, existem centros que têm demonstrado vocação e beneficiam de serviços de qualidade prestados a pacientes estrangeiros de todos os continentes, todavia, Portugal está ainda longe de exportar serviços de saúde como a República Checa, Eslovénia, Polónia, Hungria e outros (entrevistado M).

Na opinião de Crooks & Snyder (2011), corroborado por Carrera et al. (2006), o sistema de saúde de origem acaba por suportar alguns custos do TMC, já que a continuidade de cuidados ocorre depois do regresso ao país de residência. Para além da necessidade da continuidade de cuidados é possível o surgimento de eventuais complicações, as quais podem onerar o sistema de saúde de origem. A maioria dos entrevistados concordaram que, no caso de complicações, não há um destino específico, mas a responsabilidade é sempre do prestador de cuidados. No exemplo dos casos abrangidos pela diretiva comunitária, se continuar o tratamento num Estado-membro estrangeiro, será esse o responsável por dar resposta às complicações e voltando ao Estado-membro de afiliação, assume o tratamento (entrevistados A, B, C, D, G, H, I, L e M).

Crooks & Snyder (2011) manifestam preocupação relativamente à ausência de divulgação sistemática de resultados e o acesso a esses dados por parte dos pacientes internacionais. De facto, todos os respondentes admitiram que para além de se tratar de um movimento de pequena dimensão, não há dados sobre os pacientes, apesar de ser possível a partir dos sistemas de informação na Administração Regional de Saúde (ARS) e na Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), que permitem essencialmente, quantificar e conhecer o perfil de utilizadores estrangeiros.

O entrevistado (A), referiu que “*a MTA tem uma ideia de que atualmente há cerca de 5 milhões de turistas médico-cirúrgicos em todo o mundo*”, no entanto, há poucos dados disponíveis sobre o perfil destes pacientes. A menos que o próprio paciente publique dados (em sites de avaliação), ou permita a um hospital divulgar testemunhos, esta escassez de dados encontra justificação na garantia de confidencialidade.

Nível de qualidade global do serviço hospitalar

O relatório da OMS (citado por Freire, 2012) demonstra que o TMC privilegia infraestruturas hospitalares especializadas. Para dois dos entrevistados, a qualidade assistencial hospitalar aos pacientes estrangeiros será uma atividade a ser assegurada pelos operadores privados onde funcionarão as regras de mercado, garantindo uma qualidade igual ou superior à disponível nos países de origem, de acordo com a opinião de Bookman & Bookman (2007). As grandes organizações privadas portuguesas são recentes, bem equipadas, cumprindo os requisitos em termos de risco clínico e geral, no entanto, na Europa todos os países têm boas estruturas de saúde (entrevistados F e J).

Para além destes requisitos, a qualidade assistencial é assegurada por normas emitidas pela DGS sobre a assistência a cidadãos estrangeiros, a qual não difere para os nacionais, assentando na qualidade da formação e desempenho profissional para além da avaliação por diversos organismos públicos do MS (entrevistados C, E e G). Em questão de qualidade, dois entrevistados (entrevistado H e L) referem que em Portugal, a maioria dos serviços cumpre critérios de excelência clínica, pelo que existem condições para prestar cuidados de saúde hospitalares de qualidade quer aos pacientes nacionais, que já hoje beneficiam, quer a estrangeiros, o que, na opinião de Moreno Junior & Zucchi (2005), são aspetos fundamentais.

Um dos deputados da assembleia da República (entrevistado H) mencionou que existem serviços de diversas unidades hospitalares que começam a ter acreditações internacionais, atestando a qualidade dos cuidados que são prestados, de acordo com Connell (2011), Deloitte (2008a), Heung et al. (2010) e Altin et al. (2011). Também, o projeto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), conduzido pela ERS, trouxe uma mentalidade de avaliação permanente dos serviços e das unidades hospitalares, garantindo a perspetiva da melhoria de um conjunto de indicadores que estão sempre a ser monitorizados e constantemente melhorados, acabando por refletir o cuidado prestado ao utente nacional mas também aos estrangeiros (entrevistado I – deputado da assembleia da República).

Há ainda aspetos fundamentais, identificados por dois inquiridos, como a comunicação efetiva, a harmonização com diferenças culturais e religiosas e o acompanhamento personalizado (entrevistados B e M). Nesse aspeto, a formação superior de todos os profissionais de saúde aliada às características humanas dos portugueses representa uma mais-valia para garantir a atenção necessária a uma rápida e eficiente recuperação. Portanto, não são apenas as instalações que alcançam os mais altos padrões internacionais, mas também os indivíduos que nelas trabalham. O recurso a inquéritos de satisfação foi mencionado, por dois entrevistados, como uma ferramenta que permite, objetivamente, ter consciência da qualidade percebida, mostrando a importância de programas de acreditação e certificação (entrevistados A e H). No entanto, apesar destes programas assegurarem a qualidade aos pacientes, na opinião do entrevistado (A), a maioria das certificações tem-se centrado na qualidade médica e não na qualidade global do serviço, onde se incluem serviços médicos e não-médicos. É de salientar a opinião dos entrevistados (H e I) que consideram haver margem para aumentar a produtividade com preços competitivos ao compreender todas as dimensões envolvidas, designadamente, viagens, acomodação e os próprios serviços de saúde.

Para Froelich (2012), embora a principal motivação seja a cirurgia acessível, a oportunidade de visitar alguns destinos é uma atração adicional para alguns pacientes. Para além dos fatores apresentados, manifestamente, o serviço médico pode ser o fator que os pacientes consideram mais importante quando escolhem o destino mas, a experiência de turismo, o alojamento, alimentação, regulamentos governamentais e fatores socioculturais, também são fatores cruciais que afetam a escolha. Três dos entrevistados mencionaram que os serviços clínicos disponíveis dependem das unidades de saúde que os disponibilizam, nomeadamente, meios de diagnóstico, tratamento conservador e cirúrgico (entrevistados B, G e M). Quanto aos serviços “não-clínicos” foi identificado o apoio social e transporte de doentes (entrevistado G), serviço de intérpretes (entrevistado C), para além da acomodação e *packs* turísticos (entrevistado M).

O estudo de Mugomba & Caballero-Danell (2007) mostrou a inexistência de leis adequadas contra a má prática, principalmente regulamento internacional, o que revela um motivo de preocupação para Crooks & Snyder (2011). A maioria dos entrevistados salientou que o setor da saúde é dos mais regulados existindo mecanismos nacionais/comunitários de regulação da eficiência técnica e social, no âmbito dos serviços de saúde, conforme mencionado por Helble (2010). Para isso, existem orientações da DGS para o acesso, diretrizes da ACSS para a faturação e o Cartão Europeu de Seguro de Doença (entrevistados A, B, C, D, E, J, L e M), a somar à atividade da ERS e do Infarmed (entrevistados G e H).

Iniciativas de promoção de cuidados de saúde hospitalares

Relativamente às principais atividades para promover os cuidados de saúde hospitalares, Mugomba & Caballero-Danell (2007), referem que a ausência de um plano para promover e desenvolver este setor pode indicar que há espaço para o explorar na sua plenitude e uma extensa investigação pode identificar os principais fatores para o sucesso deste setor. As entrevistas mostraram que, em Portugal, para além de alguns hospitais privados promoverem o TMC, tem existido um esforço do HCP (Health Cluster Portugal) e a Associação Empresarial de Portugal - com o projeto HEALTHY'n - em promover de uma forma integrada, um conjunto de empresas que prestam serviços em vários segmentos da cadeia de valor da saúde em feiras internacionais.

O MS tem realizado um esforço em contactos internacionais, no sentido de fazer perceber que Portugal tem cuidados de saúde de referência a nível internacional, quer do ponto de vista privado quer público. Por seu lado, alguns entrevistados referem que não se conhecem iniciativas de relevo, tendo sido uma das razões apontadas para a realização de um *workshop* de TMC em Lisboa, por parte da MTA, para instruir o sistema de saúde relativamente à promoção dos cuidados de saúde hospitalares em Portugal (entrevistados A, C, E e G). Na opinião dos entrevistados (B, F, J e I) a lei da investigação clínica, que deverá entrar em vigor brevemente, irá fazer com que Portugal tenha, em termos internacionais, um maior potencial de atração de ensaios clínicos.

Para além destas iniciativas, os entrevistados (H e L) mencionaram que a ARS está a negociar um protocolo de cooperação para o planeamento estratégico nas zonas fronteiriças, quer com a Galiza quer com Castella y Leon, para além da preparação no sentido inverso para prestar cuidados de saúde a populações migratórias. O entrevistado (C) referiu ainda a atualização dos acordos de cooperação com os países da CPLP, as de carácter normativo e as que decorrem da melhor resposta a dar no âmbito do exercício dos direitos dos cidadãos europeus. Por sua vez, um dos entrevistados refere que está planeado o “*estabelecimento de uma rede local de colaboração, coordenada localmente a partir de Portugal, numa rede global com outros sistemas de cuidados de saúde*”, através da MTA, e está a ser discutido um plano de implementação (entrevistado A). Ainda assim, a maioria dos entrevistados reconhece que uma intervenção bem-sucedida neste domínio não requer investimento adicional em infraestruturas, equipamentos ou recursos humanos. Deve assentar no padrão de qualificação dos profissionais de saúde, no nível de gestão e organização, de maneira a rentabilizar a capacidade disponível não utilizada.

No entanto, para alguns respondentes é necessário um investimento em promoção e divulgação para atenuar o *deficit* reputacional já que a procura permite captar receitas do exterior contribuindo para financiar as instituições e os projetos de investigação que lhes estão associados (entrevistados B, C, E, H, I, J e M). Todos os entrevistados concordam que Portugal precisa de um organismo de suporte à internacionalização dos cuidados de saúde hospitalares intersectorial (saúde, economia e negócios estrangeiros), sem colocar em causa a capacidade de satisfazer a procura nacional.

A estratégia de internacionalização do setor da saúde aposta essencialmente em ter ofertas específicas para os países em que a comunidade utiliza a língua portuguesa (CPLP e PALOP), mas passa também por mercados como o Norte da Europa (entrevistados B, C, F, G, I, J e L) e Reino Unido, o qual, segundo o entrevistado (A), é o mais forte comprador internacional de cuidados de saúde. Vários entrevistados concordam que Portugal tem vários e diferentes argumentos para atrair os mercados emissores no âmbito do TMC, com centros de referência para várias áreas de especialidade e intervenções inovadoras, nomeadamente, a procura de especialistas portugueses por parte de desportistas internacionais. Mencionaram ainda a importância da promoção eficiente do que o país pode oferecer nas vertentes técnica, cultural e social, por exemplo em congressos internacionais, dando uma imagem positiva do país, e incidindo sobre o que se faz em termos de cuidados de saúde.

Para isso, a diferenciação depende da formação dos profissionais, da investigação clínica e da criação de centros de excelência, mantendo assim os níveis de qualidade de atendimento (entrevistados A, E, G, H, I e M). Na opinião do entrevistado (L), apesar da certificação internacional ser decisiva, *“a afirmação da marca ‘Portugal’ é essencial”*. A estrutura organizacional de Portugal é próxima dos potenciais clientes, do Norte da Europa ou EUA e, comparando com outros países, a forma de estar portuguesa e a oferta turística que complementa o serviço de saúde pode ajudar a eliminar a desvantagem da procura de tratamentos no estrangeiro, que é estar fora de casa.

Na opinião dos entrevistados (A e L) se for possível obter ganhos de escala, devido ao TMC, deve haver promoção do que é bem feito, expondo as expectativas de informação do paciente internacional em *sites*, comunicando a qualidade e histórias de sucesso através da internet. Desta forma promove o turismo e a investigação em paralelo, e por sua vez, a evolução de novas técnicas, diferenciação e afirmação internacional, atraindo investigação internacional.

4.2. Motivação dos pacientes

Para compreender as motivações dos pacientes traçou-se o seguinte objetivo:

1. Conhecer os fatores que influenciam a escolha do destino hospitalar dos pacientes.

Fatores que influenciam a escolha do destino hospitalar

Segundo Connell (2011, p. 2), os principais motivos que incitam os pacientes a procurar cuidados de saúde fora do país são a redução de custos, disponibilidade, acessibilidade, qualidade e serviços adicionais, razões também mencionadas por Helble (2010) e Mugomba & Caballero-Danell (2007). A maioria dos entrevistados refere os mesmos motivos e adiciona o tempo de espera excessivo, sobrelotação e insuficiente diferenciação (entrevistados A, B, D, E, G, I e L). Um dos entrevistados menciona ainda a hospitalidade e as condições climatéricas para atividades complementares de bem-estar (entrevistado H), motivos avançados também no Grail Research (2009) e Ansari (2012). Dois entrevistados (C e M) acrescentaram que o motivo varia em função do tipo de serviço procurado e do perfil do paciente, reforçando a ideia que em certos casos é claramente o preço, noutros é o padrão de qualidade (inovação, competência e rapidez) e acreditação dos serviços, para além de razões circunstanciais.

Os entrevistados identificaram desvantagens, na procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros. Desde logo, a principal parece ser inerente à deslocação, *“quando o paciente sai da sua rede social, pela falta dos conviventes significativos”* (entrevistado C). A falta de informação em *sites* (em vários idiomas) é uma lacuna apontada pelo entrevistado (A). Porém, uma vez que se opte por este tipo de atividade, os serviços deverão preparar-se para responderem pelo menos aos idiomas mais comuns dos mercados que vão tentar explorar, incluindo o cuidado com a cultura (entrevistados D, E e L). De facto, na opinião de Voigt et al. (2010), o idioma é um fator importante daí que os pacientes de países de língua oficial portuguesa podem representar um público-alvo relevante. Um dos entrevistados referiu que o tempo de espera e o preço afastam a hipótese de Portugal entrar no mercado (entrevistado G), confirmando as principais desvantagens referidas por Mugomba & Caballero-Danell (2007). Outro entrevistado refere a falta de capacidade dos portugueses para manter os níveis da qualidade inicial ao longo de muito tempo e a falha neste processo de continuidade *“é decisiva e demolidora em termos de frustração de expectativas”* (entrevistado H).

Todavia, existe a convicção de que as vantagens superam as desvantagens do TMC, dando ênfase às qualidades turísticas que o país oferece, como clima, hotelaria, gastronomia e vias de circulação, e traduzindo um benefício para pacientes e familiares (entrevistados A, B, C, E, G, H, L, M), conforme mencionado por Connell (2011) e por Chakravarthy et al. (2008). Dois entrevistados (A e I) mencionaram que, atualmente, Portugal beneficia do turismo ocasional que acaba por ajudar para o TMC e, no futuro, o reconhecimento da qualidade dos cuidados de saúde portugueses poderão ser o motivo da procura, oferecendo simultaneamente turismo e cuidados de saúde, o que vai ao encontro da descrição de Freire (2010a).

Dois entrevistados mencionam que a procura pode ocorrer essencialmente por necessidade do paciente, quando o país de origem não é capaz de a satisfazer devido a custo, disponibilidade ou qualidade dos serviços de saúde, razões igualmente defendidas por Lunt & Carrera (2010). Um dos entrevistados acredita que as motivações para as diferentes áreas da saúde e dos pacientes diferem em função do seu perfil. No âmbito da cirurgia estética, o preço pode ser um fator decisivo mas no caso da medicina desportiva, a acreditação dos centros e a diferenciação dos seus profissionais é determinante. Por outro lado, um indicador de saúde favorável a um determinado país (taxa baixa de complicações) a par com o seu potencial turístico e versatilidade da cobertura do seguro ou sistema de saúde pode promover a procura (entrevistado M). As circunstâncias em que a procura ocorre (e previsivelmente virá a ocorrer), são diversas e dependem da oferta do país emissor, da motivação do cliente e da sua capacidade económica. No caso dos cidadãos dos PALOP a procura resulta, maioritariamente da falta de oferta nesses países (entrevistado J). Assim, este conceito de TMC que considera a saída do país de residência habitual, com a intenção de obter cuidados médicos, está de acordo com a definição de turista médico-cirúrgico, utilizando a classificação de Cohen (2008, citado por Connell, 2011), da Deloitte (2008a e 2009), Lunt & Carrera (2010) e Legido-Quigley (2007), que remete para meros pacientes, que se deslocam por vontade própria.

4.3. Competitividade

Para melhor compreender a posição de Portugal no mercado do TMC, em termos de competitividade, delinearam-se três objetivos.

1. Conhecer os fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva;

2. Perceber se Portugal é, de facto, competitivo em termos de cuidados médico-cirúrgicos;
3. Caracterizar a concorrência.

Fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva

Segundo a Neoturis (2014), os fatores-chave do TMC encontram-se circunscritos a várias características, podendo dividir-se em Regulatórios, Económicos, Sociais e Tecnológicos. Esta divisão encontra correspondência na súmula da opinião dos entrevistados. Dois dos entrevistados admitem que a maioria dos pacientes internacionais usa a *internet* para pesquisar as suas opções de tratamento, daí ser necessário ter visibilidade nos motores de pesquisa e fornecer depoimentos de pacientes tratados (entrevistados A e D). Outros três entrevistados referiram que entre as condições imprescindíveis para Portugal ser bem-sucedido neste setor de atividade estão a existência de centros I&D (Investigação e desenvolvimento) de excelência, equipamentos de diagnóstico e tratamento e, capacidade de internamento e/ou alojamento na proximidade, para construir uma reputação internacional (entrevistados B, E e J). A promoção da qualidade e da oferta no exterior, incluindo a informação relativa a prémios de qualidade, bem como a oferta integrada com acordos foram referidas como fatores-chave de sucesso para a criação de uma oferta hospitalar competitiva, colocando, por exemplo, informação turística acessível nos hospitais e, nos pontos turísticos ter informação sobre os cuidados de saúde e o posicionamento da OCDE (entrevistados A, L e M).

Para além destes aspetos, a redução de tempos de espera para consulta, internamentos, Meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgias, para níveis definidos como clinicamente aceitáveis e, serviços de admissão com níveis de amigabilidade elevados, foram identificados como fatores cruciais (entrevistados A, C, G e H). Acrescentaram ainda, que será necessário manter e desenvolver os níveis de qualidade e segurança dos cuidados de saúde hospitalares bem como criar sistemas de *follow-up* adequados, de forma virtual, ou em articulação com os hospitais da proximidade geográfica do paciente estrangeiro. Todavia, de acordo com o Grail Research (2009), Deloitte (2009), Freire (2012), Mugomba & Caballero-Danell (2007) e Crooks & Snyder (2011), a continuidade de cuidados pode estar comprometida pois, o facto de os pacientes obterem tratamentos num país estrangeiro, propicia dificuldades de *follow-up* no país de residência.

Competitividade e concorrência em cuidados de saúde hospitalares

Para Helble (2010) e Freire (2012), o preço dos procedimentos é um dos principais fatores de competitividade do TMC. A este propósito um entrevistado (L), *“quando as seguradoras tiverem de assumir a deslocação de alguém ao estrangeiro poderão preferir Portugal, poderá eventualmente até tornar mais sustentáveis os cuidados de saúde já que há tratamentos que representam menos despesa, mas há outros em que, por escala, se consegue reduzir o custo marginal”* (entrevistado L). Ao nível público, o custo dos cuidados de saúde é informado pelo MS através de uma fatura proforma que retrata o que os doentes teriam de pagar pelos cuidados obtidos e serve para sensibilizar os doentes para o custo dos cuidados de saúde. No entanto, há algumas reservas devido à especificidade do setor mas, salvaguardando exceções clínicas é possível informar valores por natureza de procedimento podendo variar em função do pacote turístico que incluir (entrevistados A, C, E, G, L e M).

Metade dos entrevistados mencionou que Portugal presta cuidados de qualidade elevada a preços competitivos, entre os países que integram a OCDE (entrevistados B, C, H, I, L e M). No entanto, em oposição, do ponto de vista de dois entrevistados, o TMC não é muito promissor em Portugal pois concorre com países com melhores estruturas de saúde e que praticam preços, em muitos aspetos mais baixos (entrevistados F e G). A essência do TMC prevê algum grau de programação pelo que, o tempo de espera coincide com o tempo estritamente necessário para realizar o procedimento, segundo Mugomba & Caballero-Danell (2007). No setor privado não há espera significativa, caso contrário, os pacientes procuram a concorrência (entrevistados F e M). No caso dos hospitais públicos esta informação pode ser obtida nas bases de dados do MS (entrevistados B, C, E, G e H).

Em Portugal os profissionais de saúde são reconhecidos por ordens competentes e, dado que não há carência de profissionais, os serviços de saúde não têm dificuldade em recrutar (entrevistados B, C, D, E, G e L). A procura por profissionais qualificados é apontada por Freire (2012) e pelo Turismo de Portugal (2006) como um fator de diferenciação pelo que, na opinião de dois entrevistados, é habitualmente requerida uma especialização técnica, bem como motivação para a investigação, domínio de línguas estrangeiras e perfil de relacionamento interpessoal respeitando outras culturas (entrevistados A e M). O aspeto cultural é fundamental, pois as motivações que têm por base afinidades culturais não podem ser negligenciadas (Deloitte, 2008a).

Certos países apostaram numa estratégia de preço, porém, Crooks & Snyder (2011) revelam preocupação relativa à possibilidade de os pacientes substituírem as decisões clínicas por motivos de ordem financeira. A maioria dos entrevistados referiu, que apesar de qualquer estratégia ter em conta esta variável, deve-se evidenciar a qualidade dos cuidados (recursos humanos, equipamentos e instalações) e privilegiar fatores como a proximidade geográfica, cultural e linguística, orientando a oferta para os nichos que forem mais convenientes, sobretudo nas situações em que o fator preço for desvantajoso para Portugal. Assim, na opinião dos entrevistados (A, B, E, I, J, L e M), Portugal deve apostar na diferenciação, aliando a capacidade de fazer melhor com preços competitivos e procurando mercados menos sensíveis ao preço, onde a qualidade e segurança nos cuidados é um fator crucial. Acresce que o produto final tem uma componente saúde e outra de turismo e lazer, esta última, ainda que de peso inferior, torna os preços portugueses competitivos, unindo os dois objetivos conforme opinião de Voigt et al. (2010), Freire (2010a) e Freitas (2010).

Em última instância, o campo da saúde não é comparável com outras áreas nem com países onde os níveis de vida correspondem a salários mais baixos ou onde não são respeitados os direitos dos trabalhadores, daí que, o custo de cada unidade de produção é certamente mais elevado num país ocidental (entrevistados C, D, F e G). Assim, a vantagem competitiva consegue-se “*dando garantias de competência, segurança, atratividade das propostas e preço justo*” (entrevistado M) para além do conhecimento científico e I&D. Este conjunto de fatores permite o desenvolvimento de novas terapias ou procedimentos menos invasivos, com menor tempo de convalescença, menos efeitos secundários e maior acompanhamento psicológico. A referência portuguesa deverá centrar-se no âmbito da qualidade, formação, diferenciação, tempo de resposta, condições logísticas e não necessariamente ao nível do preço (entrevistados B, C, D, E, G e H). Uma outra opinião revela que só se obtém vantagem competitiva “*se o modelo de saúde for livre, sem a omnipresença do Estado e permitir uma concorrência regulada*” (entrevistado F – administrador hospitalar do setor privado).

Para além dos serviços clínicos, na opinião de Walker et al. (2009, citado por Freire, 2012), o TMC beneficia da imagem do país enquanto opção turística. Vários entrevistados referem que Portugal reúne os fatores críticos de sucesso para a prestação de cuidados de saúde hospitalares, nomeadamente, recursos humanos competentes, equipamentos de diagnóstico e tratamento, condições ao nível do serviço hoteleiro com preços competitivos e boas acessibilidades, no entanto, estas características não são suficientes pois necessitam do prestígio do País, que está em baixa (entrevistados B, C, E, F, G, J e L).

Um dos entrevistados referiu que devido à importância da componente I&D, os hospitais públicos estão em vantagem exceto os casos em que o fator clima e presença da comunidade britânica favorecem estes segmentos (entrevistado B). Quase todos os entrevistados reconhecem a existência de uma lógica no setor público que garante o acesso a cuidados de saúde a todos, diferente da lógica do setor privado, em que é preciso captar clientes, salvaguardando os casos em que têm contratos fortes com o estado (caso das parcerias público-privadas) (entrevistados A, C, E, F, G, H, I, L e M).

Em suma, o sistema de saúde português não beneficia dos mecanismos de mercado primordiais, da liberdade do consumidor, por este último depender da relação de agência (prescritor) nem da livre concorrência entre operadores, por ser um setor muito condicionado pelo principal operador e pagador que é o Estado. Esta opinião é identificada por Silveira (2013) e portanto, a colaboração é a única forma de o TMC crescer, já que *“o mercado emergente é suficientemente grande para satisfazer todos os envolvidos”* (entrevistado A – investigador da MTA).

4.4. Desafios e oportunidades

Para determinar os desafios e oportunidades que se colocam ao setor delinearam-se dois objetivos:

1. Procurar setores onde é possível estimular a procura de cuidados médico-cirúrgicos por pacientes estrangeiros;
2. Conhecer os desafios e oportunidades em termos de oferta de serviços de saúde para pacientes estrangeiros.

Estímulo à procura de cuidados de saúde hospitalares

Para estimular a procura de cuidados de saúde hospitalares por pacientes estrangeiros dois entrevistados frisaram a importância de melhorar a imagem e credibilidade externa do país (entrevistados I e L). Três outros entrevistados referiram que é preciso saber qual o mercado que se pretende explorar para chegar ao público-alvo, sabendo que tem de existir uma estratégia individualizada porque a mesma não serve para todos (entrevistados D, E e G). Segundo o Grail Research (2009), a questão da imagem do país é uma realidade que gera ceticismo entre os pacientes estrangeiros pois existe a crença que os países prestadores carecem de profissionais e instalações de qualidade. Para além destas desvantagens, o académico da área da gestão, verbalizou que para os turistas da Europa do Norte, *“a imagem global do país pode afetar*

negativamente a perceção da qualidade do serviço e a competência técnica dos profissionais” (entrevistado B). Por sua vez, o académico da área da saúde, mencionou que Portugal tem um SNS bom para os Portugueses mas menos amigável para cidadãos estrangeiros, justificado pela falta de experiência na assistência a estrangeiros de forma massificada (entrevistado C).

A atração de clientes começa na formação e divulgação junto dos médicos estrangeiros que poderão recomendar as unidades de saúde portuguesas para o tratamento de determinadas patologias. A realização de campanhas de informação em congressos pode ser a forma mais económica e direta de colocar os prescritores estrangeiros em contacto com a realidade e as vantagens competitivas de Portugal (entrevistados B, H e M). O entrevistado (C) mencionou que para atrair potenciais pacientes estrangeiros poderá pensar-se em criar hospitais muito medicalizados apenas direcionados para estrangeiros com elevado poder de compra, porém esta abordagem é de pouca rentabilidade devido à mão-de-obra relativamente cara, em mercados difíceis de fidelizar. Por outro lado, *“a criação de clínicas hospitalares pouco medicalizadas, com um conceito low cost, poderá ser pouco apetecível aos profissionais e investidores portugueses”*.

Um dos entrevistados mencionou que *“numa primeira fase deverão ser privilegiadas abordagens B2B³³”* (seguradoras, sistemas nacionais de saúde e outros grandes compradores), orientadas aos nichos, e estruturadas em propostas atrativas, quer para financiadores, quer para o consumidor final. Em paralelo, *“deverão ser desenvolvidas abordagens B2C³⁴”* que, beneficiando de algum efeito de arrasto das primeiras, terão efeitos sinérgicos sobretudo ao nível da reputação e imagem, central neste mercado, pois existe uma oferta em saúde de elevada qualidade que, no entanto, não é percecionada pelos potenciais clientes (entrevistado J). A este propósito, o entrevistado (A) enfatizou a sociedade de consumo e comunicação de qualidade através da *internet*. Para dois entrevistados é primordial implementar padrões uniformes de prestação de cuidados e fixar preços médios para o setor público e privado. Para além disso é fulcral uma aposta forte na inclusão do TMC no plano estratégico nacional para o turismo e apoio das autoridades na promoção da marca Portugal (entrevistados H e M). Por seu lado, o administrador hospitalar do setor privado referiu que não se podem esperar grandes avanços no TMC, em oposição às melhores possibilidades no turismo ligado a atividades de lazer pois *“só as organizações privadas estão em condições de lidar com o mercado, já que as públicas são coletivistas e pouco habituadas à concorrência em que é o doente que decide”* (entrevistado F).

³³ B2B significa Business-to-business, é a denominação do comércio estabelecido entre empresas

³⁴ B2C significa business-to-consumer ou business-to-customer, é o comércio efetuado diretamente entre a empresa produtora, vendedora ou prestadora de serviços e o consumidor final

Desafios e oportunidades em termos de oferta de serviços de saúde

Apesar dos riscos inerentes aos cuidados de saúde, na opinião de Crooks & Snyder (2011), o TMC expõe os pacientes a riscos acrescidos, no entanto, a maioria dos entrevistados referiu que os riscos são inerentes à atividade em saúde em geral, pelo que não parece haver risco acrescido, no entanto, reforçam que os fornecedores devem encorajar os pacientes a ter seguros específicos, para o caso do paciente regressar a casa e surgirem complicações (entrevistados A, B, E, F, H, I e L), em analogia com os alertas de potenciais riscos de complicação com tratamentos longe de casa, identificados por Bookman & Bookman (2007).

Em oposição, o enfermeiro do setor público revela o risco associado ao “*nível de litigância e ao nível da ‘accountability’, pouco habitual na cultura portuguesa*” (entrevistado D). A reforçar a importância desta ideia, o médico do setor privado frisou que, no contexto lato do TMC, o risco maior parece ser a eventual prestação de serviços por agentes com requisitos insuficientes, contaminando a imagem dos competidores nacionais melhor preparados (entrevistado M). Na verdade, segundo o Grail Research (2009, p. 7), existe o risco de recorrer a profissionais de saúde com baixos padrões de habilitação, barreiras linguísticas e coberturas de saúde inferiores às do país de origem.

Atualmente, não há recursos ou pareceres profissionais disponíveis para verificar a alegada experiência dos profissionais e o *word-of-mouth* é o canal mais relevante (Deloitte, 2008, p. 5). Porém, o rápido crescimento da indústria do TMC cria o seu próprio conjunto de riscos já que cada vez mais profissionais de saúde, incluindo participantes individuais, estão a envolver-se, pelo que, a qualidade e os padrões de procedimentos médicos pode variar amplamente, devido ao conjunto diversificado de prestadores. Os casos isolados de insucesso em procedimentos médicos podem ser suficientes para gerar publicidade negativa, afetando a reputação do setor e abalando a confiança dos pacientes. A este respeito, um dos constrangimentos evidenciados pelo Grail Research (2009, p. 7) diz respeito a questões jurídicas, já que os consumidores têm de respeitar as leis e regulamentos do país prestador, no caso de complicações após o tratamento. Para três entrevistados a qualidade dos serviços e segurança são fundamentais pois os pacientes devem ter a certeza que se trata de um passo seguro e simples, mesmo se for necessário interromper (entrevistados E, G e L).

Na opinião de vários entrevistados, a distinção entre serviços hospitalares, situados em redes de referência distintas, a partir da prontidão na admissão, da qualidade do serviço prestado, da segurança clínica e das opções diagnósticas e terapêuticas ajustadas aos resultados em qualidade de vida e às possibilidades económicas revela um serviço com qualidade,

comodidade e hospitalidade (entrevistados B, C, G, H e L). Por sua vez, outro entrevistado revelou a necessidade de divulgar esses indicadores de qualidade em relatórios internacionais e ampliar os níveis de acreditação, promovendo as mais-valias que possam identificar o serviço de saúde hospitalar em Portugal (entrevistado M).

Diversos entrevistados referiram que este setor tem um impacto pouco relevante, mas com elevado potencial, no entanto, maior em termos assistenciais e menor em termos de faturação. Todo aquele que for bem tratado em Portugal contribui para a boa publicidade do país mas se houver um caso que corra mal pode ser o suficiente para comprometer essa boa imagem (entrevistados C, G, H, J e L). Em oposição, para dois entrevistados o impacto para Portugal seria um aumento das receitas para o país, o facto de se tratar de uma tipologia de investimento em cuidados de saúde hospitalares, sem suporte competente de estudos de mercado, constituem os principais riscos (entrevistados C e G), a somar à cada vez menor disponibilidade de orçamento público para o setor da saúde.

Em caso de complicações, na opinião de dois entrevistados (H e L), nos termos da diretiva comunitária, os custos associados deverão ser imputados a quem for atribuída a responsabilidade, até porque, deve haver uma garantia que todos os protagonistas do mercado têm seguro, ou no caso de existirem protocolos entre os países, poderão ser os sistemas públicos dos países de origem a suportar os custos (entrevistados A, B, C, D, E e G).

Para que este nicho de mercado prolifere de uma forma sustentável é necessário *“assegurar bons estudos de mercado, uma minuciosa contratualização de cuidados de saúde hospitalares, que o terceiro pagador tenha uma rede de referência confiável e boas infraestruturas de comunicação e transporte”* (entrevistado C). Para além destes aspetos, três entrevistados referiram ser fundamental a promoção da inovação e I&D na medicina, patenteando e protegendo os resultados e aplicações da investigação e simultaneamente divulgar na comunidade médica internacional essas inovações (entrevistados A, B e G).

Dotar o mercado de pacientes estrangeiros significa que esses indivíduos estão dispostos a pagar mais para obter o que poderiam ter no seu país noutras circunstâncias, pelo que o fator preço não é o mais importante, mas sim a qualidade, o conforto e as amenidades que envolvem o serviço. Dois dos entrevistados focaram a ideia que para manter o mercado sustentável é essencial manter uma estratégia de comunicação continuada, sobretudo no *word-of-mouth* e criar a cultura de que Portugal é uma boa opção. Para isso é fundamental garantir acreditações de qualidade internacionais e identificar as áreas onde se poderá prestar serviços em tempo útil, com qualidade, a preços competitivos, e não avançar para áreas para as quais não haja

capacidade de resposta (entrevistados D, H e I). Na opinião do diretor da Administração Regional de Saúde, a oferta integrada tem de “*garantir que se torna apetecível a deslocação (o que é difícil) e tornar fácil a decisão*” (entrevistado L). Tornar apetecível é dizer que os cuidados de saúde têm qualidade e segurança e tornar fácil é desburocratizar o processo (entrevistados L e M).

Da mesma forma, para três entrevistados, uma vez garantidos altos padrões de desempenho e segurança, deve-se promover e contratualizar estrategicamente com os canais de distribuição depois de conhecer o sistema de financiamento da saúde nos mercados emissores, os mecanismos de mercado envolvidos no TMC e adequar a oferta portuguesa de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico e socioeconómico dos consumidores (entrevistados H, J e M), recorrendo ao uso maciço da *internet* (entrevistado A). O recurso à *internet* permite dotar os pacientes de toda a informação necessária, desde os procedimentos médicos até aos circuitos de viagem, conforme mencionado por Altin et al. (2011). Um entrevistado refere que para o setor de saúde português atrair pacientes internacionais deve concentrar-se na qualidade dos seus cuidados de saúde e serviços administrativos, a qual não se limita a pacientes externos, pois adotando essas práticas como negócio beneficia também os pacientes locais (entrevistado A).

4.5. O mercado de TMC: caracterização, concorrência e análise SWOT

O estudo dirige-se ao mercado disponível, baseado na análise da realidade do TMC, os serviços que oferece, os países envolvidos, as questões sociais, as condições que motivam os clientes a procurar os serviços, os obstáculos percebidos no setor e os efeitos da ausência de um quadro legal, que acompanham o desenvolvimento deste nicho de mercado. Vários fatores devem ser considerados quando um país pretende participar no TMC, como integrante das suas estratégias para o crescimento económico. O suporte do governo e as diversas áreas como infraestrutura, competência dos profissionais e estabilidade políticas do país, são fatores fundamentais. Analisados os dados, torna-se fundamental perceber o que é necessário fazer para que Portugal seja um destino a considerar no setor do TMC. Não há ainda consistência entre os intervenientes para receber este mercado em Portugal, e só com uma análise profunda de médio ou longo prazo isso poderá ser possível. O TMC em Portugal pode realmente ser uma oportunidade a explorar, no entanto, não será exequível estimular a procura sem ser realmente competitivo e enquanto não se envolverem todas as partes interessadas num esforço conjunto. O trajeto para o desenvolvimento do negócio deve ter em conta a *“análise do meio envolvente, a análise da concorrência e a análise do mercado, visando a fundamentação das opções táticas de marketing”* (IAPMEI, 2014). Assim, far-se-á de seguida uma caracterização do mercado, uma breve análise da concorrência, e um resumo das análises interna e externa, através da aplicação da análise SWOT, identificando as ideias-chave para a gestão deste setor, o que permite estabelecer prioridades de procedimentos.

4.5.1. Caracterização do mercado

Muitas das fontes utilizadas nesta pesquisa não fornecem apenas as definições de TMC, mas também mostram a variedade e gama de empresas que estão envolvidas neste tipo de turismo. Assim, a caracterização do mercado é baseada na descrição do TMC. A globalização e melhoria das tecnologias de comunicação contribuíram para o crescimento da indústria atuando como um catalisador do TMC (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 44). O comércio internacional de serviços de saúde tem crescido um pouco por todo o mundo. No entanto, existem poucos dados sobre o mercado de turismo de saúde em geral e menos ainda sobre o TMC em particular. Para além da quantidade de pacientes que viaja à procura de cuidados de saúde, a informação

essencial está insuficientemente retratada. Os dados fundamentais que incluem o país de residência, o tipo de tratamento, os seus custos e forma de financiamento, bem como o *outcome* do procedimento em termos de ganhos ou perdas para a saúde pública estão a faltar. Segundo Helble (2010, p. 3), a OMS e a OCDE estão a trabalhar em conjunto para implementar contas de saúde que integrem toda a informação, o que sugere um passo importante para acordar uma nomenclatura internacional e uma metodologia de recolha de dados comum, permitindo futuramente compará-los, delinear políticas de saúde adequadas e conhecer a dimensão do mercado.

Alguns países já são reconhecidos pelas suas especializações em determinados procedimentos, como por exemplo, países da Europa Oriental tornaram-se importantes para o cuidado dentário e cirurgia plástica; a Jordânia e Israel especializaram-se em fertilidade feminina, fertilização *in vitro* e gravidez de alto risco; a África do Sul e Argentina são destinos populares para cirurgias cosméticas e Cuba especializou-se em doenças de pele (Connell, 2006). Outro aspeto deste mercado evidencia que a indústria do TMC tem crescido com diferentes combinações de envolvimento do setor público e privado. Devido às muitas oportunidades de crescimento económico, através da promoção do TMC, muitos países em todo o mundo estão conscientemente a comercializar os seus cuidados de saúde a pacientes estrangeiros (Bookman e Bookman, 2007, p. 95).

Muitos países adotaram medidas abrangentes, a fim de aumentar a sua indústria de TMC. De acordo com Bookman e Bookman (2007, p. 95), uma vez que um país decida promover o TMC, encontra o desafio de determinar o tipo de incentivos que irá proporcionar. Segundo os autores, os governos podem oferecer diversos incentivos quer aos hospitais públicos quer aos privados. Além de incentivos para promover os serviços, os governos podem facilitar o desenvolvimento da infraestrutura física adequada. Mugomba & Caballero- Danell (2007, p. 20) nota que em todos os destinos sob seu estudo que o governo estava envolvidos, de alguma forma, para o desenvolvimento de infra-estrutura da indústria do turismo médico, incluindo hotéis e hospitais. Os governos podem promover a cooperação no sector público através da formação de alianças entre os diferentes ministérios da Saúde, Turismo e Comércio, bem como órgãos responsáveis pela migração e as viagens ao exterior (Bookman e Bookman, 2007). Autores como Bookman e Bookman (2007, p. 163) mencionam que, enquanto o objetivo final do setor público é a prestação de cuidados de saúde equitativo e adequado a todos os cidadãos, o principal objetivo do setor privado é maximizar os lucros, atraindo pacientes estrangeiros. Atendendo a esta dualidade, os autores sugerem que o sucesso da indústria do TMC só pode ser alcançado com a cooperação de ambos.

Conforme evidenciado anteriormente, o envelhecimento da população em diversos países está a exercer pressão sobre os sistemas de saúde. Além disso, o mercado-alvo inclui também os consumidores não segurados e sub-segurados à procura de tratamento de saúde mais acessíveis fora do seu país de origem. No entanto, não só estes os aspetos que caracterizam o mercado de TMC. O quadro 8 enumera alguns dos aspetos que descrevem o potencial do mercado de TMC, baseado na literatura.

Quadro 8: Potencial do mercado do TMC

<i>Potencial do mercado</i>	<i>Fontes</i>
Previsão positiva de crescimento	<i>Deloitte, 2008; Deloitte, 2009; Gan and Frederick, 2013, p. 178; Freitas, 2010, p. 6; Ansari, 2012, p. 220; Freire, 2012, p. 41; Grail Research, 2009, p. 3; Connell, 2006, p. 1094; Voigt et al., 2010, p. 38; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 46, 68; Ehrbeck et al., 2008, p. 1; Bookman & Bookman, 2007; Helble, 2010, p. 5</i>
O TMC pode ser adotado por qualquer país. Não depende da localização geográfica mas do conhecimento específico e infraestrutura	<i>Voigt et al., 2010, p. 38; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 30; Freire, 2012, p. 45; Bookman & Bookman, 2007; Helble, 2010, p. 5</i>
Benefício para os pacientes locais	<i>Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 5</i>
Potencial de criação de empregos para os residentes, no setor de serviços	<i>Freire, 2012, p. 43; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 21</i>
Nicho de mercado	<i>Freire, 2012, p. 41; Connell, 2006, p. 1094; Mugomba & Danell, 2007, p. 46</i>
Devido à natureza “global” do TMC, as empresas internacionalizam-se imediatamente já que o mercado-alvo se encontra no exterior	<i>Bookman & Bookman, 2007, p. 24; Freitas, 2010, p. 3; Neoturis, 2014</i>
Para diferenciar o serviço, o TMC pode apoiar-se nas atrações turísticas do país e pacotes de lazer	<i>Freire, 2012, p. 43; Yu et al., 2011; Ansari, 2012; Grail Research, 2009; Connell, 2011; Chakravarthy et al., 2008; Voigt et al., 2010, p. 36; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 2, 24; Bookman & Bookman, 2007; Lunt & Carrera, 2010</i>
Destinos de turismo tradicional têm uma plataforma de marketing natural	<i>Freire, 2012, p. 43; Yu et al., 2011; Ansari, 2012; Grail Research, 2009; Connell, 2011; Chakravarthy et al., 2008; Voigt et al., 2010, p. 36; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 24</i>
A ausência de regras de mercado favorece o crescimento do mercado	<i>Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 68; Connell, 2011, p. 2</i>

(Fonte: baseado na literatura)

Os países envolvidos em TMC enfrentam uma série de dificuldades que incluem, por exemplo, a qualidade percebida dos profissionais de saúde e unidades de saúde, a falta de padrões para registos clínicos, dificuldades em viagens internacionais, diferenças culturais e linguísticas para além da gestão de complicações pós-operatórias. Para além das dificuldades associadas a esta atividade e, atendendo ao potencial de mercado plasmado no quadro anterior, vários são os desafios inerentes à decisão de investir neste segmento de mercado. No quadro 9, apresentam-se alguns desses desafios do mercado de TMC, baseados na literatura.

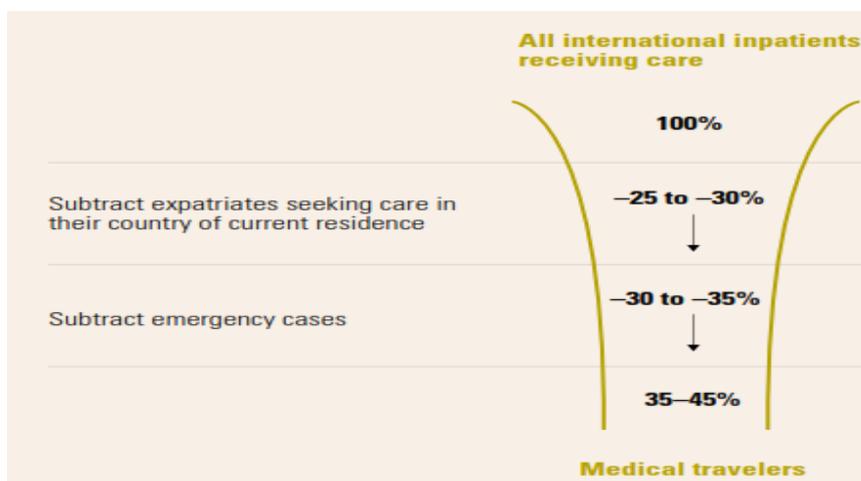
Quadro 9: Desafios do mercado do TMC

<i>Desafios do mercado</i>	<i>Fontes</i>
A ausência de regras do mercado em países que proíbem o TMC em certos destinos pode não persistir, induzindo nova concorrência	<i>Voigt et al., 2010, p. 38; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 21; Helble, 2010</i>
A relação de preço baixo e qualidade elevada pode não ser sustentável se os custos de manutenção aumentarem	<i>Helble, 2010, p. 1; Crooks e Snyder, 2011, p. 151; Grail Research, 2009, p. 2; Connell, 2011, p. 11; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. i; Gan and Frederick, 2013, p. 179; Heung et al., 2010</i>
A população local não pode pagar o mesmo tipo de serviço que é oferecido aos turistas	<i>Freire, 2012, p. 45; Helble, 2010, p. 6; Voigt et al., 2010, p. 40; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 20; Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 6; Carrera e Bridges, 2006; Lunt & Carrera, 2010, p. 31</i>
Ausência de leis ou políticas de assistência internacional impede proteção contra má prática	<i>Altin et al., 2011, p. 6; Voigt et al., 2010, p. 38; Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 21</i>
A natureza do produto, saúde e lazer, pode requerer um investimento inicial significativo	<i>Bookman & Bookman, 2007, p. 24; Yu et al., 2011, p. 858; Cattaneo, 2009; Helble, 2010, p. 6</i>

(Fonte: baseado na literatura)

Apesar do mercado apresentar uma tendência crescente, a título de exemplo, apesar do TMC ter captado a atenção e imaginação do mundo, um estudo da McKinsey sugere que o mercado não é tão grande como referido, conforme sugerido na figura 4. Este estudo mostra também que a maioria dos pacientes procura profissionais de alta qualidade e serviço mais rápido, em vez de redução de custos. A agência aponta o mercado atual entre 60.000 e 80.000 pacientes por ano, mas esses números podem crescer substancialmente se algumas barreiras foram removidas (Ehrbeck et al., 2008, p. 1).

Figura 4: Um mercado menor do que parece



(Fonte: Ehrbeck et al., 2008, p. 3)

4.5.2. Segmentação, Posicionamento e Targeting

Segmentação e Targeting

O processo de segmentação surge como um recurso para identificar o público-alvo para o TMC, permitindo determinar o perfil dos potenciais clientes, as suas carências e intenções, com o propósito de formular uma estratégia de marketing. De acordo com os dados relativos às atividades praticadas pelos turistas, fornecidos pela pesquisa do European Travel Monitor, “*estima-se que cerca de 7 milhões de viagens têm uma componente complementar de Saúde e Bem-Estar*” (Turismo de Portugal, 2006, p. 10). Este dado é relevante na medida em que oferece a possibilidade de desenvolver uma oferta mais atrativa e captar um número elevado de clientes, provenientes de outros setores turísticos. Talvez o mais importante e principal objetivo da segmentação de mercado é a distinção entre os consumidores que procuram turismo de bem-estar e aqueles que procuram tratamento médico-cirúrgico, como discutido na secção 2.1. Assim, atendendo à multiplicidade de motivos que criam as oportunidades para destinos de TMC (descrito na secção 2.2), consideram-se para este nicho de mercado, todos os indivíduos estrangeiros que procuram os cuidados médico-cirúrgicos em Portugal, pois o objetivo passa essencialmente por captar potenciais pacientes estrangeiros, que procuram uma relação aprofundada entre a qualidade dos cuidados de saúde e, se possível, o património turístico português.

Posicionamento

O posicionamento faz parte da estratégia central de *marketing* de uma organização e permite cruzar os pontos fortes com as oportunidades presentes no mercado. A estratégia central envolve duas partes, primeiro a organização tem de identificar o grupo de clientes para os quais tem vantagem diferencial e o segundo passo será a posição do produto ou serviço na mente desses consumidores. O posicionamento de um produto ou serviço também depende da posição do competidor no mercado, em que a estratégia passaria por comparar o produto ou serviço aos outros no mercado para diferenciá-lo dos restantes, sugerindo “*(...) a forma como um produto é definido pelos consumidores em atributos importantes*”³⁵ (Kotler et al., 1999, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 59).

³⁵ “*(...) the way a product is defined by consumers on important attributes*”.

4.5.3. Análise da concorrência e competitividade

A atividade desenvolvida pelas unidades destinadas ao TMC não varia muito. De facto, encontram-se na literatura apenas algumas unidades que promovem determinadas áreas cirúrgicas, as quais, de uma maneira geral, incluem basicamente cirurgia ortopédica, estética e dentária. Em Portugal, existem unidades de saúde que promovem a sua atividade no exterior dedicando-se a segmentos específicos. Ao nível dos preços praticados em Portugal, o setor privado, pratica preços inferiores aos praticados noutros países da UE (figura 6), bastante abaixo dos aplicados nos EUA mas, ainda assim, superiores aos de países emergentes como Índia, Brasil e Tailândia. Este dado revela uma potencialidade e, ao mesmo tempo, uma dificuldade sabendo que as economias de custo são um dos principais motores do TMC. Ainda assim, *“um país com escassez de recursos e habilidades perde competitividade e pode ser ultrapassado por outros destinos mais custo-efetivos”* (Deloitte, 2008, p. 6), o que abona a favor de Portugal, onde as estruturas e competências dos profissionais são reconhecidas, com preços competitivos.

Atualmente, a competitividade de Portugal no setor é limitada, principalmente devido à insuficiente quantidade e variedade de unidades hospitalares dedicadas a esta atividade, particularmente, em determinadas zonas ou regiões do país. Todavia, o *“Health Cluster Portugal encara o tema do lado da oportunidade, no âmbito mais vasto do TMC e do Turismo de Saúde”*, sendo que *“com base nas competências e capacidades disponíveis, o nosso país tem condições para beneficiar francamente de um balanço positivo”* (Silveira, 2013, p. 9). O presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (2013, citado por Silveira, 2013, p. 9) refere que *“o país tem de adaptar o seu modelo de saúde à liberdade de escolha e à concorrência, evoluindo de uma forma progressiva para a desburocratização e descentralização”*.

Para diferenciar um produto de outros, seja baseado em preços mais baixos ou fornecendo mais benefícios para justificar preços mais altos, pode obter-se vantagem competitiva mas, para que um produto ou serviço seja diferente dos seus concorrentes, tem de ser percebido como único. Porém, o desenvolvimento de ações de diferenciação pode ocorrer ao longo de várias dimensões, sejam linhas do produto, serviços, pessoal ou imagem (Kotler, et al. 1999, p. 434-443, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 62).

Apesar de a diferenciação não conduzir necessariamente à obtenção de uma quota de mercado dominante, prevê fidelidade à marca, resultando numa menor sensibilidade aos preços, enquanto cria uma posição sustentável contra substitutos ou concorrentes. Sem dúvida, o elemento médico, instalações, tecnologia utilizada, entre outros, são fatores nucleares decisivos, mas, como os destinos de TMC pesquisados oferecem serviços clínicos de alta qualidade, a vantagem competitiva pode ser adquirida através do componente de lazer do pacote. Assim, os países que oferecem serviços médicos semelhantes utilizam mais a parte de lazer do pacote de TMC para diferenciar o seu produto dos demais concorrentes, o que pode constituir o fator determinante para os pacientes decidirem onde procurar cuidados de saúde.

Conforme descrito, a pesquisa de liderança pela eficiência de custo, como atração principal na indústria do TMC, parece um pouco irrelevante com base no estado atual de crescimento do setor pois *“o consumidor não compara preços entre os destinos de TMC, como por exemplo a Malásia contra a Índia, mas sim contra os preços dos serviços médicos no seu país de origem. Esta é uma vantagem competitiva que a indústria como um todo aprecia”*³⁶ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 83). A grande vantagem competitiva de Portugal no TMC não passa pela oferta de serviços *“low cost”*. A ideia é estruturar a oferta em pacotes adicionais que, além do procedimento clínico propriamente dito, incluam as viagens e acomodação, até porque os custos de transporte e alojamento *“são muito competitivos”* (Joaquim Cunha, diretor do HCP, 2014).

A evolução das competências nacionais para níveis mais elevados também exprime que as empresas enfrentam agora uma concorrência global, sem proteção no mercado doméstico, anteriormente oferecida pelos governos nacionais, e mesmo se uma pequena organização preferir não entrar em mercados internacionais *“deve alcançar eficiências de escala mundial, para se manter competitiva e viável nos mercados abertos de hoje”*³⁷ (Dana & Wright, 2003, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 83). A figura 5 mostra a competitividade portuguesa face a alguns países, relativamente ao preço dos procedimentos mais procurados.

³⁶ *“The consumer doesn’t compare prices between medical tourism destinations, Malaysia versus India, but rather against the prices of medical services in their home country. This is a competitive advantage that the industry as a whole enjoys”.*

³⁷ *“(…) it must achieve world-scale efficiencies in order to remain competitive and viable in today’s open markets”.*

Figura 5: Comparação de preço dos procedimentos em diversos países³⁸

Procedimentos	Mercados chave (Maior quota do potencial total)			Outros mercados (Posicionamento mais selectivo)			
	Reino Unido	Alemanha	França	Áustria	Holanda	Suécia	Espanha
Cirurgia às cataratas	← 840 € ⊗	1.120 € ↓	400 € ⊗	(100 €) ⊗	(950 €) ⊗	(200 €) ⊗	(100 €)
Artroplastia da anca	↑ 7.550 €	↑ 5.550 €	↑ 6.050 €	↑ 12.050 €	↑ 3.300 €	↑ 6.550 €	↓ 750 €
Angioplastia coronária	↑ 2.541 € ⊗	5.972 € ⊗	(2.411 €)	- €	- €	- €	⊗ (5.256 €)
Colecistectomia	↑ 4.200 € ←	1.000 € ↑	4.111 €	- €	- €	- €	- €
Hérnia inguinal e femoral	← 1.250 € ↓	500 € ↓	571 €	- €	- €	- €	↓ 571 €
Artroplastia do joelho	↑ 1.507 €	↑ 1.682 €	↑ 1.723 €	↑ 2.756 €	- €	- €	⊗ (790 €)
Prostatectomia	← 1.340 € ⊗	1.432 €	- €	- €	- €	- €	⊗ (2.255 €)

Poupança absoluta: ⊗ Sem poupança ↓ Baixa (<750€) ← Moderada (751 a 1500€) ↑ Elevada (> 1501€)

(Fonte: Neoturis, 2014, p. 10)

A competitividade dá origem e deriva do aparecimento de novos produtos, novas eficiências em termos de produção ou processos organizacionais, ou talvez novos métodos de marketing e segmentos de mercado. De acordo com Porter (1998) qualquer organização que pretenda desenvolver uma vantagem competitiva internacional deve basear-se na suposição de que a concorrência é dinâmica e evolutiva. Recordando a competitividade internacional de Porter, o paciente escolhe um destino para obter o tratamento médico-cirúrgico que pretende, baseado numa necessidade ou motivação. Assim, analisando o grau de competitividade das organizações que participam no TMC, e aplicando a teoria de Porter (1998), os fatores a ter em conta são os seguintes:

- No que diz respeito à concorrência direta, no caso do TMC, a diferenciação de produto é muito pequena, baseando-se num número limitado de serviços. Os meios de divulgação entre as empresas deste setor pouco diferem, predominando a utilização de *websites*, no entanto, o conteúdo e o serviço de informação é sem dúvida um aspeto fulcral para atrair a procura. Porém, constata-se que a melhor forma de divulgação é o *word-of-mouth*;

³⁸ Preços de tabela médios em centros hospitalares nacionais e informação da comissão do Healthy'n Portugal.

- As unidades de saúde que pretendem realizar este tipo de atividade são, regra geral, instituições de grande envergadura e, por essa razão, os apoios e incentivos por parte do Estado, são importantes para os investidores iniciarem os seus projetos. O apoio do estado é um fator importante, também devido às questões legais, em termos de licenciamento, que surgem como obstáculos ao arranque de novas unidades;
- Atualmente a tecnologia atribui maior capacidade ao consumidor na sua tomada de decisão perante o serviço pretendido, disponibilizando informação remotamente. O paciente toma decisões compensando um poder que se encontrava centralizado do lado da oferta e cujas informações, que estavam sob controlo do prestador passam a estar também sob controlo dos consumidores. Para além disso, cada vez mais, os consumidores baseiam as suas decisões de compra em opiniões colocadas na *internet* por outros utilizadores em *blogs*, fóruns, comunidades e *sites* especializados;
- A desvantagem da maioria das empresas do setor, especialmente as que pretendem ingressar no mercado de serviços de saúde a estrangeiros, é a concorrência do setor público, pois garante a sua operacionalidade em situação de urgência. Por outro lado, o facto de se tratar de um setor muito regulado, em Portugal, diminui a capacidade negocial dos prestadores de serviços privados;
- O paciente que procura um serviço de saúde pode optar por diversos destinos disponíveis. Para contornar esta situação é necessário investir em ações de melhoria contínua em termos de qualidade e diferenciação em relação às alternativas. Estas ações satisfazem as necessidades do paciente internacional, se forem ao encontro das suas expectativas ou até, se as superar, de forma a tentar fidelizar.

A aplicação do modelo de Porter aplica-se também a setores dos serviços, apesar de habitualmente ser utilizado para analisar a estratégia para obter vantagem competitiva em indústrias transformadoras de produtos. Conforme identificado na secção 2.4.2, Porter postula três formas de competitividade ao nível de serviços internacionais entre os quais se encontram os compradores de serviços que viajam para um país diferente da sua residência, como é o caso dos turistas médico-cirúrgicos.

4.5.4. Análise SWOT

Existe investigação substancial sobre a adequação da implementação de uma análise destes aspetos (forças, fraquezas, oportunidades, ameaças) para os países que desejam entrar num novo mercado ou rejuvenescer operações comerciais, como é o caso do TMC em Portugal. Esta análise consiste na avaliação da posição competitiva do setor e permite efetuar um planeamento das atividades a desenvolver através da identificação de duas variáveis distintas, ao nível da análise interna – forças e fraquezas - e da análise externa - oportunidades e ameaças. Desta forma, permite tomar decisões de forma estruturada, de maneira a potenciar as forças, diminuir as fraquezas, evitar as ameaças e aproveitar as oportunidades, onde as forças representam as capacidades que uma organização pode utilizar para conquistar vantagem competitiva (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 58). Este modelo facilita a procura de estratégias, constituindo uma ferramenta indispensável na definição das mesmas.

Sem recorrer a uma análise interna das potencialidades globais das organizações e a uma análise do mercado externo, através de ferramentas de análise, como a análise SWOT, as organizações têm dificuldade em adaptar-se às externalidades em tempo útil e competente, especialmente num mercado relativamente novo e em crescimento acelerado, como o TMC. Assim, a ausência de um plano para desenvolver e promover este setor, pode significar que as oportunidades não sejam totalmente exploradas mas também que uma extensa investigação do mercado poderá destacar os principais fatores para o sucesso neste setor em particular (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 53). No quadro 10, descreve-se o levantamento das ideias identificadas no decurso das entrevistas, realizadas no âmbito deste estudo.

Quadro 10: Análise SWOT à potencial atividade do TMC, em Portugal

Forças (Strengths)	Fraquezas (Weaknesses)
Infraestrutura hospitalar disponível (principalmente no setor privado) Habilitação, experiência e competências dos profissionais Disponibilidade/Excesso de profissionais de saúde Número crescente de profissionais estrangeiros Tempo de espera reduzido (principalmente no setor privado) Acreditação internacional – ao nível da Qualidade Processos clínicos eletrónicos e utilização de linguagem classificada Tratamentos especializados – transplante, cirurgia cardíaca e desportiva Baixo índice de negligência e morbilidade hospitalar Infraestrutura turística - oferta hoteleira de qualidade Relação privilegiada com os PALOP Protocolos com seguradoras internacionais	Falta de estratégia de marketing conjunta - coordenação entre os diversos <i>players</i> do setor Fraco suporte governamental para o TMC Risco de má prática / falta de ética <i>Follow-up</i> no país de origem

Quadro 10: Análise SWOT à potencial atividade do TMC, em Portugal (cont.)

Oportunidades (Opportunities)	Ameaças (Threats)
Existência de plataformas de promoção internacional do Turismo, que podem ser adaptadas a este segmento Destino turístico reconhecido e diversificado, património natural rico e hospitalidade reconhecida Imagem credível do país em termos de segurança clínica e segurança em viagens Localização geográfica, clima e ambiente benéfico para a recuperação Idioma (diáspora, CPLP, Brasil...) Preço dos procedimentos face à Europa e EUA Reputação internacional no domínio de I&D - crescente colaboração entre Universidades, Institutos, Hospitais e Empresas Importância do turismo médico-cirúrgico para Portugal Elevado potencial de crescimento Envelhecimento da população <i>baby-boomer</i> Oportunidades para os profissionais do setor Diretiva comunitária sobre os cuidados de saúde transfronteiriços Estratégias de longo prazo Livre circulação de cidadãos/pacientes no espaço europeu Viagens <i>low-cost</i> no espaço Europeu Moeda comum Inovação	Situação económica mundial Competitividade internacional crescente Riscos e complicações secundários a tratamentos Idioma (países anglófonos...) Cuidados de saúde em Portugal sem cobertura pelos seguros internacionais Desinvestimento no setor da saúde Falta de acreditação internacional (sobretudo) na hospitalização privada Preço dos procedimentos elevado face à concorrência do oriente (Índia...???)

(Fonte: baseado nos dados secundários e dados primários)

O resultado da análise SWOT efetuada ao setor, tendo em consideração o mercado global, revela que o TMC representa uma atividade com potencial de desenvolvimento em Portugal, valorizando os recursos disponíveis, tanto humanos como infraestruturas, contudo sofre de condicionantes como o idioma e o desinteresse demonstrado pela maioria das unidades privadas mas, principalmente a ausência de uma estratégia conjunta de promoção.

4.6. Conclusão do capítulo

O plano de ação utilizado pelos prestadores baseia-se na criação de valor, através de serviços, para se diferenciar do crescente número de concorrentes (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 18; Rerkrujipimol & Assenov, 2011, p. 99), no entanto, *“apesar das estratégias de marca, produtos, preços, entre outros, que um destino médico pode desenvolver, (...) todas as ações*

são inúteis se o consumo do serviço não for simples”³⁹ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 34). Apesar da diferença de preço de determinados procedimentos é importante focar onde o preço global (saúde e turismo) seja competitivo e promover enquanto produto de valor acrescentado. Embora o pacote de TMC possa ser dividido em dois elementos principais - turismo e saúde - há elementos auxiliares que o tornam exequível, no sentido de apoiar o tratamento no estrangeiro. É necessário que o serviço seja qualificado através de processos de acreditação pois só desta forma se consegue construir uma reputação no mercado internacional. Mesmo assim, é necessário criar uma rede de contactos com seguradoras e serviços nacionais de saúde, dos principais países emissores, e ter uma excelente capacidade de negociação com *brokers* do setor.

Em suma, desenvolver ações promocionais é particularmente desafiador para o mercado português, no entanto, a comercialização do TMC pode não ser compatível com a divulgação do turismo convencional. Percebe-se que as organizações interessadas tendem a avaliar a forma mais eficaz bem como a escolha dos meios e canais de comunicação para a sua promoção. A abordagem no esclarecimento de dúvidas, relativamente à qualidade do serviço, foca-se nos fatores de diferenciação, nomeadamente, cuidados de saúde de qualidade e tempos de espera curtos. Salienta também o progresso tecnológico e os profissionais de saúde habilitados, para além de destacar as ofertas do turismo tradicional, como por exemplo, o património cultural ou atrativos naturais, a preço competitivo.

³⁹ “*Despite the strategies: branding, product, pricing among others, that a medical destination may develop, (...) all actions are futile if the consumption of the service is anything but easy*”.

5. CONCLUSÃO

O turismo médico-cirúrgico tem surgido com um interesse crescente um pouco por todo o mundo, justificado pelos elevados custos com a saúde em muitos países, opondo-se a outros, em que o aumento da disponibilidade e da qualidade apresentam custos consideravelmente inferiores. Para além destes aspetos, a melhoria das comunicações e acesso à informação, designadamente, o advento e evolução da *internet*, têm contribuído para o desenvolvimento deste setor. De facto, este nicho de mercado apresenta um grande potencial, suportado por diversos aspetos positivos, que superam as dificuldades que obstroem o seu progresso. As motivações dos pacientes, associadas às dificuldades que encontram no acesso aos cuidados médico-cirúrgicos nos seus países de residência, representam os desígnios para a promoção de destinos que pretendem participar nesta atividade, crescendo de forma empreendedora. Percebe-se, neste estudo, que a competitividade do destino se consegue através da prestação de serviços clínicos de alta qualidade, a preço inferior ao dos países de origem. No entanto, a decisão de procurar um destino para TMC não pode ser alheada da qualidade dos serviços não-clínicos, nomeadamente, dos serviços hoteleiros, hospitalidade e competência de todos os intervenientes que participam no processo.

Portugal assume-se como destino turístico, no sentido convencional do termo, devido às suas características naturais, históricas e culturais. As paisagens, os monumentos históricos, as tradições e a “hospitalidade portuguesa” atraem turistas de todo o mundo. Apesar de existirem condições apropriadas para proporcionar serviços médico-cirúrgicos de qualidade, combinando com a performance em matéria de turismo, os escassos dados sobre o TMC em Portugal, expõem a sua exígua influência global. Os resultados do estudo revelam que, embora existam organizações privadas com atividade casual (isoladas e sem suporte), há potencial para o desenvolvimento do setor em Portugal.

Os ganhos económicos substanciais, incluindo a melhoria do conhecimento médico e serviços tecnológicos, bem como a maior disponibilidade de serviços de saúde de alta qualidade estão associados à expansão do TMC. A expansão do TMC enfrenta muitos desafios, de maneira a assegurar a qualidade dos cuidados de saúde a baixo custo. Fica plasmada a necessidade de desenhar políticas bem definidas que assegurem a efetiva cooperação entre os setores da saúde e do turismo, de domínio público e privado.

As deliberações utilizadas nesta pesquisa não surgiram apenas das áreas do turismo e da saúde. Para além da influência destes setores, o TMC integra um modelo de estudo apropriado ao âmbito da Gestão de Serviços de Saúde. Após a clarificação dos conceitos e do respetivo enquadramento conceptual, propôs-se uma abordagem metodológica para caracterizar as motivações dos pacientes, bem como das condições indispensáveis para a sustentabilidade do setor em Portugal. O TMC representa indubitavelmente um novo paradigma no âmbito da saúde pública global, porém, apesar da sua importância e crescente popularidade, a pesquisa sistemática neste domínio é ainda insuficiente.

As pesquisas encontram-se numa fase embrionária e os dados disponíveis, para além de escassos, assentam em estudos comerciais que exploram essencialmente a dimensão e natureza do mercado. Se à escala global pouco se sabe, ao nível interno, o TMC em Portugal, encontra-se numa fase rudimentar e pouco organizada. A deficiente promoção, evidencia pouco a perceção da disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, reduzida à imagem existente dos serviços de turismo não-clínicos. A maioria dos estudos fornece uma análise macro do TMC e só alguma ênfase aos motivos dos que ponderam obter tratamentos no estrangeiro. Esta foi a base para o desenvolvimento deste estudo e o principal fator motivador para a sua realização.

A revisão bibliográfica sugere lacunas ao nível das bases de dados de apoio à investigação sobre o TMC, nomeadamente, o perfil dos pacientes, dados biográficos, a sua origem e o tipo de informação mais valorizada pelos consumidores, bem como a explicação para a tomada de decisão e as iniciativas de promoção dos países prestadores de cuidados. O TMC é apenas uma consequência da inadequação entre a oferta e a procura de cuidados de saúde em certos países, abrindo uma janela de oportunidade para outros. Os países prestadores, que recebem pacientes estrangeiros, reconhecem que esta atividade pode trazer vantagens financeiras e melhoria dos serviços de saúde. O TMC, para além de permitir uma melhor e mais eficiente utilização dos dispositivos médicos disponíveis, contribui simultaneamente para desenvolver a indústria turística. Porém, indiretamente, pode trazer desvantagens, quer pelo desinvestimento em saúde no país de origem quer pelo recurso a prestadores pouco habilitados ou com falta de ética. Esta atividade pode ainda contribuir para o tráfico de órgãos e facilitar a falsificação de medicamentos ou equipamentos adulterados. Trata-se portanto de um fenómeno complexo.

Aproximando-se o final do trabalho, é oportuno lembrar as principais ideias versadas ainda que de forma sumária. O percurso deste estudo iniciou-se com uma abordagem conceptual ao turismo e à procura de cuidados de saúde de uma forma global, para tratar do TMC numa visão mais estreita e específica. Procedeu-se à pesquisa dos fatores que motivam a procura de

tratamentos no estrangeiro, assim como as dificuldades sentidas no setor e as suas implicações ao nível da saúde pública. Do modelo conceptual escolhido, construiu-se um guião de entrevista contendo perguntas semidirigidas. Abordaram-se diferentes dimensões do TMC, na perspetiva de representantes de diversos setores de atividade, desde a saúde, ao turismo e planeamento estratégico. Seguiu-se uma apresentação e discussão dos dados obtidos nas entrevistas, à luz dos objetivos expostos. Atendendo à natureza do estudo, de carácter qualitativo exploratório, não se aplicaram metodologias estatísticas que permitam extrapolar, com firmeza, os resultados para a realidade portuguesa.

5.1. Respostas à questão de investigação

“Quais as condições necessárias para o desenvolvimento do turismo médico-cirúrgico?”

Relembrando a pergunta de pesquisa e cumprindo o preceito metodológico preconizado, é necessário agora tentar perceber o que é possível inferir dos dados obtidos. Com o intuito de responder à pergunta da pesquisa, delinearam-se dois objetivos principais deste estudo. O primeiro consistiu em explorar as motivações dos pacientes que ponderam obter cuidados médico-cirúrgicos fora do seu país de residência e, o segundo objetivo foi, pesquisar os recursos indispensáveis para a oferta de condições para Portugal se apresentar como opção competitiva neste nicho de mercado, recorrendo à consulta de indivíduos envolvidos em áreas estratégicas.

A decisão de obter cuidados de saúde no estrangeiro baseia-se nos principais benefícios do TMC, designadamente, preços competitivos, qualidade, disponibilidade e cuidados em tempo oportuno, com a adição do componente de lazer a contribuir para a sua atratividade. Assim, dentro deste setor existem oportunidades para outras entidades entrarem no mercado em diferentes pontos da cadeia produtiva, não só os prestadores de cuidados de saúde mas também prestadores de seguros, transportadoras, produtos farmacêuticos, hoteleiros, serviços de lazer, entre outros.

Apesar do primeiro passo ter revelado a recolha de dados relevantes e suficientes para apoiar este estudo, em termos de *stakeholders*, no que diz respeito a destinos, como a especialistas e serviços, os dados revelaram a ausência de uma estrutura de mercado para o TMC ao nível global. Portanto, baseado na informação disponível, consideraram-se as partes envolvidas no mercado de TMC, designadamente, as motivações do consumidor, infraestrutura, quadro legal,

mercado-alvo, bem como as implicações sociais e questões relacionadas com a qualidade dos serviços.

Esta conclusão revela que as organizações envolvidas em TMC não competem baseadas numa estratégia de preços. Em vez disso, verifica-se que apenas se fazem comparações de preços de cuidados médicos nos países de destino com os dos países de origem dos pacientes, que são habitualmente muito superiores. Seria de esperar que a ausência de um quadro legislativo internacional representasse um constrangimento para as empresas existentes e até mesmo uma barreira para os potenciais candidatos, no entanto, o empreendedorismo mostra exatamente o contrário. A pesquisa evidencia que este nicho de mercado prolifera e as empresas precisam apenas de ser “criativas”, designadamente ao nível das suas estratégias de *marketing* e de posicionamento, onde se inclui predominantemente o uso da *internet* como ferramenta de *marketing* eletrónico, para ultrapassar as fronteiras nacionais.

É necessário procurar promover Portugal no exterior, mostrando creditações, prémios de investigação e outros processos do género. Investir em investigação é uma forma de garantir o crédito dos serviços porque a divulgação da qualidade surgirá do meio académico, consequentemente, dos serviços para os hospitais e daí para a população. Garantir a qualidade dos cuidados, inspirar a confiança no sistema e a simplicidade dos processos, disponibilizando facilidades dos serviços como, por exemplo, a tradução dos processos clínicos é indispensável para validar a oferta integrada e sustentável do setor.

A análise SWOT e uma breve análise da concorrência, como modelo de ação competitiva e de adição de externalidades do TMC, revelaram que individualmente cada força favorece a entrada no mercado. No entanto, ainda deve ser determinado se o equilíbrio resultante do poder entre as forças, é suficiente para enfrentar as fraquezas identificadas bem como as ameaças identificadas no domínio externo, de maneira a favorecer a participação neste mercado. As questões sociais que foram evidenciadas podem frustrar eventuais estratégias de marketing dos potenciais interessados em entrar no mercado, como é o caso do risco de comprometer a prestação de cuidados de saúde aos locais, com o intuito de garantir ganhos no mercado internacional. Contudo, como foi possível constatar, a pesquisa revelou que os países podem utilizar o destino como plataforma para alavancar a marca do TMC e, em muitos destinos, é o setor privado que está a impulsionar o mercado, logo, o atendimento aos locais não está posto em causa, pois a prestação de cuidados de saúde públicos está garantida.

5.2. Implicações práticas para sustentar um destino de TMC

O setor da saúde parece ser uma aposta no plano estratégico nacional para o desenvolvimento do turismo. Apesar das restrições orçamentais no setor público, a saúde associada ao turismo, é uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento económico e para a criação de emprego. Este setor gera sinergias entre parceiros públicos e privados numa lógica de aproveitamento dos melhores recursos e capacidades de cada um, nomeadamente, hospitais, clínicas, estâncias termais, hotéis e agências de viagens, captando turistas individuais ou em grupo, através de protocolos com companhias de seguros. Os principais prestadores de serviços dos países de destino podem oferecer tratamento a preço compatível com o seu valor percebido mas devem ajustar as variáveis que controlam, nomeadamente, as competências dos seus profissionais, o resultado do tratamento, a sua reputação local e internacional, e manutenção da infraestrutura.

Assumindo que esta indústria ainda é jovem e que a maior dificuldade parece ser a garantia da qualidade do atendimento, afigura-se necessário criar medidas que se estendam desde o período anterior à tomada de decisão de viajar para o estrangeiro para tratamento médico-cirúrgico até ao momento do regresso ao país de origem e sequente *follow-up*. Portanto, é sobretudo importante prever a criação de processos de fiscalização e acreditação por supervisores neutros, ou pelos próprios pacientes. A criação de um mercado de TMC poderá representar um benefício para Portugal, se atender pacientes que procuram padrões elevados de assistência médica indisponível nos seus países de origem. Para isso, devem ser analisados os estudos exploratórios existentes, de maneira a avaliar a procura atual bem como a procura potencial, que possa fazer de Portugal um destino de TMC sem descuidar os cenários mais negativos.

Juntamente com as opções táticas e estratégicas para o TMC surgem decisões operacionais, que formam a gestão efetiva da oferta que as organizações podem disponibilizar. As decisões operacionais quando interligadas conduzem a um plano de marketing, analisando políticas a vários níveis. Segundo Gan e Song (2012), o TMC tem apresentado um rápido crescimento, justificado por diversos fatores-chave de sucesso, como é o caso da infraestrutura suportada pelos Governos, a competência profissional reconhecida e a estabilidade política.

Pode-se afirmar que o desenvolvimento competitivo deste setor requer o cumprimento de uma série de condições que se podem classificar como fatores básicos, imprescindíveis para que um destino possa estar presente no mercado, bem como *“fatores-chave para o êxito, que representam os aspetos diferenciais e constituem a base para construir a vantagem competitiva*

de um destino” (Turismo de Portugal, 2006, p. 20). Os fatores básicos neste setor dependem essencialmente da disponibilidade de instalações e equipamentos, para além de uma oferta satisfatória de serviços especializados. A procura de cuidados de saúde por pacientes estrangeiros insere-se no âmbito de uma atividade ligada ao setor dos serviços, daí a sua importância estratégica, pois este setor representa uma importante contribuição para o PIB na maioria dos países, criando empregos, ‘inputs’ e serviços públicos que podem “*melhorar o desempenho económico e proporcionar um leque de oportunidades de exportações tradicionais ou novas*”⁴⁰ (OCDE, 2008a, p. 3). Um pouco por todo o mundo, os hospitais oferecem diversos serviços eletivos, entre os quais se destacam a cirurgia estética, dentária, cardíaca, reprodutiva, transplante de órgãos, oftalmologia, ortopedia e diagnósticos (Crooks e Snyder, 2011, p. 151) para além de mudança de sexo e células estaminais (Lunt & Carrera, 2010, p. 29), procurando, cada vez mais, atrair pacientes estrangeiros.

Quando um indivíduo decide realizar um procedimento num país estrangeiro, são necessários serviços de saúde e serviços de turismo, desde planos de viagem detalhados e disponibilidade do corpo clínico, incluindo os serviços de recuperação. Todos estes serviços requerem cooperação entre os dois setores, a qual é muitas vezes realizada a nível governamental (Heung et al., 2010; Bookman & Bookman, 2007, p. 1). As contrapartidas para a indústria do turismo e para o setor hoteleiro são apreciáveis devido à estadia, muitas vezes exigida, do paciente para fins de recuperação (Connell, 2006, p. 8).

No relatório “*Health Tourism in Australia*” (Voigt et al., 2010, p. 43), faz-se referência a países em que existem ligações específicas entre o setor tradicional de saúde e a indústria do turismo, onde o setor público está envolvido na assistência médica aos turistas. Os modelos mais comuns de combinação de cuidados de saúde, com as indústrias do turismo, incluem a obtenção de diagnóstico ou tratamento no hospital durante a estadia num hotel, envolver-se em passeios de um dia ou excursões entre os tratamentos, para além de terapia e recuperação em Spa’s. No entanto, há também outras abordagens como o *fly-in* para obter tratamento médico dentro do aeroporto (por exemplo em Munique), o tratamento e recuperação em navios de cruzeiro, ou o diagnóstico iniciado num avião a caminho do destino (por exemplo na *Emirates Airlines*). Estas viagens tornaram-se populares e isso ocorre porque alguns países têm “*um padrão internacional de medicina, saúde e bem-estar, que oferece serviços de alta qualidade a preços acessíveis*” (Vejjajiva, 2009, citado por Connell, 2011, p. 11).

⁴⁰ “(...) improve economic performance and provide a range of traditional and new export opportunities”.

O tempo de espera reduzido é um elemento favorável ao TMC, porém os consumidores são geralmente sensíveis ao preço e por isso vão para o estrangeiro em busca de procedimentos mais económicos. Na Índia, por exemplo, os procedimentos médico-cirúrgicos mais complexos realizam-se por um valor muito inferior ao dos países industrializados, justificado pela mão-de-obra mais barata, por preços farmacêuticos inferiores e custos menores em caso de má prática (Forgione & Smith, 2007). Porém, o país preserva uma imagem negativa da falta de higiene e infraestruturas, como estradas, saneamento, alojamento e serviços de utilidade pública. Portanto, é necessário mais que uma política de preços baixos para um país se tornar um destino de TMC.

O recurso a agentes representantes dos serviços de saúde, nos países-alvo, é frequente, e são utilizados para fornecer informações e aconselhamento aos pacientes sobre os tratamentos. No entanto, na atualidade, a *internet* é o principal meio para a divulgação de informações relacionadas com os serviços de saúde prestados a estrangeiros. Esta é atualmente a forma mais custo-eficiente para alcançar os clientes-alvo diretamente e, ao mesmo tempo, ajudar os pacientes a adquirir informações valiosas de forma correta, permitindo-lhes tomar decisões informadas que os tranquilizam. O progresso da *internet* tem permitido o surgimento de novas empresas que atuam como intermediários entre os pacientes internacionais e os hospitais, ajudando a escolher um destino, instalações e prestadores de serviço, facilitando o crescimento do TMC (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 98). Desta forma, as agências de viagens constituem um dos canais de distribuição deste modelo integrado e podem cuidar de todos os preparativos antes e durante a estadia no destino, incluindo o *transfer* para o aeroporto, agindo também como guia local. O TMC é promovido a nível mundial, através de diversos canais como *sites*, revistas dedicadas, anúncios em revistas médicas ou revistas de voo. A *internet* supera distâncias geográficas entre consumidores e prestadores de serviços e comporta inúmeras vantagens sobre os meios de comunicação mais tradicionais, na medida em que permite a eficiência de custos e, provavelmente, não pode ser tão estritamente legislado como os canais de comunicação clássicos. É possível aos prestadores de TMC revolucionarem as estratégias de marketing, como nicho de mercado, fazendo uso de videoconferência entre o paciente e os profissionais de saúde bem como visitas guiadas ‘em tempo real’ às instalações, para ajudar os consumidores na sua tomada de decisão, e na personalização do pacote de TMC (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 72).

Apesar dos meios de divulgação que se encontram na pesquisa cibernética serem essencialmente *sites* próprios ou dedicados, para muitos especialistas, “*a divulgação ‘word-of-mouth’ é o tipo mais eficaz de publicidade neste setor*” (Cochrane, 2006; Asia Travel Tips, 2006 citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 72). Este aspeto é particularmente pertinente pois, por exemplo, “*para a cirurgia plástica, as mulheres e os pacientes mais velhos são mais propensos a ser encaminhados a partir de revistas, televisão e jornais para o tratamento e rejuvenescimento facial e menos propensos a confiar em informações baseadas na web (...)*” (Lunt & Carrera, 2010, p. 31). No entanto, a propensão para usar a *internet* como plataforma de comunicação e promoção tem provado ser muito bem-sucedida por diversos motivos, nomeadamente por ser custo-efetiva e atendendo simultaneamente vários segmentos de mercado, através de múltiplas configurações de idioma.

A participação em feiras de viagens, exposições, seminários e conferências são utilizadas pelos prestadores de serviços para divulgar os seus produtos e serviços aos clientes. Uma forte rede em países estrangeiros, por exemplo, através de parcerias de *joint venture*, é também uma medida para construir uma imagem positiva dos produtos e serviços portugueses no exterior. Os pacientes ficam mais tranquilos sobre os padrões de qualidade sabendo que existem equipas médicas experientes e tecnologia de ponta. A maioria dos pacientes tratados no exterior fica muito satisfeita com as instalações dos hospitais, o profissionalismo da equipa de saúde e qualidade dos tratamentos e mencionam disposição para recomendar aos seus conviventes e a potenciais pacientes (Rerkrujipimol & Assenov, 2011, p. 99).

Portugal tem todas as condições para ser bem-sucedido no setor do TMC, no entanto, é necessário “*investir sobretudo na promoção do país*” (Cunha, 2014) pois o SNS “*compara bem com outros [sistemas] a nível internacional, mas os outros [países] não sabem*”. O desconhecimento do funcionamento do SNS conduz a um défice de reputação de Portugal nesta área, pelo que tem de ser melhorado e deve surgir através dos profissionais de saúde que emigram, pois são um ativo importante para a construção dessa reputação. Um estudo concluiu que Portugal é “*competitivo em alguns países europeus para desenvolver o turismo de saúde, (...) e pode conseguir 400 milhões de euros anuais se apostar na promoção*” faltando a questão da reputação que requer “*aspetos de promoção e divulgação do turismo, dos serviços de saúde e, em última análise, de Portugal*” (Cunha, 2014).

Atualmente, Portugal não dispõe de uma organização central eficiente para divulgar informações sobre os serviços de saúde a pacientes estrangeiros. Poderá ser necessário criar um *site* oficial, que combine os principais fornecedores de serviços em conjunto, para uma

promoção focada no mercado de TMC internacional, fornecendo informações sobre tratamentos, instalações, *links* para prestadores de serviços, agentes de viagens médicas, e organizar as consultas de pacientes estrangeiros. Em alternativa, se não existir um trabalho organizado poderá ser possível um modelo como o da Malásia em que, de acordo com o artigo do *Asian Wall Street Journal*, o governo permite a promoção de hospitais e pacotes de TMC no exterior (Kilrich, 2004 citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 32).

O estudo de Rerkrujipimol & Assenov (2011, p. 102) demonstra que todos os prestadores de serviços de saúde reconhecem que ter profissionais de saúde qualificados e especializados provou ser uma vantagem competitiva para os hospitais. As competências de linguagem e as confusões da cultura dos pacientes, ainda são consideradas um problema e um desafio para o TMC, que podem conduzir a mal-entendidos e, eventualmente, a diagnósticos errados, com consequente tratamento inadequado. A pesquisa realizada evidencia a existência de um nicho inexplorado no TMC. Não há nenhuma agência de viagens focada na venda específica de pacotes de TMC, no entanto, este nicho pode aprender com a hotelaria ou empresas aéreas com *sites* integrados onde se poderia digitar um tipo de cirurgia e obter uma matriz de possíveis destinos, rankings e preços. Os consumidores que procuram soluções de saúde através da *Internet* podem sentir-se intimidados, pelo que um recurso que permita uma interação *one-to-one*, como as agências de viagens, seriam mais eficientes a capacitar os consumidores durante o processo de tomada de decisão. Essas entidades já existem em alguns mercados e orientam o uso do TMC tanto para pacientes como para prestadores de serviços. Trata-se de facilitadores de serviços médicos procurados pelos pacientes por ser mais cómodo do que optar por um programa por conta própria. Estes, têm experiência no processo do TMC e são capazes de esclarecer dúvidas ou questões que os pacientes possam ter, bem como prestar assistência logística para além de que os “(..) *pacientes podem até mesmo ser capazes de obter taxas mais baixas através de facilitadores médicos do que diretamente de programas clínicos no estrangeiro*”⁴¹ (Deloitte, 2008a, p. 12). Compreende-se, que a vantagem da utilização destes facilitadores, por parte dos consumidores, se centra na comodidade, pois beneficia da experiência e *know-how* do facilitador, questões relacionadas com o *follow-up*, economia devido a taxas negociadas e assessoria em logística (Deloitte, 2008a, p. 12; Connell, 2011, p. 11).

⁴¹ “Facilitators have experience in the medical tourism process and are able to address any concerns or questions that patients might have. They often provide assistance with logistics and travel arrangements. Patients may even be able to get lower rates from medical facilitators than directly from clinical programs abroad”.

Há uma propensão dissimulada para construir *resorts* ou hotéis equipados com unidades de saúde ou o inverso, a fim de evitar a eventual mobilidade dos pacientes dos hotéis para hospitais e vice-versa. “*Juntar os dois serviços num único complexo também será mais rentável e o paciente estrangeiro irá consumir a maior parte do seu tempo e dinheiro no mesmo lugar*” (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 70). Esta é uma estratégia usada por pacotes de serviços *all-inclusive* na indústria do turismo, no fundo, para o consumidor individual, a atratividade do mercado de TMC é a relativa facilidade e satisfação em consumir o produto do serviço – a cirurgia ou tratamento - e recuperar enquanto desfruta das férias.

Para além das infraestruturas, o aspeto mais apreciado e mais fácil de avaliar pelos consumidores, refere-se ao comportamento dos profissionais, mais do que a sua experiência ou competência técnica (Berry e Bendapudi, 2007, p. 113). Estes pacotes são uma estratégia de marketing eficaz que se pode implementar pois não só proporcionam um aumento do número de turistas, como melhora a imagem de Portugal como destino de TMC. O processo deve ser simples, ter acompanhamento próximo e o paciente deve ser acompanhado por um assistente do hospital que esclarece todas as dúvidas. O transporte entre o aeroporto e o hospital também deve estar assegurado (RTP, 2013).

Para que Portugal se torne competitivo, no mercado de TMC, é necessário desenvolver uma oferta suficientemente variada e inovadora capaz de penetrar no mercado internacional. O desenvolvimento de um destino desta natureza, como primeira razão de viagem dos turistas a Portugal, implica a criação das condições necessárias para que as organizações que operam no setor sejam estimuladas a investir. Assim, um dos principais objetivos é, fazer com que Portugal conquiste notoriedade no mercado internacional de cuidados hospitalares, fazendo chegar, ao conhecimento dos consumidores e intermediários turísticos, uma imagem de marca turística forte neste mercado. Desenvolvendo a indústria de cuidados de saúde ativamente, depois de outros países já o terem iniciado, Portugal deve aproveitar a vantagem de aprender e compreender as necessidades e aspirações dos pacientes. Rerkrujipimol & Assenov (2011, p. 102-103) referem que os prestadores de serviços devem desenvolver hospitais equipados com tecnologia avançada, bom ambiente, quartos espaçosos e luxuosos, e excelentes comodidades, sugerindo uma vantagem competitiva sobre outros prestadores no mercado e conquistando a confiança dos pacientes na escolha dos hospitais. Uma instituição moderna e requintada pode melhorar a perceção dos pacientes menos convencidos que a assistência médica cumpre com os requisitos pretendidos (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 70).

Conhecendo os riscos associados aos cuidados de saúde, é compreensível que os pacientes tenham consciência de que existem todas as condições de segurança para minimizar esses riscos, nomeadamente ao nível de infeções nosocomiais. Os tratamentos combinam serviços intangíveis suportados por produtos tangíveis, como uma cirurgia numa sala operatória bem equipada (Berry e Bendapudi, 2007, p. 113). Por outro lado, os cuidados de saúde comportam um grau de incerteza associado, pelo que as organizações de saúde assumem determinadas marcas, as quais *“têm de ser suficientemente fortes para superar essa incerteza, aumentando a confiança dos clientes no invisível, e capacitá-los para melhor visualizar e compreender os benefícios intangíveis dos serviços”*⁴² (Singh, 2004 citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 30; RTP, 2013). A incerteza é agravada pela natureza do produto turístico - o procedimento médico-cirúrgico - pois a *“intangibilidade dos produtos de serviços de turismo não permite ao consumidor realizar um teste antes de se comprometer com a compra”*⁴³ (Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 30).

A pesquisa em turismo tem mostrado que a imagem do produto turístico tornou-se um conceito-chave de marketing, que afeta os processos de tomada de decisão do consumidor, no entanto, a academia faz crer que quanto mais intangível o serviço for, mais difícil é conseguir a diferenciação significativa do produto, portanto, mais esforço e custos podem ser necessários para construir uma imagem de marca corporativa e forte (Patterson & Cicic, 1995, citado por Mugomba & Caballero-Danell, 2007, p. 73-96).

5.3. Limitações e recomendações para estudos futuros

Aproximando-se o término, é legítimo questionar o alcance deste estudo e conclui-se com uma descrição das limitações sentidas. No que se refere à realização empírica deste estudo, e apesar de toda a prudência na recolha de dados, é aceitável que nem todas as perspetivas de mercado tenham sido consideradas. Para além das dificuldades associadas ao tema, o presente trabalho de investigação enfrentou outras dificuldades relacionadas sobretudo com a recolha de dados, apesar de ter sido imposto um esforço de enquadramento, recolhendo conceitos de várias áreas

⁴² *“Thus brands have to be strong enough overcome this uncertainty by increasing customers’ trust of the invisible, enable them to better visualize and understand the intangible benefits of the services”.*

⁴³ *“The intangibility of tourism service products disallows the consumer from conducting a trial run before committing to the purchase”.*

de conhecimento, nomeadamente, da saúde, do turismo, da gestão e do marketing. Por um lado, as palavras-chave utilizadas na pesquisa cibernética podem não ter sido utilizadas com a mesma intenção com que os autores as citaram, designadamente ao nível da tradução e adaptação ao contexto português. Por outro lado, as opiniões dos entrevistados são insuficientes para retratar o TMC na sua globalidade, pois tratando-se de um tema pouco estudado, dificilmente se poderiam obter testemunhos baseados em experiências consolidadas. Porém, a aparente dificuldade na obtenção de explicações coesas foi minimizada pela multiplicidade de opiniões e pela exemplar colaboração dos entrevistados, os quais, apesar da extensão da entrevista, se mostraram sempre prestáveis e disponíveis para colaborar.

Uma das principais limitações está relacionada com a grandeza do objeto de estudo. De facto, a dimensão do país e a possibilidade de analisar as diferentes perspetivas de gestão, neste segmento, remete para um estudo muito mais abrangente e detalhado. Porém, uma pesquisa dessa dimensão imitaria mais recursos (humanos, financeiros e tempo) para além de uma equipa multidisciplinar, para tratar com mais pormenor algumas das áreas da Gestão de Serviços de Saúde. Uma outra limitação recaiu sobre a impossibilidade de comparar os resultados obtidos com estudos e contextos relativos a outros países. Todavia, mesmo que fosse possível executar, seria difícil de concretizar pelo facto do presente trabalho não ter replicado qualquer outro estudo, mas sobretudo porque o contexto da prestação de cuidados médico-cirúrgicos português é, como o da maioria dos países, único. Logo, incomparável a este nível.

A atual dissertação decorreu numa abordagem qualitativa baseada numa pequena amostra, o que, desencadeia uma restrição incontornável, designadamente, a impossibilidade de extrapolar para a realidade portuguesa o contributo de tão escasso número de entrevistados. Além disso, o recurso a entrevistas em pesquisas qualitativas é sempre controverso pois aceita-se que a entrevista, sobretudo aberta ou semidirigida, se baseia numa colheita de informações demasiado subjetiva, utilizada por investigadores pouco experientes, como é o caso. É natural que a dúvida relacionada com este instrumento de colheita de dados seja explicada pela ausência de uma descrição minuciosa do procedimento, tanto no uso quanto na análise do material recolhido, daí se descreverem de forma tão detalhada os passos mais relevantes da fase empírica. A explicitação das regras e pressupostos metodológicos teve como intenção servir de suporte que assegurasse o rigor e confiabilidade da pesquisa. As limitações desta pesquisa qualitativa conduzem a uma recomendação elementar, a realização de investigações quantitativas sobre o assunto. Para além disso, seria, de todo vantajoso, realizar entrevistas em profundidade, aos próprios pacientes, de maneira a compreender, em concreto, os motivos que os pacientes

estrangeiros invocam para procurar Portugal, como destino médico-cirúrgico, e conhecer as experiências turísticas que mais os atraem. Porém, os dados quantitativos de grande dimensão podem ser difíceis de encontrar, quer pela insuficiência quer pela essência sensível da informação, bem como pela renitência em expor informações, tanto por parte dos consumidores, como dos prestadores.

5.3.1. Recomendações para estudos futuros

Esta pesquisa foi feita sob o pressuposto de que uma melhor compreensão, da estrutura e dos diversos componentes do TMC, podem trazer conhecimento, no que respeita à eficácia e formas eficientes de desenvolvimento de um conceito de negócios competitivo e sustentável. Não houve qualquer intenção de apresentar uma visão holística dos fenómenos, por si só, mas sim uma abordagem de potenciais oportunidades de mercado. Constatou-se que o TMC oferece uma vasta oportunidade para realizar pesquisas em gestão, pois conforme foi mencionado ao longo do estudo, há carência em termos de número e variedade de artigos não-acadêmicos, mas sobretudo trabalhos académicos sobre o tema. De qualquer forma, há espaço para novos estudos pois “*permanece ainda pouco claro o direito dos pacientes em viajar para obter tratamento, a necessidade de autorização, mecanismos e processos de resolução de complicações*” (Lunt & Carrera, 2010, p. 28). Assim, reconhecer as limitações deste estudo é tão saudável como perspetivar o que deve ser valorizado, mas sobretudo, o que ainda deve ser explorado em futuras investigações sobre este assunto, nomeadamente:

- O estudo das potencialidades desta atividade comparando as existentes, noutros países, com as que possam estar em prática em Portugal;
- A dimensão real do mercado e o impacto desta atividade nas populações locais, justificado pela inexistência de um quadro estatístico;
- A forma como os países de destino competem, através de investigação específica de *benchmarking*, pois não há referência de mercado em termos de *marketing*, serviços ou estratégia;
- O que motiva o consumidor a optar por realizar uma cirurgia num país em detrimento de outro, fornecendo uma visão sobre o que é considerado valor acrescentado;

- Uma análise aprofundada da oferta de serviços de saúde comercializada através de *internet*, tendo como referência os destinos mais procurados e, desta forma, estimular o interesse junto de operadores turísticos;
- O sucesso de estratégias de *branding*, já que é possível reconhecer temas de pesquisa que permitem adicionar conhecimento sobre a influência da marca neste nicho;
- O impacto da ausência de regulação global e as questões ético-legais no crescimento do setor. Como foi identificado no âmbito deste estudo, a atual estrutura do mercado concedeu a certos países o domínio neste nicho de mercado, por isso, um estudo aprofundado pode revelar o efeito que isso pode ter sobre a saúde pública em geral;
- Por fim, o TMC, enquanto nicho de mercado, apresenta muitas oportunidades de negócio. Se, por exemplo, a Índia afirma que o TMC representou 2 bilhões de dólares em 2012, predominantemente de pacientes oriundos dos EUA, ainda permanece inexplicado como os países de origem estão dispostos a suportar tal vazamento económico.

As unidades de saúde em Portugal, na sua maioria, devem disponibilizar aos seus pacientes todo o tipo de tratamento, para além da possibilidade dos serviços complementares ao internamento. Estes serviços devem incluir alojamento em hotéis, atividades de cariz cultural, cuidados de saúde e bem-estar, para pacientes e acompanhantes, organizados pelo próprio estabelecimento de saúde ou por empresas subcontratadas. As hipóteses de sobrevivência de uma organização, em determinado setor da economia, aumentam à medida que esta se distingue da concorrência, oferecendo aos seus clientes algo único e, conseqüentemente, de valor. Para tal, é fundamental estabelecer uma estratégia de diferenciação que pode ser atingida, por exemplo, através dos atributos do serviço. O turismo médico-cirúrgico, em Portugal, é uma oportunidade de negócio que não carece de investimento adicional, já que o país tem uma oferta *state-of-the-art*, com excesso de profissionais, disponibilidade de equipamentos e infraestrutura, quer no setor público quer no privado, faltando apenas apostar na promoção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Lusa (2014). *Turismo de saúde é competitivo e pode atingir 400 ME ano, só falta promoção – estudo*. Consultado em 03 de Abril 2014 [Disponível em <http://expresso.sapo.pt/turismo-de-saude-e-competitivo-e-pode-atingir-400-me-ano-so-falta-promocao-estudo=f863854#ixzz2yAzmv3fr>]
2. Altin M., Singal M., Kara D. (2011). *Consumer decision components for medical tourism: A Stakeholder approach*. University of Massachusetts
3. Ansari, I. A. (2012). *SWOT analysis of medical tourism in Varanasi*. Zenith International Journal of Multidisciplinary Research Vol.2 Issue 3, March 2012, ISSN 2231 5780. Consultado em 12 de Março 2013 [disponível em www.zenithresearch.org.in]
4. Antunes, J. (2009). *O turismo de saúde e bem-estar como factor de desenvolvimento: estudo da região Dão Lafões (NUTS III)*. 15º Congresso da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional, Viseu
5. Barretto, M. (2008) *Manual de Iniciação ao Estudo Turismo*. Papirus Editora. SP, Brasil. 17ª Edição. ISBN 85-308-0343-4
6. Berry L., Bendapudi N. (2007). *Health Care: A Fertile Field for Service Research*. Journal of Service Research 2007. Published by SAGE. Consultado em 2 de Novembro 2012 [Disponível em: <http://jsr.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/2/111>]
7. Bookman M, Bookman K. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York. Palgrave Macmillan. ISBN – 13: 978-0-230-60005-8; ISBN-10: 0-230-60005-0
8. Burkett, L. (2007). *Medical tourism: concerns, benefits and the American legal perspective*. The Journal of Legal Medicine, 28, 223–245. Doi:10.1080/01947640701357763
9. Carmo, H., Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação. Guia para Auto-Aprendizagem* (2.ª Edição). Universidade Aberta. ISBN: 978-972-674-512-9
10. Carrera, P. M., Bridges, F. P. (2006). *Globalization and healthcare: Understanding health care and medical tourism*. Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 6, 447-454. doi:10.1586/14737167.6.4.447
11. Cattaneo, O. (2009). *Trade in health services – what's in it for developing countries?* (World Bank Policy research working paper n. 5115). Washington: The World Bank
12. Chakravarthy, K., Kumar, C H. R., Deepthi, K. (2008) *Swot Analysis On: Medical Tourism*. Conference on Tourism in India – Challenges Ahead, 15-17 May 2008, IIMK
13. Connell, J. (2006). *Medical tourism: sea, sun, sand and ...surgery*. Tourism Management, Vol. 27

14. Connell, J. (2011). *Medical Tourism*. CAB International. UK. ISBN-13: 978-1-84593-660-0
15. Crooks, V., Kigsbury P., Snyder J., Johnston R. (2010). *What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review*. Journal of health services research 10: 266
16. Crooks, V., Snyder, J. (2011). *Tourisme medical. Ce que les médecins de famille canadiens doivent savoir*. Canadian Family Physician. Vol 57. (pp. 151-153). Consultado em 16 de Março 2013 [Disponível em: <http://www.cfp.ca/>]
17. Cunha, J. (2014). (Health Cluster Portugal - Diretor executivo). Agência Lusa, 27 de Março 2014
18. Deloitte Center for Health Solutions (2008a). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Washington, DC: Autor. Consultado em 18 de Maio 2013. [Disponível em: de http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Croatia/Local%20Assets/Documents/hr_Medical_tourism.pdf]
19. Deloitte Center for Health Solutions (2009). *Medical Tourism – Update and Implications*. Deloitte Center for Health Solutions, Washington, D.C. Consultado em 05 de Novembro 2012 [Disponível em http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourism_111209_web.pdf]
20. Deloitte Center for Health Solutions, Yap, J., Sim, S. C., Nones, N., Deloitte Consulting (2008). *Medical Tourism: The Asian Chapter*. Editora: Deloitte Consulting LLP; Deloitte Center for Health Solutions
21. Dorneles, O.C.C., Frozé, V.D., Muzachi, M. Ap., Wada, E.K. (2009). *Reflexões sobre o Turismo de Saúde no Brasil e o Diferencial da Acreditação*. Artigo apresentado para o VI Seminário da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós Graduação em Turismo. São Paulo
22. Duarte, R. (2004). *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225. Editora UFPR
23. Ehrbeck, T., Guevara, C., Mango, P. D. (2008). *Mapping the market for medical travel*. The McKinsey Quarterly, May 2008. Consultado em 23 Maio 2013 [Disponível em https://www.mckinseyquarterly.com/Mapping_the_market_for_travel_2134]
24. Erfurt-Cooper, P., Cooper, M. (2009). *Health and wellness tourism: Spas and hot springs*. Bristol: Channel View Publications. ISBN-10: 1845411110
25. ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2012). *Análise do impacto da 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 sobre o sistema de saúde português*. Consultado em 23 Maio 2013 [Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=484]

26. Forgione, D. A., Smith, P. C. (2007). *Medical tourism and its impact on the US health care system*. Journal of Health Care Finance. 34: 27-35. Pmid: 18972983
27. Freire, N. A. (2012). *The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad*. France. ISSN 1913-9004. E-ISSN 1913-9012. Consultado em 21 de Fevereiro 2013 [Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5539/ibr.v5n2p41>]
28. Freitas, H. M. T., (2010). *Turismo Médico: A Globalização da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Faculdade de Economia do Porto. Portugal
29. Froelich, N. C. K. (2012). *Medical Tourism: A study about motivational factors and the prerequisites for creating a competitive offer – with a Swedish perspective*. Master's Dissertation. Södertörn University, School of Business Studies. Sweden
30. Gan, L. L., Frederick, J. R. (2013). *Medical Tourists: Who Goes and What Motivates Them?* Health Marketing Quarterly, pp. 177–194. Copyright© Taylor & Francis Group, LLC, ISSN: 0735-9683 print/1545-0864 online, DOI: 10.1080/07359683.2013.787894
31. Gan, L. L., Song, H. (2012). *A SWOT Analysis of Medical Tourism: India and South Korea*. Consultado em 03 Fevereiro 2013. [Disponível em <http://ssrn.com/abstract=2194856>]
32. Garcia, M. F. (2011). *A procura de experiências hedônicas por parte do turista sénior: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Marketing e Gestão Estratégica. Universidade do Minho. Braga. Portugal
33. Goodrich, G. e Goodrich, J. (1987). *Health-care tourism - an exploratory study*. Tourism Management. pp. 217-222
34. Grail Research (2009). *The Rise of Medical Tourism*. Consultado em 16 Junho 2013. [Disponível em: http://www.grailresearch.com/pdf/ContentPodsPdf/Rise_of_Medical_Tourism_Summary.pdf]
35. Günther, H. (2006). *Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?* Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210. Universidade de Brasília
36. Helble, M. (2010). *The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health*. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89:68-72. doi: 10.2471/BLT.10.076612. Consultado em 25 de Março 2013 [Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/index.html>]
37. Heung, V., Song, H., Kucukusta, D. (2010). *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research*. Journal of Travel & Tourism Marketing. School of Hotel and Tourism Management, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, China
38. IAPMEI (2014). Consultado em Junho 2014. [Disponível em www.iapmei.pt]

39. JCI - Joint Commission International, (2012). [Disponível em www.jointcommissioninternational.org]
40. JN - Jornal de Notícias (2013). *OCDE elogia programa de combate às listas de espera*. Publicado em 2013-02-04. Consultado em 04 Fevereiro 2013. [Disponível em http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3033880&page=-1]
41. Kotler, P., Keller, K. L. (2012). *Marketing Management*. 14th edition. Prentice Hall. ISBN 978-0-13-210292-6
42. Legido-Quigley H., McKee M., Glinos I., Baeten R. (2007). *Patient mobility in the European Union*. BMJ. Jan 27, 2007; Vol. 334(7586): 188–190. Doi: 10.1136/bmj.39086.497639.68. PMID: PMC1782021
43. Liu, I.-C. (2012). *The Research of Medical Tourism Policy Network in Taiwan*. Sociology Mind. Vol.2, No.4, 458-464, Published Online October 2012 in SciRes [Disponível em <http://www.SciRP.org/journal/sm>]
44. Lunt N., Carrera P. (2012). *Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad*. Maturitas 66. 2010. Consultado em 18 Outubro 2012 [Disponível em: www.elsevier.com/locate/maturitas]
45. Mack, N., Woodsong, C., McQueen, K. M., Guest G., Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International, 2005. Consultado em 12 Setembro 2014. [Disponível em: <http://www.fhi.org/nr/rdonlyres/emgox4xpcoyrqspsgy5ww6mq7v4e44etd6toiejyxalhbmk5sdnef7fqlr3q6hlwa2ttj5524xbn/datacollectorguideenrh.pdf>]
46. Malhotra, N. K. (2004). *Pesquisa de Marketing. Uma orientação aplicada*. 4^a ed. Bookman. Porto Alegre. Brasil
47. Moreno Junior, J. M. P., Zucchi, P. (2005). *Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo*. Revista de Administração Pública - RAP, vol. 39, nº 1, pp. 7-16, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Brasil
48. MTA - Medical Tourism Association. (2011). *Entrevista a Renee Marie-Stephano*. Consultado em 21 Janeiro 2013 [disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=DbJ-II3VtGI>]
49. Mugomba, C., Caballero-Danell, S. (2007). *Medical Tourism and its entrepreneurial opportunities – A conceptual framework for entry into the industry*. Master Thesis No. 2006:91. Göteborg University, School of Business, Economics and Law. Sweden

50. Neoturis/Accenture, (2014). *Definição da estratégia colectiva para o sector do Turismo de Saúde e Bem-Estar Português*. Apresentação no âmbito da conferência “A Saúde como motor do desenvolvimento económico e social - Estratégia Nacional para o Turismo de Saúde”. 3 de Abril 2014. Porto, Portugal
51. OCDE/OECD, (2008). *Opening up Trade in Services: Key for Tourism Growth*. Policy brief. Consultado em 23 Maio 2013 [Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/38/11/40191324.pdf>]
52. OCDE/OECD, (2008a). *The contribution of services to development and the role of trade liberalization and regulation*. Consultado em 23 de Maio 2013 [Disponível em <http://www.oecd.org/investment/globalforum/40302909.pdf>]
53. Pellegrino, E. D. (1999). *The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic*. *J Med Philos*; 24: 243-66 doi: 10.1076/jmep.24.3.243.2523 pmid: 10472814
54. Pollard, K. (2012). *Medical Tourism: Key Facts*. Consultado em Abril 2013. [Disponível em www.treatmentabroad.com]
55. Porter, M.E. (1998). *Competitive Strategy – Techniques for analyzing industry competitors*. New York: Free Press.
56. Quivy, R., Campenhout, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (1ª ed.). Gradiva. Lisboa
57. Rerkrujipimol J., Assenov, I. (2011). *Marketing Strategies for Promoting Medical Tourism in Thailand*. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*. Vol. 3, Issue 2, 95-105. Faculty of Hospitality & Tourism Prince of Songkla University, Phuket, Thailand
58. RTP - Radiotelevisão Portuguesa. (2013). *Saúde 5 Estrelas – episódio 12*. Programa Linha da Frente. Sandra Vindeirinho – Jornalista; Sérgio Ramos – Imagem; Arthur Paiva – Edição; Rita Rodrigues, Luísa Vaz – Pesquisa; Mafalda Gameiro – Coordenação; Amélia Gomes Ferreira – Produção. Consultado em 06 Junho 2013 [disponível em <http://www.rtp.pt/play/p1098/e119672/linha-da-frente>]
59. Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013). *Waiting Times Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Consultado em 16 de Outubro 2013 [Disponível em http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en]
60. Silveira, T. (2013). *Hospitais públicos não estão preparados para a mobilidade de doentes na UE*. Publicado em *VidaEconómica*. Consultado em 26 de Julho 2013. [Disponível em <http://www.vidaeconomica.pt>]. Portugal

- 61.** Sousa, B.; Simões, C. (2013). *Understanding cross preliminary approach to the consumer perspective*. International Conference on Marketing and Consumer Behaviour. IPAM
- 62.** Stephano, Renee-Marie (2012). *Medical Tourism: Global Context & The Economic Justification for Lithuania*. Medical Tourism Association. Consultado em 16 de Outubro 2013. [Disponível em <http://www.medicaltourismassociation.com>]
- 63.** Treatment Abroad (2012). *The medical tourism survey 2012*. Consultado em 26 de Julho 2013 [Disponível em <http://www.treatmentabroad.com>]
- 64.** Turismo de Portugal. (2006). *10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal*. Estudo realizado por THR (Asesores en Turismo Hotelería y Recreación, S.A.) para o Turismo de Portugal, ip. Depósito legal nº: 250627/06. Lisboa. Portugal
- 65.** Turismo de Portugal. (2008). *O Turismo em 2007*. Ministério da Economia e da Inovação, Lisboa. Portugal. Consultado em Março 2013 [Disponível em http://www.turismodeportugal.pt/Portugu%C3%AAs/ProTurismo/estat%C3%ADsticas/an%C3%A1lisesestat%C3%ADsticas/oturismoem/Anexos/BROCHURA_Turismo.pdf]
- 66.** UE (2013). Consultado em 12 de Maio 2014. [Disponível em <http://europa.eu>]
- 67.** UE. (2011). Directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, pp. 21
- 68.** UEHP, 2009. Consultado em 05 de Novembro 2012. [Disponível em <http://www.uehp.eu>]
- 69.** Voigt, C., Laing, J., Wray, M., Brown, G., Howat, G., Weiler, B., Trembath, R. (2010). *Health tourism in Australia: supply, demand and opportunities*. Australia. [Disponível em www.crctourism.com.au]
- 70.** Yu, J., Lee, T. J., Noh, H. (2011). *Characteristics of a Medical Tourism Industry: The Case of South Korea*. Journal of Travel & Tourism Marketing, 28:8, 856-872. DOI: 10.1080/10548408.2011.623052