

TURISMO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Turismo médico e turismo de bem-estar

Ricardo Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: **Prof. Nuno Crespo**
Co-orientador: **Prof. José Maria Duarte**

Abril 2011

TURISMO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Turismo médico e turismo de bem-estar

Ricardo Ferreira

Resumo

O turismo de saúde engloba duas subcategorias, o turismo médico (cirurgias e serviços de saúde no estrangeiro) e o turismo de bem-estar (viajar para locais específicos para promoção da saúde de uma forma preventiva).

Na vertente de bem-estar, há vários aspectos a considerar e diversas formas de promoção da saúde de forma preventiva, uma delas é o turismo termal (com um longo histórico em Portugal mas actualmente numa situação premente de reforma). Além da descrição da procura e da oferta global, são ainda facultados estudos de caso (destaque para o termalismo em França e Alemanha) de forma a coadjuvar a identificar os modelos internacionais com maior sucesso.

Ao nível do turismo médico, alguns países internacionais já dispõem de uma estratégia activa de promoção do segmento, no entanto em Portugal ainda existe um parco desenvolvimento e uma fraca cooperação institucional. Em termos de concorrência, é analisado o caso de Israel porque atrai um vasto número de turistas de múltiplos países e é um centro de referência ao nível dos tratamentos de fertilidade.

Um aspecto central da tese é o estudo de caso de uma unidade nacional, de forma a analisar a oferta e as estratégias a seguir no futuro. Efectuou-se uma análise aos Hospitais do grupo HPP no Algarve, sendo estes activos ao nível do turismo médico. Por seu turno, de forma a analisar a procura, foram analisados 30 inquéritos a turistas de saúde que optaram pelo HPP Algarve no ano passado.

De uma forma sumária, uma estratégia de sucesso poderá passar pelo reforço do complemento entre o turismo de bem-estar e o turismo médico e, ainda, com níveis de especialização e referência ao nível das duas subcategorias.

Abstract

Health tourism encompasses two subcategories, medical tourism (surgery and health services abroad) and wellness tourism (travel to specific locations for health promotion in a preventive way).

In terms of wellness tourism, there are several things to consider and various forms of health promotion in a preventive manner, one is thermal (with a long history in Portugal but now in a situation of urgent reform`s). In addition to describing the global demand and supply, the thesis still provides some case studies (especially about Hydrotherapy in France and Germany) to assist in identifying the most successful international strategies.

In terms of medical tourism, some international countries already have an active strategy to promote the segment, but in Portugal there is still a meager development and a weak institutional cooperation. In terms of competition, the study examined the case of Israel because this country attracts a large number of tourists from many countries and is a referral center in fertility treatments.

A central aspect of the thesis is a case study of the HPP Hospitals in Algarve, which are active in medical tourism. The case- study was a way to describe the supply side and to understand the main strategies to implement in order to boost Portugal in this specific segment. Meanwhile, in order to analyze the demand side, It has been used 30 surveys of tourists who have chosen a HPP Hospital in Algarve, last year.

Agradecimentos

Ao Dr. Paulo Jorge Neves pela colaboração, disponibilidade e incentivo permanente.

Aos orientadores e responsáveis académicos, o Professor Nuno Crespo e o Professor José Maria Duarte, pelo sucessivo acompanhamento e orientações.

Índice

Capítulo I: Introdução	14
Capítulo II: Sector do Turismo	16
2.1. Turismo internacional	16
2.2. Turismo em Portugal	19
Capítulo III: Segmentação	21
3.1. Segmentação do sector do turismo	21
3.2. Metodologias de segmentação adaptadas ao turismo de saúde	24
3.3. Processo prático de segmentação	27
3.4. Elementos de risco a um processo de segmentação de sucesso	29
Capítulo IV: O segmento do turismo de saúde	30
4.1. Turismo de saúde: duas subcategorias	30
4.2. Turismo médico	31
4.2.1. Descrição da procura	32
4.2.2. Descrição da oferta	39
4.2.3. Aposta na qualidade	46
4.2.4. Especialidades médicas actuais e de futuro	48
4.2.5. Modelos teóricos	55
4.3. Turismo de bem-estar	62
4.3.1. Descrição da procura	69
4.3.2. Descrição da oferta	65
4.3.3. Qualidade	66
4.3.4. Estudo de caso: O termalismo	68
4.3.4.1. Descrição da procura: termalismo em Portugal	70
4.3.4.2. Descrição da oferta: termalismo em Portugal	73
Capítulo V: Análise de concorrência	75
5.1. Análise de concorrência turismo médico: Israel	75
5.1.1. Introdução	75
5.1.2. Lista de hospitais estatais	76
5.1.3. Grupo Clalit	76
5.1.4. Lista de outros hospitais privados	77
5.1.5. Lista de hospitais acreditados (pela JCI)	77
5.1.6. Turismo de saúde: descrição da procura	78

5.1.7.Turismo de saúde: descrição da oferta	79
5.2. Análise de concorrência turismo de bem-estar: termalismo	81
5.2.1.Caso 1: Termalismo em França	81
5.2.2.Caso 2: Termalismo na Alemanha	84
5.2.2.1.Termalismo na Alemanha: descrição da procura	86
5.2.2.2.Termalismo na Alemanha: Descrição da oferta	87
Capítulo VI: Estudo de caso: Hospital HPP Algarve	94
6.1.Introdução	94
6.2.Turismo médico	96
6.3.Descrição oferta	99
6.4.Descrição procura	103
6.4.1.Descrição da procura: inquéritos	107
Capítulo VII: Conclusão	117
Bibliografia	123
Anexos	128

Índice de figuras

Figura 1: Processo segmentação <i>Fonte Woodward e Seaton (2007)</i>	28
Figura 2: Países na Europa com maior e menor propensão ao turismo médico. <i>Fonte Eurobarometro (2008)</i>	35
Figura 3: Seguradoras americanas a promoverem testes ao nível do turismo médico <i>Fonte Deloitte (2009)</i>	36
Figura 4: Os 25 países com maior recepção de turistas médicos <i>Fonte Medical Tourism Facts and Figures 2010</i>	40
Figura 5: Comparação de preços (em dólares) de diferentes cirurgias em diferentes países <i>Fonte: Medical Tourism Association 2010</i>	42
Figura 6: Preço (em dólares) de tratamentos nos EUA e no estrangeiro <i>Fonte Deloitte 2010</i>	43
Figura 7: Hospitais e Especialidades em diferentes países <i>Fonte Medical Tourism Facts and Figures 2010 Medical Tourism Facts and Figures 2010</i>	44
Figura 8: Resumo de um programa de tratamento de fertilidade na Turquia <i>Fonte: Medical Tourism facts and figures 2010</i>	45
Figura 9: Instituições Acreditadas pela JCI em termos Mundiais <i>Fonte: JCI, Novembro 2010</i>	46
Figura 10: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços ao nível de cirurgia estética em diferentes países <i>Fonte: Treatment abroad, Novembro 2010</i>	48
Figura 11: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços de estomatologia a em diferentes países <i>Fonte Treatment Abroad 2010</i>	49
Figura 12: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços de tratamento de fertilidade em diferentes países <i>Fonte Treatment abroad 2010</i>	50
Figura 13: Unidades de saúde, em diferentes países, activas em tratamentos e investigação de células estaminais <i>Fonte: Health Tourism</i>	53
Figura 14: Doenças mais frequentes em 2002 e 2030 <i>Fonte Journal Pmed 2002</i>	56
Figura 15: Factores de decisão do Turismo de Saúde <i>Fonte Smith e Forgione (2007)</i>	57
Figura 16: Descrição do mercado do turismo médico, Modelo 1 <i>Fonte: Caballero-Danell & Mugomba, 2007</i>	58
Figura 17: Canal de distribuição, Modelo 2 <i>Fonte Caballero-Danell & Mugomba, 2007</i>	58
Figura 18: Quadro analítico das motivações do turismo médico <i>Fonte Ye e tal., 2008</i>	60
Figura 19: Origem do conceito wellness (bem-estar) <i>Fonte Dunn, 1961</i>	63
Figura 20: Dimensão do turismo de bem-estar <i>Fonte: Wellness Tourism, Smith e Kelly (2008)</i>	64

Figura 21: Metodologia Longevity Wellness resort by La Clinique Paris (Monchique)	68
Figura 22: Frequência termal em alguns países Europeus <i>Fonte: Comissão Nacional do Ambiente 1970, Louro 1995</i>	71
Figura 23: Evolução da taxa de crescimento termal de 1960-2002 <i>Fonte: Associação das termas de Portugal, 2003</i>	72
Figura 24: Número de clientes termalismo <i>Fonte ATP, 2007</i>	72
Figura 25: Sazonalidade do termalismo <i>Fonte ATP, 2007</i>	73
Figura 26: Volume de negócios <i>Fonte ATP, 2007</i>	73
Figura 27: distribuição por classes etárias <i>Fonte ATP, 2007</i>	73
Figura 28: Distribuição por sexo <i>Fonte ATP, 2007</i>	74
Figura 29: Região de proveniência <i>Fonte ATP, 2007</i>	74
Figura 30: Estâncias termais em funcionamento <i>Fonte ATP, 2007</i>	75
Figura 31: Distribuição por indicações terapêuticas <i>Fonte ATP, 2007</i>	75
Figura 32: Repartição geográfica em percentagem <i>Fonte: Center for Academic Studies at Or Yehuda</i>	79
Figura 33: Evolução da frequência termal de 1952 a 2001 <i>Fonte: Union Nationale des Etablissements Thermaux, Fevereiro 2008</i>	83
Figura 34: Causas das crises termais alemãs <i>Fonte Brittner & Stehle, 2000</i>	85
Figura 35: Frequência de clientes das estâncias termais, em países europeus relativamente à população total (%) <i>Fonte ISPA, 2002</i>	87
Figura 36: evolução de clientes de cura social/privada durante os anos da crise termal alemã (em termos percentuais) <i>Fonte Bittner & Sthele, 2000</i>	88
Figura 37: Diferentes modalidades de locais de cura <i>Fonte Ramos (2005)</i>	89
Figura 38: categorias das estâncias termais alemãs <i>Fonte Ender & Girsch 1998</i>	89
Figura 39: Resumo das três grandes dimensões do mercado <i>Fonte Ramos (2005)</i>	91
Figura 40: Critérios diferenciadores entre curas subsidiárias e turismo de saúde <i>Fonte: Nahrstedt, 1999</i>	92
Figura 41: Segmentos Turismo de Saúde <i>Fonte Nahrstedt, 1999</i>	94

Figura 42: Produção cirúrgica global (em percentagem) dos Hospitais HPP Algarve <i>Fonte: HPP Saúde</i>	94
Figura 43: Produção cirúrgica global (em volume) dos Hospitais HPP Algarve <i>Fonte: HPP Saúde</i>	95
Figura 44: Evolução dos internamentos (em volume) nos Hospitais HPP Algarve <i>Fonte: HPP Saúde</i>	96
Figura 45: Evolução do número de admissões turismo de saúde (ambulatório- Amb- e internamento- Int.) <i>Fonte: HPP Saúde</i>	96
Figura 46: Facturação em Euros (ambulatório e internamento), segmento do turismo de saúde <i>Fonte: HPP Saúde</i>	97
Figura 47: Infra-estruturas disponíveis no Algarve (rede HPP Algarve e parceiros)	98
Figura 48: Visitantes do site <i>Fonte: HPP Saúde</i>	99
Figura 49: Seguradoras Internacionais: Evolução da facturação (Euros) <i>Fonte: HPP Saúde</i>	105
Figura 50: Peso do segmento “Seguradoras internacionais” em termos do total de facturação do HPP Algarve <i>Fonte: HPP Saúde</i>	105
Figura 51: Pedidos de cirurgia entre Novembro 2009 e Novembro 2010 <i>Fonte: HPP Saúde</i>	107
Figura 52: Informações iniciais extraídas dos inquéritos	108
Figura 53: Como se informou relativamente ao turismo médico?	109
Figura 54: Como recolheu informações ao nível do turismo de saúde (hotel e hospital)?	110
Figura 55: Qual a serviço médico requerido?	110
Figura 56: Viajou sozinho(a) ou acompanhado(a)?	110
Figura 57: Quantos dias permaneceram?	111
Figura 58: Avaliação de diversos itens referente a experiência de turismo de saúde	111
Figura 59: Como tomou conhecimento do Hospital Privado de Santa Maria?	112
Figura 60: Avaliação ao Hospital Privado de Santa Maria	112
Figura 61: avaliação do sistema de saúde nacional e de Portugal	113
Figura 62: Recorreu a alguma agência de viagens ou intermediário especializado em turismo médico?	113
Figura 63: Avaliação dos intermediários especializados no turismo de saúde	114
Figura 64: Recomendaria recorrer a intermediário especializado no turismo de saúde?	114
Figura 65: Barreira linguística	115
Figura 66: Serviço personalizado?	116
Figura 67: Recomendaria o Turismo Médico em Portugal?	116
Figura 68: Seguro de saúde?	116

Figura 69: Importância da acreditação	116
Figura 70: Como avalia a sua experiência em Portugal	117
Figura 71: Receio de complicações fruto de más práticas num país estrangeiro	117
Anexo A1: Distribuição Regional em 2007 <i>Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2008</i>	123
Anexo A2: Origem do turismo internacional <i>Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008</i>	123
Anexo A3: Principais destinos mundiais <i>Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008</i>	124
Anexo A4: Principais mercados emissores: Gastos em turismo internacional em 2006 <i>Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008</i>	124
Anexo A5: Principais destinos mundiais em 2020 <i>Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008</i>	125
Anexo A6: Representatividade da procura externa por Áreas Regionais de Turismo e Regiões autónomas em 2008 <i>Fonte: Turismo de Portugal, 2008</i>	125
Anexo A7: Inquérito/ Patient Survey	126

Sumário executivo

O ponto central do estudo realizado é o segmento do turismo de saúde, o qual agrega dois conceitos específicos, por um lado o turismo médico o qual corresponde à decisão de viajar para se ter acesso a cuidados médicos ou realizar uma cirurgia, por seu turno existe um segundo conceito que se prende com a opção em viajar com o intuito de promoção da saúde mas de uma forma preventiva, a nível físico, psicológico e espiritual.

Mediante a constatação que alguns países internacionais já dispõem de estratégias activas de promoção do turismo de saúde e que em Portugal este segmento ainda é trabalhado frequentemente de forma muito individualizada em termos institucionais, considerei premente clarificar conceitos, descrever e caracterizar o turismo de saúde (quer o turismo médico quer o turismo de bem-estar) em termos de oferta e procura. Numa perspectiva geral, o estudo destaca os países com resultados de sucesso na promoção do turismo de bem-estar e do turismo médico, focando as estratégias adoptadas. Um objectivo mais específico ao nível do turismo médico, visou caracterizar a actual oferta existente em Portugal, nomeadamente recorrendo a um estudo de caso a nível hospitalar. Por seu turno, a caracterização da procura também foi contemplada através de um inquérito a turistas estrangeiros que optaram pelo Algarve para a realização de tratamentos médicos em 2010. O objectivo último da tese, visa identificar os elementos fundamentais a considerar na definição de uma estratégia de sucesso para a afirmação do turismo de saúde em Portugal. De salientar que o sucesso poderá passar pelo reforço do complemento entre o turismo de bem-estar e o turismo médico e procurando atingir níveis de especialização e referenciação ao nível das duas subcategorias.

De destacar ainda os diferentes conteúdos facultados ao longo do estudo. Numa fase inicial é caracterizado o sector do turismo em termos mundiais (descrição da procura, identificação dos principais países emissores e de destino, enumeração das principais razões explicativas para o aumento significativo do fluxo mundial de turistas e ainda a definição das principais tendências futuras em termos de turismo). Na mesma Capitulo foi contemplada uma análise específica ao turismo em Portugal, de salientar dados ao nível da procura global, definição das principais regiões nacionais receptoras de turistas, identificação do volume de receitas geradas e descrição do nível de satisfação dos turistas.

O turismo de saúde tem características muito específicas, sendo por isso fundamental sustentar e descrever, em termos teóricos, um processo de segmentação, permitindo dessa forma definir e caracterizar o turismo de bem-estar e o turismo médico. Após a segmentação, foi fulcral descrever o segmento do turismo de saúde, precisando com especial detalhe quer o lado da procura quer o lado da oferta em termos globais.

O estudo da concorrência foi uma opção fundamental, no caso do turismo de bem-estar foi possível comparar duas estratégias distintas de desenvolvimento termal, identificando dessa forma os principais pontos de sucesso de uma das políticas adoptadas (pela Alemanha) e as principais limitações da outra

estratégia salientada (adoptada pela França). Por seu turno, ao nível do turismo médico a opção em introduzir uma análise a Israel é valorizada mediante a experiência deste país na promoção do segmento turismo de saúde, a capacidade deste país em atrair turistas de múltiplos países e ainda pelo facto de já ser uma referência numa especialidade médica, mais concretamente em tratamentos de fertilidade.

De forma a precisar a forma como este segmento está a ser trabalhado em Portugal, a opção foi efectuar um estudo de caso ao grupo HPP, mais concretamente descrevendo a forma como os dois Hospitais do grupo no Algarve trabalham este segmento. Os principais objectivos do estudo foram: descrever a procura, detalhar os principais desafios a superar e, ainda, identificar a estratégia a seguir como forma de solidificação do grupo e de Portugal no segmento do turismo médico. Por seu turno, de forma a caracterizar a procura, efectuaram-se inquéritos a turistas estrangeiros de saúde que optaram pelas unidades do HPP Algarve para a realização de tratamentos de saúde ao longo do último ano.

De uma forma sumária, o estudo levado a cabo pretende identificar os principais países activos no turismo de saúde, de forma a aferir o sucesso das estratégias adoptadas. Por outro lado, o estudo visa descrever o actual mercado do turismo de saúde, numa óptica global e numa visão específica a situação de Portugal, de forma solidificar a informação existente em redor deste segmento que se caracteriza por ter relevância em dois sectores de elevada primazia em Portugal: a saúde e o turismo. Com a informação recolhida pretende-se coadjuvar na identificação dos elementos chave a considerar na definição e implementação de uma estratégia nacional ou específica para uma instituição de saúde, na promoção do segmento turismo de saúde.

Capítulo 1: Introdução

O segmento do turismo de saúde corresponde a agregação de dois conceitos específicos, por um lado o turismo médico o qual corresponde à decisão de viajar para se ter acesso a cuidados médicos ou realizar uma cirurgia, por seu turno o turismo de bem-estar resulta da opção em viajar com o intuito de promoção da saúde mas de uma forma preventiva, a nível físico, psicológico e espiritual.

Alguns países internacionais já dispõem de estratégias activas de promoção do turismo de saúde, no entanto este segmento ainda é trabalhado de forma parcial e desintegrada pelas diferentes instituições portuguesas com potencial interesse em explorar este nicho de mercado.

Numa primeira fase é efectuado um enquadramento geral ao nível do turismo, numa perspectiva global é descrita a situação actual e são apresentadas algumas previsões futuras. Por outro lado, é realizada uma análise específica ao turismo em Portugal. De forma complementar, são referidas algumas estratégias de segmentação, as quais permitem sustentar o turismo de saúde mediante as suas características próprias, sendo ainda possível uma análise mais ampla de caracterização quer do turismo médico quer do turismo de bem-estar.

Após a segmentação, é fulcral descrever o segmento do turismo de saúde, precisando com especial detalhe quer o lado da procura quer o lado da oferta em termos globais. De salientar a opção em apresentar casos de concorrência, ou seja a situação de países extremamente activos na promoção deste tipo de turismo. A decisão em descrever alguns exemplos internacionais, quer ao nível do bem-estar (termalismo em França e Alemanha) quer do turismo médico (caso de Israel), visa definir caminhos de sucesso que permitem definir um modelo de desenvolvimento para o turismo de saúde em Portugal.

É fundamental conhecer em detalhe a forma como este segmento está a ser trabalhado em Portugal, quer a nível dos grupos privados de saúde quer indagando se existe cooperação entre as diferentes instituições com interesse neste segmento. A informação existente é extremamente parca, como tal a estratégia passou por efectuar um estudo de caso aos Hospitais do Algarve do grupo HPP (Hospital de Lagos e Hospital de Santa Maria em Faro). Este estudo resultou de uma entrevista a um administrador do grupo HPP Algarve, o Dr. Paulo Jorge Neves, o qual teve a amabilidade de descrever em detalhe o lado da oferta e procura. A análise resultou mais ampla, tendo sido indicadas estratégias que podem permitir a afirmação de Portugal neste segmento e assim obter um maior retorno, sobretudo nesta fase em que foi aprovada uma lei que visa dinamizar o mercado da saúde a nível europeu sobretudo como solução às longas listas de espera de alguns países. Um dos caminhos para atrair um maior número de turistas de saúde poderá passar pela estratégia de referenciação, ou seja hospitais especializados em áreas de saúde particulares, conseguindo resultados acima da média e com menores custos por tratamento.

De forma a sustentar a caracterização da procura, optou-se por realizar inquéritos a pacientes estrangeiros que ao longo do último ano optaram pelas unidades hospitalares do grupo HPP Algarve para a realização de tratamentos de saúde.

Indubitavelmente que o conceito do turismo de saúde não é totalmente desconhecido a nível nacional, no entanto ainda é trabalhado de forma muito individualizada. Por outro lado, existe pouca clareza ao nível dos conceitos, nomeadamente o que é o turismo médico e o que é o turismo de bem-estar. De forma sumária, sendo uma temática que abarca dois sectores de elevada preponderância em termos nacionais: o turismo, que desde sempre foi um sector chave de crescimento, e o sector da saúde, sobretudo com o reforço do dinamismo após a entrada dos grupos privados ao longo da última década, é facilmente perceptível que é premente um estudo de clarificação de conceitos e definição dos caminhos a seguir, sustentando a análise em estudos de casos internacionais e uma análise detalhada a um exemplo prático de sucesso no panorama nacional (os Hospitais do grupo HPP no Algarve).

Capítulo II: Sector do Turismo

2.1 Turismo internacional

De forma progressiva tem existido um contínuo aumento do número de turistas internacionais, processo este que resulta, de forma significativa, das inúmeras alterações introduzidas pela globalização. Não obstante, de forma quase circular, o aumento do fluxo de turistas acaba por incrementar ainda mais o fenómeno original de globalização. Segundo Carvão (2009), o turismo mundial tem crescido em volume, resultado da conjugação de diversos factores:

- Aumento do rendimento disponível;
- Maior propensão a viajar;
- Acentuado crescimento dos mercados emergentes;
- Crescimento continuado dos mercados tradicionais;
- Mudanças demográficas: aumento da mobilidade internacional por motivos profissionais (resultado da globalização);
- Alterações sociais e tecnológicas;
- Diversificação dos destinos;
- Crescente liberalização do sector;

Segundo a mesma fonte, em 2006, o turismo internacional gerou uma receita de 733 mil milhões de dólares. Por seu turno, no ano de 2007, o turismo internacional registou praticamente 900 milhões de turistas. Mediante os volumes apresentados, é facilmente perceptível que este sector assumia uma elevada importância à escala mundial.

A maioria dos turistas internacionais viaja para destinos na Europa (54%), Ásia (21%) e continente Americano (15%). Em termos de receitas, a Europa ocupa o primeiro lugar (51%), seguida da América (21%) e da Ásia (20%)¹.

Apesar do crescimento do sector à escala mundial e da diversificação dos destinos, sensivelmente 50% das receitas é criada num número reduzido de dez destinos (os lugares cimeiros são ocupados pela França, Espanha e EUA)².

¹ Consultar anexo A1: Distribuição regional em 2007

² Consultar anexo A2: Origem do turismo internacional

No que se refere aos mercados emissores, relevo para a Alemanha, EUA, Reino Unido, França e Japão. É igualmente importante mencionar o crescimento de alguns mercados emergentes (Rússia e República da Coreia) na lista dos principais mercados emissores ³.

Segundo projecções da Organização Mundial de Turismo (OMT), o número de turistas internacionais será 1.6 mil milhões em 2020 (ou seja, uma taxa média de crescimento anual de 4%). Segundo o mesmo estudo, os destinos com maior crescimento serão: África, Ásia e Médio Oriente. A OMT prevê ainda que em 2020 a China deverá ocupar o primeiro lugar como destino mais visitado do mundo ⁴.

Em termos demográficos é fundamental salientar três aspectos com impacto directo no sector do turismo: 1. Envelhecimento da população; 2. Mudança generalizada na composição das famílias e 3. Aumento dos fluxos migratórios.

Analisando mais em detalhe cada um dos três aspectos salientados, o envelhecimento da população resultou num maior número de turistas seniores, não obstante o comportamento dos seniores actuais é distinto comparativamente aos seniores da geração anterior.

Ao nível da alteração generalizada na composição das famílias, nomeadamente aumento do número de solteiros, de famílias monoparentais e de agregados familiares alargados com a incorporação de avós, indubitavelmente que estas alterações irão ter repercussões no tipo de turismo realizado, sobretudo em termos do total de pessoas de cada agregado familiar.

Como sustenta Carvão (2009) o aumento dos fluxos migratórios tem levado a um incremento significativo do tráfego de turistas por motivos de visitas a familiares e amigos.

Por outro lado, o desenvolvimento tecnológico tem influenciado consideravelmente o sector do turismo. A expansão das tecnologias da informação e comunicação no sector trouxe uma nova dimensão ao mercado global das viagens. Permitiu ao cliente ter acesso a serviços que antes não tinha e, como tal, este passou a ter maior domínio do processo de decisão e compra.

Um fenómeno com bastante importância prende-se com a afirmação económica de países emergentes, como a Índia, o Brasil, a China e a Rússia. Este crescimento levou ao aumento da classe média com poder de compra e rendimento disponível para viajar, numa primeira fase dentro do seu país, numa segunda fase na sua região e posteriormente para outros países. Esta tendência é particularmente clara nos mercados emissores asiáticos.

Relativamente aos meios de transporte, em particular no que se refere ao transporte aéreo, registaram-se alterações significativas ao longo dos últimos anos. A crescente liberalização do transporte aéreo e a expansão das companhias aéreas de baixo custo levou a uma diminuição significativa do custo das

³ Consultar A3 e A4: *Destinos mundiais e principais mercados emissores.*

⁴ Consultar anexo A5: *Principais destinos mundiais.*

viagens aéreas, factor que impulsionou o aumento das estadias de curta duração e alterou os padrões de consumo.

Um aspecto que actualmente já assume alguma relevância é a crescente consciência dos turistas, dos gestores de destinos e empresas de turismo no que se refere à incorporação de práticas de desenvolvimento sustentável na actividade turística.

Uma outra variável com bastante relevo prende-se com a segurança: o turismo tem sofrido nos últimos anos um número crescente de ameaças (terrorismo, ameaças sanitárias e desastres naturais), factores que levaram a um aumento da preocupação pela segurança e, inevitavelmente, à implementação de medidas preventivas que contrariam de alguma forma a tendência anterior de uma crescente facilitação das viagens.

Todas as tendências anteriormente descritas alteraram o comportamento do consumidor (turista), sendo este actualmente informado, com consciência precisa do que quer e da forma como o poderá obter. Como sustenta Carvão (2009), o mercado turístico está em constante mudança e diversas tendências estão em curso, antecipando-se desde já repercussões na forma como o sector se organiza a prazo:

- Aumento das comunidades online;
- Crescente nível de especialização quer da procura, quer consequentemente da oferta;
- Procura por pacotes turísticos de promoção do bem-estar (físico, psicológico e espiritual);
- Procura por serviços turísticos de complementaridade (exemplo: férias de praia complementadas com actividades de natureza);
- Aumento das viagens “feitas à medida”. Este fenómeno surge em resultado do aumento dos conhecimentos por parte do consumidor e, ainda, beneficiando da facilidade disponibilizada pela Internet na compra de multi-serviços;
- Procura pelo autêntico e recusa do artificial. Estas duas preferências levaram ao desenvolvimento de novos destinos e produtos, em que o consumidor pode ter acesso a produtos autênticos da cultura local (caso da gastronomia);
- Novo conceito de luxo, ou seja, o luxo passou a estar relacionado com o acesso a algo único e exclusivo (por exemplo um safari em África com a melhor oferta de alojamento);

- Procura crescente por uma experiência autêntica, de forma a expandir os conhecimentos/saber do turista. Em suma, o consumidor já não procura um produto, mas sim uma experiência em todas as suas componentes (visão holística).

De forma a sintetizar as várias ideias expressas, é nítido que do lado da procura existe uma crescente valorização da autenticidade, do equilíbrio do prazer em viajar com a promoção de hábitos de vida mais saudáveis e, ainda, maior procura por programas que permitem adaptar as preferências individuais em detrimento de uma oferta massificada e despersonalizada. É fundamental que as instituições do lado da oferta tenham percepção destas alterações, de forma a definirem, em cada região, quais os elementos naturais e intrínsecos que devem ser realçados e valorizados de forma a adaptar a oferta em função das novas preferências descritas. A consciencialização (do lado da procura) para a promoção do bem-estar e da saúde está em rápida expansão, como tal os países com boas condições naturais, sem dúvida, que vêem as suas oportunidades a aumentarem de forma significativa.

2.2. Turismo em Portugal

Os dados mais recentes publicados pelo “Turismo de Portugal” dizem respeito a 2008. Com base nessas informações oficiais, no ano de 2008 Portugal posicionou-se na 25.^a posição do ranking mundial, descendo 2 lugares relativamente ao ano anterior. No âmbito da procura turística para o destino Europa, Portugal tem uma quota de 2,3%, a qual se mantém estável desde 2007.

Na Europa, com receitas totais em 2008 de 322,1 mil milhões de Euros, a região do Sul/Mediterrâneo (onde se inclui Portugal) é a mais importante em termos turísticos, representando 38,8% das receitas deste continente, com 124,9 mil milhões de euros (registando um crescimento de 2,9% relativamente ao ano anterior, 2007).

Se alargarmos a análise para o conjunto de países da bacia do Mediterrâneo, incluindo os países do Norte de África, Portugal detém a 8.^a posição em termos de receitas (em 2007 encontrava-se na 6.^a posição). Dois dos países com maior aumento da procura em 2008, sensivelmente 8,8%, foram o Egipto e a Croácia, para este desempenho muito contribuiu a considerável melhoria dos acessos, beneficiando ainda de preços mais atractivos comparativamente com outros destinos da zona Euro.

Ainda com base nos dados publicados pelo Turismo de Portugal, referentes a 2008, numa análise a evolução registada nos últimos três anos, assistiu-se a uma tendência de recuperação de Portugal com valores acima do desempenho médio do destino Europa (+5,6% de variação média anual para Portugal vs. +3,3% de variação média ao ano para a Europa, no período 2006-2008) e do conjunto dos destinos mundiais (+5,6% para Portugal contra +4,0% para o mundo). Comparativamente com outros países da orla mediterrânica, Portugal registou uma variação média anual de 5,6% no período 2006-2008, acima dos aumentos médios anuais de 5,4% apresentados pela Turquia e Tunísia, Espanha (+1,2%) e França (1,1%). O desempenho de Portugal apenas é superado pelo Egipto (+10,1%) e pela Croácia (+8,4%).

Segundo a mesma fonte, as receitas do turismo nacional atingiram 7,4 mil milhões de euros, em 2008, ou seja um aumento de 0,5% face a 2007, o que se traduz num acréscimo absoluto de 38 milhões de euros. Para este ligeiro aumento global, contribuíram principalmente a França (quota de 16% no total das receitas) ao registar um aumento de 6,3% (mais 71 milhões de euros) face a 2007, a Alemanha (com uma quota de 11%) obteve um acréscimo de 2,9% (23 milhões de euros) e a Holanda (4% de quota), com um aumento homólogo de 7,6%, ou seja, 21 milhões de euros.

Em 2008, o Reino Unido, principal mercado emissor para Portugal (com uma quota de 22% do total das receitas), registou um decréscimo significativo em termos homólogos de 8,4% (menos 150 milhões de euros), resultado da libra esterlina ter desvalorizado face ao euro, traduzindo-se num decréscimo significativo da procura pelos destinos na zona euro. O mercado espanhol (quota de 15%) também registou um ligeiro decréscimo de 1,8% (ou seja, menos 21 milhões de euros).

Ainda com base nos dados do Turismo de Portugal, de destacar que as despesas dos turistas no ano de 2008, foram de 2,9 mil milhões de euros. Nesse mesmo ano, a balança turística registou um desempenho positivo de 4,5 mil milhões de euros, no entanto existiu um decréscimo absoluto, em termos homólogos, de 32 milhões de euros. No período entre o ano de 2006 e 2008, o crescimento médio anual das receitas (5,6%) foi ligeiramente acima do crescimento das despesas (5,2%).

Em 2008, a balança corrente portuguesa teve um saldo negativo de 20.163 milhões de euros, apesar do contributo positivo da balança turística (7.440 milhões de euros). De forma permanente, a balança turística permite reduzir o défice da balança comercial nacional.

Numa análise regional, com base nos dados oficiais nacionais mais recentes ⁶, é importante identificar com precisão a representatividade da procura externa pelas diferentes áreas regionais de turismo e regiões autónomas, no ano de 2008. As três regiões mais procuradas foram: a Madeira, o Algarve e a região de Lisboa e Vale-do-Tejo.

Segundo um estudo do Turismo de Portugal, publicado em 2010, através do qual se procurou analisar se o país supera as expectativas dos turistas estrangeiros, foram realizadas 1 072 entrevistas nos aeroportos de Lisboa, Porto, Faro e Funchal (entre o dia 21 e o dia 30 de Agosto de 2010). A grande maioria dos turistas salientou estar satisfeita com a experiência de férias em Portugal e deseja regressar nos próximos anos. Numa análise mais precisa, sensivelmente 44% dos inquiridos (com origem em Espanha, Reino Unido, Alemanha, França, Holanda, Irlanda e Brasil) referiu que as suas expectativas foram ultrapassadas, realçando para tal aspectos como: as praias, as paisagens, a simpatia dos portugueses, a gastronomia e os vinhos. O estudo levado a cabo, procurou ainda mesurar o nível de satisfação dos turistas, numa escala de 1 a 10, os inquiridos classificaram a estadia em Portugal com uma nota média de 8,6.

⁶ Consultar anexo A6: Representatividade da procura externa por Áreas Regionais de Turismo e Regiões autónomas em 2008

Um aspecto premente, é identificar os aspectos que induziram os turistas a optarem pelo destino Portugal. Com base nos inquéritos efectuados, 56% dos turistas inquiridos referiu os seguintes elementos como fundamentais no reforço pela opção em vir a Portugal: o clima e as paisagens. No caso específico dos espanhóis, o factor proximidade e o preço da viagem são igualmente razões apontadas. Os inquiridos destacaram outros aspectos que motivaram a escolha do destino Portugal: a segurança, a hospitalidade do país e a possibilidade de usufruto de vários recursos turísticos, este último ponto foi referido por sensivelmente um quarto dos entrevistados que optou por visitar vários destinos regionais.

Ao nível do alojamento, a maioria dos turistas (53%) ficou hospedada em alojamento qualificado (hotéis, hotéis apartamentos e pousadas) e a estadia média foi de 10,4 noites. Por seu turno, os turistas brasileiros caracterizam-se por uma estadia média mais longa: 15,3 noites. Um último aspecto com relevância visa precisar a composição média do agregado familiar que se deslocou a Portugal: 58% dos turistas viajou na companhia do conjuge e 29% dos filhos.

Capítulo III: Segmentação

3.1.Segmentação do sector do turismo

“(...) market segmentation(...) the task of breaking the total market into segments that share common properties” (Kotler, 1989)

A necessidade de segmentação do mercado resulta da constatação que a procura por bens ou serviços não é regular na população como um todo, mais especificamente existem minorias ou nichos específicos que apresentam um padrão de consumo focado em produtos ou serviços específicos. Já no século XIX, o sociólogo e economista italiano Pareto observou que 80% da riqueza italiana estava na posse de apenas 20% da população, tendo esta evidência sido posteriormente designada como princípio de Pareto.

Mais recentemente, Green (1978) e Windra (1978) referem que os consumidores demonstram heterogeneidade nas suas preferências e nos seus comportamentos de consumo. O processo de segmentação de mercado, para Plog (1989), é a técnica de que as empresas dispõem para se adaptarem à heterogeneidade da procura, ou seja equilibrar as disparidades do lado da procura aos escassos recursos disponíveis. Para a maioria das empresas activas no mercado, é impossível satisfazer todas as necessidades expressas pelos consumidores, sendo uma necessidade focar certos segmentos de forma a otimizar os recursos existentes.

Os diferentes processos de segmentação do sector do turismo foram influenciados por conceitos e princípios da teoria geral do marketing. No entanto, o turismo assume características muito próprias que necessitam ser consideradas.

Segundo Woodward e Seaton (2007), apenas três países (EUA, Alemanha e Reino Unido) representam 30% das despesas internacionais em turismo, no ano de 2006, no entanto esses mesmos países representam (em conjunto) menos de 7% da população mundial. Mesmo ao nível interno de cada país não existe uma procura uniforme por toda a população, considerando o caso específico dos EUA, apenas 8% da população dispõe de passaporte.

Um aspecto importante da segmentação visa identificar grupos específicos no seio do vasto universo da população, caso não seja estudada será considerada indiferenciada. Esta definição permitirá determinar com maior exactidão os serviços que devem ser colocados à disposição, de forma a satisfazer na íntegra as necessidades específicas desse grupo. Segundo Kotler (1984), no processo de segmentação é fundamental a agregação da procura em grupos, maximizando a homogeneidade no seio de cada grupo e procurando definir o máximo de heterogeneidade entre os diferentes segmentos.

Como salienta Plog (2006), uma vez efectuada a segmentação, além de um maior conhecimento dos consumidores, será mais fácil elaborar uma estratégia marketing e adaptá-la às necessidades específicas do segmento que se pretende atingir, é ainda através da segmentação que é possível personalizar a oferta ao segmento a focar, quer para atrair mais procura quer para fidelizar.

A segmentação é a estratégia que permite agrupar a procura por um determinado destino em segmentos, segundo Kotler (2006) esse processo permite desenvolver produtos e serviços adaptados, definir com clareza o(s) segmento(s) a focar e, ainda, definir as vantagens competitivas necessárias. Indubitavelmente que um processo de segmentação rigoroso permitirá benefícios adjacentes, nomeadamente maior clareza no planeamento marketing, permitindo uma alocação com maior custo-efectividade.

Um processo de segmentação não é estático e uniforme, como sustenta Moscardo (2001). Na realidade é fundamental levar a cabo um método de segmentação dinâmico, existindo para tal uma primeira fase *a priori* e um processo complementar *a posteriori*. Na primeira etapa é fundamental recorrer às experiências passadas (ou projectando os padrões comportamentais dos turistas) de forma a caracterizar distintos aspectos, nomeadamente: sociais, demográficos, gastos médios, duração da estadia, etc. No entanto, o processo não se finaliza nesta primeira fase, é fundamental executar um processo complementar de segmentação, designado por Moscardo (2001) como *a posteriori* ou *pos-doc*. Nesta etapa, são recolhidos dados através de inquéritos, onde diversas variáveis turísticas são introduzidas. A análise aos dados recolhidos, permitirá definir grupos com comportamentos ou preferências comuns ou com grande similitude.

Um processo de segmentação aplicado ao sector do turismo tem diversos benefícios, nomeadamente permite a caracterização da procura (definir a classe social dos utentes, as características pessoais e geográficas, a idade média e, ainda, caracterizar o agregado familiar), é útil para se analisar o padrão de consumo (mais concretamente, para enumerar os principais benefícios procurados pelos clientes, determinar as características psicológicas do consumidor, avaliar a frequência e volume da compra, mesurar a propensão ao consumo e realçar o(s) motivo(s) da compra). Por outro lado, um processo de segmentação ao nível do turismo, é fundamental para testar novos conceitos e a receptividade dos mesmos e, finalmente avaliar o nível de satisfação e fidelização à marca ou ao tipo de serviços prestados. Como sustentam Woodward e Seaton (2007), o sector do turismo caracteriza-se por múltiplos segmentos, muitas vezes totalmente dispare entre si, mas um processo de segmentação adaptado ao segmento em análise será sempre proveitoso, nomeadamente ao nível do turismo de saúde (considerando as suas múltiplas formas ou subsegmentos, os quais serão analisados mais em detalhe nos seguintes capítulos).

3.2. Metodologias de segmentação para o Turismo de Saúde

Uma vez descritas as vantagens da execução de um processo de segmentação adaptado ao sector do turismo, nomeadamente ao mercado do turismo de saúde, é pertinente descrever metodologias que permitam a persecução prática da segmentação. Woodward e Seaton (2007) salientaram distintas técnicas de segmentação, no entanto de seguida são expostas, de forma sumária, as principais técnicas possíveis de serem adaptadas ao turismo de saúde. Um aspecto importante de frisar é que não existe uma metodologia única e que possa ser considerada óptima.

Uma primeira metodologia de segmentação sustenta-se na análise ao tipo de viagem realizada. O processo é executado com base nos fundamentos pelos quais é realizada a viagem, por exemplo: lazer ou férias, trabalho, visitar a família ou amigos, por razões de educação ou de cariz religioso, eventos especiais ou saúde. Este método visa definir com precisão a natureza da viagem, uma vez que diferentes incentivos podem determinar alterações ao nível do tempo médio da estadia, despesas médias, tipo de alojamento, actividades complementares procuradas e definição dos serviços essenciais que devem ser garantidos. Em termos de turismo de saúde, esta metodologia é mais indicada para o turismo de bem-estar. Uma potencial limitação prende-se com o eventual receio, por parte dos turistas, em definir motivos de saúde aquando do inquérito, uma vez que podem existir constrangimentos pessoais (nomeadamente ao nível da privacidade) ou ser motivo para desencadear burocracia adicional ou, em alguns casos, eventuais restrições à entrada no país.

Uma outra metodologia visa executar a segmentação em função do padrão e estrutura da viagem, em termos práticos é analisado todo o processo desde que existe vontade em viajar até à execução da mesma. Existem múltiplas variáveis em análise, nomeadamente a forma como é executado o processo de recolha da informação, como é realizada a reserva, itinerário, locais a visitar, gastos médios diários... A progressiva introdução de um maior número de variáveis irá permitir identificar segmentos particulares. De salientar ainda que a informação ao nível itinerário é relevante de forma a definir as zonas que despertam maior interesse e quais as respectivas motivações. Em termos de turismo de saúde, quer na vertente de bem-estar quer considerando o turismo médico, esta técnica de segmentação poderá revelar-se extremamente útil. Por exemplo, no caso do turismo médico é extremamente válido na obtenção de uma avaliação qualitativa, por seu turno, ao nível do turismo de bem-estar a definição do itinerário é um elemento de extrema utilidade.

Uma outra metodologia, com base no benefício obtido mediante a aquisição de um determinado bem ou serviço, é utilizada com frequência em análises marketing a produtos físicos, sustentando-se na teoria que diferentes consumidores avaliam de forma distinta o mesmo produto. A extensão ao sector do turismo é motivada pela necessidade de conhecer os benefícios extraídos pelos diferentes segmentos. O mesmo destino poderá atrair segmentos com características díspares, mas os benefícios que ambos retiram podem ser igualmente distintos. Por outro lado, este método permite compreender porque razão alguns segmentos de turistas não procuram um determinado destino, uma vez que os benefícios

encontrados não justificam a opção de viagem. De salientar ainda que existem dois níveis a considerar, por um lado os benefícios primários que dizem respeito a elementos que indubitavelmente atraem só por si procura (de salientar: sol, praia, natureza, aventura, romance, tranquilidade, monumentos...), por seu turno num segundo patamar os benefícios extras que se prendem com questões logísticas, de funcionalidade, alojamento, alimentação, organização, ruído... No que concerne ao turismo de saúde (na vertente de turismo médico e de bem-estar), este método deverá ser aplicado de forma regular e detalhadamente.

De forma a identificar as actividades indispensáveis aos diferentes grupos será importante efectuar uma segmentação por actividade, permitindo dessa forma garantir a existência e a qualidade das actividades primordiais para os diferentes grupos. Será então necessário recorrer a questionários com questões em redor das actividades existentes no destino em consideração e, ainda, outras actividades complementares (ainda não existentes) com o intuito de detectar lacunas do lado da oferta. Por vezes há actividades que não são imediatamente definidas como essenciais num determinado destino turístico, no entanto acabam por funcionar como força impulsionadora, sendo por isso fundamental que o lado da oferta tenha essa percepção. Ao nível do turismo de bem-estar é importante a utilização desta metodologia, de forma a identificar com exactidão as actividades que obrigatoriamente necessitam ser disponibilizadas.

A diversidade das metodologias existentes é de tal forma ampla que é possível introduzir um método que visa identificar os aspectos de motivação, ou seja os elementos que levam os turistas a viajar. Esses elementos podem ser de cariz interno, nomeadamente o desejo de ir a um determinado local, ou alternativamente podem resultar de um desejo induzido por uma promoção apelativa de um destino e acessível em termos económicos. De uma forma mais genérica, podem ser atribuídas motivações de cariz positivo (designadas em Inglês como *pull factors*): atracção por um determinado local ou cultura. Alternativamente, os incentivos podem ser impulsionados por aspectos negativos (designados em língua inglesa por *push factors*): desejo de afastamento de um local stressante e cansativo e, como tal, procura de um refúgio.

Esta última técnica descrita, tem vindo a ser aperfeiçoada ao longo do tempo, nomeadamente já se efectuaram estudos em três fases distintas de uma determinada viagem: antes de partir, durante a viagem e após o regresso ao local de origem. É ainda fundamental analisar vários intervenientes no processo. A utilidade desta técnica de segmentação é fundamental na medida que permite definir com maior exactidão as necessidades (concretas e abstractas) que devem ser satisfeitas. A principal dificuldade visa identificar com precisão as motivações, sobretudo pelo carácter abstracto. Poderá ainda existir alguma subjectividade com base em aspectos de moda ou preferência /gosto. Esta análise poderá revelar-se útil para a análise dos segmentos relacionados com o turismo de saúde na sua forma mais ampla.

Uma técnica com um cariz mais holístico, permite realizar um processo de segmentação com base no estilo de vida. Não é uma técnica recente, na medida que foi utilizada pela primeira vez na década de setenta, mas só recentemente ganhou maior protagonismo. Envolve uma análise, com diversas dimensões,

ao perfil do turista, mais especificamente: em termos de consumo, dos comportamentos e, ainda, aspectos de cariz psico-social (valores atitudes e opiniões). O objectivo do método visa identificar grupos em função de similitudes em termos de valores, comportamentos e atitudes. Em termos de limitação, não podemos ignorar que esta técnica de segmentação é com base em elementos estatísticos e de cariz não real, podendo como tal levar a uma desconsideração de aspectos que podem ser relevantes em termos de clientela individualmente mas que não são identificados como primordiais para o segmento em questão. Em termos do turismo de saúde, mais concretamente na vertente do bem-estar, esta técnica poderá ser extremamente útil na medida que permite identificar os valores, atitudes, comportamentos e opiniões que são determinantes na definição de um destino (por parte de diferentes segmentos).

Um nicho de mercado é um pequeno mercado. O turismo de bem-estar e o turismo médico ainda são mercados muito específicos, como tal será útil recorrer a um processo de segmentação por nicho de mercado. Na promoção de um nicho de mercado é necessário, numa primeira fase, reposicionar esse mesmo nicho. Numa segunda fase há que trabalhar em conjunto com operadores turísticos, grupos de *lobby* e media especializados. Relativamente a nichos de mercado mais desenvolvidos, é ainda necessário que as “agências” no estrangeiro sejam capazes de facultar informações, dados relevantes e de qualidade de forma a atrair mais turistas e obter protagonismo nos media internacionais.

Uma última metodologia pertinente de ser salientada é B2B (*business to business*), segundo Woodward e Seatyon (2007), esta técnica é útil quando se trabalha directamente com a indústria e os distintos *stakeholders* que colaboram na definição de um determinado destino. O vasto leque de *stakeholders* vai desde distribuidores (agências de viagens, operadores turísticos...) até promotores de oferta (caso das unidades hotelarias), podem ainda ser incluídos elementos da comunicação social, meio académico, etc... Este tipo de segmentação é importante na medida em que o utilizador final não é o elemento que toma a decisão (dai a relevância em identificar e trabalhar de forma directa e activa com os intermediários). De forma a levar a cabo esta técnica é fundamental identificar todos os *stakeholders*, posteriormente existe um trabalho coordenado (por exemplo em termos de *marketing*). Ao nível do turismo de saúde, quer na vertente de bem-estar quer na vertente médica, a utilização desta metodologia é fortemente incentivada e fundamental, sobretudo considerando que é necessário captar turistas de países com especificidades muito concretas em termos da cobertura da segurança social, por outro lado o papel das seguradoras e dos intermediários (médicos de famílias, agências de viagens) na venda e aconselhamento não pode ser menosprezado.

Em suma, executar um processo de segmentação poderá resultar de diferentes objectivos, como tal é fundamental identificar com exactidão o que se pretende de forma a seleccionar a metodologia, entre as diferentes anunciadas, que melhor se adapta.

3.3. Processo prático de segmentação

Além da pertinência em seleccionar a metodologia que melhor se adapta ao objectivo primordial que incentiva a introdução de um processo de segmentação, é ainda fundamental ser rigoroso no processo de implementação prática dessa mesma metodologia. Os autores Woodward e Seaton (2007) definiram um esquema com base em 10 etapas sequenciais.

O primeiro aspecto fundamental é definir objectivos claros, de preferência expressos em valor, em volume ou definindo um horizonte temporal para a sua realização. Numa segunda fase, é fundamental analisar as tendências internacionais no sector do turismo, para tal recomenda-se o recurso a estudos qualitativos e quantitativos existentes e publicados por instituições credíveis.

Posteriormente, é útil efectuar um enquadramento de mercado, mais especificamente analisar os elementos macroeconómicos que podem condicionar um determinado destino turístico, complementarmente sugere-se uma análise estratégica das organizações, recorrendo ao método PEST (4 elementos em estudo: políticos, económicos, sociais e tecnológicos).

De forma sequencial, é importante efectuar um estudo à concorrência de forma a medir a sua intensidade. Esta etapa permitirá ainda definir um *benchmark* (para efeitos de comparação de desempenho e identificar pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades).

No patamar seguinte será dedicada uma atenção específica ao produto ou serviço com relevo central relativamente ao qual é necessário executar um processo de segmentação. Neste ponto é realizada uma auditoria ao produto, avaliando distintas variáveis. Será ainda fulcral avaliar a força da marca.

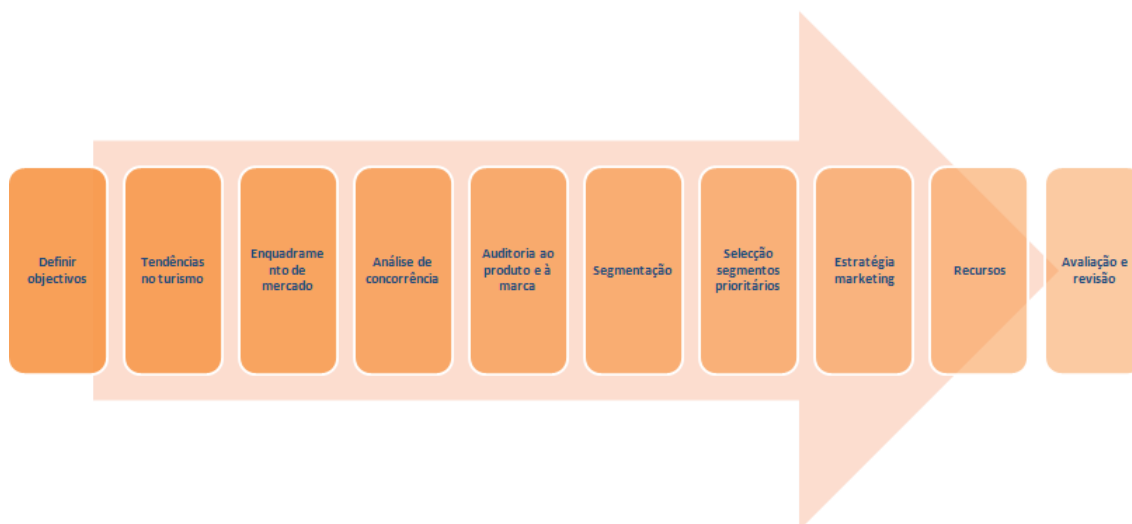
Com base nas etapas precedentes já é possível efectuar a segmentação com base em diversos aspectos, por exemplo: tipo de viagem, tempo médio da estadia, gastos médios, características sociais e demográficas dos turistas...

Uma vez efectuada a segmentação, é fundamental seleccionar os segmentos prioritários, de forma a coadjuvar neste processo há três questões, segundo Woodward e Seaton (2007), que devem ser esclarecidas: o quão atractivo é um segmento? ; a sua atracção é fácil ou difícil? ; quais os recursos necessários? .

Uma vez identificados os segmentos a atrair é necessário implementar uma estratégia *marketing* detalhada e adaptada a cada segmento concreto. De forma a conseguir implementar com sucesso a estratégia *marketing* definida, é fundamental conhecer o tempo, os meios e os recursos disponíveis (recursos humanos, nível de competência, recursos técnicos...). Outro aspecto importante nesta fase, visa perceber se é necessário obter informações ou dados adicionais, quais os respectivos custos e meios necessários.

Uma última etapa prende-se com a necessidade de avaliação e revisão. De forma a avaliar o sucesso da estratégia definida é necessário um mecanismo de controlo, complementarmente, é importante rever o processo de segmentação, uma vez que é um processo dinâmico e que terá de ser de forma regular controlado e adaptado.

Figura 1: Processo segmentação.



Fonte Woodward e Seaton (2007)

3.4 Elementos de risco a um processo de segmentação de sucesso

De forma a evitar um processo de segmentação incorrecto e sem resultados positivos, é fundamental identificar os principais elementos de risco a um processo de segmentação com sucesso. Plog (1989) identificou os principais motivos que justificam o insucesso de algumas estratégias, logo no topo das razões explicativas, de salientar que a segmentação terá de ser significativa para os clientes (turistas) e não apenas na óptica empresarial. Um segundo problema identificado prende-se com a excessiva ênfase concedida aos detalhes teóricos (por exemplo, demasiada informação teórica e estatística) em detrimento de acções concretas que visem atingir em termos reais os objectivos definidos.

Um outro aspecto de risco prende-se com a qualidade dos elementos estatísticos, quer na credibilidade das fontes quer na qualidade técnica de utilização dos dados disponíveis. O último ponto salientado por Plog (1989), como razão justificativa do insucesso de algumas estratégias de segmentação, resulta de uma visão de curto-prazo bastante restritiva em detrimento de uma visão a longo prazo. Um exemplo prático é o recurso à segmentação e *marketing* para colmatar decréscimos na procura por um determinado serviço turístico no imediato.

Uma vez identificados os elementos que podem constituir um risco ao sucesso de uma estratégia de segmentação, urge igualmente compreender o que poderá ser feito para facilitar a aplicação de uma determinada metodologia. Segundo Plog (1989), é essencial uma definição clara dos objectivos e uma análise prévia a determinados elementos, nomeadamente: consumidores, concorrência, definição dos aspectos fortes e fracos e análise ao meio envolvente com repercussões no negócio em análise. A utilização das informações e dados estatísticos disponíveis deverá ser cuidadosa, nomeadamente o método de recolha de dados necessita ser robusto e apropriado.

Em termos do processo específico de segmentação, segundo Plog (1989), é necessário um plano organizado em 3 fases (antes, durante e depois), definindo para cada uma das etapas as respectivas prioridades. Finalmente, é necessário identificar as limitações e fraquezas do sector, do destino turístico em si e da empresa/entidade activa na oferta de produtos ou serviços turísticos.

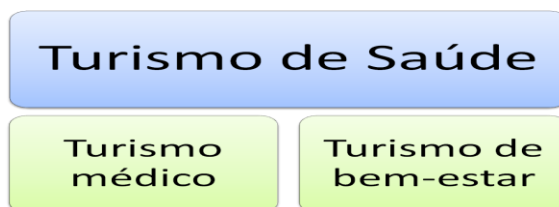
Capítulo IV: O segmento do Turismo de Saúde

4.1 Turismo de Saúde: duas subcategorias

Segundo estudos arqueológicos realizados, o turismo de saúde remonta ao terceiro milénio antes de Cristo. Na antiga Mesopotâmia era prática viajar para o templo de Tell Bark, actual Síria, com o objectivo de se conseguir cura para problemas oftalmológicos. Posteriormente, durante os impérios Grego e Romano, os SPAs e centros de culto em redor da bacia do mediterrâneo eram procurados para fins terapêuticos. De salientar sobretudo o santuário dedicado ao Deus Asclépio, considerado o primeiro centro de saúde em todo o mundo, no qual os peregrinos chegavam a pernoitar diversas noites aguardando um sonho que permitisse uma revelação de diagnóstico ou cura.

Já nos séculos XVI e XVII alguns centros termais, como Bath (Reino Unido) e St. Moritz (Suíça), eram os principais destinos turísticos da classe alta europeia com o intuito de encontrar cura para os seus problemas de saúde. Acreditava-se nas qualidades terapêuticas das águas termais para curar problemas de reumatismo, sífilis, gonorreia, paralisia e, até mesmo, cegueira.

Actualmente, o turismo de saúde é um conceito vasto e engloba duas subcategorias: turismo médico e turismo de bem-estar.



O turismo médico resulta da opção de viajar para um outro país para usufruir de serviços de saúde, nomeadamente: realizar um diagnóstico, uma cirurgia ou efectuar um tratamento.

Por seu turno, o turismo de bem-estar combina uma ampla variedade de conceitos médicos, científicos, de carácter preventivo e assume com frequência uma visão holística, toda esta abrangência dificulta uma definição única e unificadora de toda a indústria. De forma sucinta, o turismo de bem-estar prende-se com a decisão em viajar com o intuito de promover uma saúde plena e atingir uma sensação de bem-estar. Este conceito subentende pro-actividade na promoção da saúde, assume um carácter preventivo, promove estilos de vida mais saudáveis e de diminuição do stress. Em termos práticos, engloba um vasto número de actividades (usufruídas individualmente ou em complementaridade), de salientar alguns exemplos: termalismo, tratamentos em Spa's, alimentação saudável, actividades físicas, descompressão e relaxamento mental e programas educativos que visam incorporar hábitos saudáveis na vida quotidiana.

4.2. Turismo Médico

O turismo médico, mais especificamente a opção de viajar para um outro país para ter acesso a cuidados médicos, ainda é uma opção perante a qual os turistas ainda demonstram algumas reservas, parte da relutância é justificada pelos riscos inerentes à opção do turismo médico, nomeadamente a existência diferentes padrões de prática clínica (quer dos hospitais quer em termos de procedimentos médicos). Cada país tem características próprias, por exemplo em termos de licenciamento e certificação. Uma forma de controlar este risco é optar por hospitais acreditados internacionalmente e com médicos legalmente licenciados.

No entanto, o facto de a instituição ser acreditada, só por si, não garante que o médico também o seja (uma vez que estes são acreditados por diferentes organismos). No entanto, um hospital devidamente acreditado, aumenta consideravelmente a probabilidade do corpo médico estar devidamente licenciado.

Um outro risco, nomeadamente de embolia pulmonar, resulta da opção em viajar logo após a cirurgia. Uma forma de controlar este risco específico será a obrigatoriedade em respeitar uma série de procedimentos preventivos. Os médicos nos países de destino, procuram perceber de que forma o turista é responsável e se os seus hábitos podem constituir um risco, impondo maiores ou menores restrições mediante a sua análise (em alguns casos a permanência no hospital poderá ser alargada procurando diminuir o risco de complicações).

Os turistas de saúde salientam ainda, que parte dos seus receios, resultam de um menor recurso legal na eventualidade de existir alguma situação inesperada e problemática, sobretudo quando existem diferenças significativas entre os países em termos legais.

Um dos principais problemas comumente referido é a apreensão mediante alguma complicação do estado clínico após o regresso a casa. De forma a contornar o receio descrito e salvaguardar qualquer eventualidade, muitos hospitais internacionais activos no turismo médico (muitas vezes com intervenção directa do próprio corpo clínico) mantêm um contacto regular com o paciente após o regresso ao país de origem. No entanto e de forma complementar, o paciente deve manter uma atitude proactiva permanente, nomeadamente contactar o hospital ou médico que o assistiu se sentir alguma alteração preocupante.

É ainda recomendado que o médico de clínica geral ou da especialidade no país de origem seja prevenido da intenção de ir ao exterior obter um serviço de saúde, dessa forma estará envolvido no processo e poderá igualmente conceder suporte profissional. Para tal, sugere-se uma conversa telefónica entre o médico no país de origem e o médico especialista no destino. Este procedimento simples permitirá ao médico de destino recolher mais informações ao nível do histórico clínico, por outro lado, será o meio que permite ao médico de origem acompanhar correctamente o paciente aquando do regresso.

Algumas instituições estabeleceram parcerias locais com centros médicos nos países de origem dos turistas, permitindo uma intervenção imediata e rápida na eventualidade de qualquer complicação após o regresso a casa. Estas parcerias são ainda úteis num rastreio *a priori*, ou seja, antes de se realizar a viagem estes centros locais são essenciais na realização de um check-up de forma a aferir a situação de cada paciente, permitindo antever situações específicas. Complementarmente, são uma forma que permite aumentar a confiança do próprio turista antes de viajar para um local longínquo.

A justaposição de “Turismo” e “Saúde”, na realidade muitas das vezes não acontece, isto porque a prestação de um serviço médico mais exigente no estrangeiro, obrigará em muitos dos casos a um período de convalescença e recuperação. Esta necessidade impedirá o usufruto de actividades lúdicas que o “turismo”, na sua concepção mais pura considera. Só em pequenos tratamentos a conjugação de ambos os termos é exequível na prática. Em suma, a principal razão para viajar, no caso do turismo médico, é para obter um determinado serviço de saúde, como tal actividades lúdicas de turismo (exemplo: exposição solar, prática de desporto...) só devem ser realizadas se forem devidamente autorizadas pelo corpo médico.

A intervenção de uma agência de viagens especializada assume especial relevância em diversas fases. Por um lado, numa etapa inicial, são uma forma de acesso a um amplo conjunto de informações relativamente aos diferentes países activos no turismo de saúde, conhecer os locais com melhor reputação para cada especialidade clínica e, ainda, permitem o acesso a elementos base essenciais para dar confiança aos potenciais turistas. Após o primeiro contacto, em cooperação com o paciente e com auxílio a especialistas médicos, devem ser realizados testes de forma a determinar se o paciente é elegível para viajar a um outro país para um determinado tratamento médico.

Numa terceira etapa, ou seja quando o turista é considerado apto, a agência irá coadjuvar na selecção de um centro médico, definição de uma equipa médica e análise das características do país de destino, procurando determinar se todos os elementos em análise se enquadram ao caso particular em estudo. Todo o histórico do paciente, assim como os exames realizados no teste diagnósticos, serão arquivados em formato digital (garantido a confidencialidade dos mesmos), de forma a serem uma fonte de informação extremamente útil para o médico no país de destino.

A agência ficará ainda responsável em realizar uma conferência vídeo entre o paciente e o corpo médico do país de destino. Uma vez definido um destino, um hospital e um corpo médico, a agência irá nomear um responsável que acabará por organizar os meios complementares: transporte, alojamento e ficará sempre de prevenção durante a estadia.

4.2.1. Descrição da procura

Mesurar a procura do turismo médico, em termos globais, requer bastante cuidado: alguns dados oficiais não são fidedignos, coerentes e incorrem em erros de base, por exemplo alguns hospitais contabilizam o

número de consultas em vez do número de pacientes. Por outro lado, alguns países não efectuem qualquer registo estatístico.

Um outro aspecto que dificulta a tarefa de contabilização global da procura, resulta do facto da grande maioria dos turistas que recorrem a serviços médicos no estrangeiro, se forem interrogados irão referir de forma genérica que se deslocam a um determinado país por motivo de “férias ou lazer”, quer para evitar algum constrangimento na entrada do país que obrigue a mais burocracia, quer para evitar um eventual impedimento de entrada no país.

De salientar ainda outros erros usuais na recolha de dados estatísticos: os cuidados médicos realizados a turistas que necessitam de assistência de carácter de urgência e a assistência a expatriados, diplomatas, são incorrectamente contabilizados como turistas médicos.

Por vezes, existe ainda a tendência de avaliar por excesso os dados relativos ao turismo médico, por parte dos hospitais, dos médicos ou mesmo dos governos por motivos políticos, de marketing ou competição.

Alguns países europeus, possivelmente com maior fluxo de turistas de saúde que muitos dos países da Ásia e América do Sul (que apregoam ser pólos de atracção de turistas de saúde em larga escala), não reconhecem a sua real posição porque grande parte dos tratamentos são efectuados em clínicas ou hospitais privados, onde não são contabilizados para efeitos estatísticos.

Apesar das limitações, é inquestionável que ao longo dos últimos 10 anos, o turismo médico conheceu um incremento considerável, resultado da conjugação de diversos factores.

Por um lado, como sustenta Barros (2005), registou-se um contínuo incremento do custo dos serviços de saúde. O crescimento médio anual *per capita* (nos EUA) foi de 4% (no período entre o final da Segunda Guerra Mundial e o início da década de 90). Na base do incremento dos custos estão os seguintes factores:

- Doença de Baumol: conforme sustenta Barros (2005), alguns sectores da economia, intensivos em trabalho, mesmo em situação de progresso tecnológico, não conseguem diminuir a utilização massiva do factor trabalho. Baumol (1993), referiu, como exemplo: “hoje ou em duzentos anos precisávamos igualmente de quatro músicos para fazer um quarteto de cordas de Mozart”.

No caso da saúde, mesmo existindo progresso tecnológico, um médico não consegue ver mais 30 ou 40 doentes em 30 minutos comparativamente com o que fazia há meio século atrás. De forma sumária, existe um crescimento muito reduzido da produtividade. Sendo o sector da saúde afectado pela doença de Baumol, o aumento relativo do preço dos bens e serviços, traduz-se num acréscimo significativo dos custos do sector.

- Por outro lado, Barros (2005) destaca o aumento do rendimento disponível como um factor que levou ao aumento dos custos de saúde, na realidade existe um impacto positivo do rendimento *per capita*, com uma elasticidade procura-rendimento próxima da unidade.
- Um terceiro elemento, com elevado impacto no aumento dos custos de saúde, é o progresso tecnológico. Segundo Newhouse (2005), sensivelmente 50% do total do crescimento dos custos no sector da saúde resulta do progresso tecnológico, nomeadamente novas terapias e tecnologias, com preços consideravelmente mais elevados que as soluções tecnológicas precedentes.

Um outro aspecto que levou ao crescimento do turismo médico é a existência de longas listas de espera para cuidados médicos, nos países desenvolvidos. Esta realidade determinou uma maior propensão em recorrer a serviços de saúde no estrangeiro. A título ilustrativo da situação preocupante que alguns países ocidentais enfrentam ao nível das listas de espera: em 2007, o ministério da saúde inglês publicou um relatório onde indicava que 900.000 britânicos aguardavam em lista de espera e que a falta de meios obrigava a cancelar mais de 50.000 intervenções cirúrgicas por ano;

No caso específico dos Estados Unidos da América (EUA), com uma população total de 309.667.000, cerca de 50 milhões de habitantes (em 2007) não beneficiava de qualquer cobertura na assistência à doença, quer em resultado de auferir um salário demasiado baixo que não permite pagar um seguro de saúde, quer em resultado da empresa não subsidiar qualquer cobertura. Esta situação inevitavelmente leva a que muitos americanos optem por recorrer a serviços de saúde no estrangeiro, uma vez que conseguem o mesmo serviço a um custo mais reduzido.

De forma a aferir a receptividade dos europeus relativamente ao turismo de saúde, em 2006 levou-se a cabo um levantamento estatístico (responsabilidade do Eurobarómetro). De salientar as principais conclusões: 53% dos Europeus evidenciaram propensão a viajar para outros países a fim de obter serviços de saúde. O mesmo inquérito permitiu identificar os principais motivos que sustentam essa tendência: diminuir o tempo de espera, redução dos custos, possibilidade de beneficiar de um melhor tratamento, nomeadamente com um médico com maior experiência ou reputação e aceder a um tratamento que não é disponibilizado no seu país de origem.

O mesmo estudo permitiu identificar os 3 países, cujos habitantes demonstraram maior propensão a viajar para o exterior a fim de beneficiar de serviços de saúde. Por outro lado, identificaram-se os 3 países onde se regista uma menor apetência a se efectuar uma deslocação ao estrangeiro.

Figura 2: Países na Europa com maior e menor propensão ao turismo médico

Maior propensão:	Menor Propensão:
Portugal 68%	Bulgária 24%
Reino Unido 66%	Hungria 22%
Irlandeses 63%	Letónia 21%

Fonte: Eurobarometro (2008)

Com base num relatório “*Global-Medical Tourism Climate Survey*” (2010), as principais zonas geográficas emissoras de turistas de saúde são a América do Norte, a Europa, o Médio oriente e o Japão. Mais especificamente, numa análise por país, os principais emissores de turistas são: Estados Unidos da América, Reino Unido e Rússia. Podem-se realçar cinco factores que justificam este destaque, por um lado, são países com uma vasta população e, comparativamente dispõem de maior rendimento. Por outro lado, uma elevada percentagem da população nestes países não está cobertas por qualquer seguro de saúde e onde os gastos médicos assumem valores relativamente elevados. Finalmente, existe uma elevada expectativa das respectivas populações relativamente aos serviços de saúde, tal perspectiva incrementa a procura no exterior de instituições que promovam maiores níveis de qualidade e um leque mais vastos de soluções/serviços;

Com base no relatório “*Global-Medical Tourism Climate Survey 2010*”, os pacientes salientam que os factores preponderantes na escolha do destino, onde irão beneficiar de assistência médica, são a qualificação e experiência do (s) médico (s), a existência de avaliações e *feedback* disponibilizado por outros pacientes e, um terceiro aspecto, a fluência dos prestadores de cuidados de saúde na língua de origem do paciente. Segundo a mesma fonte e de uma forma genérica, as cirurgias mais procuradas por “turistas médicos” são: cirurgia plástica/cosmética; estomatologia; cirurgia cardíaca; substituição da anca e do joelho.

No caso específico dos EUA, segundo Herrick (2010), o principal destino é o México, no entanto outros países da América Latina são igualmente bastante procurados (de salientar, o Brasil e a Argentina que dispõem de uma série de tratamentos de estética a custos mais reduzidos). A Tailândia e a Índia actualmente já atraem um fluxo considerável de americanos, nomeadamente para cirurgias e tratamentos mais complexos (como ortopedia e cardiologia).

Considerando ainda os EUA, mais concretamente a situação actual e as tendências de futuro, a consultora internacional Deloitte (2009), levou a cabo um estudo específico sobre o tema. De salientar as principais conclusões: queda no turismo de saúde na ordem dos 14% entre 2007 (750.000 americanos) e 2008 (540.000 americanos), em resultado da crise económica internacional. No entanto, as previsões para 2009 são para uma recuperação (648.000 americanos). O mesmo estudo salienta que pode existir um forte crescimento a partir de 2011, sensivelmente 35% por ano, podendo o número de americanos que optam por recorrer ao estrangeiro para beneficiar de cuidados médicos, atingir os 5 milhões.

Algumas seguradoras americanas introduziram testes piloto de promoção do turismo médico, como forma de redução dos custos relativos aos tratamentos médicos. De momento ainda não se podem extrair conclusões finais, nomeadamente se os testes vão passar a ser prática comum e em larga escala. No obstante, a mera introdução destes testes denota um progressivo interesse pelo turismo médico.

Figura 3: Seguradoras americanas a promoverem testes ao nível do turismo médico.

Seguradora	Estado	Instituição internacional
Anthem Blue Cross and Blue Shield (wellpoint)	Wisconsin	Apollo Hospitals, India
United Group Program	Florida	Bummigrad, Tailândia e Apollo Hospitals, India
Blue Shield and Health Net	Califórnia	México
Blue Cross Blue Shield	South Carolina	Bummigrad, Tailândia

Fonte Deloitte (2009)

Apesar das evoluções descritas, é fundamental salientar que ainda existem diversos obstáculos ao turismo médico. No caso americano, algumas leis federais e estatais são verdadeiras barreiras à procura internacional de serviços de saúde por parte da população. Por outro lado, existem diversas leis restritivas aplicadas ao sector público, impedindo soluções ao nível de serviços de saúde no estrangeiro (utilizando terminologia inglesa: *outsourcing*). Na vertente privada, as leis são limitativas na medida que o reembolso a quem optou por um tratamento num país diferente é mais dificultado.

Algumas leis teriam todo o sentido de serem facilitadas, permitindo maior liberdade de escolha, incrementando a concorrência internacional e permitindo ainda reduções dos preços. No entanto as barreiras à mudança surgem porque muito dos organismos com preponderância e responsabilidade em efectuar alterações são dominados por médicos ou instituições de saúde americanas, se as alterações fossem levadas a cabo essas mesmas entidades iriam enfrentar maior concorrência.

Analisando agora em detalhe o caso do Reino Unido, os pacientes podem ter acesso a cuidados de saúde em outros países da União Europeia (EU) e ser reembolsados no seu país de origem, segundo os tratados em vigor e a jurisprudência recente. Se um paciente optar por se deslocar a um outro país da UE, para receber um determinado tratamento médico, deverá numa primeira fase, falar com o médico de família, sendo então encaminhado para o comissário de saúde local.

Em termos de autorização, existem duas alternativas:

- Preenchimento de um formulário emitido pelo organismo “*Overseas Healthcare Team*”;

- Deslocação ao estrangeiro sustentado a mesma ao abrigo do artigo 56º do Tratado que regula o funcionamento da UE;

Ainda do lado da procura, é relevante analisar a situação actual e perspectivas de futuro no espaço europeu, sobretudo salientando um dossier extremamente pertinente ao nível dos cuidados de saúde transfronteiriços na UE. Actualmente, já existe um fluxo considerável de turistas que procuram serviços de saúde em outros Estados-Membros. Os artigos 39º (número 3) e 16º (número 1), do tratado constitutivo da UE, definem que é da responsabilidade dos Estados-Membros a organização dos respectivos serviços de saúde. No entanto, em resultado de diversos regulamentos, têm surgido algumas incompatibilidades ao nível das liberdades fundamentais de circulação de trabalhadores (artigo 39), dos estabelecimentos (artigos 43º e 48º) e da prestação de serviços (artigos 49º a 55º). Em algumas situações, mediante a parca clareza dos vários documentos oficiais existentes, foi necessário recorrer ao Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias (TJCE).

A coordenação dos sistemas de segurança social dos diferentes países da UE, já permite que um cidadão ao viajar para um outro país do espaço europeu e que requeira assistência médica, terá acesso aos cuidados necessários e será reembolsado no seu país de origem. Por outro lado, caso um cidadão não tenha acesso a um determinado cuidado de saúde no país onde está inscrito, num prazo considerado razoável, poderá optar por se deslocar a um outro Estado-Membro. Ambos os casos descritos e respectivos reembolsos, são considerados no Regulamento do Conselho nº 1408/71 e o regulamento nº 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho (de 29 de Abril de 2004).

No caso de um paciente optar por viajar para um outro país, com o intuito de obter cuidados de saúde, deverá solicitar previamente uma autorização com base no formulário “E112”. O carácter obrigatório da autorização é garantido nos casos em que o tempo de espera por um determinado serviço seja excessivamente longo, podendo ainda haver considerações especiais mediante o estado de saúde do paciente e evolução provável da doença.

Para obter a autorização existem duas alternativas:

- Com base no artigo 20 do regulamento nº 883/2004 será necessário solicitar a referida autorização, posteriormente beneficiará dos cuidados prescritos, sendo o reembolso garantido pelo Estado de inscrição à entidade estrangeira que prestou o serviço;
- Alternativamente, com base no artigo 49º do TCE (actual artigo 56º do Tratado sobre o funcionamento da EU), o paciente estará sujeito às condições impostas pelo Estado onde está inscrito (desde que este não seja um obstáculo a livre circulação e seja não discriminatório). Será então o paciente a suportar o custo, numa primeira fase, sendo reembolsado a posteriori. Caso existam diferenças no reembolso, o paciente beneficiará do regime mais favorável, sempre que este resulte da aplicação da legislação do seu estado de inscrição;

De forma a dotar a legislação de maior transparência, facilitar o acesso dos pacientes e, ainda, definir com precisão os direitos e responsabilidade dos Estados-Membros, o mais recente projecto em termos de cuidados médicos transfronteiriços visa introduzir uma Proposta de Directiva do Parlamento e do Conselho.

O quadro legal que se pretende introduzir pretende promover uma maior cooperação no domínio da saúde a vários níveis. Por um lado, definição de redes europeias de referência, com o intuito de criar centros hospitalares especializados. Complementarmente, pretende-se dinamizar as tecnologias de informação e comunicação, ao nível da qualidade, segurança, eficiência e rapidez na difusão da informação.

A proposta em discussão não diminui a responsabilidade de cada estado membro na organização do seu próprio sistema de saúde e na determinação quais os cuidados a serem cobertos pelo sistema do seu respectivo país. De referir ainda, caso um determinado cuidado não seja abrangido pelo sistema de um determinado país, então este serviço continuará a não ser reembolsado mesmo na situação de recurso a um outro país.

Salvaguardando que não existe uma procura excessiva que coloque em causa o normal funcionamento das instituições de saúde de um determinado país, cada Estado-membro tem o direito de limitar o acesso aos seus serviços no caso de se verificarem razões imperiosas. Na proposta em aberto não são contemplados os cuidados de longa duração em lares e a recolha de órgãos para transplante.

De salientar que Portugal e Espanha não aceitaram a proposta de directiva, descrita ao longo deste capítulo. Apesar da resistência nacional, o Sistema Nacional de Saúde terá de incorporar as novas normas a serem adoptadas. De uma forma sumária, a nova legislação que se pretende implementar é um claro sinal de reforço da autonomia e do direito dos cidadãos na definição do local onde pretendem ter acesso a cuidados médicos. Em termos gerais, os pacientes podem decidir o local onde querem ser atendidos e serão igualmente reembolsados, até ao montante de tratamento equiparável nos pais de inscrição.

Indubitavelmente, que as alterações iminentes irão introduzir uma maior flexibilidade no sector da saúde em todo o espaço Europeu, permitindo alterações ao nível da procura o que poderá resultar em novas oportunidades via o turismo de saúde.

De salientar que muito recentemente, já numa fase de finalização da tese, foi publicada a directiva 2011/24 de 9 de Março do Parlamento Europeu, referente à circulação de doentes no espaço Europeu. De acordo com o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, SIGIC, programa de gestão de listas de espera do Serviço Nacional de saúde, o prazo limite de espera, após proposta do doente para cirurgia, é de seis meses. Ultrapassado esse prazo o doente já tem direito a um cheque cirurgia para recorrer a serviços privado. Se mesmo assim não for encontrada resposta, diz agora esta directiva

européia, que a cirurgia pode ser feita em qualquer Estado membro a partir de 2013. O Estado reembolsará o utente até ao limite do valor dos actos médicos praticados no país de origem.

4.2.2. Descrição oferta

Em 2010, Yougman publicou um relatório (*“Medical Tourism Facts and Figures 2010”*), sendo um estudo totalmente independente (sem qualquer empresa, governo ou hospital a sustentar o mesmo), evitando dessa forma qualquer enviesamento. O autor levou a cabo diversas pesquisas internacionais de investigação e de comparação de dados provenientes de diferentes fontes. A independência do estudo permite credibilizar os seus dados e análises, no entanto, será necessário admitir alguma margem de erro, resultado das limitações apresentadas anteriormente relativamente à recolha dos dados, mesmo que para efeitos de estudo apenas tenham sido consideradas fontes credíveis.

Considerando os dados publicados por Yougman (2010), relativamente aos 25 países que, em 2010, mais atraíram turistas no segmento de turismo médico, iremos obter um valor total de: 4.757.500. Em 2010, o país que mais turista de saúde atraiu foi a Tailândia (1,2 milhões), em segundo lugar Singapura (600.000), seguida dos EUA (400.000), Índia (370.000) e Malásia (350.000). De salientar ainda os desempenhos da Hungria, Polónia, Eslovénia e Jordânia com mais de 100.000 visitantes no mesmo ano em análise.

Figura 4: Os 25 países com maior recepção de turistas médicos

Ordem	País	Total
1	Tailândia	1,2 Milhões
2	Singapura	600.000
3	EUA	400.000
4	Índia	370.000
5	Malásia	350.000
6	Hungria	330.000
7	Polónia	300.000
8	Eslovénia	300.000
9	Jordânia	210.000
10	Reino Unido	100.000
11	Filipina	80.000
12	Alemanha	70.000
13	Coreia do Sul	60.000
14	Taiwan	60.000
15	Bélgica	50.000
16	Brasil	40.000
17	Turquia	40.000
18	México	35.000
19	Israel	30.000
20	Colômbia	27.000
21	Lituânia	25.000
22	África do Sul	20.000
23	Austrália	7.000
24	Irão	7.000
25	Costa Rica	6.500

Fonte Medical Tourism Facts and Figures 2010

O desempenho dos principais países receptores de turistas de saúde, é justificado por alguns aspectos particulares em termos individuais, no entanto existe uma série de características transversais a diversos países que se posicionam no topo da lista facultada. Na maioria dos países em vias de desenvolvimento, o custo dos serviços de saúde são significativamente inferiores comparativamente com os EUA e Europa. Os preços praticados na Ásia, em cirurgias de estomatologia ou estética, são mais acessíveis em termos médios entre um terço e um quarto comparativamente com os mesmos serviços praticados nos EUA. As razões explicativas para esse diferencial de preços são: menores custos com colaboradores (médicos, enfermeiros e auxiliares), o material médico é mais acessível em termos financeiros, menores encargos com seguros e de carácter administrativo e os custos de imobiliário e construção são mais reduzidos. Por outro lado, existência de taxas de câmbio favoráveis, incentivos do Estado (nomeadamente impostos mais reduzidos) e ausência de encargos com reembolsos e atrasos nos pagamentos, uma vez que o pagamento é efectuado mesmo antes da cirurgia.

Um exercício extremamente útil visa analisar o diferencial de preços de uma ampla lista de cirurgias em diferentes países, podendo a mesma cirurgia variar consideravelmente numa análise comparativa entre dois países (a título meramente ilustrativo um *bypass* cardíaco pode custar desde 11.430 dólares na Malásia até 144.000 dólares nos EUA ou uma angioplastia varia entre 3.300 dólares na Índia até 57.000 nos EUA). A lista comparativa é vasta, de salientar no entanto um exemplo de ortopedia, mediante o facto de Portugal ser activo em termos de turismo de saúde nessa especialidade, a substituição do joelho poderá custar 6.200 dólares na Índia e 50.000 dólares nos EUA. Ao nível das cirurgias de estética, a lista de serviços é extensa, mas a título ilustrativo do diferencial de valores existente, destacam-se alguns exemplos: um lift facial custa 4.000 dólares na Jordânia e em Israel já custa 16.000 dólares. Por seu turno, uma cirurgia para colocar implantes mamários custa 2.500 dólares na Colômbia e, em Israel, será de 21.000 dólares.

Considerando intervenções mais específicas, de salientar o facto de Israel conseguir apresentar valores muito competitivos em tratamentos de fertilidade (2.8000 dólares) e com desempenhos muito superiores, enquanto o mesmo tratamento nos EUA custará 14.500 dólares.

Figura 5: Comparação de preços (em dólares) de diferentes cirurgias em diferentes países

Cirurgia	EUA	Colômbia	Costa Rica	Índia	Jordânia	Coreia	México	Israel	Tailândia	Vietname	África	Malásia
Bypass cardíaco	144.000	14.802	25.000	5.200	14.400	28.900	27.000	27.500	15.121	-	10.000	11.430
Angioplastia	57.000	4.500	13.000	3.300	5.000	15.200	12.500	8.000	3.788	-	8.000	5.430
Substituição de válvula cardíaca	170.000	18.000	30.000	5.500	14.400	43.500	18.000	29.712	21.212	-	10.130	10.580
Substituição do joelho	50.000	6.500	11.500	6.200	8.000	19.800	12.000	24.850	12.297	8.500	-	7.000
Implante dentário	2.800	1.750	900	1.000	1.000	4.200	1.800	2.150	3.636	-	5.340	354
cirurgia bariatria	32.927	9.900	12.500	5.000	-	-	10.950	11.500	16.667	-	3.935	9.540
Banda gástrica	30.000	9.900	8.500	3.000	7.000	-	6.500	1.000	11.515	-	-	-
Lipoaspiração	9.000	2.500	3.900	2.800	4.000	-	2.800	7.242	2.303	2.850	5.060	2.299
Abdominoplastia	9.750	3.500	5.300	3.000	4.000	-	4.025	11.000	5.000	3.850	2.530	-
Implantes mamários	10.000	2.500	3.800	3.500	3.500	12.500	3.500	21.000	2.727	3.850	2.930	-
Rinoplastia	8.000	2.500	4.500	4.000	3.000	5.000	3.500	9.500	3.091	2.100	3.935	1.293
Face-lift (lift facial)	15.000	5.000	6.000	4.000	4.400	15.300	4.900	16.000	3.697	4.150	4.620	3.440
Lasik (ambos os olhos)	4.400	2.000	1.800	500	5.000	6.000	1.995	-	1.218	1.640	4.200	477
Córnea (ambos olhos)	-	-	4.200	-	-	7.000	-	16.700	1.800	-	6.460	-
Retina	-	-	4.500	850	-	10.200	3.500	13.000	4.242	-	3.370	3.000
Tratamento Fertilidade	14.500	-	2.800	3.250	2.700	2.180	3.950	2.800	9.091	-	5.620	3.819

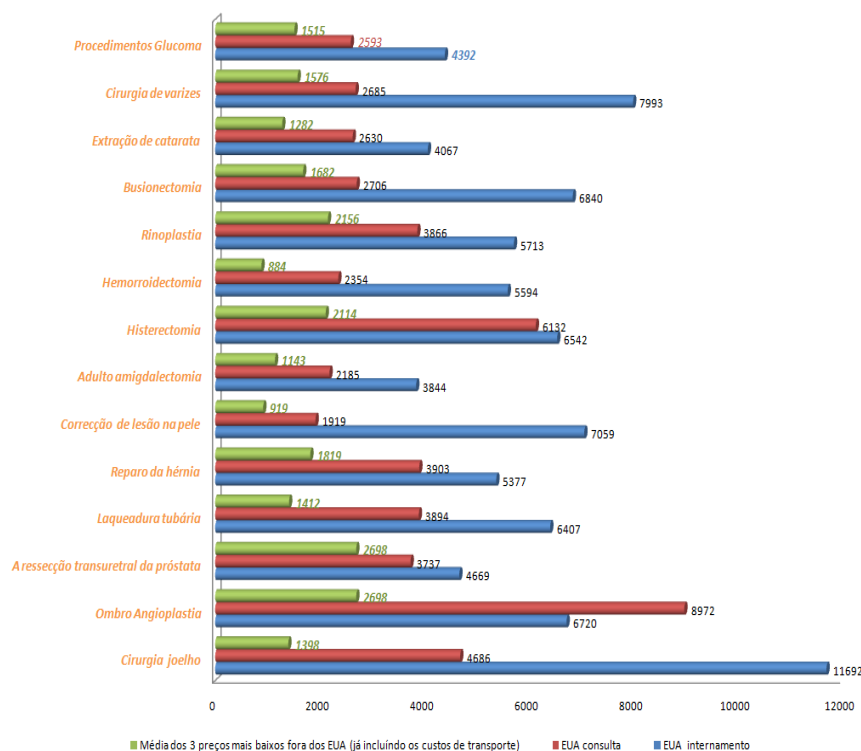
Cirurgia	Índia	Jordânia	Coreia	México	Tailândia	África
Transplante de medula óssea	-	-	-	135.000	45.455	-
Transplante de rim	8.000	25.000	45.600	45.000	21.212	15.450
O transplante hepático	13.000	100.000	170.000	1.115.000	36.364	-
Transplante de coração	-	-	-	-	51.515	-

Fonte: Medical Tourism Association 2010

De seguida é facultado um gráfico comparativo (figura 6), relativamente a um amplo espectro de cirurgias, sendo apresentados os valores praticados nos EUA e a média dos três preços mais baixos

fora dos EUA. De salientar alguns exemplos extremos, uma cirurgia ao joelho com internamento nos EUA poderá custar 11.692 dólares e na média dos três preços mais baixos em termos mundiais será de 1.398 dólares, já com os custos de transporte incluídos. Uma correcção de uma lesão na pele com internamento custará 7.059 dólares nos EUA, por seu turno a média dos 3 preços mais reduzidos fora dos EUA será de 919 dólares. Uma cirurgia às varizes com internamento, nos EUA custará 7.993 dólares, sendo a média dos três preços mais baixos fora dos EUA de 1.576 dólares.

Figura 6: Preço (em dólares) de tratamentos nos EUA e no estrangeiro



Fonte Deloitte 2010

Alguns países já dispõem de centros de referência em áreas específicas. O quadro seguinte destaca alguns países activos (em diferentes continentes) no turismo médico, alguns deles com aptidão em executar diferentes especialidades e já com um posicionamento de especialização em áreas mais complexas. De realçar o caso de Israel ao nível dos tratamentos de fertilidade, o Brasil em tudo o que são tratamentos de estética e a Tailândia no esforço em alargar as áreas mais gerais de estética para serviços de especialidade, caso da neurocirurgia e cardiologia. É igualmente importante considerar a Turquia, quem além das intervenções mais clássicas em termos de turismo de saúde, caso dos serviços de estética, procura reforçar o seu posicionamento mais técnico ao nível da oncologia. O caso de Espanha, apesar de não constar na tabela apresentada, é importante ser considerado na medida que compete directamente com Portugal, tendo nos últimos anos alargado a sua área de actuação ao nível de cuidados geriátricos de nível básico e tratamentos de estética, para um reforço de áreas médicas específicas que visem dotar o país de níveis de especialização reconhecidos internacionalmente.

Figura 7: Hospitais e especialidades em diferentes países

País	Local	Especialidades
Tailândia	1. Phyathai Hospital 2. Piyavate Hospital	1. Phyathai Hospital: Neurocirurgia, cardiologia, cosmética, diabetes, endocrinologia, radiologia, ginecologia e tratamento fertilidade; 2. Bangkok Piyavate Hospital: ossos, dentária, fertilidade, cardiologia, oncologia, obstetrícia e cosmética.
Índia	Hiranandani Hospital	Cardiologia; Cirurgia plástica, odontologia, diagnóstico, ouvidos, nariz e garganta, aparelho genital feminino e gravidez, fertilidade, cirurgia geral, fertilidade e urologia, nefrologia, neurologia, bariatria; oncologia; oftalmologia, ortopedia e exames físicos
Malásia	1. Gleneagles Intan Medical center KL 2. Penang Adventist Hospital 3. Gleneagles Medical Center in Penang	1. Glenagles I. Medical Center KL: audiologia, dermatologia, cardiologia e diagnósticos; 2. Penang Adventist Hospital: cosmética, dentária, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, reabilitação e urologia; 3. Gleneagles Medical Center: cardiologia, radiologia, endocrinologia, gastrologia, infertilidade, nefrologia; neurologia, oncologia, pediatria e cardiologia pediátrica.
Brasil	Hospital Moinhos de Vento	Cardiologia, oncologia, oftalmologia, cosmética, urologia e ginecologia,
Turquia	Acibadem Healthcare Group	Oncologia, neurocirurgia e oftalmologia
México	Monterrey: Imagen Dental	Dentária
África do Sul	Medical Facilities	Cosmética, dentária, oftalmologia, ortopedia, infertilidade e transplante cabelo.
Costa Rica	Instituto Flikier de Rehabilitation Oral	Cardiologia
Argentina	Clinica dental Dentistry;	Dentária
Israel	Grupo Clalit HMO	Tratamentos de fertilidade, transplante de medula, cardiologia, oncologia, neurocirurgia e ortopedia/reabilitação

Fonte Medical Tourism Facts and Figures 2010

O processo de afirmação em áreas médicas específicas obriga a um esforço amplo de salvaguarda e reforço de diversos aspectos relevantes, por um lado o corpo médico necessita de formação, experiência e reconhecimento por parte de organizações internacionais competentes para o efeito. Em alguns dos países salientados, alguns dos médicos acumulam experiência profissional e académica em países Europeus ou nos EUA.

Por seu turno, os países com uma estratégia bem definida em termos do turismo médico procuram respeitar os padrões de qualidade internacionais, nomeadamente através do aumento do número de hospitais a serem acreditados por agências internacionais reconhecidas. Um último aspecto que tem

merecido atenção por parte dos principais países activos no turismo médico, é o recurso a tecnologia inovadora de forma a disponibilizar serviços de elevada qualidade.

De forma complementar, são disponibilizados diversos serviços de apoio de forma a aumentar os níveis de conforto ao longo de toda a estadia, quer dos pacientes quer das famílias quando estas decidem acompanhar o utente. Este esforço ao nível de serviços extras, visa diminuir qualquer sentimento de desenquadramento cultural (por exemplo tradutores permanentes e outras soluções ao nível da comunicação são salvaguardadas).

Actualmente, já são disponibilizados pacotes turísticos estandardizados ao nível do turismo médico, de salientar alguns exemplos mais frequentes: cirurgias de ortopedia e banda gástrica na Costa Rica, cirurgia à hérnia inguinal no México, tratamentos de estética na Tailândia e tratamentos de estomatologia no Equador, Guatemala e Roménia. De destacar ainda os tratamentos de fertilidade em Israel e Turquia. No caso dos tratamentos de fertilidade na Turquia (com espermatozóides e óvulos do próprio casal), o programa em si apresenta as seguintes características:

Figura 8: Resumo de um programa de tratamento fertilidade na Turquia.



Medical Tourism Facts and Figures 2010

4.2.3. Aposta na qualidade

Do lado da oferta um elemento de credibilização fundamental relaciona-se com a qualidade. O facto de o Hospital ser acreditado é essencial. Fora dos EUA e da Europa há várias centenas de hospitais acreditados, ora pela *Joint Commission International* (JCI) ora pela *International Standards Organization* (ISSO). Paralelamente, alguns países estão a desenvolver internamente processos de acreditação. Por exemplo a *Indian Healthcare Federation*, de forma a garantir um padrão de elevada qualidade da sua rede de hospitais, desenvolveu um modelo próprio de acreditação.

Figura 9: Instituições acreditadas pela JCI em termos mundiais

País	Número de hospitais acreditados JCI	País	Número de hospitais acreditados JCI
Áustria	4	Itália	20
Bahamas	1	Japão	1
Bangladesh	1	Arábia Saudita	33
Barbados	1	Rep. Coreia	7
Bélgica	1	Líbano	2
Bermudas	1	Malásia	6
Brasil	23	México	9
Chile	2	Nicarágua	1
China	8	Paquistão	1
Colômbia	2	Paquistão	3
Costa Rica	3	Portugal	3
Chipre	1	Qatar	6
Rep. Checa	5	Singapura	17
Dinamarca	7	Espanha	17
Egipto	3	Suíça	1
Etiópia	1	Taiwan	12
Alemanha	5	Tailândia	12
Grécia	1	Turquia	42
Índia	16	EUA	45
Indonésia	1	Vietnam	1
Irlanda	23	Iémen	1
Israel	3		

Fonte: JCI, Novembro 2010

Segundo Herrick (2010), um aspecto importante em termos de qualidade em saúde é o “*hospital affiliation*” (filiação hospitalar): alguns hospitais fora dos EUA e da Europa são propriedade, geridos directamente ou dispõem de acordos com prestigiadas universidades ou sistemas de saúde americanos ou europeus. De salientar alguns exemplos: “*The Cleveland Clinic*” detém centros no Canadá, Áustria e Abu-Dhabi; O hospital indiano “*Wockhard*” é afiliado” da *Harvard Medical School*; O “*Hospital Punta Pacífica*” (na cidade do Panamá) e o “*Medical Center*” (Singapura) são ambos afiliados do centro americano “*Johns Hopkins International*”; O grupo “*International Hospital Corp.*” em Dallas, está a

construir uma nova unidade no México, na qual pretende garantir os mesmos padrões de qualidade; Na Tailândia o “*Bumrungrad International Hospital*” tem gestão americana de forma a garantir padrões de qualidade reconhecidos nos EUA.

A acreditação do corpo médico é um aspecto igualmente importante: muitos gestores hospitalares ou de clínicas, em países activos no turismo médico, procuram que o seu corpo de especialistas seja certificado pelo *US board-certified* ou que disponha de outras credenciais internacionalmente credíveis.

Nos EUA e Europa, a prática de divulgação de indicadores de qualidade já é uma realidade, no entanto em alguns países em vias de desenvolvimento activos no turismo médico, esta prática é menos regular. No entanto, os centros que pretendem atrair turistas médicos internacionais estão cientes da necessidade em incrementar a transparência. Por exemplo, o “*National University Hospital Singapore*” já divulga indicadores de qualidade, este procedimento permite efectuar análises comparativas com outros hospitais, nomeadamente de outros países. Paralelamente, o “*India’s Apollo hospital group*” dispõe de diversas unidades, como tal definiu um modelo interno de forma a garantir coerência e elevados níveis de qualidade dos vários hospitais e clínicas do grupo.

Um outro aspecto essencial de promoção da qualidade, ainda segundo Herrick (2010) ,é um maior recurso a meios electrónicos de forma de permitir o arquivo dos dados clínicos, facilitar a leitura e divulgação dos mesmos. Os meios tecnológicos permitem ainda melhorar a comunicação entre o corpo médico do país de destino e o paciente, podendo ainda existir ligação directa com o médico no país de origem, salvaguardando eventuais situações ao nível do histórico do paciente.

Finalmente, os meios tecnológicos permitem o acesso a soluções inovadoras, por exemplo alguns sistemas já permitem identificar remotamente interações de medicamentos. Muitos hospitais em países em vias de desenvolvimento são mais activos no recurso a meios tecnológicos relativamente aos EUA e Europa: segundo Herrick (2010), nos EUA apenas 1 em cada 4 hospitais arquiva digitalmente a informação relativa a cada paciente.

Em suma, as soluções electrónicas são fundamentais para contornar algumas barreiras, como a distância, e são um meio para elevar a qualidade dos hospitais e clínicas activos no turismo médico.

As comunidades *online* credíveis, são fundamentais no acesso a testemunhos e avaliações efectuadas por pacientes (que já efectuaram viagens de turismo no passado). A informação disponibilizada poderá ser útil, nomeadamente para credibilizar um determinado destino que alguém esteja a considerar ou esclarecer dúvidas específicas.

4.2.4. Especialidades médicas actuais e de futuro

Este capítulo visa analisar as especialidades que actualmente têm maior relevo ou que assumem características específicas ao nível do turismo médico. No final desta Capítulo serão identificadas algumas especialidades que irão ter uma elevada preponderância no futuro, servindo como indicação onde Portugal poderá desenvolver esforços a fim de se dotar de recursos que permitam ser um centro de referência em algumas dessas áreas.

De seguida são definidas e detalhadas as especialidades com maior procura presentemente.

Ao nível da cirurgia estética, é sobretudo nos países desenvolvidos que se localizam os serviços mais avançados. No entanto, mediante o facto dos sistema e subsistemas de saúde (estatal, seguradoras, etc.), não abrangerem, na maior parte dos casos, serviços de cosmética ou estética, tal implica que seja o paciente a suportar o custo. Este facto irá levar os pacientes a pesquisarem onde podem usufruir de um serviço de qualidade mas a menor custo. Em suma, o principal factor que leva um paciente a optar por realizar uma cirurgia estética num país estrangeiro, prende-se com o custo da mesma poder ser significativamente inferior. O quadro seguinte demonstra exactamente a relevância de diferenças significativas, para o mesmo tratamento, mas em países distintos, por exemplo uma rinoplastia na Alemanha custa 3.400 dólares e na Índia e na Polónia (com grande proximidade da Alemanha) menos de 1.000 dólares. Por seu turno, uma mamoplastia na Alemanha e em Espanha custa cerca de 3.000 dólares e na Índia e Turquia menos de 2.000 dólares.

Figura 10: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços ao nível de cirurgia estética em diferentes países

	Rinoplastia	Mamoplastia	Pálpebras inferiores e superiores	Lifting facial
Reino Unido	De 3,000 a	De 3,500 a	De 2,900 a	De 4,300 a
	4,000	5,000	3,700	6,000
Argentina	De 1,270 a	De 1,800 a	1,165	De 1,060 a
	1,750	2,815		2,415
Bélgica	De 1,650 a	De 1,960 a	1,600	De 1,650 a
	2,850	2,720		2,950
Bolívia	790	1,590	850	1,590
Brasil	1,550	2345	1550	1948
Croácia	De 1,150 a	2,250	1,400	2,700
	1,500			
República Checa	1,756	2,346	1,226	2,056
Egipto	1,500	2,000	1,200	2,100
Alemanha	3,400	3,000	1,900	3,400 to
				6,000

Figura 10: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços ao nível de cirurgia estética em diferentes países (cont.)

Polónia	750	1,920	1,290	1,945
África do Sul	2,100	2,200	1,750	3,300
Espanha	2,400	2,900	2,100	3,200
Tunísia	1,260	1,750	1,190	2,400
Turquia	1,600	1,720	1,350	1,600

Fonte: Treatment abroad, Novembro 2010

Em Portugal, de salientar os Hospitais do Grupo HPP Algarve, que estão equipados com soluções médicas tecnologicamente avançadas e com uma equipa altamente qualificada. Esta instituição já leva a cabo diversos tratamentos de estética a turistas médicos. De salientar alguns tratamentos: mamoplastia de aumento ou redução, abdominoplastia, blefaroplastia, lipoaspiração, lifting facial...

A semelhança da cirurgia estética, os sistemas de saúde e seguros não abrangem na totalidade ou apenas de forma marginal os serviços de estomatologia. Em resultado do exposto, o factor preço é determinante no momento da decisão do local a realizar a cirurgia, uma vez que será o paciente a suportar o custo. O quadro seguinte visa ilustrar o diferencial de preços, numa análise comparativa do mesmo serviço mas em diferentes países: um implante de coroa nos EUA custa entre 2.900 e 5.000 dólares e no México e Polónia entre 900 e 1 000 dólares, por seu turno, uma coroa nos EUA custa entre 750 e 1.000 dólares enquanto o mesmo serviço no México custa 299 dólares. De salientar que em Portugal, o Centro Mallo já dispõe de uma oferta de serviços de estomatologia para turistas médicos.

Figura 11: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços de estomatologia a em diferentes países

Tratamento	EUA	México	Hungria	Polónia	India	Tailândia
Implantes com coroa	De 2990 a 5,000	990	1000	900	600	1700
Canal	De 699 a 1300	De 299 a 329	60	De 150 a 200	80	De 90 a 200
Coroa	De 750 a 1,000	299	285	De 280 a 800	80	De 210 a 390

Fonte: Treatment abroad 2010

Uma outra especialidade com elevada procura ao nível do turismo médico é a cardiologia.

Uma especialidade com relevo no nicho de mercado em estudo é a ortopedia. De salientar que as unidades do grupo HPP Algarve são activas no turismo médico ao nível dos tratamentos ortopédicos, nomeadamente: dedo em gatilho (bilateral), dedo em gatilho (unilateral), ligamentoplastia, meniscectomia artroscópica, meniscectomia com ligamentoplastia, prótese da anca, prótese do joelho, túnel cárpico (bilateral) e túnel cárpico (unilateral).

No que se prende com os tratamentos de fertilidade, apesar desta especialidade não figurar entre as que mais impulsionam o turismo médico, em termos concretos entre 20.000 e 25.000 casais por ano procuram

tratamento no exterior. Existem dois factores primordiais que impulsionam a opção do turismo médico ao nível dos tratamentos de fertilidade: por um lado, os tratamentos nos países desenvolvidos são substancialmente dispendiosos, por outro lado, algumas leis, nomeadamente no que se refere “barrigas de aluguer”, doações de ovos, esperma e embriões, são menos restritivas em alguns países comparativamente com outros. Alguns países em vias de desenvolvimento são designados como “destinos de baixo custo” (*low-cost*) em tratamentos de fertilidade, o que poderá determinar menores taxas de sucesso (no entanto, não existe um padrão mínimo internacional aceitável e de referência). Por outro lado, os tratamentos nestes países tendem a ser mais agressivos o que poderá determinar um período de tratamento mais reduzido.

Tem existido um crescimento relativamente a esta especialidade no fluxo internacional de turistas, por um lado existe um maior número de países a disponibilizar serviços de tratamento de fertilidade, por outro lado um maior número países tem facultado um maior volume de dados e estatísticas oficiais. No entanto, não se pode descorar que mediante o facto de ser mais sensível em termos éticos, será sempre difícil a recolha de estatísticas fidedignas e oficiais, o que poderá justificar uma menor ponderação relativamente à real dimensão deste tipo de tratamentos.

Os EUA são escolhidos por muitos Europeus em resultado das taxas de sucesso e da legislação menos restritiva. Por seu turno, a Ásia no geral e a Índia no particular são os principais destinos do sexo feminino. Israel é o principal destino mundial no tratamento de fertilidade, sendo o país com o maior número de clínicas per capita do mundo.

O quadro seguinte permite comparar os preços entre diferentes países relativamente a diferentes tratamentos de fertilidade, por exemplo a transferência de embriões congelados nos EUA custa 2 900 dólares e na Argentina apenas 980 dólares, por seu turno um processo de fertilização *in vitro* em solo americano custa 13.700 dólares e na Índia 3.000 dólares.

Figura 12: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços de tratamento de fertilidade em diferentes países

Descrição	País	Preço (dólares)
Inseminação intra-uterina	Argentina	980
	Panamá	800
	EUA	2.800
	Ucrânia	430
Congelamento de embriões	Argentina	620
	Barbados	1.000
	Ucrânia	300
	EUA	2.600
Transferência de embriões congelados	Argentina	980
	Barbados	1.000
	Ucrânia	1150
	EUA	2900

Figura 12: Comparação de preços (dólares) de diversos serviços de tratamento de fertilidade em diferentes países (Cont.)

Histerectomia	Argentina	1900
	Barbados	1000
	Colômbia	1850
	México	5000
	Tailândia	5000
	Costa Rica	5250
	Alemanha	8400
	EUA	14400
	Fertilização <i>in vitro</i>	Argentina
Índia		3000
Panamá		5750
Turquia		5000
EUA		13700
Espanha		3200
Congelamento de ovos	Barbados	6800
	EUA	14100
	Argentina	3200
Doação de Embriões	Espanha	5000
	EUA	11000
Inseminação artificial	EUA	5700
	Ucrânia	430
Reversão da ligadura Tubal	México	4750
Fertilização <i>in vitro</i> com doação de óvulos	Panamá	7500
Ovo e congelamento de ovário córtex	EUA	19000

Fonte Treatment abroad 2010

Ao nível dos tratamentos de fertilidade, é fundamental destacar Israel, mediante as suas elevadas taxas de sucesso e menores custos de tratamento (um tratamento de fertilidade *in vitro* mais complexo custa sensivelmente menos 75% comparativamente com o mesmo tratamento nos EUA).

Uma outra área extremamente sensível em termos éticos são os transplantes de órgãos, mas com elevada procura ao nível do turismo médico, nomeadamente para destinos de alguma forma surpreendentes. Em 2007, segundo a *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde), o principal país a providenciar serviços nesta área específica era a China, seguida do Paquistão, Filipinas, Egipto e Colômbia. A surpresa dos países que integram a lista facultada, requer obviamente razões explicativas, para tal o trabalho de Youngman (2010) é fundamental.

No caso particular da China, após a publicação dos resultados acima referidos, nomeadamente mediante o facto de ser acusada de efectuar transplantes de órgão ilegais a estrangeiros, levou as autoridades chinesas a tomarem rígidas medidas de forma a contornar a situação. Oficialmente estão autorizadas 164 instituições médicas, mas apenas para não estrangeiros. Mesmo assim, em 2009, 17 japoneses foram

acusados de terem pago 87 mil dólares para transplante de fígado ou rim na província chinesa de Guangzhou.

Nas Filipinas, o mercado negro de órgãos atingiu tal proporções, que em 2009 as autoridades foram forçadas a declarar ilegal qualquer transplante a estrangeiros.

O Paquistão só figura no fluxo internacional de turismo de saúde, em resultado das suas estatísticas relativamente aos transplantes. Em 2008, todos os transplantes foram proibidos, no entanto o negócio continua a efectuar-se por falta de fiscalização e em resultado da situação económica do país. No entanto, os receios de instabilidade terrorista, determinaram uma diminuição na procura por parte dos turistas estrangeiros. No Egipto, uma legislação inadequada e falta de controlo, são elementos permissivos e que permitem um mercado paralelo ilegal de doação de órgãos. Posteriormente, muitos deles são utilizados em cirurgias para estrangeiros, nomeadamente provenientes dos Emiratos Árabes Unidos. Recentemente foi rejeitada uma lei que visava terminar com a situação descrita.

Na Colômbia, todos os transplantes devem ser autorizados pela agência nacional de saúde da Colômbia e a população local terá preferência, no entanto um negócio paralelo, sendo até publicitado na Internet, garante cirurgias num prazo máximo de 90 dias.

Em 2009, o Reino Unido também proibiu o transplante de órgãos a estrangeiros, após órgãos doados ao sistema nacional de saúde britânico terem sido utilizados em cirurgias a estrangeiros, nomeadamente provenientes da China, Líbia e Emiratos Árabes Unidos.

Na UE, com o intuito de solucionar as longas listas de espera por transplantes e a crescente criminalidade associada ao tráfico ilegal de órgãos, foram introduzidas recentemente novas leis, nomeadamente é fundamental designar em cada estado membro uma autoridade competente e responsável por normas de qualidade e segurança.

Relativamente aos tratamentos de dependência, a principal razão que impulsiona os turistas não é o menor custo em termos comparativos, mas antes a possibilidade de privacidade e anonimato. Em Portugal, o centro “Nova Vida” (Algarve) já dispõe de uma oferta de serviços de tratamento para turistas médicos.

Uma outra área que requer referência, são os cuidados de geriatria, ou seja, fluxo de seniores, muitas vezes reformados, para países mais quentes e com um custo de vida inferior, os casos da Espanha na Europa e da Costa Rica no continente Americano ilustram a importância deste segmento. Neste segmento, quando se atinge um estágio de maior dependência uma das opções será regressar a casa, ou seja ao país de origem, para beneficiar de mais assistência médica. No entanto, se os níveis de credibilidade de assistência no país de acolhimento foram conhecidos, podem optar por permanecer nesse mesmo país.

No Reino Unido, só na última década, a aquisição de residências no exterior quase triplicou (não apenas no segmento sénior, mas o elevado contributo deste grupo é considerável). Actualmente, cerca de 300.000 britânicos têm casas no estrangeiro e em 2025, estima-se que cerca de 1,3 milhões de britânicos vão viver para o exterior. Entre os pensionistas britânicos, Espanha é o destino mais popular. De salientar ainda que a OMS definiu a Costa Blanca, em Espanha, como uma das zonas mais saudáveis para se viver, sem dúvida que esta atribuição tem efeitos marketing muito positivos. Analisando a oferta, de forma global, actualmente existem 52 países no mundo a posicionar-se como pólos de atracção para idosos/reformados. No caso europeu, a progressiva facilidade de viajar no espaço comum dota os países dentro da comunidade europeia mais atractivos, sobretudo de destacar 4 países da orla mediterrânica com óptimas condições naturais e bons sistemas de saúde: Portugal, Espanha, França e Itália.

Uma área menos consensual é relativamente às células estaminais, esta técnica sustenta-se em células que se podem transformar em vários tipos de células diferentes, através de um processo denominado "diferenciação". Nas fases iniciais do desenvolvimento humano, as células estaminais do embrião "diferenciam-se" em todos os tipos de células existentes no organismo (cérebro, ossos, coração, músculos, pele, etc.).

A tabela seguinte destaca algumas unidades de saúde, em diferentes países, actualmente activas em tratamentos e investigação em termos de células estaminais.

Figura 13: Unidades de saúde, em diferentes países, activas em tratamentos e investigação de células estaminais

Hospital	País	Certificado	Características
Chaophya Hospital	Tailândia	I.S.O	Terapia celular para situações terminais de isquemia.
Gleneagles Medical Centre Penang	Malásia	JCI	Terapia para situações de leucemia, utilizando células do tronco;
Mount Elizabeth Hospital	Singapura	JCI	
Bumrungrad Hospital	Tailândia	JCI	Pacientes oncológicos
Bangkok Hospital	Tailândia	JCI	
Bangkok Hospital Pattaya	Tailândia	I.S.O	
Moolchand Medcity	Índia	I.S.O	
Apollo Gleneagles Hospital	Índia	I.S.O	
Gleneagles Intan Medical Centre	Malásia	I.S.O	
Apollo Hospital Chennai	Índia	JCI e I.S.O	
International Medical Treatment	Turquia	JCI e I.S.O	Situações de leucemia, linfoma, mieloma, síndrome mielodisplástica; tumores sólidos (cancro dos ovários, cancro dos testículos), Anemia aplástica, amiloidose e doenças

Figura 13: Unidades de saúde, em diferentes países, activas em tratamentos e investigação de células estaminais (continuação)

hereditárias: hemoglobinopatias

Hadassah University Medical center	Israel	University Hospital	Esclerose múltipla e pacientes oncológicos
Sheba medical center	Israel	Public Hospital	Transplantes de medula óssea em casos de leucemia e terapia para diabetes com recurso a células do tronco;

Fonte: Health Tourism

Esta técnica poderá ser fundamental para controlar certas patologias, até hoje sem cura, casos das doenças de Parkinson e Alzheimer. Ambos os casos referidos resultam de lesões em determinados grupos de células no cérebro, através do recurso a células estaminais, pretende-se substituir o tecido de cérebro danificado. As células estaminais podem ainda determinar um avanço em outras áreas, nomeadamente: acidentes vasculares cerebrais, a diabetes, doenças cardíacas e até mesmo a paralisia.

Um dos desafios dos cientistas é definirem novas fontes de células estaminais, uma vez que as técnicas actualmente conhecidas são muito controversas e muitos países publicaram legislação restritiva. Alguns avanços já foram efectuados, nomeadamente foram encontradas células estaminais na medula óssea dos adultos. Os cientistas acreditam que, no futuro, a partir das células estaminais dos adultos seja possível produzir células do cérebro, fígado, coração e células nervosas.

As restrições legais relativamente à utilização de células estaminais embrionárias para fins de investigação e tratamentos médicos variam de país para país. Na Alemanha a remoção de células estaminais de um embrião humano é ilegal. Na Grã-Bretanha é legal mas terá de ser respeitado um criterioso regulamento, dessa forma os cientistas britânicos podem utilizar embriões humanos para investigação até 14 dias após a fertilização.

Indubitavelmente que os pacientes em estado crítico estão dispostos a incorrer em custos, riscos e efectuar viagens longínquas na esperança de obter uma cura, este sentimento levou a um incremento da oferta de clínicas/hospitais (alguns fraudulentos) dentro desta área específica.

Um exercício pertinente visa identificar quais serão as patologias com maior incidência em termos futuros, com o intuito em definir acréscimos na procura e a necessidade de adaptar a oferta, em termos de camas hospitalares, profissionais, investigação, tecnologia e indústria base de suporte. Em termos futuros é expectável, com base no jornal científico PMED (2002), uma elevada prevalência, em termos de procura, de 3 especialidades médicas, uma vez que serão as patologias com maior incidência em termos mundiais: oncologia; cardiologia e neurocirurgia. A pertinência em identificar as áreas com maior procura no futuro, visa coadjuvar os diferentes países a se tornarem centros de referência, numa óptica

integrada de *cluster* com uma ligação forte e permanente entre a indústria, os serviços e a investigação no sector da saúde.

Figura 14: Doenças mais frequentes em 2002 e 2030

Categoria	Patologia	Ranking 2002	Ranking 2030	Alteração
TOP 15	Isquemias do coração	1	1	0
	Cérebrovascular	2	2	0
	Infeções respiratórias	3	5	-2
	HIV	4	3	1
	Doenças Pulmonares	5	4	1
	Condições parinatal	6	9	-3
	Diarreicas	7	16	-9
	Tuberculose	8	23	-15
	Cancro traqueia, brônquios e pulmão	9	6	3
	Acidentes de viação	10	8	2
	Diabetes <i>mellitus</i>	11	7	4
	Malária	12	22	-10
	Cardíaca hipertensiva	13	11	2
	Problemas auto-infligidos	14	12	2
	Cancro do estômago	15	10	5
> Top 15	Nefrite e nefrose	16	13	4
	Cancro do cólon e do recto	17	15	3
	Cancro do fígado	18	14	5

Fonte: Journal Pmed 2002

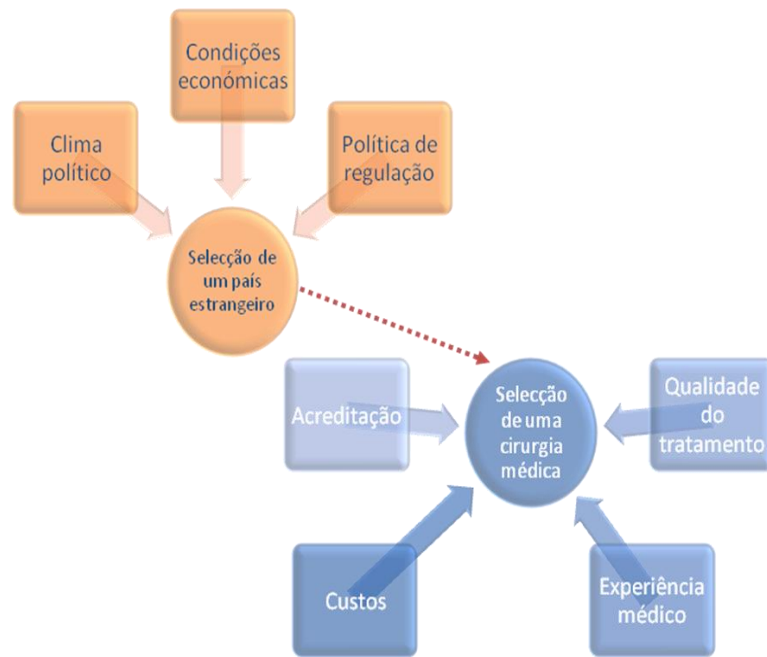
4.2.5. Modelos teóricos

Segundo o modelo de Smith e Forgione (2007), existem dois níveis de decisão na escolha dos serviços de saúde no estrangeiro. Todas as variáveis têm o mesmo peso relativo. Numa primeira fase, são definidos os factores preponderantes na selecção do destino em si. Numa segunda fase, são identificadas as variáveis fundamentais na definição do centro de saúde.

Ao nível da primeira fase, de salientar os seguintes factores: condições económicas, clima político e regulamentação.

Ao nível da segunda fase, enfoque nos seguintes factores: custo do serviço, experiência e qualificação do corpo médico, qualidade do tratamento e acreditação.

Figura 15: Factores de decisão do Turismo de Saúde

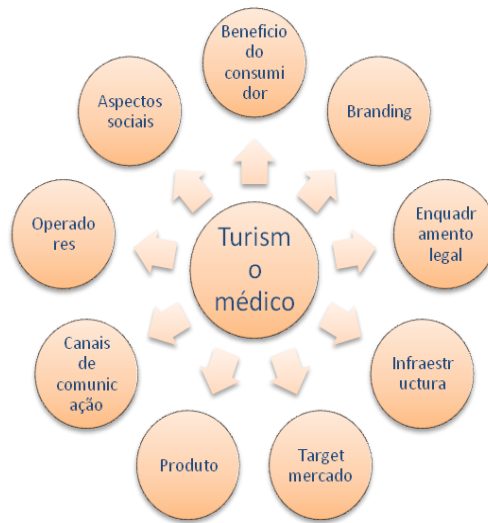


Fonte Smith e Forgione (2007)

Este modelo apresenta algumas limitações. Por um lado, as variáveis definidas nas duas fases, apesar de relevantes, são no entanto insuficientes. Outras variáveis devem ser consideradas, nomeadamente: distância geográfica, apoio governamental na promoção, infra-estruturas e existência de profissionais médicos credíveis e com experiência. Por outro lado, é necessário considerar a reputação das unidades e corpo médico, custos e analisar factores de qualidade e acreditação. Por outro lado, é fundamental avaliar a facilidade de acesso a um determinado centro, em termos de localização, transporte e custo, dentro do país definido. Segundo este modelo as duas fases de selecção são estáticas, no entanto em função do serviço requerido a ordem das duas fases pode ser alterada. Em casos de intervenções mais complexas, os aspectos relacionados com o hospital e corpo clínico são mais relevantes logo na primeira fase, o mesmo não acontece em intervenções mais simples (por exemplo serviços de estética).

Um outro modelo, de Caballero-Danell e Mugomba (2007), foi desenvolvido com base em informações extraídas de artigos científicos e informações recolhidas na imprensa em geral. O modelo descreve a estrutura da indústria do turismo médico e considera todos os *stakeholders* envolvidos.

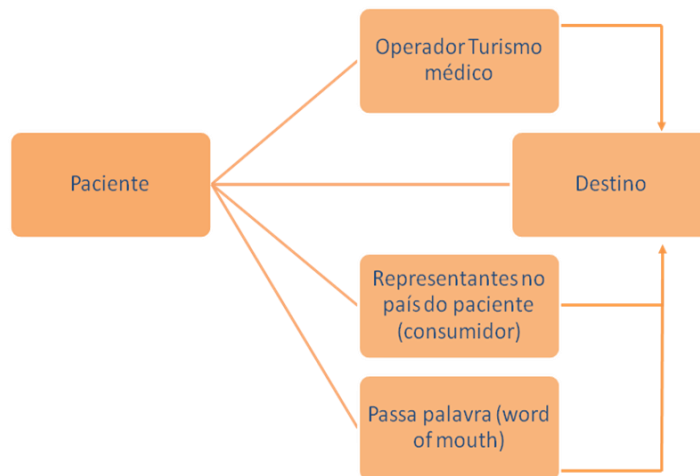
Figura 16: Descrição do mercado do turismo médico, Modelo 1



Fonte: Caballero-Danell & Mugomba, 2007

Os mesmos autores sugeriram um outro modelo, em 2007, que identifica 3 canais de distribuição: operadores, representantes dos consumidores e o “passa palavra” (“*word of mouth*”).

Figura 17: Canal de distribuição, Modelo 2



Fonte Caballero-Danell & Mugomba, 2007

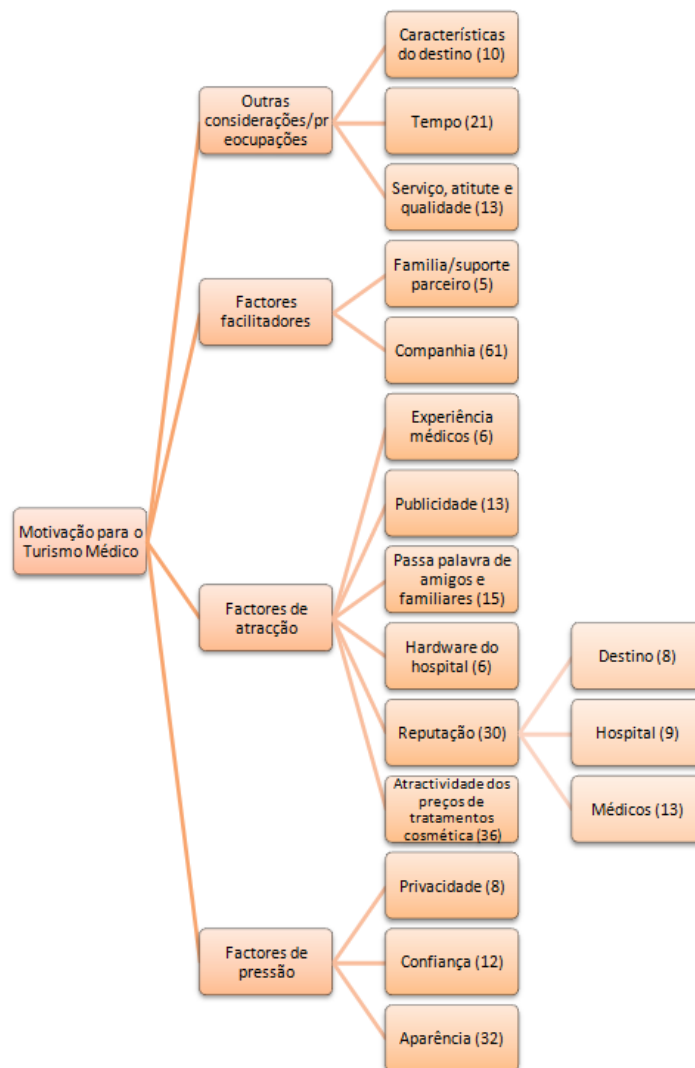
Estes dois modelos detêm no entanto algumas limitações. O primeiro modelo descrito poderá ser reagrupado de uma forma mais construtiva com o intuito de se obter um modelo mais facilmente compreensível. No segundo modelo é considerada a possibilidade de um contacto directo (“*word of mouth*”). Esta possibilidade apesar de real tem uma reduzida probabilidade de acontecer.

Um outro estudo de Ye et al. (2008) identificou os incentivos e barreiras ao turismo médico, sobretudo sustentando-se na realidade de Hong Kong. Os autores referem que o turismo de saúde não se rege pelas

mesmas razões do turismo de massas. No caso dos turistas de saúde, as variáveis de saúde são mais relevantes do que as variáveis ao nível do destino em si. Este estudo permite ainda reforçar a ideia que o factor preço só por si não é fundamental, uma vez que o turista considera outras variáveis.

No entanto, este modelo também apresenta algumas limitações. O modelo foi elaborado com base num estudo de caso de dimensão reduzida (Hong Kong), podendo com isso ser pouco robusto. O estudo realizado foi com base em cirurgias estéticas, logo a amplitude de serviços é reduzida.

Figura 18: Quadro analítico das motivações do turismo médico



Fonte Ye et al., 2008

Considerando as limitações dos modelos destacados anteriormente, Heunf et al. (2009), propõem um modelo integrado considerando quer o lado da procura quer a oferta. Este modelo permite ainda tomar em consideração diferentes tipos de turistas médicos (desde cirurgias mais simples de cariz estéticos até intervenções mais complexas). A decisão de viajar resulta de diversas variáveis, nomeadamente Maslow (1954) definiu 5 necessidades básicas: fisiológicas, segurança, auto-estima, necessidades sociais e de conhecimento/actualização. A selecção do destino relaciona-se com a avaliação do destino e a utilidade e valor percebidos (Maslow, 1954).

No modelo em análise, o termo “procura” refere-se aos aspectos que actuam do lado da definição do destino e na selecção das opções médicas. Numa primeira fase, o potencial turista irá recorrer aos canais de distribuição disponíveis. Numa segunda fase, o *ranking* das variáveis de decisão será condicionado pelo tipo de serviço a requerer, no caso de uma intervenção estética simples os factores determinantes serão inevitavelmente diferentes relativamente a um paciente que necessite de uma intervenção cirúrgica

mais complexa. O custo-efectividade será a principal consideração para um paciente que necessite de uma intervenção simples (por exemplo estética ou dentária), enquanto no caso da intervenção mais complexa outros factores serão considerados: experiência e habilitações do médico responsável. O modelo integrado proposto é extensível a uma ampla variedade de serviços médicos.

Do lado da oferta são identificados todos os serviços e facilidades à disposição por parte de um país activo no turismo médico (por exemplo, as infra-estruturas do país, a qualidade dos serviços médicos, a capacidade do corpo médico e enfermagem em falar diversas línguas). Por outro lado, será relevante o apoio do Governo em termos de promoção marketing no exterior.

Um outro aspecto pertinente visa conhecer mais em detalhe os outros centros de referência. Segundo Santos e Passos (2010), um complexo de saúde (cluster) compreende unidades ligadas ao sector secundário (de destacar a produção industrial de medicamentos e meios diagnóstico, equipamento médico hospitalar e odontológico) e, ainda, serviços terciários (prestação de serviços de saúde). A estes dever-se-á ainda incluir a formação de recursos humanos em saúde, uma componente académica e editorial como forma de promoção do conhecimento, a vertente financeira e ainda o Estado.

Segundo as mesmas autoras, a inovação é um elemento fundamental no desenvolvimento de um *cluster* de saúde, uma vez que é através da inovação que se permite criar valor.

Schumpeter (1911) define 5 formas de promoção de inovação:

1. Introdução de um novo produto, com o qual os consumidores não estejam familiarizados;
2. Introdução de um novo método de produção baseado numa descoberta científica;
3. Conquista de uma nova fonte de matéria-primas;
4. Abertura de novos mercados;
5. Estabelecimento de uma nova forma de organização, como a criação de uma posição de monopólio ou fragmentação de um monopólio existente;

Um exemplo contemporâneo de consolidação de monopólios ao nível da saúde, é a integração vertical entre produtores de consumíveis médicos e prestadores de serviços, garantindo mercados para os respectivos produtos. Por exemplo, a empresa alemã *Frasenius Medical Care* (produtora de equipamentos de diálise) é actualmente líder de serviços de hemodiálise.

A integração vertical resulta ainda da insegurança da indústria farmacêutica em continuar a atrair recursos financeiros para Investigação e Desenvolvimento (I&D), mediante a queda de produtividade do I&D e redução do período de uma patente. Segundo a revista “*The Economist*” (7 de Fevereiro de 2010), 24

novos fármacos antes de serem lançados obrigaram a um investimento na ordem dos 27 bilhões de dólares em 1998. Em 2006, foram necessários 64 bilhões de dólares para apenas 13 novos fármacos autorizados.

Segundo os diferenciais de produtividade definidos por Baumol, no que se refere às actividades do sector secundário de saúde, os primeiros três factores de Schumpeter (1911) são primordiais nas inovações de maior preponderância. No sector dos serviços de saúde os dois últimos factores são os principais factores de introdução de inovação.

Numa análise recente à inovação introduzida no sector da saúde, de salientar o primeiro aspecto descrito por Schumpeter (1911), ou seja, os produtos inovadores lançados estão intrinsecamente ligados à redefinição da saúde como um sentimento de bem-estar, ao contrário do que era generalizado anteriormente como ausência de doença. Ao nível destes novos produtos destaque para os produtos que melhoram a imagem corporal (odontologia, cirurgias plásticas, estética, bariatria, emagrecimento). Estes novos serviços assumem a lógica de um mercado regular, ou seja resultam mais dos desejos dos consumidores do que de necessidades dos pacientes mediante cenários de doença. A procura por estes produtos fica directamente correlacionada com o nível de rendimento disponível. Uma outra gama de novos produtos relaciona-se com tratamentos de fertilidade, cirurgias de mudança de sexo, soluções mediante o aumento da esperança média de vida e produtos de prevenção, nomeadamente *screenings* laboratoriais e *check-ups*.

Relativamente ao segundo método de inovação sugerido por Schumpeter (1911), podem ser destacadas formas originais de comercialização, por exemplo locais para efectuar testes diagnóstico rápidos e clínicas dentárias em centros comerciais. Realce ainda para a telemedicina e telecirurgia (auxiliares que permitem a realização de consultas e procedimentos cirúrgicos à distância). Por outro lado, de salientar o surgimento de hospitais especializados em serviços de saúde para idosos ou doenças crónicas (em virtude de serem segmentos desconsiderados em grande parte pelo mercado).

No que se refere à criação de novos mercados, está directamente relacionado com a legitimidade do médico em estipular novos parâmetros de consumo. A redefinição de *guidelines* de doenças frequentes, nomeadamente ao nível dos diabetes e hipertensão, pode aumentar o número de pessoas elegíveis. Ainda de salientar que as associações profissionais podem determinar uma nova gama de diagnósticos.

Uma outra possibilidade é o aumento do mercado pela fragmentação dos monopólios públicos existentes, internacionalização de serviços de saúde e criação de novas posições de monopólios privados internacionais. A liberalização dos fluxos de capitais sustenta a fortificação de monopólios privados.

4.3 Turismo de bem-estar (Wellness)

Bem-estar é uma jornada, não um destino! (Wright University, 2003).

Uma subcategoria do “Turismo de Saúde” é o “Turismo de bem-estar”, ou utilizando o termo anglo-saxónico “*Wellness Tourism*”. Alguns autores não incluem o Turismo de bem-estar no Turismo de Saúde (antes preferem designa-lo como uma categoria específica), no entanto não pode ser descurado que muitos destes centros “holísticos” já dispõem de condições para efectuar cirurgias de beleza menos complexas e/ou tratamentos odontológicos. No entanto, na sua origem, estes centros disponibilizavam exclusivamente terapias físicas, hidroterapia e tratamentos de reabilitação.

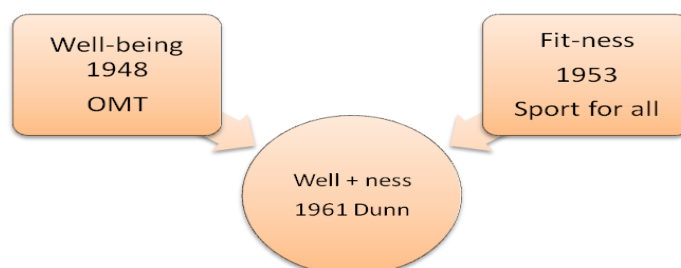
Apesar da preponderância moderna fazer sugerir que é um conceito ainda relativamente recente, na realidade algumas práticas datam de 5000 anos antes de Cristo, nomeadamente na Índia quando as civilizações antigas praticavam a cultura *ayurveda*, a qual procura unir o espiritual e o físico, massagem e cuidados de nutrição. Por outro lado, os banhos romanos e turcos foram igualmente populares há muitos séculos atrás e eram formas de relaxamento.

Dunn (1961), foi o primeiro a destacar este nicho de mercado. Na década de setenta já se tinha desenvolvido uma indústria sólida relativamente a este segmento.

O turismo de bem-estar é uma indústria que não é facilmente descrita. Na realidade combina uma ampla variedade de conceitos médicos, científicos, de carácter preventivo da saúde e uma visão holística, o que dificulta uma definição única. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este segmento prende-se com “conceito positivos: enfatizando recursos pessoais, sociais e aspectos físicos.

O termo de bem-estar surge de uma complementaridade entre o estar bem (saúde + prazer: *well-being*) e a boa forma física (com realce para uma importante componente estética e *fitness*), resultando num novo conceito: o *wellness*.

Figura 19: Origem do conceito wellness (bem-estar)



Fonte Dunn, 1961

Adams (2003) refere-se a quatro grandes princípios de bem-estar:

1. O bem-estar é multi-dimensional;
2. As pesquisas de bem-estar devem ser orientadas no sentido de identificar as causas do bem-estar ao invés de causas da doença;
3. O bem-estar é uma questão de equilíbrio;
4. O bem-estar é relativo, subjectivo ou percentual;

Alguns aspectos geram consenso, nomeadamente o bem-estar não deriva exclusivamente das meras questões físicas, existe ainda uma dimensão espiritual, psicológica e holística em forma de complemento. Como destaca o quadro seguinte, o turismo de bem-estar assume características muito específicas, nomeadamente resulta de diferentes motivações (por exemplo poderá ser motivado por uma componente espiritual, mais estética ou desportiva/física...).

Figura 20: Dimensão do turismo de bem-estar

Motivação	Localização típica/atividades	Referência
Médica/Cosmética	Ex: Hospitais, clínicas	Connell
Físico/Corporal	Ex: SPAs, massagem, yoga	Lehto, Brown, Chen e Morrison; Puczkó e Bachvarov
Relaxamento/Escape	Ex: Praia, SPA, montanhas	Puczkó e Bachvarov; Pechlaner e Fischer
Experiência	Ex: Festivais	Pernecky e Johnston
Existencial	Ex: centros Holísticos	Smith e Kelly; Steiner e Reisinger
Espiritual	Ex: Peregrinação, retiro yoga...	Devereux e Carnegie; Pernecky e Johnston; Lehto, Brown, Chen e Morrison
Orientado para a comunidade	Ex: Voluntariado, caridade, centros holísticos...	Devereux e Carnegie; Smith e Kelly

Fonte: *Wellness Tourism, Smith e Kelly (2008)*

Ardell (1977) redefiniu o conceito de bem-estar: uma forma de cada indivíduo melhorar o seu nível de saúde. Destacou ainda 5 etapas para a concretização desse objectivo (Korber, 2001, p. 5):

1. Responsabilidade;
2. Consciência alimentar;
3. Boa forma física;

4. Boa gestão do stress;
5. Sensibilidade com o meio ambiente;

Neste estudo será contemplado maior detalhe às estâncias termais, esta selecção foi executada tendo em consideração a preponderância deste sector em Portugal, a sua importância em termos de desenvolvimento regional e, ainda, a importância em definir uma nova linha de desenvolvimento que vise atrair novos clientes e assim dotar este sector de maior vitalidade. As diferentes instituições termais foram assimilando o conceito inerente ao turismo de saúde, sobretudo com o incremento da oferta de SPAS (*Salus Per Aquas*).

4.3.1. Descrição da procura

Segundo a SRI International, em 2010 a indústria do turismo de bem-estar representava, em termos mundiais, 2 triliões de dólares. Nos 30 maiores países industrializados, existem 289 milhões de consumidores activos neste segmento de mercado. Dentro deste segmento é necessário ter em conta o “termalismo”, uma vez que este serviço é coberto por alguns contratos de seguros, marcando uma clara distinção com os serviços de SPA em hotéis.

O crescimento do turismo de bem-estar continuará a registar-se a um ritmo elevado e são múltiplos os factores que sustentam essa tendência. Por um lado o envelhecimento da população. Os consumidores orientam a sua procura de consumo para serviços com maior “custo efectividade”, que visam prevenir casos de doença. A saúde preventiva de forma progressiva vai ganhando maior preponderância face à filosofia tradicional sustentada no tratamento.

Como sugerem Smith e Kelly (2008), o progresso da ciência e da medicina têm permitido maior preservação do corpo, no entanto problemas mentais, psicológicos e emocionais são mais difíceis de tratar e, como tal, os progressos são menos significativos nestas áreas. De salientar que no século XXI, a doença que obrigará a maiores encargos é a depressão e actualmente as taxas de suicídio estão a aumentar, especialmente entre os jovens (Mullholland 2005). Uma forma de dar resposta a estes casos, é através da procura de novas psicoterapias, tratamentos complementares e uma crescente preferência pelo sector do turismo de bem-estar.

As companhias aéreas de baixo custo estão agora a criar um acesso fácil aos aeroportos que ficam nas imediações de termas tradicionais e outros locais de promoção do turismo de bem-estar.

A própria globalização permite que os consumidores estejam mais conscientes das alternativas mundiais em termos de oferta de serviços de saúde. De uma forma sumária, nos próximos anos observar-se-á um

contínuo aumento dos turistas que optam por viajar com o intuito de obter experiências holísticas, de promoção do bem-estar e com uma atitude pró-activa de prevenção da sua saúde.

Alguns países já reconhecem vantagens de outros países na promoção da saúde, existindo uma maior flexibilização no acesso internacional. De forma a espelhar esta maior propensão, de salientar que a seguradora alemã *Hanseatische Krankenkasse* (HEK) efectuou contratos de parceria com alguns centros de reabilitação na República Checa e Hungria, onde os valores praticados são 30-40% inferiores.

Todos os aspectos frisados determinaram um aumento considerável da procura por serviços e destinos de promoção do turismo de bem-estar.

4.3.2.Descrição oferta

Praticamente em todo o mundo existem SPA`s, mais especificamente cada local procura utilizar os recursos naturais que possui como factor de diferenciação face à concorrência. O sector privado tem desempenhado um papel fulcral na revitalização de spas e centros termais tradicionais;

Nos últimos dez anos uma série de países redefiniu a sua promoção de turismo, apostando consideravelmente no turismo de bem-estar. De salientar casos bem sucedidos como: Suíça, Áustria, Irlanda, Eslovénia e Finlândia, na Europa.

Um exemplo de vitalidade na promoção do turismo de saúde é a Suíça, sendo um exemplo das melhores práticas, com uma estratégia global e promovendo a criatividade e inovação, realçando aspectos locais da cultura (materiais, alimentação local...) e impondo padrões de alta qualidade. O “bem-estar” é considerado um dos principais recursos da Suíça em termos de turismo. A aposta efectuada permitiu resultados positivos. Nos últimos três anos, o Fórum Económico Mundial reconheceu a Áustria e a Suíça como as economias mundiais de maior sucesso ao nível do turismo.

Por outro lado, alguns destinos emergentes optaram por alinhar a sua oferta turística com um complemento ao nível do turismo de bem-estar. De realçar Singapura, Malásia e Tailândia e Croácia.

Existem ainda, os destinos mais clássicos ao nível do turismo de bem-estar. Na Áustria, Hungria e Itália o recurso a fontes termais é frequente para aliviar doenças específicas e também aliviar o stress.

A talassoterapia, ou seja o uso medicinal da água do mar, é praticada em destinos do Mediterrâneo e na Irlanda. Este tipo de terapia é benéfica quando se pretende alívio das dores articulares e problemas de circulação.

Nos países asiáticos, como Tailândia e no Sri Lanka, o yoga, a meditação e massagens são fortemente integradas em tratamentos de bem-estar médico. Estes países têm uma abordagem global holística,

criando um equilíbrio entre o espiritual, a mente e os aspectos físicos. Na Índia, destaque para a tradição ayurveda, de uma forma sucinta utilizando massagens e a nutrição como forma de incremento do bem-estar.

De realçar ainda a necessidade de criatividade no paradigma do turismo de bem-estar, um exemplo prático é o surgimento do exercício funcional e do ginásio ao ar livre. O exercício funcional é a substituição do exercício aeróbico e dos utensílios clássicos de ginásio por equipamentos modernos e originais, tais como o levantamento e empilhamento de fardos de feno, erguer cercas e serragem de madeira. Este fenómeno é uma forma original de dinamização do espaço natural e do turismo rural.

Alinhado a este conceito, existe o ginásio ao ar livre. Para o efeito é necessária a instalação de alguns equipamentos de exercício ao ar livre, muitas vezes envolvendo recursos naturais, procurando beneficiar dos declives rochosos ou árvores. Por exemplo, a Adidas anunciou recentemente planos para uma cadeia de academias, designadas "Adizones". Exemplos de ginástica ao ar livre: O *Copperhood Inn and Spa* no Estado de Nova Iorque; O *Spa Turtle Cove* no Monte Ida, em Arkansas; Spa Montanha Vermelha, em Utah; O *Terme di Saturna*, em Itália.

De salientar ainda alguns exemplos originais, podendo beneficiar do efeito marketing na atracção de turistas: no leste da Áustria, a *Abadia Marienkron* em Burgenland, oferece uma pausa de SPA, sendo que é uma comunidade de monjas cistercienses que está responsável pelo centro de bem-estar. De destacar ainda que freiras dominicanas estão igualmente a gerir um centro perto de Koblenz, na Alemanha, replicando dessa forma o exemplo anterior. Em ambos os casos, os clientes são sujeitos a um complemento entre ritmos físicos e espirituais.

4.3.3. Aposta na qualidade

No lado da oferta é fundamental a existência de padrões que garantam a qualidade e que permitam coadjuvar a procura na definição das suas preferências de consumo.

No caso específico da Suíça, a estratégia de desenvolvimento do turismo de bem-estar é sustentada através de uma parceria entre o Turismo da Suíça e a Associação Suíça de Hotéis, tendo esta última entidade definido especificações detalhadas para o sector do turismo de bem-estar, nomeadamente introdução de dois graus de qualidade. Esta evolução tem duas vantagens claras, por um lado maior clarificação para o consumidor ao nível da oferta de serviços, facilitando a escolha dos mesmos. Por outro lado, permite maior diferenciação entre produtos e fornecedores.

Todos os hotéis que integram a rede de hotéis de turismo de bem-estar devem atingir um padrão mínimo de 3 estrelas. Existem ainda duas categorias específicas de bem-estar (*wellness*):

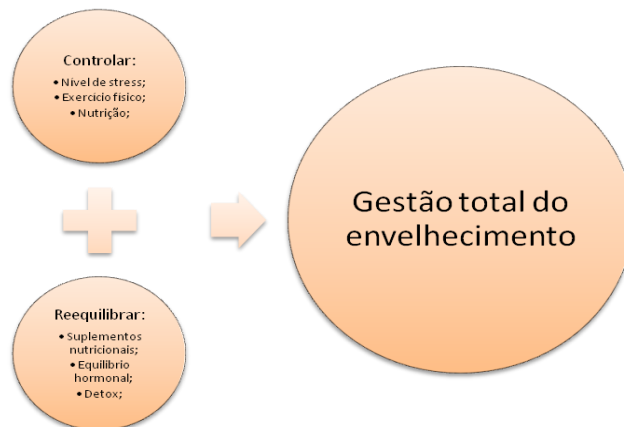
- W1: Hotéis *Wellness*. Os hotéis devem oferecer uma boa variedade de instalações de bem-estar, incluindo piscina, saunas, salas de tratamento e um programa gratuito de actividades interiores e exteriores;
- W2: Hotéis *Wellness Top*. hotel de 4-5-star e que deve cumprir requisitos adicionais em termos de infra-estrutura e variedade dos serviços prestados. Um aspecto adicional relevante é o estilo;

Em 2008, havia 80 hotéis de bem-estar reconhecidos na Suíça ao abrigo desta norma, dos quais 60 por cento estavam na faixa superior (W2).

Em suma, o turismo de bem-estar assenta na ideia de “regresso ao básico”, ou seja ligação dos visitantes à natureza, recursos naturais, cultura local e produtos locais, por outro lado promovendo o acesso a uma vasta gama de serviços de promoção da saúde e bem-estar e garantido sempre uma elevado padrão de qualidade.

Em Portugal, uma instituição focada neste segmento é a: *Longevity Wellness Resort* (em Monchique no Algarve). Segundo a filosofia desta instituição, em parceria com a *La Clinique* de Paris, o envelhecimento humano resulta de um conjunto de factores que vão ocorrendo em simultâneo e que devem ser analisados e tratados a seu devido tempo. A abordagem múltipla do processo de envelhecimento estabelecida consubstancia-se numa abordagem médica integrada e num diagnóstico detalhado. Uma abordagem holística que considera cada indivíduo como um todo e procura restaurar o equilíbrio.

Figura 21: Metodologia Longevity Wellness Resort by La Clinique Paris (Monchique, Portugal)



4.3.4. Termalismo

De salientar o recurso ao trabalho de Ramos (2005) com o suporte para elaboração deste capítulo.

Na Grécia antiga a água em geral sempre foi considerada um elemento de culto e com tradição ritual, sobretudo a água termal. Apesar de considerarem a água como elemento relevante no treino físico e higiene, era sobretudo o carácter do prazer, a noção de beleza, contemplação e elevação de um sentido narcisista de beleza e bem-estar. Foram edificados diversos centros que funcionavam como força motriz e de centralização de práticas espirituais, especial destaque para o santuário de Delfos (santuário de Castalia). Estes centros atraíam gregos de vários pontos do império, mas igualmente estrangeiros oriundos de Espanha ao mar Negro. O modelo colonial grego acaba por levar para a Península Ibérica e Itália o culto da água termal.

Próximo da baía de Nápoles, os Gregos fundaram a cidade de Cumes, tendo esse facto impulsionado o desenvolvimento da cidade termal de Baies (a principal cidade termal do mundo antigo).

A influência grega aliada às características dos Romanos, nomeadamente o espírito metódico e o gosto pela arte, criaram um novo elemento urbanístico em redor do culto da água, sendo então edificadas sumptuosas construções. O acesso a esses locais era extensível a larga franja da sociedade e visava atingir diversos objectivos: higiene, educação e lazer.

Com o colapso do império romano e a crescente preponderância da Igreja católica, existiu uma repulsa pelo culto da água, sobretudo por motivos “imorais de alguma concupiscência, interpretando-a como uma forma de hedonismo fortemente reprovável”. Mas a postura em relação às termas era dúbia, por um lado era alvo de promoção eclesiástica por se tratar de um bem natural, por outro lado existiu repulsa por razões de imoralidade.

O renascimento italiano, no século XV, foi um período de projecção das termas. Fluxos de turistas eruditos, provenientes de vários países europeus deslocavam-se a Itália, França e Espanha. O entusiasmo entre as elites europeias permitiu a criação de circuitos, “Tours”, entre as estações termais mais notáveis, com o intuito de serem comparados os resultados obtidos pelos diferentes tratamentos. Existiu ainda uma valorização das paisagens e dos hábitos locais das povoações circundantes às termas. Este interesse, além do factor central (as termas), resulta ainda num cuidado acrescido ao nível do ordenamento, impulsiona a construção de novos e imponentes edifícios e uma preocupação em acentuar o charme dos lugares, ao longo dos séculos XV e XVI.

Por seu turno, no século XVII existe um aumento considerável do número de estâncias termais, sobretudo o catapultar de locais de renome (*Vichy, Dax e Aix-les-Bains* em França, Spa na Bélgica, *Baden-Baden* e

Bad Kissingen na Alemanha). Estas estâncias atraem a alta aristocracia e as classes mais abastadas, procurando instaurar uma filosofia de vida onde a saúde se combinava harmoniosamente com a mundanidade.

Já no século XVIII, os efeitos da euforia termal que se iniciou no século precedente espalha-se por toda a Europa, levando ao desenvolvimento de vilas termais, nomeadamente com a construção de parques, jardins, casinos, hotéis, salas de teatro, etc. O século XIX é de uma vitalidade sem precedentes ao nível do termalismo. Embora as vilas termais conservem o seu cunho medicinal, eram ainda lugares de encontros e de socialização para pessoas que procuram, fundamentalmente, diversificar os seus prazeres.

Ao longo do século XX a elevada dependência da comparticipação levada a cabo pela Segurança Social (sobretudo em Portugal e França), levou a um permanente declínio da imagem e da procura pelos centros termais. No entanto, a Alemanha conseguiu contrariar a tendência observada.

4.3.5. Termalismo em Portugal

Em termos naturais, o país revela-se extremamente rico, quantitativamente e qualitativamente, ao nível das águas minerais. O termalismo é considerado uma das formas mais antigas de turismo em Portugal, nomeadamente levando desde tempos remotos consideráveis fluxos de turistas a locais recônditos de Portugal e com menor taxa de urbanização.

Desde a presença romana na península Ibérica que as termas beneficiam de especial destaque por parte das populações, nesse período numa vertente essencialmente lúdica. Com o declínio do império Romano e reforço do peso da igreja católica, as termas começaram a serem vistas com desconfiança e mantiveram um tímido destaque sobretudo de carácter curativo, social e sanitário.

No final do século XIX e início do século XX, por influência da alta aristocracia francesa, as termas passaram a ser um lugar de eleição da nobreza e famílias mais endinheiradas, nesta vertente conciliando o lado terapêutico com uma componente lúdica. O interesse generaliza-se e remonta a este período os primeiros estudos ao nível das águas minero-medicinais (Coutinho, 2000). Com o fim da segunda grande guerra, o termalismo revestiu-se de uma vertente essencialmente medicinal, a qual perdura até aos nossos tempos.

Esta estagnação, conciliada com a reduzida dimensão do país, leva a que este sector enfrente um desafio importante (que poderá promover uma revitalização de algumas regiões): desenvolvimento de um modelo termal que aposte na diferenciação da oferta, abrangendo ainda outras componentes mais preventivas e serviços de promoção do bem-estar (um bom exemplo a seguir é o caso alemão).

4.3.6. Descrição da procura: termalismo em Portugal

Em 1970 a procura por estâncias termais era de sessenta mil pessoas, representando 0,7% da população portuguesa, como ilustra a figura seguinte. Percentagem essa bastante inferior, comparativamente com outros países Europeus, casos da Alemanha (6,7%), URSS (6,4%), Jugoslávia (2,8%) e Itália (2,5%).

Figura 22: Frequência termal em alguns países Europeus, em 1970.

Países	Número de utilizadores termais (em milhares)	% de Utilizadores termais
URSS	16 000	6,4%
Alemanha federal	4 200	6,7%
Itália	1 400	2,5%
Jugoslávia	584	2,8%
França	398	0,7%
Checoslováquia	340	2,3%
Portugal	60	0,7%

Fonte: Comissão Nacional do Ambiente 1970, Louro 1995

São várias as razões que sustentam os dados de um menor interesse (em termos percentuais) da população portuguesa relativamente ao termalismo, como sustenta Ramos (2005). Por um lado, de destacar a maior duração da época termal nos restantes países europeus.

Uma segunda razão explicativa resulta do facto da segurança social de alguns países Europeus compartilhar um maior número de tratamentos e percentualmente valores superiores, comparativamente com Portugal. Uma outra razão justificativa prende-se com o facto de a hidroterapia beneficiar de maior protagonismo nos países que registam uma percentagem mais elevada. Em Portugal, a hidroterapia chegava a ser desconsiderada e só mais tarde houve interesse em desenvolver esta técnica.

De salientar ainda, que os doentes em Portugal recorriam mais facilmente a fármacos. Já neste período a população termal era um segmento envelhecido e extremamente dependente, atraindo progressivamente menos pessoas numa perspectiva preventiva.

Um outro aspecto apontado para o parco desenvolvimento termal em Portugal, é atribuído à localização geográfica (zonas do interior norte e centro), quando a maioria dos turistas nacionais e internacionais optam pelo sul e litoral. No entanto, actualmente esse argumento é relativo uma vez que sendo Portugal um país de reduzida dimensão e bem apetrechado em termos de vias rodoviárias, é a imagem decrépita do termalismo, a falta de oferta adaptada aos clientes actuais e a inexistência de uma forte campanha marketing que não incentiva os turistas a optarem por viajar até às localidades termais.

Na década de oitenta, observou-se um crescimento na ordem dos 31,2% da procura, resultado de uma maior participação por parte da segurança social. Dessa forma, em 1978 as termas sociais atingiram o valor de setenta e nove mil inscrições (Associação de Termas de Portugal, 2002). Mas o declínio dos números, desde aí, foi permanente especialmente na década de 90 com um decréscimo de 14,2% (como sustenta o quadro seguinte).

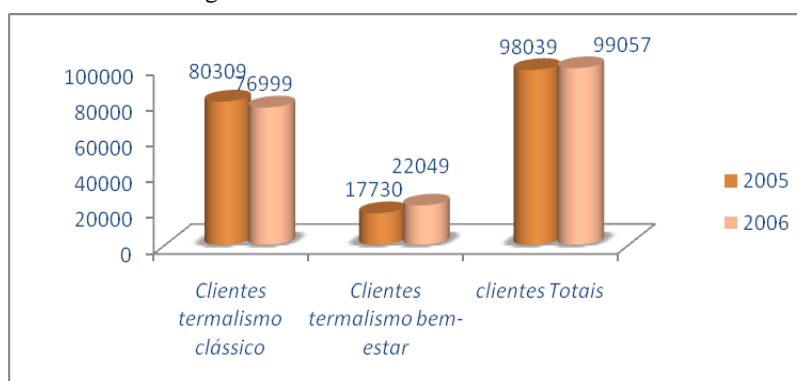
Figura 23: Evolução da taxa de crescimento termal de 1960-2002

Período	Taxa de crescimento (%)
1960-1969	20,3
1970-1979	31,2
1980-1989	12,2
1990-1999	-14,2
1990-2002	-5,3

Fonte: Associação das termas de Portugal, 2003

Os dados mais recentes da ATP (Associação de Termas de Portugal) foram publicados em 2007 e dizem respeito aos anos de 2005 e 2006. Em 2006, a grande maioria dos utentes eram considerados clientes clássicos (total de 76.999), enquanto um reduzido grupo de utentes faziam parte dos turismo de bem-estar (22.049),

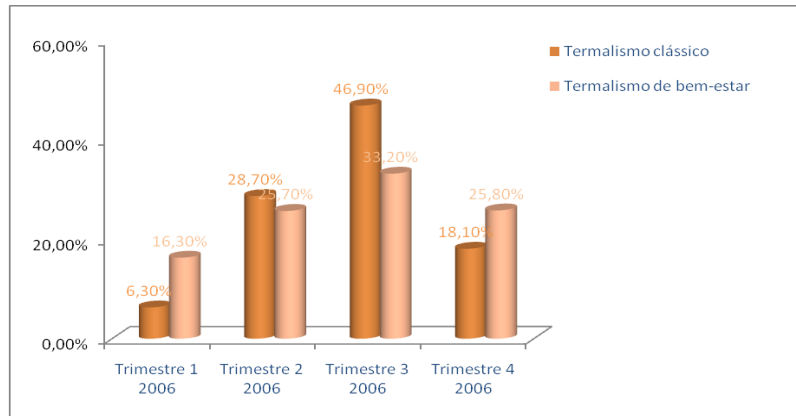
Figura 24: Número de clientes termalismo



Fonte ATP, 2007

Além do problema de existir um decréscimo permanente da procura pelo termalismo, um outro constrangimento é a forte sazonalidade, ao nível do termalismo clássico. Em 2006, 46,9% da procura total dos utentes clássicos registou-se no terceiro trimestre. Ao nível dos turistas de bem-estar, a procura é mais reduzida mas a sazonalidade é menos acentuada: em 2006, 25,70% da procura total do ano foi registada no segundo trimestre, no terceiro trimestre 33,20% e no último trimestre 25,80%.

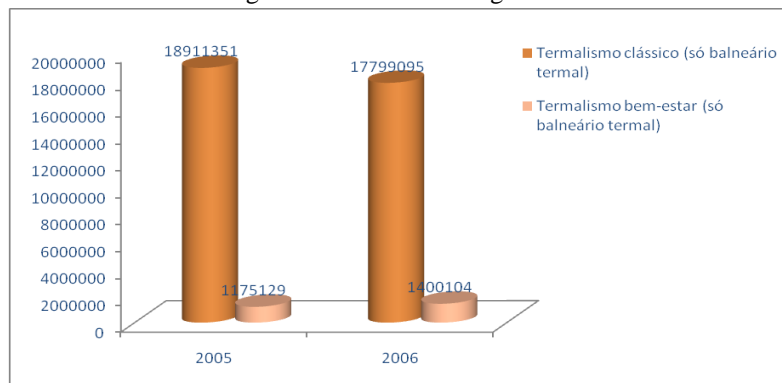
Figura 25: Sazonalidade do termalismo



Fonte ATP, 2007

Um aspecto em análise é o volume de negócios, considerando que a preponderância do turismo termal clássico é evidente, de forma directa se concluiu que o termalismo clássico tem um peso elevado comparativamente com o volume resultante do turismo de bem-estar.

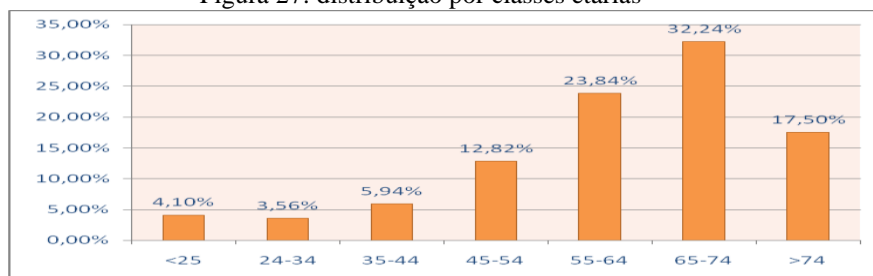
Figura 26: Volume de negócios



Fonte ATP, 2007

Em termos de caracterização dos utentes que frequentam as termas nacionais, mais de 50% dos clientes possuem uma idade superior a 55 anos, mais precisamente 23,84% tem entre 55 e 64 anos, 32,34% entre 65 e 74 anos e 17,50% mais de 74 anos. É facilmente perceptível que é um público envelhecido e isso dificulta o objectivo de rejuvenescimento do termalismo através de conceitos mais modernos que visem atrair uma população mais nova.

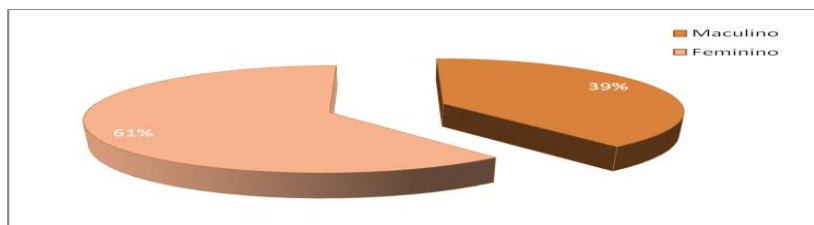
Figura 27: distribuição por classes etárias



Fonte ATP, 2007

Analisando a distribuição por sexos nos utentes que em 2006 frequentaram as termas, 61% era do sexo feminino e 39% do sexo masculino.

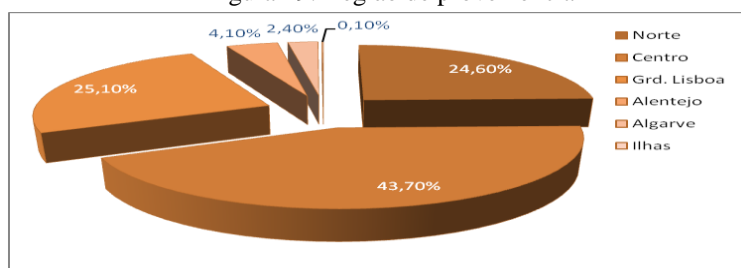
Figura 28: Distribuição por sexo



Fonte ATP, 2007

Na caracterização da procura é relevante perceber a origem dos turistas, 43,70% era originário da região centro, 25,10% da área da grande Lisboa, 4,1% do Alentejo, 2,4% do Algarve, 0,10% das ilhas e, finalmente, 24,60% da região norte.

Figura 29: Região de proveniência



Fonte ATP, 2007

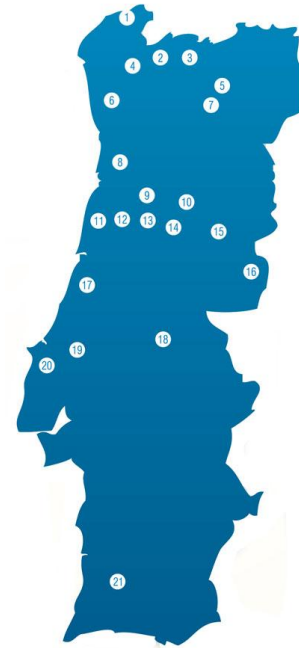
4.3.7. Descrição da oferta: termalismo em Portugal

A crise do sector termal reflecte-se no decréscimo do número de estações em funcionamento, em 1945 existiam 79 centros termais em funcionamento e em 1978 existiam 88 centros. Actualmente estão em funcionamento 21 estações termais, localizando-se sobretudo na região centro e norte do país, como ilustra o mapa facultado de seguida. Este decréscimo resulta da conjugação de diversos factores, de salientar: necessidade de proceder a obras e sem capacidade financeira para tal, poluição das águas e desenvolvimento da quimioterapia. De referir ainda, a atitude céptica e negativa da classe médica nacional e a concorrência de outras estâncias internacionais mais atractivas em termos de conforto e nas condições de tratamento (por exemplo com mais equipamento recreativo, lazer e desportivo).

Em 1984, as termas de S. Pedro do Sul atingiram o primeiro lugar em termos do número de turistas (até a data ocupado pelas termas de Monte Real). A razão desta substituição é atribuída essencialmente ao alargamento do período de funcionamento para todo o ano (em S. Pedro do Sul, Caldas da Rainha e Luso).

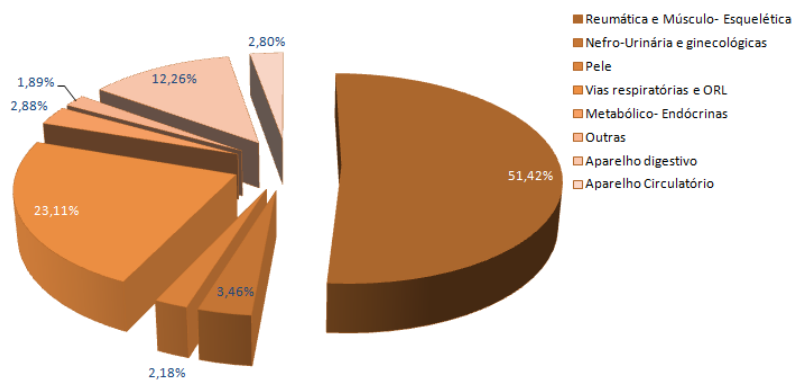
Figura 30: Estâncias termais em funcionamento

1. TERMAS DE MELGAÇO (Minho)
2. CALDAS DO GÊRES
3. CALDAS SANTAS DE CARVALHELHOS (Trás-os-Montes)
4. TERMAS DE CALDELAS (entre o Rio Cávado e o Rio Homem)
5. TERMAS DE VIDAGO (Trás-os-Montes)
6. CALDAS DA SAÚDE (Santo Tirso, Minho)
7. TERMAS DE PEDRAS SALGADAS (Vila Real)
8. TERMAS DE S. JORGE (Santa Maria da Feira)
9. TERMAS DE S. PEDRO DO SUL (Viseu)
10. TERMAS SULFUROSAS DE ALCAFACHE (Vale do Rio Dão)
11. TERMAS DA CURIA (Região da Bairrada)
12. TERMAS DO LUSO (Serra do Buçaco)
13. CALDAS DE SANGEMIL (Vale do Rio Dão, Beira Alta)
14. CALDAS DA FELGUEIRA (Canas de Senhorim.
15. TERMAS DE MANTEIGAS (Serra da Estrela)
16. TERMAS DE MONFORTINHO (Serra de Penha Garcia)
17. TERMAS DE MONTE REAL (Pinhal de Leiria)
18. TERMAS DE NISA (Alto Alentejo)
19. HOSPITAL TERMAL RAINHA D. LEONOR (Caldas da Rainha)
20. TERMAS DO VIMEIRO (Litoral da Estremadura)
21. ESTÂNCIA TERMAL DAS CALDAS DE MONCHIQUE (Algarve)



Além da pertinência em conhecer os centros termais em funcionamento, é fundamental conhecer as qualidades terapêuticas da oferta. A grande maioria, mais concretamente 51,42%, das águas termais possuem propriedades com benefícios ao nível reumatológico e músculo-esqueléticas. De realçar ainda as propriedade dermatológicas, de 23,11% das termas actualmente em funcionamento.

Figura 31: Distribuição por indicações terapêuticas



Fonte ATP, 2007

Capítulo V: Análise concorrência

5.1. Análise concorrência turismo médico: Israel

5.1.1. Introdução

Israel é um dos principais países activos no turismo de saúde, quer ao nível do turismo médico quer ao nível do turismo de bem-estar (de salientar a preponderância do mar morto, sobretudo atraindo um vasto número de doentes com psoríase).

Ao nível do turismo médico, Israel tem emergido como um dos principais destinos em resultado das vantagens que oferece, incluindo a qualidade dos cuidados de primeira linha. Na realidade, as principais instituições de saúde em Israel mantêm contactos regulares com os principais centros de pesquisa médica e científica no exterior, tal política justifica que inúmeras instalações médicas em Israel já sejam reconhecidas em todo o mundo resultado dos serviços pioneiros e de excelência colocados à disposição.

De forma sumária, Israel caracteriza-se por padrões de saúde claros, transparentes e de qualidade superior. De salientar ainda a qualidade dos recursos médicos e das modernas infra-estruturas existentes.

De destacar que Israel é frequentemente o local de acolhimento de conceituadas conferências internacionais numa ampla diversidade de temáticas ao nível da saúde. Um outro aspecto com relevância é a existência de publicações regulares ao nível do turismo de saúde: a *Israel Medical Association Journal* (IMAJ) é uma revista em inglês de cariz médico e publicada pela Associação Médica de Israel.

Ao longo dos últimos anos, milhares de turistas médicos elegeram Israel como destino para obterem serviços médicos. No ano 2006, sensivelmente 15.000 estrangeiros viajaram para Israel, o que permitiu atingir um valor de 40 milhões de dólares em receitas directas e indirectas

De salientar que a origem desses turistas é ampla, desde países europeus como a França e Alemanha, passando por países do médio oriente, como a Jordânia, o Paquistão, o Irão, o Iraque e, ainda, países com o Chipre (sobretudo turistas com necessidade de um transplante de medula óssea, uma vez que no país de origem esse procedimento não é realizado), Rússia e Estados Unidos da América.

Os turistas de saúde optam por Israel para terem acesso a uma ampla lista de serviços, de salientar os mais frequentes: transplantes de medula óssea, cirurgia cardíaca, tratamentos oncológicos e neurológicos e programas de reabilitação. De salientar ainda a fertilização *in vitro*, resultado das extraordinárias taxas de sucesso do país e a custos consideravelmente mais reduzidos: a fertilização *in vitro* custa entre 3.000 dólares e 3.500 mil dólares em Israel, por seu turno o mesmo serviço nos EUA poderá custar entre 16.000 a 20.000 dólares nos EUA.

5.1.2. Lista de Hospitais Estatais

De seguida é apresentada a lista de hospitais estatais em funcionamento e respectiva localização:

- *Sheba medical Center (Tel HaShomer);*
- *Tel Aviv Medical center (Tel Aviv);*
- *Edith Wolfson Medical center (Holon);*
- *Hillel Yaffe Medical center (Hadera);*
- *Rambam Hospital (Haifa);*
- *Bnei Zion Medical Center (Haifa);*
- *Wetern Galilee Hospital (Nahariya);*
- *Rivka Ziv Hospital (Safed);*
- *Poriya Hospital (Tiberias);*
- *Barzilai Medical Center (Ashkelon);*
- *Assaf HaRofe Hospital (Be`er Ya`aqov)*

5.1.3. Grupo Clalit HMO

O grupo Clalit HMO é amplamente conhecido como *Kupat Holim Clalit* e foi estabelecido em 1911 como uma sociedade de ajuda mútua. Quando o Estado de Israel foi fundado em 1948, Clalit foi desde logo uma instituição extremamente dinâmica a facultar múltiplos serviços de saúde aos imigrantes judeus que decidiam povoar o novo Estado de Israel.

Actualmente, o grupo Clalit HMO é a maior entre as quatro companhias de saúde existentes, com cerca de 3,8 milhões de membros com seguro de saúde, ou seja, 54% da população. A Clalit HMO beneficia da sua própria rede de hospitais, um total de 14 hospitais e todos com ligações ao mundo académico. O

grupo Clalit HMO dispõe ainda de mais 1.300 clínicas de cuidados primários, rede de farmácias e de clínicas odontológicas.

De forma complementar a lista de hospitais públicos destacada, de salientar as unidades em funcionamento responsabilidade do grupo Clalit HMO e a respectiva localização:

- *Carmel Hospital (Haifa);*
- *HaEmek Medical Center (Afula);*
- *Sapir Medical Center (Kfar Sava);*
- *Rabin Medical Center (Petah Tikva);*
- *Kaplan medical center (Beersheba);*
- *Yoseftal Medical Center (Eilat)*

5.1.4.Hospitais Privados

De salientar ainda a lista das restantes unidades privadas de saúde:

- *Hadassah Medical center (Jerusalem);*
- *Sha`arei Tzedek Medical Center (Jerusalém);*
- *Bikur Holim Hospital (Jerusalem);*
- *Laniado Hospital (Netanya);*
- *Herzliya Medical centers (Herzliya);~*
- *Assouta Hospital (Tel Aviv);*
- *Italian Hospital (Haifa);*

5.1.5. Lista de hospitais acreditados pela JCI

Além de identificar o número de hospitais privados e públicos em funcionamento, é importante identificar a lista de hospitais acreditados (pela JCI):

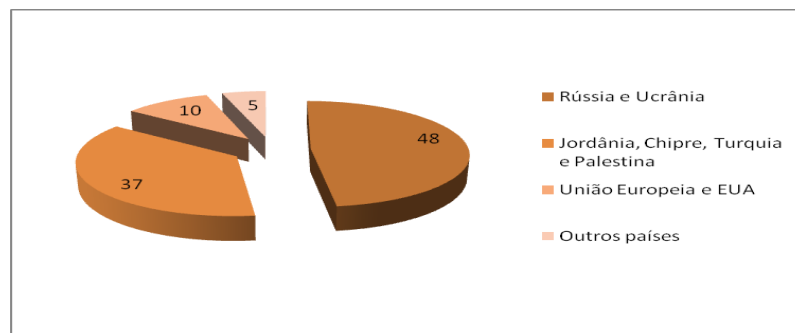
- *Assuta Hospital (Tel-Aviv);*

- *Centro Médico Ha EMEK (Afula);*
- *Kaplan Medical Center (Rehovot);*
- *Centro Médico Meir (Kefar-Saba);*
- *Rabin Medical Center/Beilinson & Hasharon Hospitals (Petach-Tikwa);*
- *Centro Médico da Universidade de Soroka (Beer Sheva);*
- *The Lady Davis Carmel Medical Center (Haifa)*

5.1.6. Descrição da procura

Segundo o “*Center for Academic Studies at Or Yehuda*”, o turismo médico em 2008 representou 160 milhões de dólares em receitas e em 2007 entre 100-110 milhões de dólares. A figura 37 demonstra a repartição geográfica em termos de proveniência dos turistas médicos que optaram pelos serviços de saúde em Israel, no ano de 2008.

Figura 32: Repartição geográfica em percentagem



Fonte: *Center for Academic Studies at Or Yehuda*

O destaque da Rússia é justificado, em grande parte, por duas estratégias levadas a cabo nos últimos anos. Por um lado, foi celebrado um acordo entre os dois países, de forma a facilitar toda a burocracia na obtenção de autorizações e VISAs, coadjuvando dessa forma o acesso dos turistas. Esta maior facilidade levou ao incremento do fluxo de turistas. Esta opção foi complementada pelo estabelecimento de ligações aéreas entre Eilat e Moscovo e São Peteresburgo.

No que se refere ao grau de complexidade dos serviços, de salientar que 65% dos serviços de saúde que os turistas solicitam são considerados complexos e comportam algum risco (nomeadamente ortopedia, neurocirurgia, oncologia, tratamentos de fertilidade e fertilização in vitro), por outro lado 35% são tratamentos de cosmética e estética.

5.1.7. Descrição da oferta

Israel destaca-se sobretudo pelos tratamentos de fertilidade e fertilização in vitro. Nesta área o país é considerado uma referência mundial, com uma vasta gama de clínicas (24 no total) de qualidade excepcional, com resultados acima da média e ótimos especialistas (conceituados e com uma vasta experiência).

Por um lado, existiu um desenvolvimento desta especialidade através de um forte apoio do Estado, nomeadamente maiores níveis de comparticipação permitindo avanços significativos (15% de maior sucesso nos tratamentos em comparação com outros países com desempenhos positivos). Em termos de preço, um tratamento de fertilização in vitro (um ciclo) em Israel custa entre 3.000 e 4.000 dólares, enquanto nos EUA o mesmo tratamento custa entre 16.000 e 20.000 dólares.

De forma a compreender a forma como Israel conseguiu atingir maiores níveis de desempenho nos tratamentos de fertilidade, é necessário assumir dois aspectos fundamentais: por um lado a localização geográfica de Israel torna a sua população um foco de tensão permanente, por outro lado, a sua população está numa posição de minoria em termos culturais e religiosos. Os tratamentos de fertilidade sempre foram bastante apoiados pelo Estado de forma a permitirem elevados níveis de natalidade para se conseguir uma base de população mais sólida e que induza maior estabilidade.

Em termos práticos, em Israel são efectuados 3.400 tratamentos de fertilidade por um milhão de habitantes, enquanto no Reino Unido o valor é de 300 (com base nas estatísticas oficiais de ambos os países em 2008). Esta maior rotina na realização dos tratamentos permite, por um lado, maior treino e com isso melhores resultados, por outro lado, o maior volume permite ganhar dimensão e assim reduzir os custos médios de produção.

Destacam-se alguns centros de referência em tratamentos de fertilidade:

- *Assuta Medical Center;*
- *Chaim Sheba Medical center;*
- *Hadassah Medical Center;*
- *Rabin Medical Center;*
- *Ramban Medical center;*
- *Tel-Aviv Sourasky Medical Center;*

Na especialidade de pediatria o país também atrai turistas de distintas proveniências geográficas: EUA, Reino Unido, Canada, Jordânia, Turquia, Rússia, Letónia, Bielorrússia, Ucrânia, Casaquistão, Moldavia, Chipre, Grécia, Roménia, Bulgária, Etiópia e Eritreia. Alguns centros de referência em pediatria:

- *Schneider Children`s Medical Center;*
- *Dana Childre`s Hospital;*
- *Chaim Sheba Medical Center;*
- *Edith Wolfson Medical Center;*
- *Sorouka Medical Center;*
- *Rambam Medical Center;*

De salientar ainda que existem 40 agências de viagens a promover ativamente o turismo de saúde em Israel.

5.2. Análise de concorrência turismo de bem-estar: termalismo

5.2.1. Termalismo em França

De salientar a contribuição de Ramos (2005) na elaboração deste capítulo.

O termalismo em França sustenta-se em dois pilares: por um lado a medicina terapêutica, por outro, a procura de prazer pelas águas. O termalismo assumiu ainda um destaque vital no desenvolvimento de algumas regiões de França, com especial destaque para alguns territórios nos Pirenéus.

O modelo termal francês assume características muito próprias, de salientar a elevada componente subsidiária. Um outro factor distintivo é a relação de proximidade entre a elite académica da medicina e o termalismo, na vertente institucional e científica. Este último aspecto foi fundamental, segundo Wesz (1995), na legitimação profissional das águas termais e na vincada vertente medicinal do termalismo em França.

O termalismo em França, numa primeira fase, ganhou forte ímpeto por vontade imperial, resultado da sustentação e do apoio financeiro por parte da coroa. Além da monarquia canalizar recursos, existiu ainda um vincado interesse de investidores neste segmento de mercado, nomeadamente das classes mais abastadas que frequentavam estes espaços.

Posteriormente, a guerra de 1870 entre a França e a Prússia ditou, além do conflito bélico, determinou uma competição tácita entre as estações termais de ambos os territórios, sendo uma forma de propaganda. Em termos práticos, em resultado dessa competição foram edificados locais de beleza e esplendor arquitectónico surpreendente.

A grande maioria das estações termais localizava-se em pequenas comunas ou conselhos, com claras limitações financeiras, sendo então necessário implementar dois modelos complementares de financiamento:

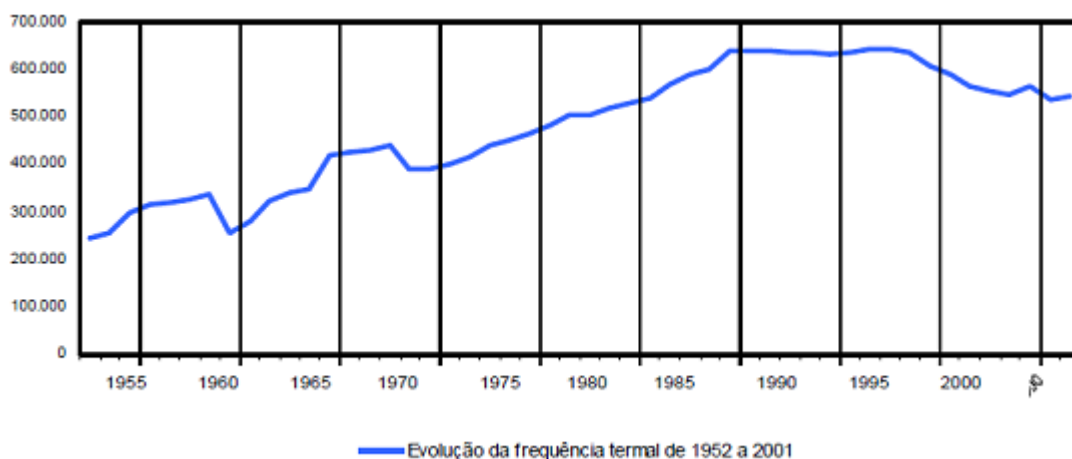
- Canalizar parte dos benefícios originados nos casinos locais, para promover o desenvolvimento da região como um todo;
- Criação de uma taxa especial (“*taxe de séjour*”), inspirada no modelo germânico (*Kurtax 5*);

Estas formas alternativas de financiamento permitiram a afirmação das grandes estações termais de renome: *Aix-lesBains*, *Dax*, *Vichy* e *Vittel*.

No entanto, a primeira guerra mundial teve um impacto negativo. De forma a revitalizar este sector com forte preponderância regional, foram introduzidas diversas medidas sociais após o primeiro conflito bélico mundial. Foram criados estabelecimentos de primeira classe de forma a manter a clientela da Aristocracia que normalmente procurava estes serviços. Paralelamente, foram introduzidas estações de segunda classe destinadas aos utentes sociais das termas. No entanto, a crise económica mundial de 1929 e a guerra mundial subsequente, provocou um novo enfraquecimento deste sector.

Após a segunda grande guerra, foi então criada a Segurança Social (1945). Este facto levou a que os serviços termais fossem inscritos nas listas de actos reembolsáveis, fenómeno esse que permitiu que o termalismo surgisse como uma “medicina de massas” segundo Francon (1947). Foi então criada a expressão de termalismo social, este segmento apenas surgiu na década de 70. No entanto, em 1957 existiu a necessidade de controlo das Finanças Públicas (Plano Pinay), restringindo inevitavelmente os actos termais reembolsáveis, a proporção dos mesmos e o tipo de clientes. A contestação, quer do lado dos responsáveis termais quer dos beneficiários, resultaram em fortes pressões que levaram à suspensão das medidas de austeridade em 1960. De referir que os custos com os transportes ficaram de fora da revisão, sendo portanto reembolsáveis parcialmente.

Figura 33: Evolução da frequência termal de 1952 a 2001



Fonte: Union Nationale des Etablissements Thermaux, Fevereiro 2008

Por decreto de 6 de Novembro de 1976, as prestações da Segurança Social são novamente alvo de medidas restritivas, através do Plano Barre. No entanto em 1979, mediante sinais de revitalização económica, foram suprimidas algumas das medidas restritivas.

Segundo o Presidente da “Federação Termal e Climática Francesa” (1981), Guy Ebrard, a segurança social e a abrangência de tratamentos termais teve consequências directas. Por um lado, os beneficiários foram, progressivamente, substituído a clientela abastada que inicialmente afluía em grande número aos centros termais. Paralelamente, a prescrição médica ganhou protagonismo, de tal forma que 90% dos casos eram prescritos por médicos e 100% mediante vigilância médica (Cercos 2000; Ebrard 1981.; Langenieux Villard 1990).

Enquanto em outros países existia uma clientela heterogénea, no caso das termas francesas a dependência pelos subsídios reforçou a procura por uma clientela muito específica:

- *Doente e com elevados nível de dependência;*
- *Pessoas cada vez mais idosas;*
- *Pessoas solitárias;*
- *Pessoas com reduzidos rendimentos;*

Ciente da necessidade de renovação, o Estado Francês levou a cabo esforços de modernização. No entanto essa intervenção resultou essencialmente na introdução de novos medicamentos desenvolvidos por empresas farmacêuticas. Mais uma vez, o termalismo em si não foi a preocupação central da reforma. No entanto, alguns centros termais efectuaram remodelações significativas de forma a revitalizar o termalismo (o esforço financeiro das alterações introduzidas conjugado com o facto das tarifas não terem sido alteradas, determinou que alguns estabelecimentos enfrentassem uma situação financeira precária). Paralelamente, o destaque do termalismo nas universidades francesas foi perdendo vitalidade nas últimas décadas do século XX (Ebradr, 1995).

Mais recentemente alguns centros procurando separar-se da imagem tradicional medicalizada e envelhecida, inspirados pelo sucesso do modelo germânico, implementaram estratégias que visavam atrair clientes mais jovens e com maior poder económico (através dos programas “*remise en forme*”). Esta estratégia visa promover um conceito inovador em termos de saúde e bem-estar, procurando atrair um segmento de mercado, como refere Ramos (2005): “extremamente exigente, menos passivo nos tratamentos, mais bem informados e, acima de tudo, preocupados com a saúde numa visão global”.

Boiville e Augé (2001), classificaram as “estadias remis en forme” em 4 categorias:

- *Mini-curas de dez a quinze dias (não subsidiadas pela Segurança Social);*
- *Estadias Específicas (anti-stress, anti-tabágicas, problemas coluna, etc);*
- *Estadias de restabelecimento da saúde (fadiga, pós-parto, etc);*
- *Fórmula descoberta (variando entre meio dia e dois dias);*

Esta estratégia foi adaptada por um amplo número de centros termais espalhados um pouco por todo o país, o que permitiu a modernização dos centros de alojamento, actividades complementares de

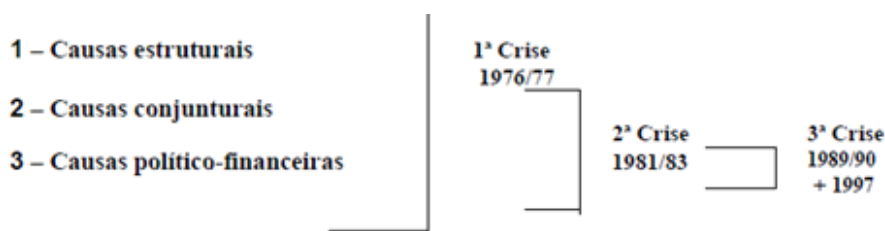
entretenimento e dos próprios centros termais, numa vertente de promoção de bem-estar de um forma mais ampla e preventiva.

Actualmente existem 107 estações termais, a grande maioria situa-se nas três regiões do Sul, Maciço central e região Alpina. A população residente é bastante reduzida, nomeadamente 80% das estações têm menos de cinco mil habitantes, segundo evidencia Ramos (2005). No que se refere às acessibilidades, num raio máximo de 50 quilómetros, 82% dos centros dispõe de acesso a Auto-estrada, 94% dispõe de gare ferroviária e 80% de pelo menos um aeródromo.

5.2.2. Termalismo na Alemanha

A história do termalismo alemão caracteriza-se por 3 grandes crises, sendo a génese de todas elas a grande dependência face às participações da Segurança Social.

Figura 34: Causas das crises termais alemãs



Fonte Brittner & Stehle, 2000

Segundo Brittner & Stehle (2000), a primeira crise em 1977, resultou de uma contracção da procura (na década de 80 o número de turistas era sensivelmente menos de 50%) e surgiu mediante a conjugação de 3 aspectos: causas estruturais, conjunturais e político-financeiras.

Numa primeira fase a queda na procura resultou da introdução da lei KVKG em 1977 (que visava controlar os custos da segurança social), ditando a exclusão de alguns grupos socioeconómicos e, ainda, maiores restrições às participações nos tratamentos termais. Esta alteração, conjugada pela crise económica que se vivia, determinou um acréscimo do desemprego e, de forma generalizada, uma menor capacidade em recorrer às termas. Posteriormente, a conjugação destes factores leva a uma restrição dos recursos financeiros das estações termais e uma inevitável deterioração das infra-estruturas mediante a ausência de manutenção.

Em 1981, é publicada uma nova lei (KVEG) que visa conter ainda mais as despesas da segurança social, tendo sido retiradas as subvenções para os tratamentos de prevenção e alargado o intervalo de anos que um mesmo indivíduo poderia ter participação para tratamentos termais. Estas alterações ditaram a segunda crise termal na Alemanha.

No início de 1989 foi efectuada uma profunda reforma na saúde na Alemanha, através da introdução da Lei da Reforma da Saúde (GRH), sendo introduzidas limitações às curas ambulatoriais e diminuição dos financiamentos sociais destinados a cuidados termais. Estas medidas foram a génese da terceira crise, levando ao desinteresse pelas termas e, em alguns casos, problemas financeiros das estações.

No início de 1997, entra em vigor um novo documento de equilíbrio financeiro, de destacar as principais linhas de orientação, segundo Ramos (2005): Aumento dos preços dos tratamentos de cura, redução dos períodos de cura, aumento do intervalo entre dois tratamentos consecutivos, os utentes a usufruir de tratamentos, em período laboral, por cada 5 dias de tratamento seriam descontados 2 dias de férias e passou a ser obrigatória a solicitação da prescrição dos tratamentos termais aos médicos assistentes dos utentes das termas alemãs.

As medidas tiveram impactos significativos na situação financeira dos centros termais e foi necessário, em 2000, introduzir uma lei que visava suavizar a anterior de 1997.

Mediante os problemas descritos, surgiu a necessidade de definição de um novo conceito, menos dependente de subsídios e de promoção da saúde numa visão mais preventiva. Esta alteração de actuação do lado da oferta, dirigiu a procura para novos produtos e serviços no domínio do turismo de saúde. Em termos concretos, registou-se um alargamento da oferta de centros termais que integravam três componentes complementares: boa forma física, beleza e bem-estar. De salientar que neste segmento existe uma concorrência considerável por parte das estâncias termais em Itália e Suíça, por outro lado o alargamento do espaço europeu trouxe a concorrência de outros países com forte tradição termal (Hungria e República Checa).

O fortalecimento do turismo de bem-estar na Alemanha resulta da conjugação de diversos factores:

1. Acção mais alargada da Segurança Social, comparando com o caso Francês;
2. Tratamentos termais com uma actuação mais ampla, desde doenças crónicas (exemplo reumatismo) até prevenção alérgica;
3. Promoção dos centros termais em tratamentos de convalescença e reabilitação, nomeadamente após internamento hospitalar ou acidentes que ditaram sequelas físicas. De salientar que este tipo de procura é contínua ao longo de todo o ano, ditando a necessidade de um abertura dos centros termais ao longo de todo o ano;
4. Definição de espaços termais indicados para situações de fadiga, anemia, cansaço físico e stress. Esta foi uma forma de diminuir a dependência dos clientes mais dependentes de prescrição médica;

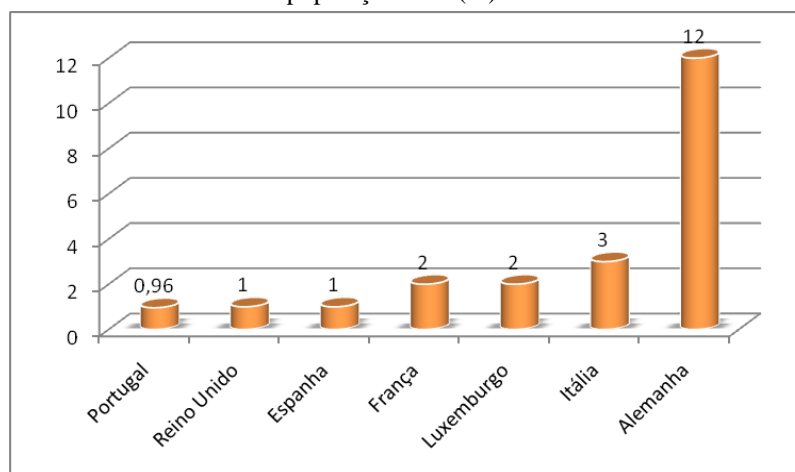
Como destaca Ramos (2005) , o papel dos utentes termais livres (aqueles que efectuam tratamentos sem qualquer prescrição). O relevo deste grupo específico é reflectido pelas estatísticas: apenas 70% dos curistas são subsidiados (no caso Francês este grupo representa 95%, dados referentes a 1995). No caso português este grupo representa sensivelmente 90%.

O posicionamento da oferta não se restringe a acção das águas, na realidade existe uma ampla oferta de actividades complementares, nomeadamente: massagens, sauna, natação, lamas, banhos de essências, etc. Por outro lado, existe ainda uma atenção especial com o meio envolvente, nomeadamente como elemento que permite benefícios em termos de saúde e bem-estar.

5.2.2.1. Termalismo na Alemanha: descrição da procura

A Alemanha sempre conseguiu atrair uma elevada percentagem da sua população para as suas estações termais, actualmente essa capacidade é ainda maior: 12% da população alemã frequentou, em 2002, estações termais. Em segundo lugar surge a Itália com 3% da população. EM Portugal o número exacto é 0,96%.

Figura 35: Frequência de clientes das estâncias termais, em alguns países europeus relativamente à população total (%)



Fonte ISPA, 2002

Analisando agora a procura por estâncias termais na Alemanha, de salientar que em 2002 a procura externa representou 2,5% do total de clientes, em contrapartida a procura interna revela-se predominante (12% do total da população alemã).

As crises descritas anteriormente tiveram inevitáveis e vincadas consequências do lado da procura, mais especificamente uma diminuição progressiva dos pacientes com a necessidade de tratamento ambulatorio. Passou a existir um maior peso em termos percentuais do cliente privado, sem necessidade de subvenção, sobretudo atraído por um novo conceito de turismo de saúde. Por seu turno as subvenções sociais de pensionistas registaram um decréscimo acentuado, sobretudo na década de 90, nos anos de 1992/93 menos 8,2% e nos anos 1996/97 menos 26,2%.

Figura 36: Evolução de clientes de cura social/privada durante os anos da crise termal alemã (em termos percentuais)

	1ª crise		2ª crise		3ª crise		Estagnação	4ª crise
	1975/76	1976/77	1981/82	1982/83	1988/89	1991/92	1992/93	1996/97
<i>As noites</i>	-7,2	-0,25	-9,2	-3,1	-6,3	-1,9	1,3	2,4
<i>Clientes de cura privada</i>	1	7	-2,1	5,2	4,3	-1,6	0,8	3,6
<i>Clientes de cura social</i>	-12,7	-1,7	-21,9	-9,5	-15,5	3,9	-2	-31,3
<i>Montante dos tratamentos</i>	-18	-0,5	-18	-9,1	-12,9		-10,4	-28,1
<i>Subvenções sociais de pensionistas</i>	-6,5	1,8	-27,4	-9,8	-8,4	9	-8,2	-26,2

Fonte Bittner & Sthele, 2000

Com a progressiva introdução de leis restritivas, observou-se uma diminuição dos incentivos da segurança social, existiu então uma substituição do cliente típico por um novo cliente, adepto do turismo de saúde (Nahrstedt 1998). A evolução descrita é clara numa análise atenta na Figura 35.

5.2.4. Termalismo na Alemanha: Descrição da oferta

Os efeitos das crises descritas anteriormente, tiveram inevitáveis consequências do lado da oferta, nomeadamente após a introdução da lei de 1988 o número de centro decresceu para sensivelmente metade. Segundo Bleile (2001), os centros com maior dependência das subvenções sociais foram fortemente atingidos.

Actualmente, na Alemanha existem 327 estâncias termais e, como refere Ramos (2005), estas podem ser classificadas em 4 grupos:

1. Os banhos de água mineral e lamas (total: 163). Com recursos associados à terra e à lama (pelóides), à balneoterapia, inalações e tratamentos a vapores de águas minerais;
2. Estâncias de climoterapia (total: 61), onde os microclimas de algumas zonas permitem actuar na cura através de funções orgânicas;
3. Banhos de mar (total: 86), com uma necessária localização costeira ou nas suas proximidades, utilizam os meios curativos do mar- telassoterapia;
4. Tratamentos hidroterápicos de Kneipp (total: 64);

As estâncias termais municipais e estatais na Alemanha, passaram a ser de forma progressiva propriedade privada, beneficiando dessa forma de uma gestão mais orientada para o mercado e mais preparada para a enfrentar a concorrência.

Figura 37: Diferentes modalidades de locais de cura

Modalidade	Características
<i>Termas Estatais</i>	São património de cada um dos Estados da Alemanha e são administradas por estes (cerca de 5%)
<i>Termas privadas</i>	A maioria destas termas fazem parte do património privado de alguém, desde sociedades anónimas até instituições da Igreja que gerem as estâncias (cerca de 15%)
<i>Termas Municipais</i>	São geridas por firmas organizadas e, em torno do capital comunitário e constituem a maioria na Alemanha (cerca de 80%)

Fonte Ramos (2005)

De forma a dar resposta à crescente competição dos centros termais de outros países europeus, foram introduzidas alterações do lado da oferta: programas de estadias mais curtas, com destaque para actividade de promoção do bem-estar, turismo de saúde e boa forma física. Passou a existir um maior cuidado com a hotelaria, nomeadamente procurando ter hotéis mais bem equipados. Mais duas alterações foram introduzidas, por um lado um acompanhamento médico e terapêutico mais amplo e, de forma complementar, existiu uma substituição da componente doença pelo termo saúde (Ramos 2005).

Estas alterações revelaram-se fundamentais no reforço da vitalidade das termas alemãs, processo este desprezado até uma fase tardia por países como França e Portugal.

Figura 38: categorias das estâncias termais alemãs

Categorias das estâncias termais		
Estâncias de cura tradicionais, medicamente especializadas (1)	Estâncias termais com orientações no âmbito do Turismo de Saúde (2)	Estâncias termais centradas no tempo livre turístico. Termas de bem-estar (3)
<i>Possibilidade de combinação das três formas numa só estância</i>		

Fonte Ender & Girsch 1998

Segundo Ender & Girsch (1998), as estações termais passam a assumir diferentes posicionamentos. Nas termas mais clássicas, com especialização a nível médico, os programas de saúde e bem-estar surgem como um complemento à cura específica. As termas com posicionamento ao nível do turismo da saúde, apresentam como aspecto central o treino da saúde, que vai desde a boa forma física, a promoção activa

do desporto e acompanhamento alimentar. As termas com uma forte componente ao nível do turismo de bem-estar, posicionam-se como centros de lazer, onde o relaxamento, a sociabilização e a descontração partilhada, assumem um significado muito especial, sempre inseridas numa ambiência saudável. Efectivamente, só neste tipo de ambiente, é possível conseguir uma modificação de comportamentos, onde a relação e o contacto com a natureza se consideram factores primordiais para alterações físicas e psíquicas saudáveis.

Cada centro individualmente trabalha o seu próprio conceito, integrando as especificidades e potencialidades regionais no espectro global de mais-valias e serviços colocados à disposição dos turistas de saúde, ampliando a experiência a elementos diferenciadores da região envolvente.

O Instituto de Turismo da Universidade de Trier (ETA), levou a cabo um estudo que visa analisar a evolução do sector termal após as 3 crises descritas e a consequente introdução de novos conceitos com enfoque no turismo de bem-estar, tendo convidado 327 gestores de estações termais a participarem, algumas das conclusões são:

- *A duração média da estadia baixou para 9,7 dias, reforçando a importância das estadias mais curtas;*
- *Aumento do peso das curas privadas (antes de 1997 representavam 1/3 da procura total e, em 2000 já atingia 40% do total de clientes) e um decréscimo das participações;*
- *Apesar de uma forte concorrência por parte de outros centros termais estrangeiros, os turistas destacam o posicionamento, originalidade, qualidade e ampla oferta de serviços colocados à disposição na Alemanha;*
- *3/4 das termas efectuaram investimentos de remodelação, com uma clara aposta no segmento de turismo de bem-estar;*
- *Cerca de 50% das estâncias já disponibilizam serviços ao nível de boa forma física, férias e lazer. Os clientes avaliam os serviços colocados à disposição como atractivos e multi-variados;*
- *De salientar, no entanto, a necessidade de investimento considerável de forma a apetrechar as várias estâncias com uma abrangente gama de serviços (nomeadamente: banhos termais, terapias de movimento, ginástica de reabilitação e manutenção, massagens e aplicações de pelóides, etc.);*
- *Necessidade de reforço da especialização da oferta;*
- *A política de internacionalização e globalização obrigou a investimentos de promoção consideráveis. Este esforço tem-se traduzido no reforço da procura por parte de não residentes;*

Segundo o “Instituto do Tempo Livre e da Cultura do Trabalho da Alemanha (IFKA)”, em Fevereiro de 1999, foram definidos um conjunto de recomendações relevantes em resultado da necessidade de clarificação de conceitos. De uma forma sucinta é fundamental uma uniformização na tradução conceptual do que representam as férias de saúde e as férias de bem-estar.

Figura 39: Resumo das três grandes dimensões do mercado

Três grandes dimensões do mercado		
Dimensão 1:	Dimensão 2:	Dimensão 3:
Neste tipo de termas não só a água se revela como factor primordial do seu desenvolvimento. Outros aspectos, como o ar puro, o clima e o ambiente são destacados .	A terapia termal passa a estar concentrada em novas e bem apetrechadas clínicas e hospitais, em resultado dos seguintes motivos:	Todas as políticas de gestão alternativas; As estâncias termais tradicionais permitiram que se passasse a olhar para os turistas de saúde como um novo grupo-alvo, que não se limita a sua deslocação às termas, mas que passaram a evidenciar grande autonomia na tomada de decisão durante a frequência termal, relativamente ao alojamento e as actividades ambicionadas. Sem dúvida uma nova vertente ao nível do turismo de saúde, o que levou à evidência dos seguintes factores:
De salientar uma preocupação crescente com a saúde e a sua preservação, o que tem provocado um aumento do número de pessoas interessadas e orientadas para tais cuidados;	<ol style="list-style-type: none"> 1. A reabilitação e os tratamentos medicinais indicados pelo corpo clínico, passaram a ser mais intensos e diversificados; 2. A construção e administração de novas clínicas e hospitais termais permitiram o desenvolvimento da investigação, possível mediante a intervenção de grandes grupos económicos ligados aos novos mercados de saúde emergentes; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento do número de turistas de saúde para estadias curtas; 2. Redução das estadias longas e de prescrição médica;

Fonte: Ramos (2005)

Uma primeira recomendação salienta que as férias de bem-estar deverão passar a posicionar-se como parte integrante do segmento das férias de saúde. As férias de bem-estar destinam-se, por um lado, à cura e tratamentos diversos, por outro lado, ao relaxamento e rejuvenescimento.

Figura 40: Critérios diferenciadores entre curas subsidiárias e turismo de saúde

Critérios de diferenciação	Cura subsidiada	Turismo de saúde
Tipos de clientes	Pessoas doentes	Pessoas saudáveis
Motivos de deslocação	Cura, alívio	Prevenção primária
Decisão	Internamento médico	Iniciativa própria
Objectivos	Terapia específica definida de acordo com o quadro clínico	Bem-estar geral. Profilaxia. Reabilitação
Tipo (s) de tratamento (s)	Adequado a uma patologia específica. Orientação de acordo com o quadro clínico	Aposta em tratamentos de relaxamento da mente. Preocupação em satisfazer os desejos e necessidades individuais
Programa	Plano de cura elaborado por médicos	De acordo com os interesses de cada utente
Ofertas exigidas	Acompanhamento médico	Movimento, alimentação, relaxamento e actividade espiritual
Aplicação dos meios de cura naturais	Utilização dos meios naturais para a cura	Os meios de cura naturais servem a manutenção da saúde e não são estritamente necessários
Duração da estadia	Na grande maioria três semanas	Varia entre um fim-de-semana e uma ou duas semanas
Nível etário dos utentes	Principalmente seniores	Principalmente jovens e jovens seniores
Tipos de financiamento	Sistema de segurança social	Na maioria dos casos aplica-se a pessoas com capacidade financeira. Pode ser também aplicável a beneficiários dos sistemas sociais
Imagem	Imagens negativas e antigas: idade, doença, monotonia e melancolia	Associações positivas: saúde, bem-estar, fitness, beleza e divertimento

Fonte: Nahrstedt, 1999

De destacar ainda a necessidade em reforçar a qualidade, nomeadamente definir critérios para uma completa e qualificada gestão de qualidade das férias de bem-estar. Para o desenvolvimento das ofertas de bem-estar nas estâncias termais, deverão referenciar-se os casos de boas práticas, como: *Baden-Württemberg* e a grande maioria das estâncias termais da Suíça;

As diferentes ofertas de programas ao nível da saúde, de âmbito internacional, deverão ser incluídas e devidamente conciliadas com as práticas ou tratamentos tradicionais (Ex. Yoga, Ayurveda). As estratégias de marketing para as férias de bem-estar deverão ser desenvolvidas tendo em vista a prévia e concertada definição de diferentes grupos-alvo, quer a nível cultural, económico e social.

A política de promoção do turismo de saúde revelou-se importante e tem colhido resultados em termos de aumento da procura, novos segmentos de clientes e decréscimo da dependência por parte das subvenções da segurança social. Esta nova estratégia deverá beneficiar ainda da força do marketing moderno: numa primeira fase promovendo os novos serviços de saúde, numa segunda fase uma lógica de produto

integrado, finalmente, numa terceira fase (segundo Nahrstedt 1999), deverá existir divulgação internacional.

Figura 41: Segmentos Turismo de Saúde



Fonte Nahrstedt, 1999

As férias de bem-estar deverão ser entendidas, então, como uma forma inovadora do desenvolvimento e exigências ao nível da saúde, nomeadamente, fazendo incidir a sua organização segundo princípios de auto-financiamento. Por outro lado, através de uma programa de educação para a saúde, efectuada nas escolas e através dos meios de comunicação social, deverão os cidadãos ser informados dos benefícios sociais disponíveis e integrados numa política de saúde, turismo e tempo livre, para que todos, independentemente do seu estatuto sócio-económico, possam ter direito a usufruir de tais programas, com uma frequência oficialmente estabelecida;

Capítulo VI: Estudo de caso: Hospital HPP Algarve

O presente capítulo foi elaborado com base numa entrevista presencial realizada ao administrador do HPP Algarve, o Dr. Paulo Jorge Neves. De forma complementar, recorreu-se a outras fontes de informação, nomeadamente publicações e site oficial do grupo HPP e outros artigos focando a temática do turismo de saúde.

6.1.Introdução

A HPP Saúde é um grupo de referência no sector da saúde em Portugal. Fundado em 1998, sustenta-se num forte espírito de melhoria contínua, excelência e rigor. O grupo tem uma ampla oferta de serviços baseada numa rede, que cobre todo o território nacional, contando com mais de 2.000 profissionais de saúde.

Em Portugal, a HPP Saúde detém cinco hospitais próprios e um em regime de parceria público-privada:

- *Hospital da Boavista (Porto);*
- *Hospital da Misericórdia de Sangalhos (Sangalhos);*
- *Hospital dos Lusíadas (Lisboa);*
- *Hospital de Santa Maria de Faro (Faro);*
- *Hospital São Gonçalo de Lagos (Lagos);*
- *Hospital de Cascais (em regime de parceria público-privada)*

O HPP Algarve conta com três unidades de saúde (o Hospital Santa Maria de Faro, o Hospital de São Gonçalo de Lagos e a clínica de Portimão) e é parte integrante do grupo HPP. Com uma vasta experiência na realização de intervenções cirúrgicas (mais de 3.000 cirurgias anuais), as três unidades referidas contam com mais de 60 médicos.

O **Hospital Santa Maria de Faro** é uma unidade de saúde funcional e eficiente. Inaugurada em 1993, desde essa data que presta serviços clínicos na área médica e cirúrgica, tanto em regime de internamento como de ambulatório. Em Setembro de 1999 foi a primeira unidade de saúde em Portugal a obter a Certificação de Qualidade pela norma NP EN/ISO 9001:2008.

Projectado e construído de raiz, o **Hospital S. Gonçalo de Lagos** é uma unidade de saúde moderna, funcional e eficiente que se pretende distinguir como um hospital de nova geração. Prestando serviços clínicos na área médica e cirúrgica, tanto em regime de internamento como de ambulatório, obteve Certificação de Qualidade de acordo com a norma NP EN/ISO 9001:2008 em Março de 2005.

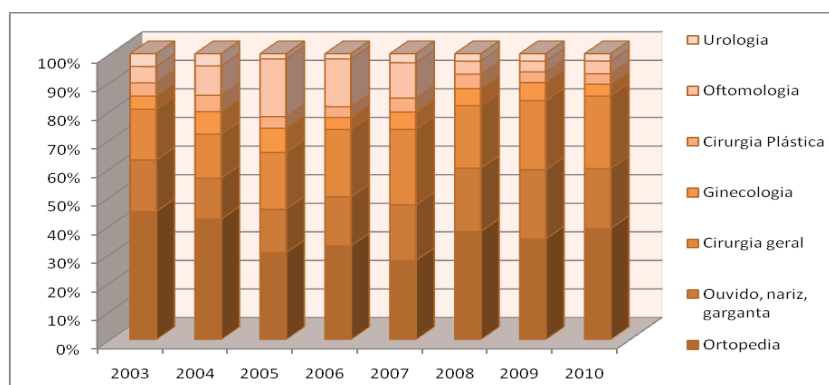
As salas de bloco estão preparadas com a mais moderna tecnologia, dispõem de sala de pré-anestesia, transfer, recobro e cuidados intermédios, permitindo a utilização de avançadas técnicas cirúrgicas. O recobro pós-operatório está localizado num sector anexo ao “Bloco Operatório” onde, além da monitorização constante, o doente tem ao seu dispor uma equipa de enfermagem apoiada por um médico anestesista.

As unidades estão equipadas com soluções tecnológicas modernas e contam com uma equipa de profissionais com extensa experiência, assumindo-se como centro de referência no atendimento tanto de residentes como de turistas. A qualidade do seu corpo clínico, aliada à experiência de mais de 16 anos de actividade no Algarve, aos meios técnicos disponibilizados, à arquitectura dos espaços e às localizações privilegiadas, tornam estas unidades hospitalares instituições diferenciadas.

O corpo clínico e os restantes profissionais do Hospital Santa Maria de Faro e Hospital S. Gonçalo de Lagos, são profissionais altamente qualificados, com um elevado grau de competência e experiência. As consultas, os exames, os internamentos e as cirurgias são acompanhadas de perto por uma equipa dinâmica e multidisciplinar que garante a qualidade dos cuidados de saúde. O atendimento para além de multilingue, é feito de forma personalizada para cada paciente.

Analisando a produção cirúrgica global, de realçar que em 2010 a especialidade com um maior número de cirurgias foi ortopedia com 1.129 intervenções, em segundo lugar a cirurgia geral com 737 intervenções e, em terceiro lugar, intervenções ao nível dos ouvidos, nariz e garganta (ONG).

Figura 42: Produção cirúrgica global (em percentagem) dos Hospitais HPP Algarve



Fonte: HPP Saúde

Figura 43: Produção cirúrgica global (em volume) dos Hospitais HPP Algarve

Especialidade	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ortopedia	757	777	682	673	781	1085	1026	1129
Ouvido, nariz, garganta (ONG)	304	264	340	352	550	635	705	609
Cirurgia geral	300	284	445	484	746	627	703	737
Ginecologia	78	145	189	85	171	172	185	120
Cirurgia Plástica	78	106	91	78	138	145	109	106
Oftalmologia	96	189	452	344	349	130	109	130
Urologia	76	79	41	37	89	75	76	74
TOTAL	1689	1844	2240	2053	2824	2869	2913	2905

Fonte: HPP Saúde

No ano de 2008 registou-se um total de 3.419 internamentos e no ano de 2009 um total de 3.661, dos quais 1.045 referentes a ortopedia, 807 a medicina interna, 725 a ONG e 616 de cirurgia geral. As especialidades de ginecologia, cirurgia plástica e oftalmologia registaram entre 100 e 200 internamentos no mesmo ano, finalmente urologia registou 79.

Figura 44: Evolução dos internamentos (em volume) nos Hospitais HPP Algarve

Especialidade	2007	2008	2009
Ortopedia	815	1106	1045
Medicina interna	482	548	807
Ouvido, nariz, garganta	563	636	725
Cirurgia geral	755	623	616
Ginecologia	172	173	189
Cirurgia Plástica	127	140	103
Oftalmologia	325	118	97
Urologia	90	75	79
Total	3329	3419	3661

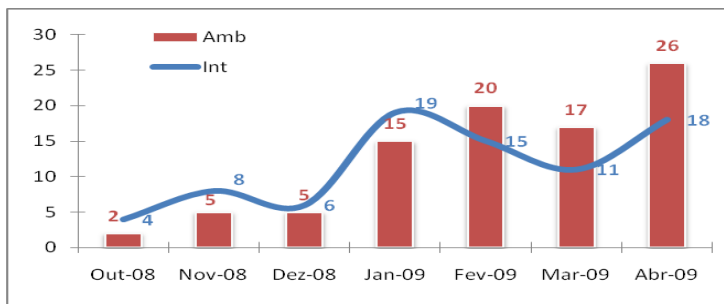
Fonte: HPP Saúde

6.2. Turismo médico

Cada vez mais pessoas optam por escolher um hospital privado no estrangeiro para um tratamento cirúrgico electivo. Seja para resolver problemas de lista de espera no serviço público, para obter melhor qualidade de serviço ou pelo menor custo associado, o turismo médico torna-se cada vez mais uma opção válida.

Nos hospitais do HPP Algarve, no período entre Outubro de 2008 e Abril de 2009 existiu uma evolução positiva em termos mensais, com um aumento permanente da admissão de turistas de saúde, quer na vertente de ambulatório quer na vertente de internamento. Em ambulatório, no início da análise a procura mensal era de 2 e no último mês em consideração a procura mensal foi de 26, em termos de internamento em Outubro de 2008 registaram-se 4 casos e em Abril de 2009 o número de casos já era de 18.

Figura 45: Evolução do número de admissões turismo de saúde (ambulatório- Amb- e internamento- Int.)



Fonte: HPP Saúde

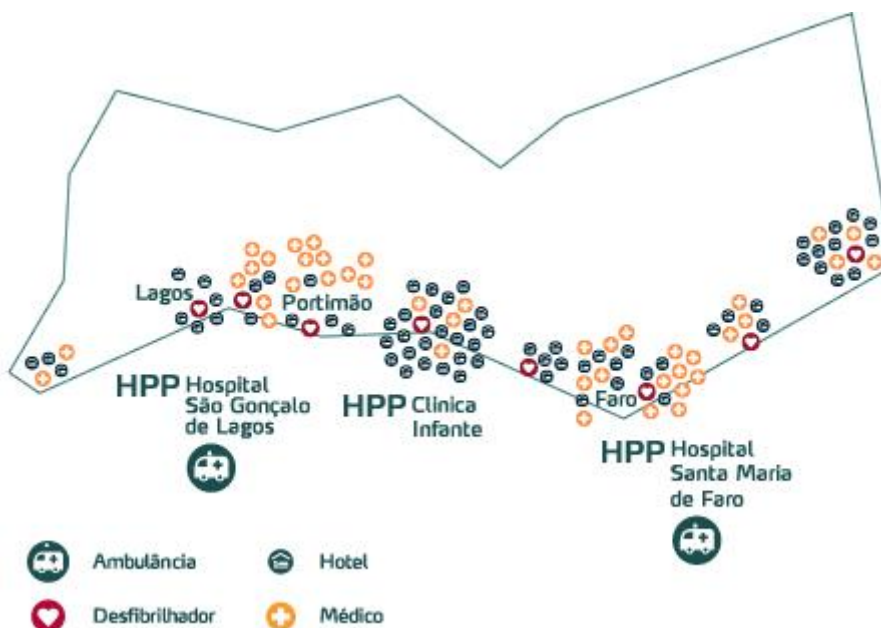
Considerando um preço médio de venda de 400 euros na situação de ambulatório e de 4.000 euros na situação de internamento, mediante a evolução positiva da procura registou-se um crescimento considerável ao nível da facturação. Em Abril de 2008 a facturação total foi de 16.800 euros, por seu turno, em Março de 2009 já era de 50.800 Euros.

Figura 46: Facturação em Euros (ambulatório e internamento), segmento do turismo de saúde

Descrição	Out-08	Nov-08	Dez-08	Jan-09	Fev-09	Mar-09
Ambulatório	800	2000	2000	6000	8000	6800
Internamento	16000	32000	24000	76000	60000	44000
Total	16800	34000	26000	82000	68000	50800

Fonte: HPP Saúde

Figura 47: Infra-estruturas disponíveis no Algarve (rede HPP Algarve e parceiros)



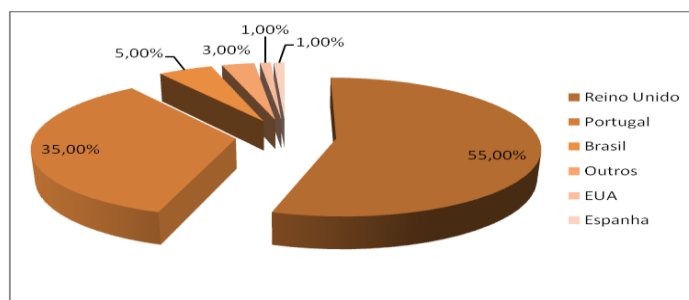
Mediante o incremento da procura por parte de turistas estrangeiros, o HPP Algarve procura facilitar o tratamento médico destes na região, nomeadamente agilizando os procedimentos administrativos e de alojamento. O Hospital trabalha directamente com uma ampla rede de hotéis, permitindo dessa forma adaptar as preferências pessoais e financeiras dos utentes, no entanto o hospital é extremamente cuidadoso em sugerir hotéis que permitam seguir de forma rigorosa as recomendações médicas durante o período de convalescença (sobretudo quando os pacientes optam por viajar).

As equipas do HPP facultam a todos os utentes um telemóvel que podem utilizar permanentemente (quer de dia quer de noite), caso exista alguma dúvida ou complicação, de imediato uma equipa de enfermagem deslocar-se-á a unidade hoteleira ou, em caso de maior complexidade, será a própria equipa média a efectuar o contacto e assistência.

A instituição dispõe de um moderno site online que permite reservar «férias cirúrgicas», onde os utilizadores podem efectuar on-line as reservas dos serviços médicos, obter informações sobre o procedimento cirúrgico que necessitam em termos de sintomas, descrição, indicações, riscos, efeitos secundários, cuidados pós operatórios, tempo de internamento e outras informações relevantes das várias especialidades. Existem ainda algumas características a nível técnico, que conferem ao projecto o seu carácter inovador também a nível internacional. Uma das áreas mais inovadoras do projecto de turismo médico do grupo HPP Algarve prende-se com a criação da área de cliente e a sua integração com a plataforma Google Health. Esta inovação permite que o cliente efectue o registo no site, criando uma página pessoal e privada onde pode efectuar os registos relativos ao seu estado de saúde, bem como arquivar exames e relatórios médicos.

No período entre o mês de Novembro de 2009 e Novembro de 2010, o total de visitas ao site do HPP Algarve referente ao turismo de saúde foi de 22.899, entre as quais 55% dos visitantes com origem no Reino Unido, 35% em Portugal e 5% no Brasil. No entanto, existiram visitas de 101 países distintos.

Figura 48: Visitantes do site



Fonte: HPP Saúde

A pertinência do site é ainda mais relevante na medida que o grupo efectua essencialmente vendas de forma directa.

6.3. Descrição da oferta

Em termos de turismo de saúde, o HPP Algarve promove activamente este segmento há sensivelmente 3 anos, no entanto há mais de uma década que executa serviços de saúde a estrangeiros. Numa primeira fase, os estrangeiros tratados eram turistas que durante a sua estadia na região do Algarve necessitavam de cuidados médicos não planeados. Por seu turno, mediante o diferencial de preço e a qualidade dos cuidados prestados, as seguradoras (sobretudo dos países nórdicos) começaram a incentivar de forma pró-activa o recurso a Portugal para levar a cabo certos tratamentos médicos.

O sector privado de saúde em Portugal é relativamente recente, como tal o turismo de saúde só agora ganha maior dinamismo porque foi fundamental, ao longo dos últimos 2/3 anos ganhar rotinas, organização e orgânica por parte dos vários grupos privados de saúde existentes em Portugal. O grupo HPP, além do reconhecimento no mercado interno, já beneficia de reputação em alguns mercados internacionais.

Actualmente, os hospitais HPP Algarve já contam com médicos estrangeiros nos seus quadros, nomeadamente Holandeses, Ingleses e Alemães, sensivelmente uma dezena. De forma complementar, existem sensivelmente 60 médicos referenciados na região do Algarve, existindo acordos de parceria que permitem captar turistas de saúde para as unidades de saúde do HPP na região.

Ao nível dos serviços facultados (antes e após a estadia), de salientar que numa fase prévia a viagem o ideal seria o contacto telefónico com o médico (da especialidade ou de clínica geral) no país de origem por parte da equipa médica do HPP encarregue do turista de saúde. No entanto, isto nem sempre acontece porque o paciente nem sempre promove o contacto com o médico de origem, por não ter nenhum ou por não querer referir que irá optar por uma solução no estrangeiro. Com o intuito de contornar esta limitação e ainda promover os serviços do HPP Algarve, o grupo tem divulgado as suas unidades e valências junto de médicos de clínica geral, sobretudo no Reino Unido.

Numa fase após a cirurgia, é legalmente obrigatório a elaboração de um relatório (com o processo clínico), este mesmo documento deverá ser transmitido ao médico do país de origem ou a um advogado indicado pelo paciente, na ausência de ambos o processo clínico é arquivado no próprio hospital e será facultado sempre que solicitado por alguém habilitado e autorizado pelo paciente ou legalmente elegível.

Após o regresso ao país de origem, as equipas do HPP Algarve procuram manter o contacto com o paciente, essencialmente numa fase inicial, de forma a controlar a forma como se está a processar a recuperação. No entanto, o contacto telefónico de mero controlo muito raramente é bem aceite e, em contactos posteriores, mediante a constatação de que poderá ser uma chamada do hospital muito frequentemente o telefonema não é contestado. Mediante esta dificuldade é difícil realizar inquéritos de análise ao nível de satisfação, focando diferentes aspectos pertinentes. O inquérito elaborado de forma analisar a procura, no âmbito desta tese de mestrado, foi algo pioneiro ao nível do grupo. Até hoje, o

grupo apenas efectuava um inquérito simples de análise à satisfação dos utentes ainda durante a estadia no hospital, contudo em ambiente hospitalar e questionados pelas próprias equipas médicas existe um enviesamento natural em facultar respostas positivas.

Actualmente os dois hospitais contemplam, de forma global, 55 camas para turistas médicos, no entanto nos próximos 2 anos, esse número deverá aumentar para 100 camas. Prevê-se um aumento significativo da procura em resultado da directiva comunitária recentemente aprovada relativamente a circulação de doentes no espaço europeu (a qual será traduzida para o direito português em 2013). Os principais procedimentos médicos levados a cabo pelo grupo HPP e os respectivos preços são:

- **Plastia mamária de aumento**, sendo um procedimento que visa aumentar o tamanho dos seios, recorrendo a implantes de próteses. Os drenos serão retirados normalmente após 24 ou 48 h após a cirurgia.

Valor: 4.500 €

- **Plastia mamária de redução**, sendo um procedimento que envolve a redução e o reposicionamento dos seios no tórax, colocando-os numa posição mais alta e harmoniosa. Com esta intervenção, a flacidez (ptose) e a forma dos seios são corrigidos. Actualmente a tendência é para se aplicar técnicas que impliquem incisões reduzidas e com pequenas cicatrizes. Os pontos serão removidos ao fim de uma a duas semanas.

Valor: 5.630 €

- **Amigdalectomia**: As amígdalas servem como agentes imuno-protetores, contudo, em algumas pessoas e especialmente em crianças que tenham amígdalas grandes, essas glândulas podem agir com menos eficiência ou nenhuma e causar infecções de garganta e infecções de ouvido frequentes, ou mesmo obstruir a respiração. Este procedimento cirúrgico é realizado, muitas vezes, em conjunto com a adenoidectomia. A recuperação completa pode levar 2 semanas. É natural que haja um pouco de dor de garganta e dor de ouvido nos primeiros dias após a cirurgia

Valor: 2.390 €

- **Colecistectomia**: A vesícula está localizada na face inferior do fígado. É uma espécie de bolsa que serve de reservatório à biliar. A colecistectomia geralmente é indicada quando na presença de cálculos divertículos ou tumores e nas complicações (colecistite aguda e icterícia por obstrução). Normalmente poderá voltar às suas actividades em 7 dias.

Valor: 4.800 €

- Prótese da anca: A prótese da anca pode ser total quando se faz a substituição do componente femural e acetabular da articulação ou parcial quando se intervém ao nível do fémur. O objectivo da cirurgia é restabelecer a forma da articulação, devolver-lhe a estabilidade e mobilidade e reduzir ao máximo a dor, melhorando a qualidade de vida do doente. O desenvolvimento tecnológico dos implantes artificiais permite que estes consigam suportar mais esforço e mais peso com uma maior durabilidade. É um procedimento que em alguns casos poderá ter um período de internamento até 6 dias, resultado de ser uma intervenção relativamente complexa.

Valor: 9.900 €

- Prótese do joelho: O joelho pode sofrer danos graves provocados por artrite ou lesão, sendo então difícil realizar actividades simples como caminhar ou subir escadas. Ao reconstruir as superfícies danificadas e gastas do joelho, a cirurgia de substituição total do joelho pode aliviar a dor e ajudar a retomar as actividades habituais. A fisioterapia pós-operatória é iniciada 24 a 48 horas após a cirurgia. Os pontos devem ser removidos entre o 14º e o 16º dia conforme cicatrização da ferida.

Valor: 10.200 €

- Outros procedimentos habituais: abdominoplastia, blafaroplastia, lipos aspiração, e lift facial. Na generalidade das especialidades disponibilizadas pelo grupo HPP, existiu a opção estratégica de redução da margem de forma a usufruir de ganhos em termos de volume. Ao nível das especialidades mais complexas, de salientar que apesar de Portugal ter uma população relativamente reduzida e limitações de financiamento, algumas instituições de saúde (nomeadamente o grupo HPP) conseguem obter bons desempenhos em algumas especialidades, nomeadamente: cardiologia e transplantes.

Alguns nichos de mercado já estão a ser explorados pelo grupo HPP, nomeadamente a bariatria. Neste campo o HPP Algarve conta com uma reputada equipa internacional e tem conseguido resultados positivos. No entanto, de salientar que esta área específica é frequentemente multidisciplinar, o que obriga a um maior número de consultas e, como tal, maior número de viagens o que desmotiva consideravelmente os pacientes em termos de custos e comodidade.

Um problema transversal a todas as especialidades e a nível europeu, é a necessidade de autorização, em cada país, para que médicos estrangeiros possam dar consultas e levar a cabo intervenções cirúrgicas. Deveria existir uma autoridade europeia central que reconhecesse a legitimidade dos médicos europeus, após essa validação deveria ser autorizada a liberdade de circulação nos vários países do espaço europeu. Esta evolução indubitavelmente permitiria maior dinamismo na rotação dos médicos no espaço europeu, permitindo introduzir parcerias que poderiam passar por colaborações periódicas de conceituados médicos em algumas especialidades onde o grupo pretende atrair turistas médicos.

Ainda do lado da oferta, mas de uma forma mais geral, de salientar a maior organização de Portugal como destino activo no segmento do turismo de saúde e, mais especificamente, a maior notoriedade do Algarve (com um fluxo global de turistas na ordem dos 5 milhões por ano) nesta área concreta.

Apesar dos progressos descritos, é no entanto fundamental salientar algumas limitações consideráveis de Portugal como destino turístico em saúde, mediante a falta de massa crítica e em resultado dos preços dos serviços de saúde serem pouco competitivos. Mesmo considerando o acréscimo resultante do turismo de saúde, numa óptica mais redutora de curto ou médio-prazo, será difícil atingir um nível de procura que permita consideráveis ganhos de eficiência, especialização e consequente redução dos custos. De salientar que o facto de existir uma maior procura permite comprar em maior quantidade e, dessa forma, reduzir os preços de produção.



Um aspecto relevante em analisar, visa definir as razões explicativas da incapacidade do grupo HPP (e dos restantes grupos de saúde em Portugal) em terem preços mais competitivos em mais áreas médicas: de forma sucinta, a situação resulta da necessidade de importação de todos os equipamentos e, ainda, os elevados custos com pessoal (médicos e enfermeiros). Mesmo efectuando uma análise comparativa com outros países Europeus, onde é expectável que os serviços de saúde sejam mais dispendiosos, (nomeadamente o caso da Alemanha), na generalidade das cirurgias tal situação não é observada, por um lado porque os germânicos registam um excesso de oferta hospitalar, por outro lado, resultado do seu pujante sector de produção industrial (igualmente activo no sector da saúde). Comparativamente com a Bélgica e Holanda, o diferencial de preço é, mais uma vez, desfavorável a Portugal. Estes países beneficiam de uma localização mais central, de um maior histórico em saúde, beneficiam de um amplo número de parcerias com países com elevadas listas de espera (de salientar o caso da Holanda que atrai um elevado fluxo de turistas do Reino Unido) e, finalmente, beneficiam de maior reputação em saúde.

Um aspecto fundamental, do lado da oferta, prende-se com a qualidade e excelência dos serviços disponibilizados. De realçar o bom desempenho do Hospital de Lagos ao nível das intervenções a anca e joelho, com reduzidas taxas de infecção, rápida recuperação pós-operatória e um reduzido número de complicações.

Na entrevista amavelmente concedida, existiu ainda uma análise ao *cluster* nacional no sector da saúde. Segundo o Dr. Paulo Jorge Neves existem benefícios evidentes que resultam da coordenação entre os vários participantes no sector da saúde, desde o Estado, aos grupos activos no sector dos serviços, suporte do sector industrial e, complementarmente, interligação com o meio académico e projectos de investigação e desenvolvimento. A proximidade que se pretende introduzir com o *cluster*, visa combater problemas naturais e intrínsecos a situação portuguesa neste sector específico, de salientar:

- *Portugal ainda não é reconhecido internacionalmente como marca forte ao nível da saúde;*
- *Em termos geográficos somos periféricos, com inúmeras limitações resultantes dessa realidade;*
- *Menor dinamismo do sector da saúde, resultado dos grupos privados ainda estarem numa fase inicial;*

Ao nível da promoção, o grupo não recorre a intermediários, sendo a venda e o contacto realizados de forma directa com o utente ou turista de saúde. Paralelamente, sobretudo no mercado inglês, o grupo reforçou a sua promoção junto de médicos de clínica geral, procurando que estes sejam um meio de promoção das potencialidades dos hospitais, procurando dessa forma incrementar a procura. Ainda ao nível da promoção e marketing, o grupo é activo na promoção directa em feiras da especialidade, nomeadamente nos mercados prioritários, de salientar o Reino Unido. Por outro lado, está a ser implementada uma estratégia que visa apresentar as potencialidades do grupo a médicos de clínica geral no Reino Unido.

O grupo tem ainda como estratégia prioritária desenvolver relações preferências com companhias de seguros internacionais, nomeadamente na Alemanha e Reino Unido. Recentemente foram celebrados novos protocolos com companhias de seguro de ambos os países.

Um aspecto frisado durante a entrevista foi o empenho e colaboração financeira da Turismo de Portugal, com especial destaque para os responsáveis pela promoção do Turismo da região do Algarve, ao nível da divulgação e promoção das potencialidades do grupo HPP e da região do Algarve ao nível do segmento turismo de saúde.

6.4.Descrição da procura

No ano de 2010, a procura total foi de 346 turistas de saúde. Este ano, resultado do abrandamento económico em grande parte dos países europeus, existiu uma redução significativa da procura. De salientar uma quebra ao nível da procura directa, no entanto os esforços de parceria, nomeadamente a procura canalizada através das companhias de seguro registou um acréscimo.

Ao nível da procura, um aspecto fundamental são os voos directos e regulares para o aeroporto de Faro, existindo actualmente ligações diárias e directas para o Reino Unido, países nórdicos e Alemanha.

Ao nível da procura de salientar sobretudo o mercado do Reino Unido, uma vez que os valores praticados ao nível dos serviços de saúde são consideravelmente superiores nessa região, por outro lado, existem longas listas de espera.

O mercado nórdico, há mais de uma década que procura o Algarve para usufruir de serviços de saúde, como tal já existe reconhecimento ao nível dos cuidados médicos, algo fundamental de forma a incrementar o sentimento de segurança e confiança por parte dos pacientes. Relativamente à lei europeia que visa facilitar a circulação de pacientes, de forma a tornar o mercado de saúde mais dinâmico, alguns países do sul da Europa, nomeadamente Portugal e Espanha, demonstraram relutância em redor do projecto “transfronteiriço” na área da saúde. Estes países demonstram menor vontade em subscrever a directiva europeia, na medida que receiam que os países do norte da Europa, mediante os menores custos dos serviços de saúde nos países do sul, irão começar a incentivar as suas populações a viajar para os países mediterrâneos a fim de usufruir de serviços de saúde. No entanto, os sistemas de saúde dos países do sul já são deficitários, logo todo o aumento marginal da procura (neste caso de estrangeiros) irá fragilizar ainda mais o sistema.

Um outro mercado prioritário é a Alemanha, sobretudo ao nível dos tratamentos em ortopedia, onde o diferencial de preço é favorável a Portugal. De salientar ainda a celebração de parcerias com seguradoras germânicas, o que se poderá traduzir numa procura anual potencial até 2.000 novas intervenções. Analisando o período entre 2004 e 2009, é interessante analisar a contribuição das seguradoras internacionais em termos de facturação: em 2004 representaram um total de facturação de 1.088.198 Euros, em 2006 o seu peso era menor mais especificamente 887.085 euros e em 2009 era novamente superior, mais precisamente 1.163.654 euros. Em 2010 foram realizadas 346 intervenções.

Figura 49: Seguradoras Internacionais: Evolução da facturação (Euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospital Stª Maria	880.218	846.510	601.919	581.605	837.394	936.256
Hospital S. Gonçalo	205.976	247.870	283.160	182.962	250.284	227.398
Facturação Anual	1.088.198	1.096.385	887.085	766.574	1.089.686	1.165.663
Média Mensal	90.683	91.365	73.924	63.881	90.807	145.708

Fonte: HPP Saúde

De salientar que o peso do segmento (seguradoras internacionais) passou de 12% em 2004 para 7% em 2009, em termos de facturação global.

Figura 50: Peso das “seguradoras internacionais” em termos do total de facturação do HPP Algarve

Descrição	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total Facturação HPP Sul	9.338.199	10.354.290,27	11.573.542	12.984.325	14.361.414	15.844.014
Peso do segmento	12%	11%	8%	6%	8%	7%

Fonte HPP Saúde

Um outro mercado com potencial é o Canadá, sobretudo mediante a existência de um voo semanal directo e, ainda, pelo facto dos canadianos (a par dos holandeses) serem os que registam uma estadia média mais longa.

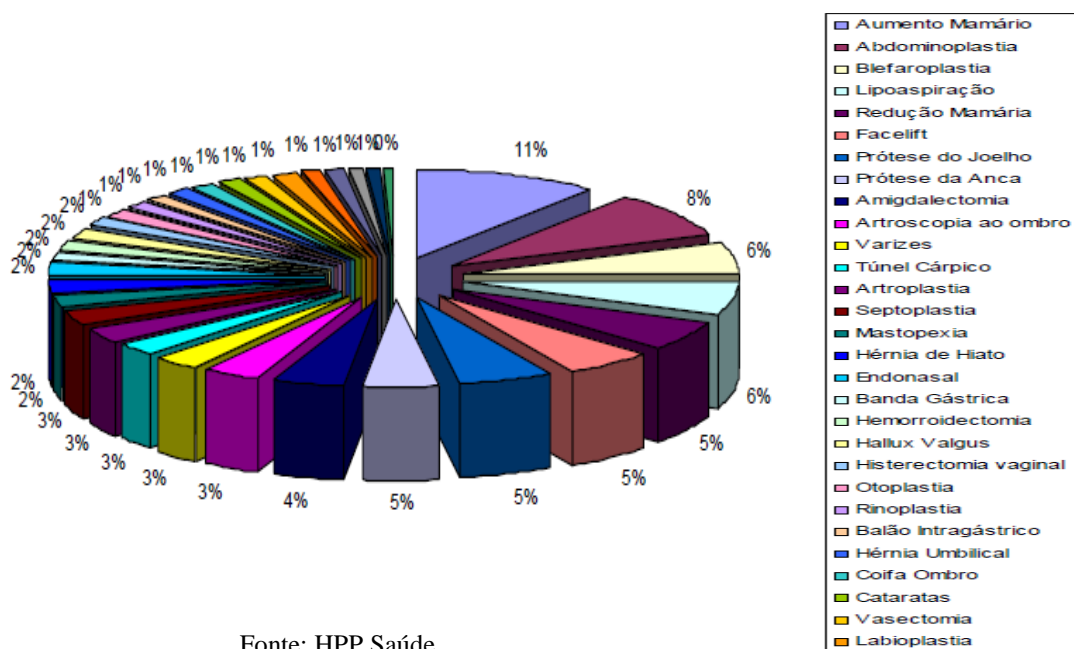
Um outro mercado, com especial interesse, é a Rússia, no entanto a ligação directa é com o aeroporto de Lisboa, o que obriga a uma coordenação logística ao nível de grupo. De salientar ainda que o mercado russo, resultado da sua vastidão, complexidades muitas próprias e diferenças culturais significativas, é algo que requer maior conservadorismo em termos de gestão regular e perspectivas de futuro.

De salientar ainda dois mercados com elevado potencial:

- Países dos PALOP (Países de Língua Oficial Portuguesa): por um lado, um vasto número de países que ainda dispõe de parcas infra-estrutura de saúde, tendo nítidas carências em especialidades mais técnicas ou com maior dependência de soluções tecnologicamente mais avançadas. Por outro lado, existem diversos acordos de parceria, o que permite facilitar os processos burocráticos de admissão de pacientes. O regime de parcerias existentes, permite ainda ter representantes nos países de origem, facilitando o processo de triagem antes da viagem e, ainda, um processo de acompanhamento após o regresso ao país de origem (alguns grupos privados de saúde optaram por instalar unidades próprias em países africanos, caso do grupo Espírito Santo Saúde em Angola). De realçar ainda a existência de voos regulares e directos com estes países, sendo o ponto de entrada em Portugal a cidade de Lisboa;
- Um nicho com um elevado potencial é a vasta diáspora portuguesa e luso-descendentes (o agregado de ambos representa mais de 10 milhões de pessoas), por outro lado o grupo HPP beneficia do facto de fazer parte do grupo Caixa Geral de Depósitos. Esta estratégia de cooperação entre diferentes áreas do grupo Caixa Geral de Depósitos, traduzir-se-á mais acessível em termos financeiros do que uma estratégia de promoção e comunicação marketing activa em diversos países, sobretudo nos locais onde a diáspora portuguesa tem uma expressiva presença;

Considerando o período entre Novembro de 2009 e Novembro de 2010, existiu um total de 219 pedidos de cirurgia por parte de turistas médicos. Os principais pedidos de cirurgia foram: 11% de aumento do peito, 8% abdominoplastia, 6% blefaroplastia e lipoaspiração, 5% redução mamária e lifting facial. Por seu turno, ao nível da ortopedia esta representou 10% da procura global, sensivelmente o mesmo número de casos de prótese do joelho e de prótese da anca.

Figura 51: Pedidos de cirurgia entre Novembro 2009 e Novembro 2010



Fonte: HPP Saúde

Numa análise ao gráfico anterior, é facilmente perceptível a predominância dos serviços de estética e ortopedia. Esta situação resulta, por um lado, pelo factor preço, por outro lado, de salientar que existe ainda um incentivo em termos sociais, uma vez que todo o processo de modificação ou melhoria estética é feito longe dos amigos e familiares no país de origem, permitindo dessa forma maior conforto e privacidade. Quando questionado quanto a forma que permite incrementar a procura por serviços médicos mais complexos, o responsável do grupo HPP Algarve reforça a necessidade de implementação de serviços de excelência, por exemplo um centro de referência, que se distinga claramente do serviço nacional de saúde dos países de origem dos turistas de saúde que visitam o Algarve.

Um dos principais receios expressos pelos turistas de saúde é a necessidade de viajar logo após a cirurgia. Quando questionado sobre este aspecto específico, o administrador do HPP Algarve salienta que antes do regresso a casa, existe ainda o risco do utente não respeitar as recomendações ainda durante a estadia na região do Algarve assim que tem alta hospitalar. De forma a evitar ambos os constrangimentos, o grupo é muito imperativo quando percebe que o utente apresenta comportamentos de risco que podem originar em complicações no pós-operatório, recomendando hotéis com reduzida oferta de serviços ou alternativamente mantendo o utente um período ligeiramente superior no hospital. O paciente só é aconselhado a retornar a sua vida normal, nomeadamente regressar a casa no país de origem, quando existe plena confiança do corpo clínico.

Um outro aspecto salientado com frequência pelos potenciais turistas de saúde é o receio de enfrentar complicações após o regresso a casa, no país de origem. O grupo HPP Algarve nunca teve qualquer problema a este nível, no entanto sempre que a intervenção em si se revela mais complicada que inicialmente era perceptível, o hospital sempre assumiu os custos adicionais. Serve esta constatação para reforçar a convicção do hospital, em caso de complicações (que não resultem da responsabilidade do

utente, nomeadamente por desrespeito das indicações facultadas antes do regresso) o grupo assumirá os custos inerentes na medida que a principal missão é cuidar do doente e prestar o melhor serviço.

6.4.1.Descrição da procura: inquéritos

De forma a conhecer mais em detalhe o lado da procura foi preparado um inquérito e enviado para o Reino Unido, para todos os pacientes que no ano de 2010 se deslocaram às unidades hospitalares do HPP Algarve. Foram enviados 346 inquéritos e recepcionados 30.

Demonstrando um vincado interesse em colaborar com o estudo em análise e, de forma paralela, extrair informações válidas ao nível de uma temática tão pertinente para o grupo HPP, os seus responsáveis amabilidade em considerar o inquérito sugerido e adaptar, validar e enviar para uma base de dados interna de pacientes estrangeiros.

Inquérito (Patient Survey)

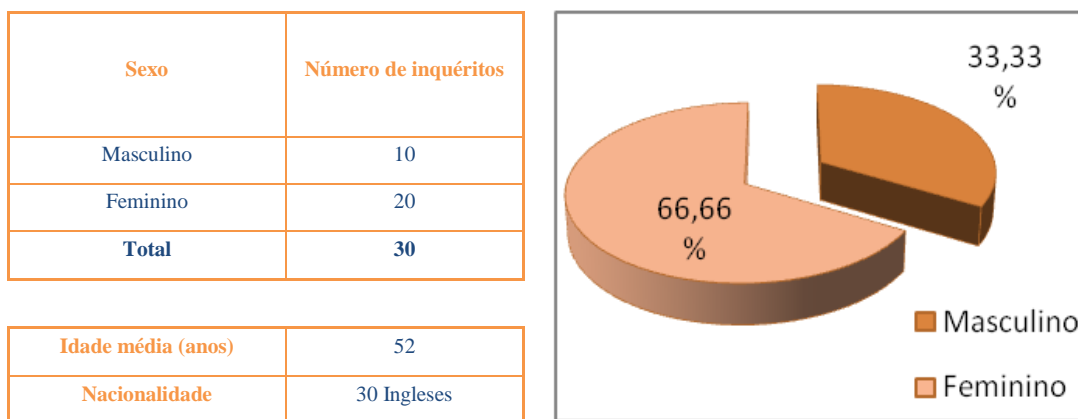
Consultar inquérito: Anexo A7: Inquérito/Patient survey

Resultados

De seguida são apresentadas as principais conclusões aos dados obtidos dos 30 inquéritos realizados a utentes estrangeiros, os quais optaram por se deslocar ao Algarve com o intuito de usufruir de serviços médicos numa das unidades do grupo HPP Algarve. Os inquéritos foram enviados e recepcionados por escrito, entre Janeiro e Abril de 2011.

A idade média dos inqueridos é de 52 anos, sendo todos eles de nacionalidade inglesa. Dos 30 inqueridos, 66,66% eram do sexo feminino.

Figura 52: Informações iniciais extraídas dos inquéritos

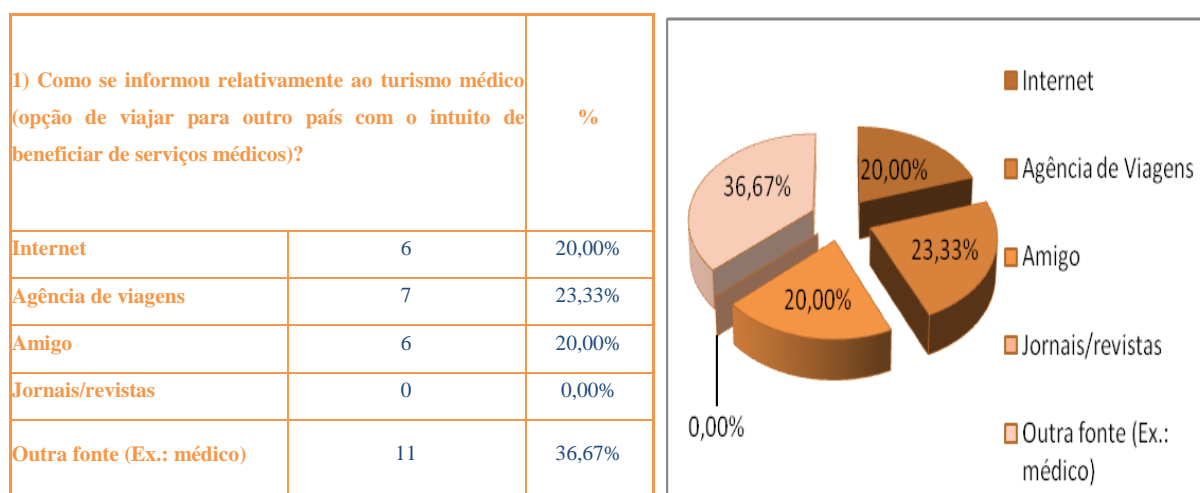


Com base nos dados obtidos, 36,67% dos inquiridos salientou que a opção em viajar para o estrangeiro com o intuito de beneficiar de cuidados médicos, foi inicialmente despoletada por um médico no seu país

de origem. Em segundo lugar, de salientar o recurso a agências de viagens especializadas, as quais tiveram um papel primordial na promoção das vantagens e segurança do turismo médico internacional. De destacar ainda a importância dos amigos e o recurso à internet na identificação do turismo médico como uma opção válida, ambas com 20%.

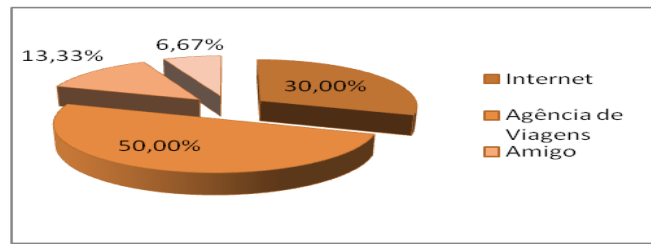
O grupo HPP está a implementar actualmente uma estratégia que visa focar os médicos de clínica geral no Reino Unido, opção essa que vai ao encontro da importância atribuída aos médicos nos países de origem por parte dos turistas médicos, evidenciado no gráfico seguinte. Por seu turno, o recurso a intermediários é a segunda razão que leva os pacientes a optarem por se deslocarem ao estrangeiro, sendo por isso um aspecto a considerar com mais atenção por parte do grupo uma vez que apenas está a trabalhar apenas com o intermediário inglês.

Figura 53: Como se informou relativamente ao turismo médico?



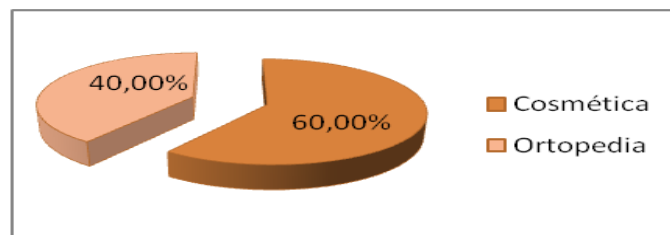
Quando questionados sobre a forma preferencial para recolher informações relativamente ao turismo médico, sobretudo ao nível do alojamento e dos hospitais disponíveis, de salientar a elevada percentagem (50%) que optou por agências de viagens especializadas. Em segundo lugar, com 30%, o recurso à internet. Em terceiro lugar o recurso a um amigo (13,33%). O remanescente destacou uma outra opção como fonte de informação (6,67%). Também neste aspecto de salientar a importância dos intermediários.

Figura 54: Como recolheu informações ao nível do turismo de saúde (hotel e hospital)?



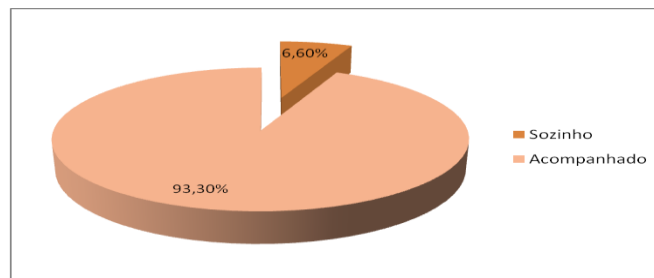
Relativamente ao tipo de serviço médico solicitado, aquando da visita a Portugal como turista de saúde, 60% dos inqueridos referiu ter optado por um serviço de cosmética e os restantes 40% por um serviço de ortopedia.

Figura 55: Qual a serviço médico requerido?



De destacar que a maioria dos inqueridos, mais concretamente 93,33%, optou por se deslocar ao estrangeiro acompanhados.

Figura 56: Viajou sozinho(a) ou acompanhado(a)?



Um outro aspecto com relevância em analisar, prende-se com o número de dias que o utente permaneceu no país de destino. Em termos médios, os utentes permaneceram 5 dias. De salientar o caso de um utente com uma estadia de apenas 3 dias e, por seu turno, um outro caso extremo com uma estadia de 15 dias. O tempo médio está directamente correlacionado com a maior ou menor complexidade da intervenção.

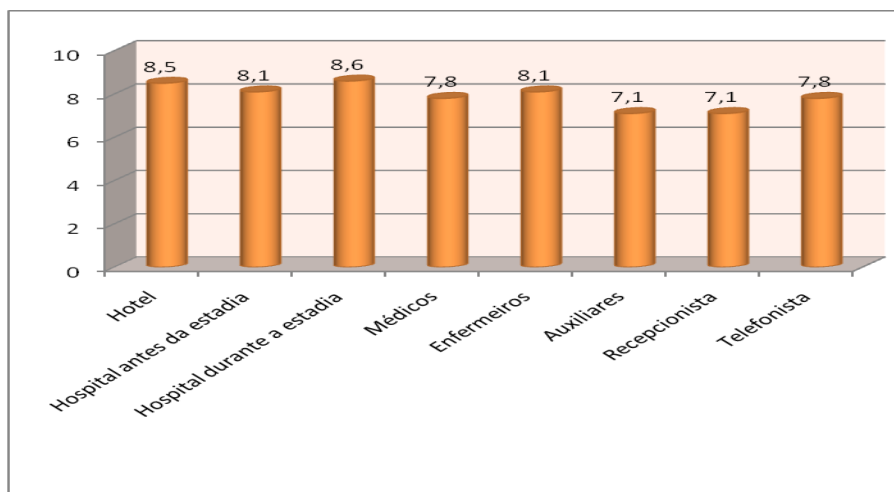
Figura 57: Quantos dias permaneceram?

5) Quando dias permaneceu?	
Dias (média)	5
Máximo dias	15
Mínimo dias	3

De forma a saber que outros serviços turísticos e de restauração foram solicitados, fora do pacote inicialmente adquirido referente ao alojamento e intervenção médica, introduziu-se uma questão específica. Os dados obtidos reforçam a importância do turismo de saúde, na medida que 100% dos inquiridos referiu ter efectuado despesas adicionais (por exemplo: *sightseeing*, compras, jantar ou almoço...).

De forma a aferir a percepção dos utentes relativamente a diversos serviços usufruídos durante a sua experiência em Portugal, como turistas de saúde, solicitou-se que avaliassem os seguintes aspectos: hotel, hospital, médicos, enfermeiros, auxiliares médicos, recepcionista e telefonista. A base para efectuar a avaliação foi uma escala de *linkert* de 1 (mau) a 10 (bom). De forma geral, todos os aspectos avaliados obtiveram uma avaliação média superior a 7. De salientar o especial relevo para a avaliação efectuada ao hospital (após execução dos serviços de saúde solicitados): com um resultado médio de 8,6. Por outro lado, de realçar a avaliação média do hotel, mais concretamente 8,5. Finalmente, é ainda necessário focar, a avaliação média referente aos enfermeiros: 8,1.

Figura 58: Avaliação de diversos itens referente a experiência de turismo de saúde



Quando questionados relativamente a forma como ficaram a conhecer o hospital Privado de Santa Maria no Algarve, 50% referiu ter sido aconselhado por um médico no país de origem, 20% ficou a conhecer a unidade através de publicidade, 16,67% foi através da internet e 13,33% foi informado por familiares ou amigos. Uma vez mais o reforço da preponderância dos médicos no país de origem.

Figura 59: Como tomou conhecimento do Hospital Privado de Santa Maria?

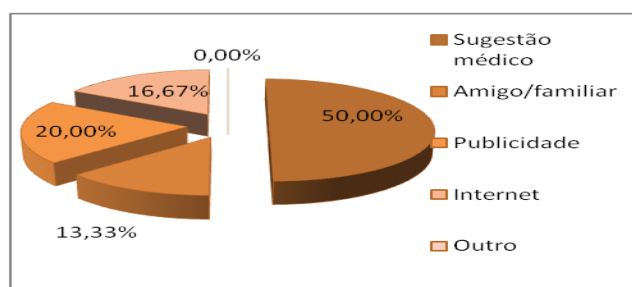


Figura 60: Avaliação ao Hospital Privado de Santa Maria

Nível de satisfação relativamente a:	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Tempo de espera	-	0	8	22
Serviço qualidade/preço	-	1	7	22
	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Qual a sua opinião relativamente ao Hospital de Santa Maria	-	-	7	23
	Melhor	Similar	Pior	Sem opinião
Comparativamente com outros Hospitais privados	10	20	-	-

O quadro anterior destaca a avaliação individual relativamente ao Hospital Privado de Santa Maria. Relativamente ao tempo de espera, 8 dos inquiridos referiu estar satisfeito e os restantes 22 muito satisfeitos. Ao nível do serviço, considerando o binómico qualidade/preço, 22 dos inquiridos referiram estar muito satisfeitos, 7 satisfeitos e, apenas, uma pessoa pouco satisfeita. Numa avaliação global ao Hospital de Santa Maria, 23 dos inquiridos referiu estar muito satisfeito e os restantes 7 satisfeitos, claramente uma avaliação positiva.

Finalmente, numa comparação com outros hospitais privados, 20 dos inquiridos referiu ter beneficiado de um serviço similar e 10 considerou ter usufruído de um serviço de melhor qualidade.

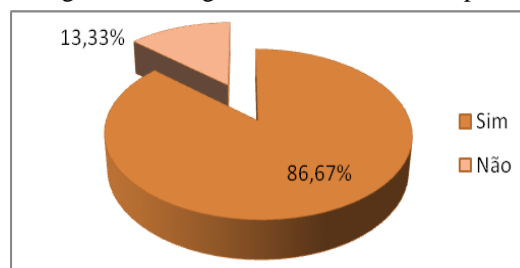
Foram ainda efectuadas duas questões de âmbito mais geral: mais especificamente, como seria avaliado o sistema de saúde nacional e, complementarmente, Portugal como um todo, com base numa escala de 1 (mau) a 10 (bom). Relativamente ao sistema de saúde em termos médios a avaliação foi 8,2 e 9,2 numa avaliação ao país.

Figura 61: avaliação do sistema de saúde nacional e de Portugal

Como avalia o sistema de saúde português? Mau[1;10]Bom	
Média	8,2
Máximo	9
Mínimo	5
Como avalia Portugal? Mau[1;10]Bom	
Média:	9,2
Máximo	10
Mínimo	7

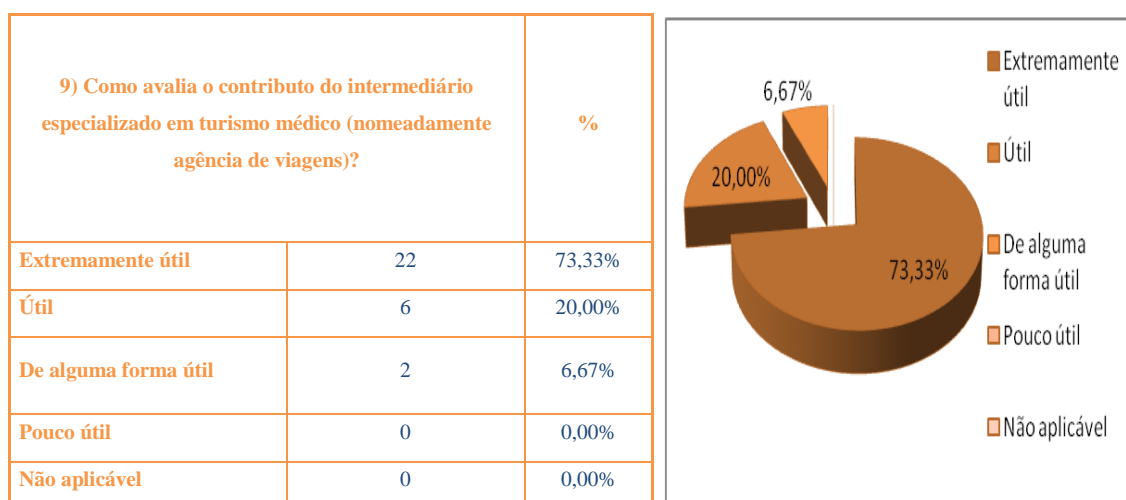
Considerando que o turismo médico subentende uma avaliação técnica especializada e independente, é deveras importante saber se os turistas consideram ser relevante solicitar a intervenção de técnicos especializados. Foi então colocada uma questão concreta, relativamente à necessidade em recorrer a um intermediário especializado: 86,67% optou por fazê-lo (nomeadamente solicitar os serviços de uma agência de viagens).

Figura 62: Recorreu a alguma agência de viagens ou intermediário especializado em turismo médico?



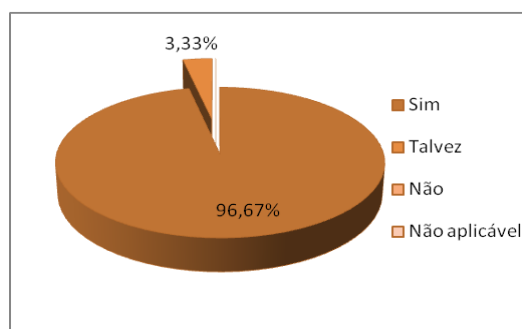
A figura seguinte reforça a importância demonstrada pelos turistas de saúde relativamente aos intermediários especializados no turismo de saúde. Em termos práticos, 73,33% referiu que o recurso a estas instituições foi extremamente útil. Por seu turno, 20% reforça a sua importância considerando a actividade e conhecimento dos intermediários como úteis. Os restantes 6,67% dos inquiridos refere que são de alguma forma úteis. Mais uma vez é fulcral salientar que a independência, o acesso a informação ampla relativamente a diversos destinos e fornecedores e, finalmente, a capacidade técnica de análise e comparação, mediante o facto do turismo de saúde ser uma área específica, ampla e onerosa, é primordial.

Figura 63: Avaliação dos intermediários especializados no turismo de saúde



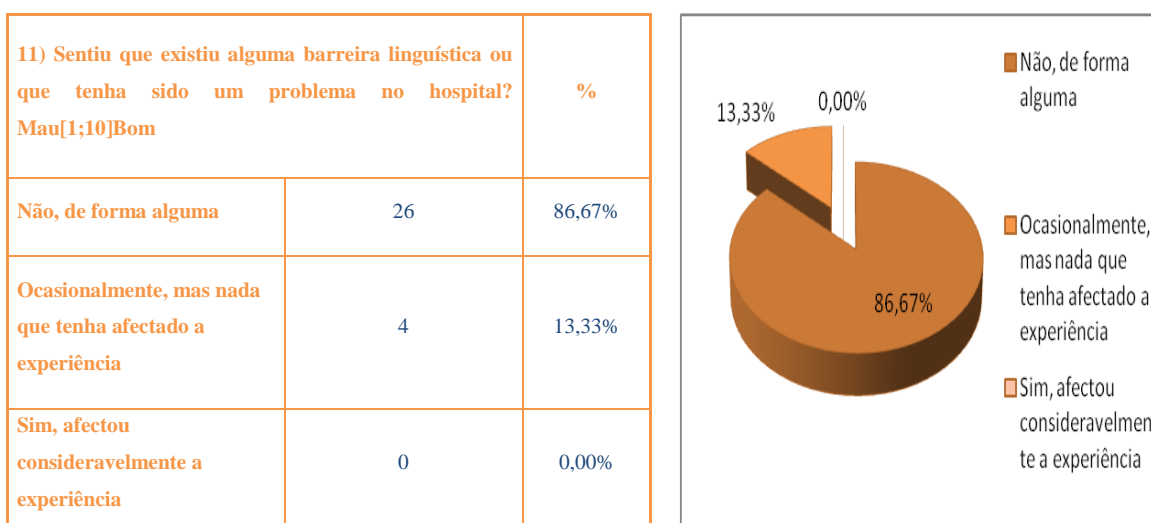
Com base nos dados anteriores, é expectável que 96,67% dos inquiridos aconselhe os amigos ou familiares, que ponderem optar pelo turismo de saúde, a recorrer a um intermediário especializado, credível e independente na área do turismo médico.

Figura 64: Recomendaria recorrer a intermediário especializado no turismo de saúde?



A figura seguinte permite perceber de que forma a barreira linguística poderá ser um obstáculo a um serviço pleno, adequado e de qualidade. De salientar ainda que as respostas resultam da experiência dos 30 inquiridos como turistas de saúde no Hospital privado de Santa Maria no Algarve. Os resultados, na óptica do hospital português, são positivos: 86,67% considera que não existiu qualquer barreira linguística e, apenas, 13,33% referiu que ocasionalmente tenha afectado a experiência.

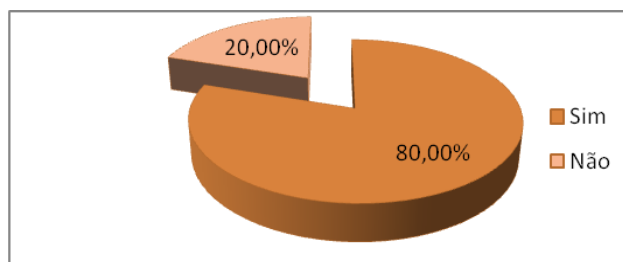
Figura 65: Barreira linguística



Relativamente, à segurança que os inquiridos sentiram durante a sua estadia em Portugal: 100% referiu ter sentido total tranquilidade

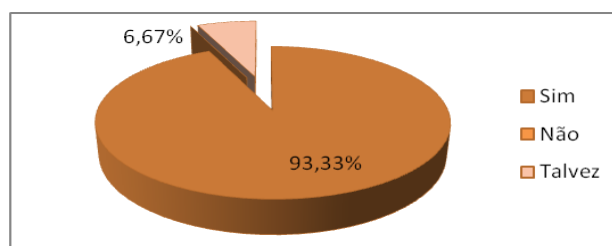
De salientar que 80% dos inquiridos considera que o serviço obtido no Hospital Privado de Santa Maria foi mais personalizado comparativamente com o serviço que poderia ser obtido no país de origem.

Figura 66: Serviço personalizado?



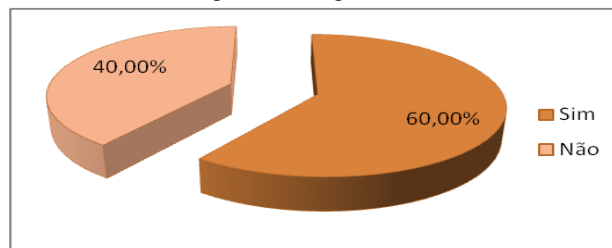
Uma outra conclusão positiva, na óptica do Hospital de Santa Maria do Algarve, é que 93,33% dos inquiridos, os quais anteriormente recorreram aos serviços do Hospital, recomendaria os amigos ou familiares a recorrer a Portugal, caso considerem efectuarem uma viagem ao nível do turismo médico.

Figura 67: Recomendaria o Turismo Médico em Portugal?



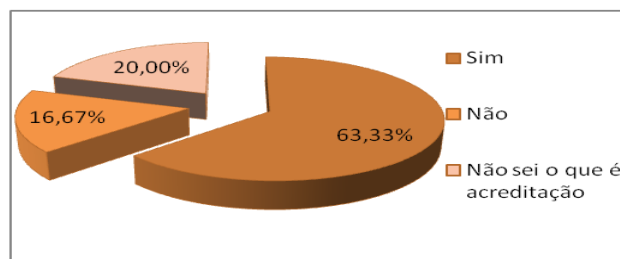
De salientar ainda que 60% dos inquiridos possuía seguro de saúde aquando da visita a Portugal de forma a beneficiar de assistência médica.

Figura 68: Seguro de saúde?



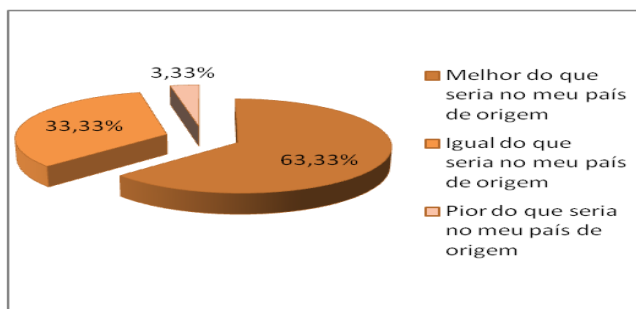
Estando o Hospital Privado de Santa Maria a finalizar o processo de acreditação, é importante perceber a importância dada pelos turistas de saúde ao facto de um Hospital ser acreditado: 63,33% considera ser relevante e 16,67% referiu não ser importante. Um dado curioso é que 20% dos inquiridos diz desconhecer o que é acreditação.

Figura 69: Importância da acreditação



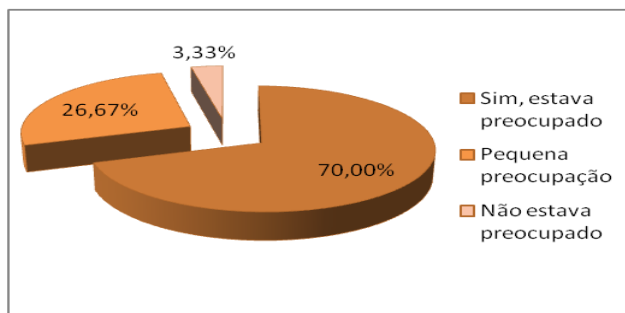
De forma a analisar a forma como os turistas inquiridos avaliam a experiência de saúde em Portugal: 63,33% considera que a experiência foi melhor comparativamente com o seu país de origem. Por seu turno, 33,33% considera que o nível seria equiparável ao que obteria no país de origem. Os restantes 3,33% consideram que no país de origem o nível de satisfação seria superior.

Figura 70: Como avalia a sua experiência em Portugal



Um aspecto frequentemente apresentado, por parte dos turistas de saúde, é o receio de complicações resultado de más práticas num país estrangeiro. De forma a analisar de que forma este aspecto causa preocupação aos turistas, foi introduzida uma questão específica no inquérito facultado: 70% dos inquiridos referiu estar preocupada, 26,67% salientou uma pequena preocupação e os restantes 3,33% não referiram sentir qualquer inquietação.

Figura 71: Receio de complicações fruto de más práticas num país estrangeiro



As informações recolhidas através dos inquéritos permitem conhecer em detalhe a forma como os turistas de saúde avaliam os serviços obtidos durante a sua estadia em Portugal, considerando diferentes aspectos. Por outro lado, os dados obtidos permitem conhecer a forma como os utentes procederam à reserva e quais os elementos principais na sua decisão em optar pelo turismo de saúde e pelos hospitais do Algarve em concreto. Os dados são ainda úteis para perceber se o utente viajou sozinho, o número médio de dias que permaneceu e que tipo de serviços adicionais solicitou. Todas estas informações permitem validar a estratégia levada a cabo pelo HPP Algarve na atracção de turistas e promoção de um serviço de excelência, por outro lado é uma forma para obter informações que permitem explorar novas oportunidades.

Capítulo VII: Conclusão

De forma introdutória, de salientar o reduzido material académico ao nível do turismo de saúde, por seu turno alguns dos dados referentes a este segmento específico necessitam de ser cuidadosamente seleccionados de forma a garantir a qualidade da informação. As duas situações descritas resultam do facto de ser um tema ainda relativamente recente e por isso pouco aprofundado, por outro lado, a falta de regulamentação e controlo é permeável à menor qualidade dos dados estatísticos existentes.

Ao longo das últimas décadas tem existido um contínuo aumento do número de turistas internacionais, processo este que resulta, de forma significativa, das inúmeras alterações introduzidas pela globalização. Este incremento traduz-se num número cada vez maior de segmentos de turistas, com características e preferências muito específicas. De salientar alguns aspectos com impacto directo no sector do turismo: por um lado o envelhecimento da população nos países ocidentais, em segundo lugar registou-se uma mudança generalizada na composição das famílias. De destacar ainda um aumento dos fluxos migratórios e, sobretudo ao longo da última década, uma maior preponderância dos países emergentes, sobretudo com a ascensão de uma classe média com poder de compra e elevado potencial para viajar.

Actualmente a Europa é o destino de 54% das viagens realizadas, em segundo surge a Ásia com 21% e em terceiro lugar os EUA com 15%. Por outro lado, sensivelmente 50% das receitas são criadas num número reduzido de dez destinos (os lugares cimeiros são ocupados pela França, Espanha e EUA). No que se refere aos mercados emissores, relevo para a Alemanha, EUA, Reino Unido, França e Japão. É igualmente importante mencionar o crescimento de alguns mercados emergentes (Rússia e República da Coreia) na lista dos principais mercados emissores. Focando a situação específica de Portugal, em 2008 posicionou-se na 25.^a posição do ranking mundial. No âmbito da procura turística para o destino Europa, Portugal tem uma quota de 2,3%, a qual se mantém estável desde 2007. As receitas do turismo nacional atingiram 7,4 mil milhões de euros. A balança comercial nacional tem sucessivamente um saldo negativo, apesar do contributo positivo da balança turística (7.440 milhões de euros, dados referentes a 2008).

A necessidade de segmentação do mercado resulta da constatação que a procura por bens ou serviços não é regular na população como um todo, na realidade existem minorias ou nichos específicos que apresentam um padrão de consumo focado em produtos ou serviços específicos. Um aspecto importante da segmentação visa identificar grupos específicos no seio do vasto universo da população, caso não seja estudada será considerada indiferenciada. O turismo caracteriza-se pela existência de múltiplos segmentos, como tal é premente efectuar processos de segmentação detalhados. Um processo de segmentação adaptado permitirá determinar com maior exactidão os serviços que devem ser colocados à disposição, de forma a satisfazer na íntegra as necessidades específicas desse grupo.

É sempre relevante salientar que o turismo de saúde, engloba dois segmentos específicos: o turismo médico e o turismo de bem-estar. O primeiro diz respeito à opção em viajar com o intuito de beneficiar de cuidados de saúde ou realizar uma cirurgia. Por seu turno, o segundo prende-se com a opção em viajar com o intuito de promoção da saúde mas de uma forma preventiva, a nível físico, psicológico e espiritual.

Relativamente ao turismo de bem-estar, apesar da preponderância moderna fazer sugerir que é um conceito ainda relativamente recente, na realidade algumas práticas datam de 5.000 anos antes de Cristo. Em termos recentes, na década de setenta já se tinha desenvolvido uma indústria sólida relativamente a este segmento. Apesar do conceito do turismo de bem-estar ser facilmente perceptível é, no entanto, menos concreto na sua aplicação prática uma vez que o bem-estar não deriva exclusivamente das meras questões físicas, existe ainda uma dimensão espiritual, psicológica e holística em forma de complemento. O crescimento do turismo de bem-estar continuará a registar-se a um ritmo elevado e são múltiplos os factores que sustentam essa tendência. Por um lado, o envelhecimento da população, por outro, os consumidores orientam as suas procuras de consumo para serviços com maior “custo efectividade”, que visam prevenir casos de doença. A saúde preventiva de forma progressiva vai ganhando maior preponderância face à filosofia tradicional sustentada no tratamento.

Um exemplo de vitalidade ao nível do turismo de saúde é a Suíça, sendo um exemplo das melhores práticas, com uma estratégia global, promovendo a criatividade e a inovação, realçando aspectos locais da cultura e impondo padrões de alta qualidade. O “bem-estar” é considerado um dos principais recursos da Suíça em termos de turismo.

Em Portugal, uma das formas mais antigas de turismo de bem-estar é o termalismo. Actualmente os turistas termais em Portugal são sobretudo idosos que optam pelas termas numa vertente de recuperação. No entanto é fundamental uma reforma da estratégia existente, nomeadamente é necessário dar maior ênfase ao conceito do turismo de bem-estar, à semelhança da estratégia levada a cabo pelo sector termal alemão. O modelo termal nacional necessita de assentar na promoção da saúde numa óptica de prevenção, nomeadamente dirigir a procura para novos produtos e serviços no domínio do turismo de saúde. Em termos concretos, deverá existir um alargamento da oferta dos centros termais para três componentes complementares: boa forma física, beleza e bem-estar. Por outro lado, deverá existir um aumento dos programas de estadias mais curtas. É ainda fundamental dedicar um maior cuidado à hotelaria, nomeadamente ter hotéis mais bem equipados. Finalmente, são necessárias mais duas alterações, por um lado um acompanhamento médico e terapêutico mais amplo e, de forma complementar, existir uma substituição da componente doença pelo termo saúde. De forma sumária, nas termas mais clássicas, com especialização a nível médico, os programas de saúde e bem-estar surgem como um complemento à cura específica.

Em termos de turismo médico, a grande generalidade dos países activos procura captar os turistas mediante preços mais competitivos, existindo uma oferta transversal relativamente uniforme entre todos (com especial destaque para tratamentos e cirurgias de estética). No entanto, alguns países de forma a não focar exclusivamente a componente preço, implementaram estratégias para tornar algumas das suas unidades de saúde em centros de referência em especialidades de maior complexidade, sobretudo onde se prevê um considerável procura no futuro (de salientar oncologia, neurocirurgia e cardiologia). Um exemplo actual de sucesso de referência hospitalar é Israel ao nível dos tratamentos de fertilidade. Este processo de especialização dificilmente conseguirá ser alcançado com sucesso se não existir uma cooperação a vários níveis em termos internos de um determinado país, sobretudo de aproximação do

sector secundário e terciário ao nível da saúde, cooperação entre as diferentes unidades privadas e públicas, nomeadamente em termos de promoção internacional, por seu turno é necessário implementar uma estratégia de proximidade com outras instituições com preponderância no segmento turismo médico mas de uma forma indirecta (caso das companhias de aviação, hotelaria, aeroportos...). De realçar ainda o dinamismo do turismo médico nas especialidades com elevadas disparidades internacionais em termos de regulamentação, de salientar as células estaminais e transplantes.

Apesar do incremento do segmento do turismo médico, existem no entanto alguns riscos que condicionam uma crescimento mais acentuado, nomeadamente a existência de diferentes padrões de prática clínica (quer dos hospitais quer em termos de procedimentos médicos). Cada país tem características próprias, por exemplo em termos de licenciamento e certificação. Uma forma de controlar alguns riscos é optar por hospitais acreditados internacionalmente e com médicos legalmente licenciados. Os turistas médicos costumam enumerar mais riscos, no entanto do lado da oferta existe uma preocupação permanente em encontrar soluções que permitem diminuir os receios demonstrados pelos utentes internacionais. Uma evolução recente é a existência de representações directas ou através de parcerias nos países de origem, existindo dessa forma um maior cuidado na preparação da viagem e no processo posterior ao regresso a casa.

Um elemento primordial no incentivo à opção pelo turismo de médico são as seguradoras que procuram minimizar os custos com os serviços de saúde dos seus clientes mas mantendo os níveis de qualidade. Por outro lado, focando exclusivamente a situação europeia, a directiva 2011/24 de 9 de Março do Parlamento Europeu referente à circulação de doentes no espaço Europeu, foi recentemente introduzida e irá incrementar o fluxo internacional de turistas médicos. De acordo com esta directiva, o prazo limite de espera, após ser agendada uma cirurgia ao paciente, é de seis meses. Ultrapassado esse prazo o doente terá direito a um cheque cirurgia para recorrer a uma unidade privada. Se mesmo assim não for encontrada resposta, a cirurgia pode ser feita em qualquer Estado membro a partir de 2013. O Estado reembolsará o utente até ao limite do valor dos actos médicos praticados no país de origem.

De forma a conhecer mais em detalhe uma instituição nacional activa no segmento do turismo médico, realizou-se um estudo de caso ao grupo HPP Saúde, sendo este grupo uma referência no sector da saúde em Portugal, contando com mais de 2.000 profissionais de saúde e tem em funcionamento 6 unidades hospitalares a nível nacional.

Numa análise mais específica ao HPP Algarve, como parte integrante do HPP Saúde, de salientar que este departamento regional gere três unidades de saúde (o Hospital Santa Maria de Faro, o Hospital de São Gonçalo de Lagos e a clínica de Portimão). No ano de 2010, a procura total foi de 346 turistas de saúde. Este ano, resultado do abrandamento económico em grande parte dos países europeus, tem-se registado algum decréscimo da procura. De salientar uma quebra ao nível da procura directa, no entanto os esforços de parceria, nomeadamente a procura canalizada através das companhias de seguro europeias (sobretudo da Alemanha) registou um aumento que permite encarar o futuro com bastante optimismo. Um outro

esforço do grupo é incrementar a promoção dos serviços do HPP Algarve junto dos médicos de clínica geral no Reino Unido.

Os turistas são originários sobretudo do Reino Unido, no entanto ao nível dos tratamentos de ortopedia de salientar a procura proveniente da Alemanha. De referir ainda mais alguns mercados com especial interesse por parte do grupo em explorar: o mercado nórdico (já com um vasto histórico de ligação aos hospitais do grupo HPP Algarve), a Rússia (apesar das especificidades próprias deste mercado e o facto da ligação aérea ser a partir de Lisboa), o Canadá (mediante a existência de um voo semanal directo), os Países de Língua Oficial Portuguesa e, ainda, toda a vasta diáspora de emigrantes e luso-descendentes em diversos países (sobretudo procurando beneficiar das sinergias resultantes da situação do grupo HPP Saúde ser parte integrante da Caixa Geral de Depósitos).

De salientar a elevada predominância da procura por tratamento de estética, mais especificamente no ano de 2010: 11% de aumento do peito, 8% abdominoplastia, 6% blefaroplastia e lipoaspiração, 5% redução mamária e lifting facial. Por seu turno, ao nível da ortopedia esta especialidade representou 10% da procura global de turistas de saúde, sensivelmente o mesmo número de casos de prótese do joelho e de prótese da anca. Como salienta o administrador do HPP Algarve, o Dr. Paulo Jorge Neves, é importante transformar as unidades hospitalares do grupo em centros de referência, passando dessa forma a conter elementos distintivos que permitem beneficiar de uma procura mais focada nos serviços (desempenho e reputação) e menos no factor preço.

De forma a conhecer mais em detalhe o lado da procura foi preparado um inquérito e enviado para o Reino Unido, para todos os pacientes que no ano de 2010 se deslocaram às unidades hospitalares do HPP Algarve. Foram enviados 346 inquéritos e recepcionados 30. De salientar as principais conclusões, 36,67% dos inquiridos salientou que a opção em viajar para o estrangeiro com o intuito de beneficiar de cuidados médicos, foi inicialmente despoletada por um médico no seu país de origem (o que reforça a estratégia do grupo de aproximação aos médicos de clínica geral no Reino Unido). De forma a aferir a percepção dos utentes relativamente a diversos serviços usufruídos durante a sua experiência em Portugal, através do inquérito foi solicitada a avaliação (de 1, mau, a 10, bom) aos seguintes elementos: hotel, hospital, médicos, enfermeiros, auxiliares, rececionista e telefonista. De forma geral, todos os aspectos avaliados obtiveram uma avaliação média superior a 7. De salientar o especial relevo para a avaliação efectuada ao hospital (após execução dos serviços de saúde solicitados): com um resultado médio de 8,6. Uma outra conclusão positiva, na óptica do Hospital Algarve, é que 93,33% dos inquiridos, os quais anteriormente recorreram aos serviços do Hospital, recomendaria os amigos ou familiares a recorrer a Portugal, caso considerem efectuarem uma viagem ao nível do turismo médico.

A justaposição de “Turismo” e “Saúde”, na realidade muitas das vezes não acontece, isto porque a prestação de um serviço médico mais exigente no estrangeiro, obrigará em muitos dos casos a um período de convalescença e recuperação. Esta necessidade impedirá o usufruto de actividades lúdicas que o “turismo”, na sua concepção mais pura considera. Só em pequenos tratamentos a conjugação de ambos os

termos é exequível na prática. No entanto, um aspecto a realçar após a realização do estudo, é a necessidade de fortalecimento da cooperação entre o turismo médico e o turismo de bem-estar, nomeadamente numa fase pós-operatório e de recuperação. Este complemento é aplicável em dois casos distintos, por um lado se o utente solicitar um tratamento ou uma cirurgia de estética é imediatamente perceptível a sua preocupação com os cuidados com o corpo e de beleza, por isso a lógica de prolongamento do tratamento, numa fase pós-operatório, num centro de bem-estar e de gestão do envelhecimento poderá ser uma opção válida. Por outro lado, no caso de uma intervenção cirúrgica em ortopedia, de salientar que é uma especialidade com bastante procura nas unidades hospitalares nacionais em termos de turismo médico, o período de convalescença e recuperação poderá ser realizado num centro de bem-estar próximo da unidade hospitalar. As unidades de bem-estar devem primar pela excelência dos serviços e comodidade, com base numa abordagem médica integrada e num diagnóstico detalhado, onde nenhum factor é deixado ao acaso (nomeadamente: cuidados de alimentação e genética, promoção da actividade física e controlo do stress e poluição).

Bibliografia

- Adam, L. A. (1980) "Delphi forecasting: future issues in grievance arbitration. Technological Forecasting and Social Change".(Vol. 18, Nº. 2, pp. 161-173. New York)*
- Aibéo, M., 2007., "Modelação da escolha de destinos turísticos: uma análise de posicionamento", (Universidade de Aveiro)*
- Ardell, D. (1986) High Level Wellness. (Berkley)*
- Associação das Termas de Portugal (1999) Boletim Informativo da ATP. Nº 1. Novembro. Lisboa.*
- Associação das Termas de Portugal (2000) Boletim Informativo da ATP. Nº 2. Maio. Lisboa.*
- Associação das Termas de Portugal (2001) Boletim Informativo da ATP. Nº 3. Janeiro. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2001) Boletim Informativo da ATP. Nº 4. Abril. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2001) Boletim Informativo da ATP. Nº 5. Agosto. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2001) Boletim Informativo da ATP. Nº 6. Outubro. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2001) Boletim Informativo da ATP. Nº 7. Dezembro. Lisb*
- Associação das Termas de Portugal (2002) Boletim Informativo da ATP. Nº 8. Agosto. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2003) Boletim da ATP. Nº 9. Maio. Lisboa*
- Associação das Termas de Portugal (2005) Revista da ATP. Termas de Portugal. Março / Abril. Lisboa.*
- Bank, J., 1998. Qualidade Total – Manual de Gestão (Edições Cetop, Mem Martins).*
- Barros, Pedro Pita, 2009, "Economia da saúde : conceitos e comportamentos", (Almedia. Nº 2., 2009)*
- Bloom, J. , 2008, "Market segmentation", (University of Stellenbosch, South Africa)*
- Boisville, G. (2002) Le Marché du Bien-être et de la Remise en Forme avec l'eau. Ed. par AFIT. Paris.*
- Boiville, G. et Augé, P. J., (2001) Le thermalisme sauvé par la remise en forme ? Eau, Santé et bienêtre,*

du tourisme aux loisirs. Les Cahiers Espaces, N° 72. Décembre. Paris.

Carvão, S., 2009, “Tendências do turismo internacional”, (Organização Mundial do Turismo)

Cercos, B. (2000) *La Recherche en Tourisme, in Actes du Colloque de Foix, pp.166-172. Éditions J. Lanore.*

Coutinho C.C. (2000) *Que Termalismo ? Boletim Informativo da Associação das Termas de Portugal, Editorial. N° 3. Lisboa*

Dibb, S. , “Market segmentation: strategies for success” *Senior Lecturer in Marketing, Marketing and Strategic Management Group, Warwick Business School, University of Warwick, Coventry, UK*

Deloitte, 2009, “Medical tourism: Update and implications Produced” (Deloitte Center for Health Solutions)

Dunn, H. L. (1959 b) “What high-level wellness means”. *In Canadian Journal of Public Health, 50, pp. 447-457.*

Dunn, H. L. (1961) “High Level Wellness”. Arlington.

Ébrard, G. (1981) “Le Thermalisme en France, situation actuelle et perspectives d’avenir ». *La Documentation française. Paris.*

Ébrard, G. (1995) “Éléments pour une politique du thermalisme en France. *In Les Cahiers Espaces”, 43, Tourisme de Santé – thermalisme et thalassothérapie, pp. 20-27. Paris.*

Ebrard, Guy (1981) “Le Thermalisme en France, situation actuelle et perspectives d’avenir ». *La Documentation française. Paris.*

Ebrard, Guy (1995) “Éléments pour une politique du thermalisme en France ». *Extraits du rapport de la Mission thermalisme, remis à madame Simone Veil, ministre d’État, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Les Cahiers Espaces, N° 43, Octobre 1995: Paris.*

Eurobarometer European, 2007 , “Cross-border health services in the EU” (Commission The Gallup Organization)

Woodward and Seaton, 2007, “Handbook on tourism market segmentation: maximizing marketing effectiveness”, (European Travel Commission -University of Bedfordshire)

European Commission, 2008, "Opening the door to better healthcare across Europe", Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare (European Commission)

Fazenda, N., 2009, , "Agenda Regional de Turismo: Programa de Acção de Enfoque" (Porto)

Francon, F., (1947) "Le premier Congrès International du thermalisme social". Nr. 84, pp.226-231. Aixles-Bains.

Herrick, Devon (2008) "Medical Tourism: Global Competition in Health Care", (University of Texas)

Heunf, Kucukusta and Song, 2009, "Medical tourism: An assessment of the barriers" (Tourism Management, October 2009)

Joint Commission, 2007. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH) (Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations,

Maslow, A. , 1954, " Motivation and personality" (Brandeis University)

Mugomba & Caballero Danell, 2007, " Medical tourism and it entrepreneurial opportunities: a conceptual Framework for entry into the industry", (Goteborg University)

Mueller, H. and Kaufmann, E., 2005, " Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry", (University of Berne)

Munhall, P. & Boyd, C. O. (1993) "Revisioning Phenomenology, nursing and health science research". National League for Nursing (New York)

Organização Mundial de Turismo, UNWTO, 2007, " Tourism highlights 2007" (Madrid)

Organização Mundial de Turismo, UNWTO, 2007, "World tourism barometer" (Madrid)

Organização Mundial de Turismo, UNWTO, 2006, ."Tourism market trends, world overview and topics" (Madrid)

Plog, S., 2006 , "Why destination areas rise and fall in Popularity", (Cornell Hotel and Restaurant admistration quarterly)

- Ramos, Adília, 2005, “O Termalismo em Portugal: Dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística”, (Universidade de Aveiro)
- Santos, M. and Passos, S., 2010, “Centros de referência” (Universidade de Aveiro)
- Sarah, Yad, 2010, “ Healthcare in Israel: Healthcare in Israel” (BOOKs LLC, Breinigsville- USA)
- Schumpeter, Joseph, 1911, “Teoria do desenvolvimento económico” (1911)
- Smith, M. and Kelly, C., 2006, , “Wellness Tourism”, *Tourism recreation Research Vol. 31 (1)*, 2006
- Smith, P.C. and D. Forgione. 2009. “The Development of Certificate of Need Legislation” (*Journal of Health Care Finance*)
- Turismo de Portugal, 2007, “10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal”, (Secretaria de Estado do Turismo 2007)
- The Economist*, February 7th 2010
- Turismo de Portugal, 2008, “O Turismo em 2008 Turismo de Portugal” (Secretaria de Estado do Turismo 2007)
- Ye, Yuen, Qiu and Zhang and Song, 2008 , “Medical tourism development in Hong Kong” (*Tourism Management* October 2008)
- Youngman, I., 2010, “Medical Tourism Facts and Figures 2010”, (independent report)

Endereços electrónicos:

Agência Portuguesa do ambiente: <http://www.iambiente.pt>

Associação de termas de Portugal: <http://www.termasdeportugal.pt>

France Thermale: <http://www.france-thermale.org>

HPP Saúde: <http://www.hppsaude.pt>

Journal PMed: <http://pt.scribd.com/doc/49710085/journal-pmed-1000414-1>

Medical Tourism Association: <http://www.medicaltourismassociation.com>

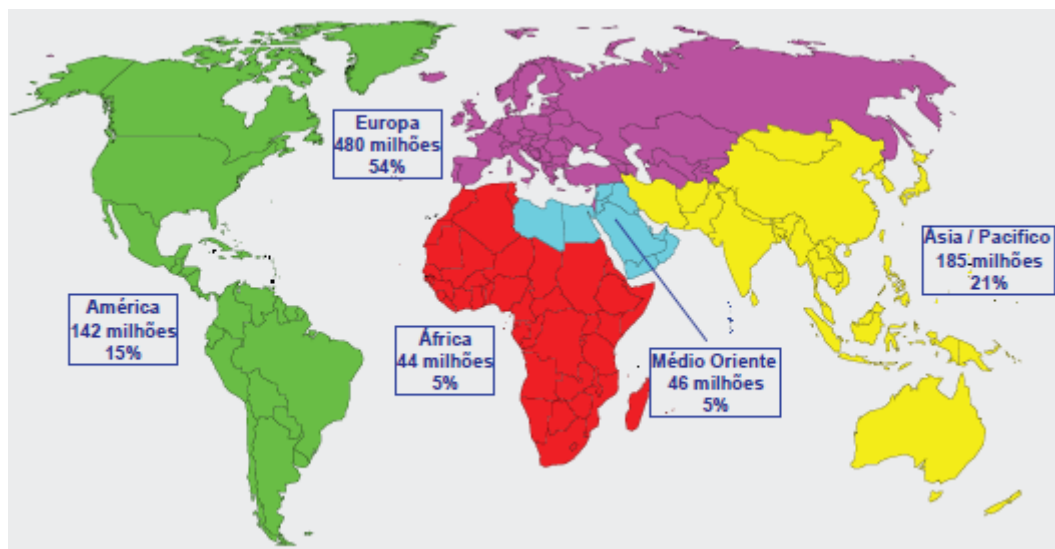
The economist: <http://www.economist.com/>

Treatment abroad: <http://www.treatmentabroad.com>

Turismo de Portugal: <http://www.turismodeportugal.pt>

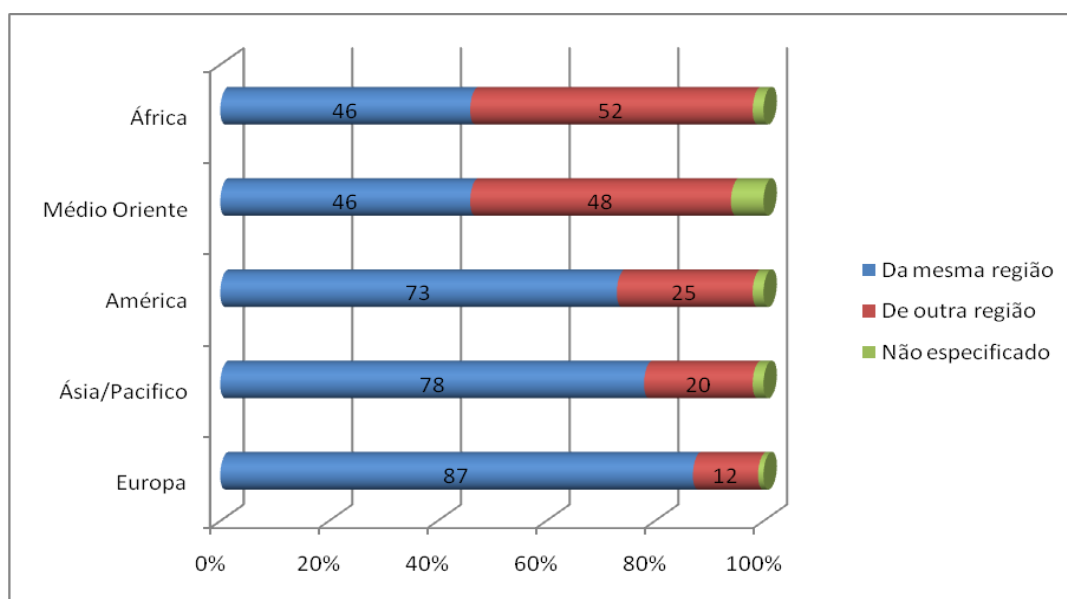
Anexos

Anexo A1: Distribuição Regional em 2007



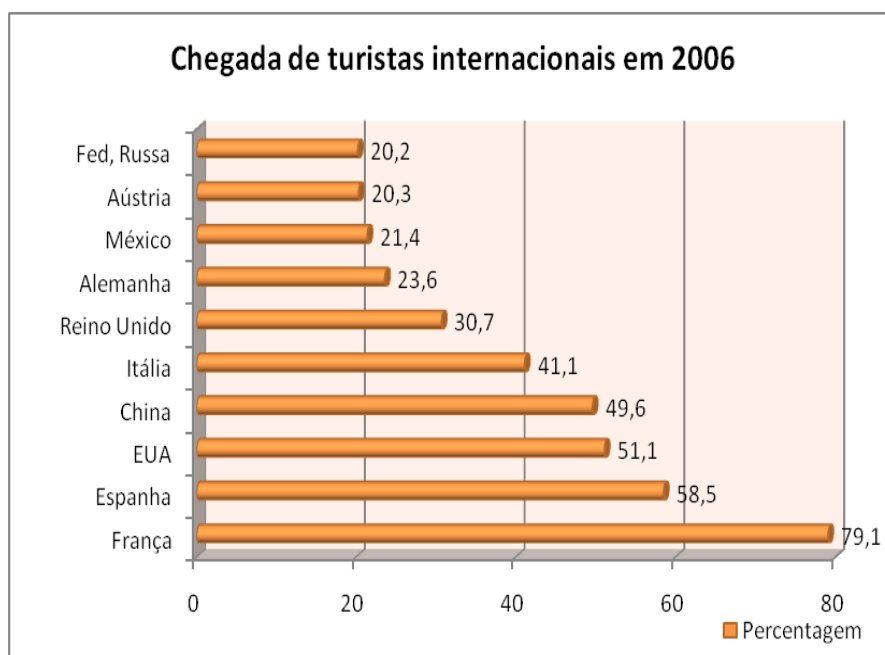
Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2008

Anexo A2: Origem do turismo internacional

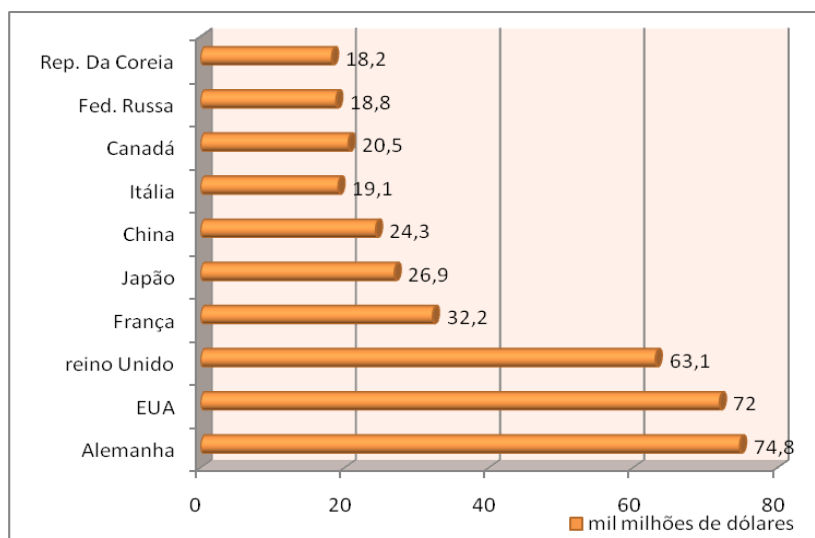


Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008

Anexo A3: Principais destinos mundiais. Fonte: *Organização Mundial de Turismo, 2008.*



Anexo A4: Principais mercados emissores: Gastos em turismo internacional em 2006



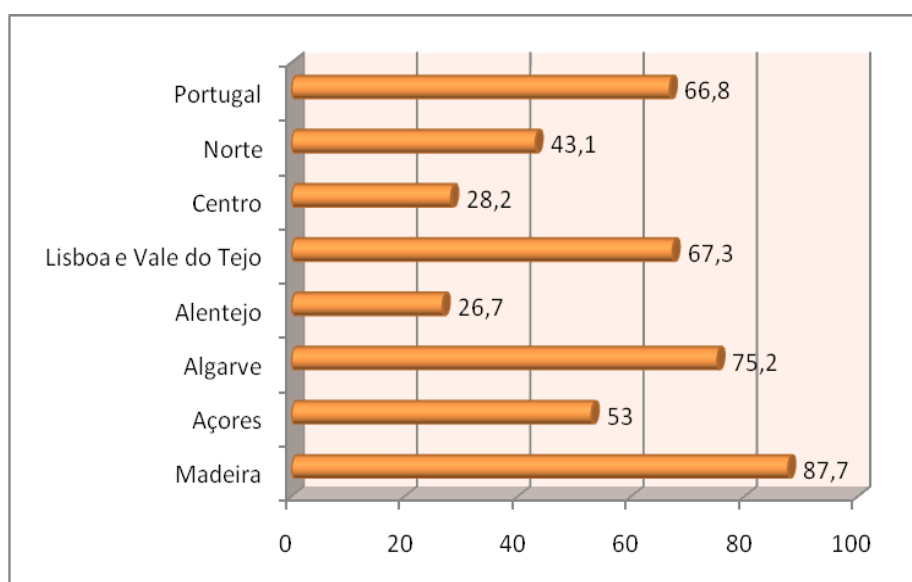
Fonte: *Organização Mundial de Turismo, 2008.*

Anexo A5: Principais destinos mundiais em 2020

	País	Turistas (milhões)	Crescimento (%)
1	China	130	7,8
2	França	106	2,3
3	EUA	102	3,5
4	Espanha	74	2,6
5	Hong Kong (China)	57	7,1
6	Reino Unido	54	2,1
7	Itália	52	3,4
8	México	49	3,6
9	Fed. Russa	48	6,8
10	Rep. Checa	44	4

Fonte: Organização Mundial de Turismo, 2008.

Anexo A6: Representatividade da procura externa por Áreas Regionais de Turismo e Regiões autónomas em 2008



Fonte: Turismo de Portugal, 2008

Anexo A7: Inquérito/ Patient Survey

Personal information:

Sex: M F ; Age:

Nationality: _____; Profession: _____.

1) How did you find out about medical tourism (travelling internationally for medical care)?

Internet

Travel Agency

Friend

Newspaper or Newsletter. Which one? _____

Other

2) How did you research your information for medical tourism on country destinations and hospitals?

Internet

Travel Agency

Friend

Other

3) What type of procedure did you travel for?

Cosmetic

Other. Which one? _____

4) Did you travel alone or with a companion?

Alone

Companion

5) How many days did you stay?

days

6) Did you or your companion do any tourism such as sightseeing, shopping, eating dinner or a lunch out of the hospital or hotel or enjoying the local culture?

Yes

No

7) How would you rate the following services/items?

- Hotel:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Hospital (before travelling, for instances preparing the trip and the communication with your local doctor):
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- How did you know about Sta Maria’s Private Hospital of Faro?

A doctor’s suggestion

A relative/ friend’s recommendation

Advertising

Internet

Other. Which one? _____

- Hospital (during your stay):
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Doctors:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Nurses:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Auxiliary technicians:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Receptionists:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)
- Telephonists:
(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)

•Indicate your satisfaction level concerning:

Dissatisfied
Little satisfied
Satisfied
Very satisfied

Waiting time:
Service quality/Price relation:

•What's your opinion about Sta Maria's Hospital?

Dissatisfied Little satisfied Satisfied Very satisfied

•In relation to other private hospitals Sta Maria is:

Better Similar Worse No opinion

• Would you recommend Sta Maria's hospital to your friends or relatives?

Yes No

•What pleased you most about Sta. Maria's Hospital?

•What pleased you least about Sta. Maria's Hospital?

•What do you think about the Portuguese Health System?

(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)

•What you thing about Portugal?

(Bad- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Good)

8) Did you use a medical tourism facilitator or travel agency (a company that was an intermediary and helped coordinate your care)?

Yes

No

9) How helpful did you find the medical tourism facilitator or travel agency?

Extremely Helpful

Helpful

Somewhat helpful

Not helpful

Not Applicable

10) Would you recommend a future patient to use a medical tourism facilitator or travel agency?

Yes

Maybe

No

Not applicable

11) Was there a language barrier or communication problem at the hospital?

Not at all

Occasional problems, but did not significantly affect my experience

Yes, significantly affected my experience

12) Did you feel safe overseas?

Very safe

Safe

No

13) Do you feel the service you received was more personalized than in your own country?

Yes

No

14) Would you recommend a friend, relative or acquaintance to travel to Portugal for medical care?

Yes

No

Maybe

15) Would you travel internationally again for medical care?

Yes

No

Maybe

16) Did you have health insurance when you traveled internationally for medical care?

Yes

No

17) Did hospital accreditation play a role in your choice to travel internationally?

Yes

No

I do not know what accreditation means

18) Do you feel your overall medical experience was?

Better than it would have been in my country

Equal to it would have been in my country

Worse than it would have been in my country

19) Were you concerned about medical malpractice and the possibility of having to sue in a foreign country in the event of an adverse result?

Yes, I was concerned

It was a small concern

No, I was not concerned at all

Give some useful suggestions to improve the quality of our services:

Data ____/____/____

Thank you for your collaboration!

