



CICS/ENSP/FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

Turismo Medicalizado: um Epifenómeno ou a Consolidação de uma Nova Geografia dos Cuidados de Saúde?

PAULO NUNO NOSSA, MARIA JOSÉ CALDEIRA

Depart.º Geografia da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra/CECS/CEGOT

paulonnoessa@gmail.com; boavida@geografia.uminho.pt

Resumo:

A prestação de cuidados de saúde nas sociedades desenvolvidas enfrenta um conjunto de alterações significativas com impacte nas dimensões de acesso. Políticas de saúde que não se posicionaram pela constituição de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de matriz europeia, ou mesmo a degradação de direitos e coberturas dos SNS ocorrida nos últimos 20 anos, por acção de políticas liberais ou pelo aumento significativo da procura, contribuíram para ampliar um mercado de cuidados de saúde externo, orientado para indivíduos/famílias com poder de compra médio e elevado que associam práticas de lazer à aquisição de cuidados de saúde. Neste contexto, os principais temas de reflexão desta comunicação centram-se na discussão e evolução do conceito e do(s) sistema(s) de saúde, na análise da consolidação de um mercado de *turismo medicalizado*, assim como no estudo dos factores determinantes da oferta e da procura, tentando perceber se poderemos estar perante uma nova geografia da prestação de cuidados de saúde.

Palavras-chave:

Turismo medicalizado, *healthism*, políticas de saúde, políticas liberais.

Abstract:

The health care system in developed societies is facing a series of significant changes with an impact on several dimensions, starting on the access to health care services. Health policies that don't follow the European model, based on a National Health Service (NHS), or the degradation of the NHS rights and coverage in the last 20 years, mostly due to liberal policies and by the significant increase in demand, contributed to the growth of an external market of health care services, which frequently combines leisure and healthcare acquisition, targeting mainly individuals/families with medium and high incomes. In this context, the main themes of reflection in this paper focus on the discussion and evolution of the health care practices and systems, the analysis of the consolidation of the medical tourism market and the study of the main determinants of supply and demand, trying to understand if we may be looking at a new geography of health care services.

Keywords:

Medical tourism, *healthism*, health policies, liberal policies.

Introdução

Presentemente observa-se em diversos contextos um crescente debate sobre o conceito holístico de saúde, o seu significado bem como a pertinência de uma presença transversal do conceito de saúde nas diversas políticas, tal como foi reiterado na 8ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde (2013). O actual debate acompanha uma necessidade imperiosa de se reflectir sobre o papel que os Estados desempenham enquanto prestadores de cuidados de saúde, particularmente na Europa, onde a matriz de um Estado-providência emergiu após a II Guerra Mundial e fortaleceu-se até ao final da década de 70 do século XX¹, materializada em diversos países pelo que habitualmente se designa por Serviço Nacional de Saúde (SNS) que, enquanto instituição pública gerida pelo Estado(s), genericamente medeia a relação entre os doentes e quem os trata, cujos custos dessa prestação têm permanecido tendencialmente gratuitos. Tal como sublinha Giddens (2007), analisando a mutação de conceitos, o Estado-providência, à data em que foi concebido pelos seus fundadores, visava, sobretudo, constituir um sistema de segurança ou de gestão de riscos, e daí o uso da definição mais restrita de «providência». Mas a sociedade pós-industrial é caracterizada por níveis de individualismo mais elevados e por uma maior diversidade de estilos de vida, pelo que deveríamos, defende Giddens, começar a entender «providência» mais como bem-estar, ou como a busca positiva de objectivos de vida – uma mudança de uma gestão de riscos protectora para um bem-estar positivo como veremos adiante (Giddens, 2007; pp. 124-127).

Ainda que com diferentes níveis de extensão e consolidação, o papel do Estado, enquanto prestador de cuidados de saúde, tem vindo a ser discutido e questionado, quer por influência de conceitos (neo)liberais, quer pela dificuldade em manter os financiamentos necessários para assegurar tais cuidados de saúde. Parece haver uma aparente legitimidade para o agendamento político desta discussão que encerra motivações diversas: 1. Cenários de crise financeira com consequente enfraquecimento de recursos; 2. Consolidação do envelhecimento demográfico²; 3. Constante aumento do custo da inovação biomédica; 4. Crescentes expectativas que as populações mais ricas tendem a ter em relação à procura de cuidados de saúde (Barros, 2013).

No contexto europeu, mesmo em Estados que consagraram de uma forma mais efectiva a sua responsabilidade na provisão de cuidados de saúde, o universo de prestadores vai para além do SNS e é repartido com companhias seguradoras bem como com diversos subsistemas de saúde de base profissional sendo que, em muitos casos, o Estado surge como entidade adquirente de bens e serviços prestados por entidades privadas.

Para além do contexto europeu, existe um conjunto de países que orientou a sua responsabilidade no campo da prestação dos cuidados de saúde de forma diversa, assumindo

¹ Recordamos que na Europa, a década de 80 é marcada por um de sucessivo enfraquecimento das funções do Estado, através da adopção de políticas de feição neoliberal, dais quais os governos liderados por Margaret Thatcher são exemplo (1979-1990 – “Thatcherismo”), ao produzirem uma vaga de privatizações no sector público, sublinhando em simultâneo a importância de promover a economia de empresa e a responsabilidade individual em detrimento de serviços fornecidos pelo sector público, incluindo a degradação dos apoios sociais e os pagamentos do Estado-providência.

² P. Barros (2013) defende que, ao contrário do que é comumente mencionado, o envelhecimento demográfico não constitui o principal factor de crescimento das despesas de saúde em Portugal. A existência de um maior número de idosos cria desafios para o SNS mas não uma pressão desmesurada sobre a despesa: “A composição dos cuidados de saúde a prestar a uma população envelhecida é diferente, mas não necessariamente cuidados de saúde mais caros.” (Barros, 2013:33-34).

um registo de prestação minimalista, consignando a responsabilidade dessa prestação através regimes de co-pagamento, ou impondo a obrigação de quotização profissional, entregando a entidades privadas, habitualmente seguradoras, a prestação de cuidados de saúde mediante contratualização entre as partes.

A alteração do perfil epidemiológico dominante nas sociedades desenvolvidas, com predomínio de patologias crónico-degenerativas, e os crescentes custos que lhe estão associados, abriu espaço para que na agenda política fosse reclamada maior responsabilidade dos sujeitos na manutenção da sua saúde, a par da crescente tendência dos indivíduos e das famílias ampliarem a sua cota de participação nos gastos em saúde.

Deste modo, num quadro de crescente globalização de bens e serviços, a prestação de cuidados de saúde impõe um mercado tendencialmente globalizado, observando-se uma crescente diferenciação e alargamento de prestadores, quer em termos de tipologia de regime de serviços quer em termos de localização geográfica, conjugando propensões supramencionadas: responsabilização individual na manutenção da saúde, tendencial diminuição de serviços prestados pelos SNS, crescente abertura de prestadores liberais para que dentro ou fora das fronteiras dos Estados possam satisfazer compromissos contratualizados, procurando os melhores preços a par de garantias técnicas previstas pelo “estado da arte”.

Assim, para além de analisarmos o conceito de *healthism*, associado ao papel que os sujeitos devem ter, do ponto de vista moral e comportamental, na manutenção da sua saúde, propomo-nos abordar o enquadramento de prestação de cuidados de saúde fora dos territórios nacionais, examinado o conceito de *turismo medicalizado*, seja este impulsionado por entidades seguradoras, seja num regime de contratualização pelos Estados, adquirindo no exterior serviços cuja relação de custo lhes é mais favorável.

1. A evolução do conceito de saúde e a responsabilidade individual e moral dos sujeitos – *Healthism*

As conquistas associadas à prestação do SNS, quer em termos de universalização do acesso quer em termos de ganhos em saúde são absolutamente consensuais. Para além da gestão da doença, as estratégias preventivas ganharam espaço na agenda da saúde, particularmente no final dos anos 80, passando a promoção da saúde a assumir uma importância cimeira enquanto estratégia para o suporte de novas políticas de saúde pública, mais participadas, orientadas para a alteração de estilos de vida e prevenção de riscos ambientais (Serapioni & Matos, 2013). Nas sociedades ocidentais, a consolidação da transição epidemiológica, marcada pelo predomínio das patologias crónico-degenerativas e pelo aumento exponencial das patologias psico-comportamentais, salientou novas prioridades na produção e reprodução do conhecimento, transferindo, como vimos, a ênfase da doença para a promoção da saúde, da hospitalização e institucionalização do doente para a inserção na comunidade, da cura para a prevenção, do paciente para a pessoa (Nettleton, 1995).

Na reunião de Ottawa (1986) dedicada à *Promoção da Saúde*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizou a necessidade de se conceber a saúde como um *direito fundamental* e um *recurso para a vida diária*, cuja sustentação não depende exclusivamente de aptidões físicas

mas da conjugação de recursos sociais e económicos. A Carta de Ottawa revelou a existência de um entendimento institucional ao mais alto nível, orientado para a promoção da saúde de onde emergiram cinco linhas prioritárias de actuação:

- Estabelecer uma política pública saudável;
- Criar meios que apoiem a saúde;
- Fortalecer a acção comunitária para a saúde;
- Desenvolver habilidades pessoais para assegurar saúde;
- Reorientar a actuação dos serviços sanitários.

Passados dez anos, a Conferência Internacional de Jacarta (1997) confirma a prioridade e utilidade desta linha de actuação, focando a participação de indivíduos, grupos e comunidades, desde que adequadamente informados, treinados, dotados de recursos e capacitados – como uma importante estratégia para intervir nas determinantes da saúde (Serapioni & Matos, 2013:13). Simultaneamente, aprofunda-se a ideia de que a promoção da saúde não depende exclusivamente do sector da saúde, existindo a necessidade de uma partilha de responsabilidades a diversos níveis, num contexto multi-referencial, de modo a que se favoreça a existência de ambientes físicos e sociais de suporte, de acesso à informação, favorecendo o desenvolvimento de capacidades básicas e a oportunidade de optar por determinadas escolhas. Assistimos pois a uma alteração de paradigma, a saúde passa a incorporar, de forma progressiva, um conjunto de processos que sinalizam a necessidade de substituição de uma *atitude reactiva* aos episódios de doença, devendo privilegiar uma *atitude proactiva*, alargando protagonistas e conceitos, passando do indivíduo à comunidade da doença ao bem-estar:

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não podem ser assegurados de forma isolada pelo sector da saúde. Mais importante ainda, a promoção da saúde exige uma acção coordenada de todos os envolvidos: governos, organismos de saúde e outros sectores sociais e económicos, por organizações não governamentais e grupos de voluntários, pelas autoridades locais, pela indústria e pela mídia. Pessoas em todas as esferas da vida estão envolvidas como indivíduos, como famílias e como comunidades. Grupos profissionais e sociais, bem como a saúde têm grande responsabilidade para mediar interesses divergentes na sociedade para alcançar saúde (WHO, 1986).

Anteriormente, Lalonde (1974) no seu documento - *A new perspective on the health of Canadians*; tinha sublinhado a ideia de que o campo da saúde deveria envolver a biologia humana, o meio ambiente e os *estilos de vida*, bem como a organização dos cuidados de saúde. A principal mensagem de comunicação de Marc Lalonde era a de que a introdução de mudanças no ambiente (*foco estruturalista*) e no comportamento das pessoas (*foco do estilo de vida*) poderia reduzir significativamente a morbilidade e a morte prematura e, conseqüentemente, os custos directos e indirectos em saúde. Posteriormente, de um modo mais assertivo, modelos de governação de inspiração neoliberal, sublinharam e reforçaram de forma parcial e intencional a responsabilidade do domínio individual na manutenção de níveis de saúde, lançando as bases para um novo mercado de saúde privado, onde novos protagonistas – legitimadores da saúde, através de novos produtos/serviços, impõem e moldam as originais dinâmicas e concepções reguladoras da promoção da saúde (Gustavo, 2010: 54).

Embora se possa admitir que muitos dos estados mórbidos resultam de problemas comportamentais, foi bastante redutor admitir que, por si só, o acesso à informação, pelos

midia, por grupos de auto-ajuda, ou por canais de informação comercial, constituir-se-ia em panaceia suficiente para capacitar os indivíduos sobre a adequação das suas escolhas em saúde, ou que tal contexto constituía condição suficiente para alterar comportamentos de risco. Embora existam vantagens em produzir campanhas de informação/sensibilização assertivas quanto às consequências das escolhas dos sujeitos no que toca aos estilos de vida, importa também questionar até que ponto estas são escolhas que resultam de um contexto de livre escolha individual ou antes, são conformadas por um conjunto de determinantes sociais que condicionam e normalizam as opções dos sujeitos de modo directo ou indirecto. Crawford (1980) produziu um conjunto de reflexões e críticas sobre este quadro de exacerbada responsabilização individual e moral dos sujeitos no que toca a gestão da sua saúde e à prevenção de estados mórbidos que denominou por *healthism*, pressagiando que, ao se privilegiar desmesuradamente a responsabilidade individual, correr-se-ia o risco de se desinvestir em soluções colectivas orientadas para a redução de ameaças ambientais e ocupacionais em saúde: «Centrando-se sobre o indivíduo e não na sociedade em que o indivíduo vive, a medicina, a indústria de cuidados de saúde e os governos não conseguiram resolver as causas profundas da doença». Segundo Wright et al. (2006:708), subjacente à noção de *healthism* está o dever que o indivíduo tem de monitorizar o seu próprio bem-estar de forma contínua e consequente, ponderando e investindo em escolhas e práticas orientadas para a melhoria da sua saúde e para a prevenção da doença.

Todavia, embora se reconheçam fragilidades e limitações na responsabilização individual e moral dos sujeitos, quando observados como agentes singulares, responsáveis pela manutenção da sua saúde, de um modo progressivo os Estados têm endossado para a esfera individual uma cota parte de crescente responsabilidade neste domínio. Num quadro de desgaste do modelo de Estado-providência, aliado ao crescimento e desenvolvimento de uma indústria privada e holística da saúde, com a presença de “novos actores-mediadores” nos consumos de saúde e bem-estar, tem-se aberto espaço ao fortalecimento de uma vasta gama de opções de serviços, tidas como favorecedoras da saúde dos indivíduos, as quais podem e devem ser contratualizadas e pagas pelos sujeitos (Ramos da Silva, 2013).

2. Para a compreensão do Turismo Medicalizado

Tal como foi anteriormente mencionado, a década de 80 observou a emergência de novos conceitos associados à responsabilidade individual dos sujeitos para com a gestão da sua própria saúde. A par da doutrina da auto-responsabilização emergiram conceitos como *wellness* que Cunha (2006) sinaliza como resultado da combinação do conceito de wellbeing (bem-estar) e de *fitness* (aptidão física) proposta por Dunn (1961). Assim o conjunto de actividades desenvolvidas em contexto *wellness* teriam como objectivo assegurar uma concepção holística de saúde, destinada a manter o corpo e mente saudáveis, moldando e/ou reorientando estilos de vida, encarando o sujeito como um todo e não com a exclusiva preocupação de resolver a doença: «Um estado de equilíbrio do corpo, espírito e mente, alcançado através dos cuidados de

beleza, de nutrição saudável, do relaxamento e actividade mental» (Messereli et al.; 2004, apud Cunha, 2006).

Neste contexto, passamos a encontrar um conjunto de deslocações, aceites voluntariamente pelos sujeitos que não têm como principal objectivo o lazer ou o repouso, mas antes o restabelecimento dos níveis de saúde dos sujeitos, através de um conjunto de práticas observadas como preventivas e que acrescentam bem-estar, na crença de que o ser humano é uma unidade integral corpo-mente-espírito (Medeiros e Cavaco, 2008:35). Este conjunto de actividades e motivações materializa, no presente, um segmento de actividade turística denominada por *Turismo de Saúde e Bem-estar*, onde podem estar presentes uma multiplicidade de actores, orientados para a cura e restabelecimento, como foi e ainda é o tradicional recurso termal, ou mais orientado para o bem-estar, combinando lazer, relaxamento e actividades promotoras de saúde. Neste conceito de fronteiras instáveis, entre a motivação orientada para a obtenção de bem-estar e a obtenção de cura e melhoria do estado de saúde, encontramos um conjunto de pessoas que se disponibilizam a empreender uma deslocação para obterem activamente um conjunto de tratamentos médicos, seja para melhoria estética ou somática, podendo ou não estar associada a alguma forma de lazer ou de recreação no destino. Estes sujeitos, compreendem um conjunto crescente de pessoas que voluntariamente viajam para outro país no qual procuram cuidados de saúde mais acessíveis, quer do ponto de vista económico ou jurídico-legal, ou ainda cuidados de melhor qualidade. Connell (2013:2) reconhece que este tipo de movimento, comumente designado por *turismo médico* ou por *turismo medicalizado*, carece de uma definição consensual esclarecendo que esta designação emerge como um termo mais extenso (umbrella term), onde a motivação da viagem para outro país está ancorada na melhoria da saúde, envolvendo habitualmente procedimentos médicos, incluindo procedimentos invasivos, afastando-se de processos mais passivos de melhoria da condição de saúde associados ao turismo de bem-estar. Anteriormente Connell, 2006:1094) já se havia preocupado em acrescentar distinção entre o conceito de turismo médico e o conceito de turismo de saúde, sublinhando neste último a ausência total de práticas invasivas.

Assim, à crescente procura de serviços associados ao Turismo Médico, que globalmente pode envolver um mercado de 780 milhões de turistas, distribuídos por 96 países, estimando-se em 2012 um volume de negócios de US\$ 100 biliões³ (Yeoh, Othman & Ahmad, 2013), não é estranha a procura activa de mercados com prestadores de serviços que ofereçam melhores preços por acto médico praticado, a restrição de coberturas por parte dos Estados, processo de racionalização de procedimentos ou ainda restrições ético-legais nos países de origem para determinadas práticas médicas: transplantes, procriação medicamente assistida, aborto e cirurgia estética. Países europeus como a França, a Noruega ou a Suécia registam um número apreciável de necessidades não satisfeitas em saúde, envolvendo classes de rendimento médio ou médio-alto, em especialidades como a estomatologia, para além de listas de espera para determinado tipo de intervenções cirúrgicas [oftalmologia, ortopedia e cirurgia coronária] (OECD, 2011). Adicionalmente, existe evidência de que um crescente número de países, para além dos EUA, Brasil ou Canadá, tem uma percentagem crescente da sua população coberta por seguros de saúde, em regime de complementaridade ou suplementaridade, alargando, pelo

³ Alguns autores (Connell, 2013; Crooks et al., 2010) alertam para a incerteza da dimensão do TM mundial, sublinhando o excesso de optimismo e inadequação de registos não confirmados por fontes independentes.

menos de forma potencial o conjunto de possíveis “turistas/viajantes” por motivos de saúde. Uma revisão da literatura, permite-nos verificar que entre os principais países emissores de “pacientes/viajantes” da OCDE⁴ destacam-se a Alemanha (US\$ 1,5 mil milhões), os EUA (US\$660 milhões) e a Holanda (US\$ 618 milhões). Do lado dos países prestadores de cuidados no âmbito do Turismo Medicalizado, encontramos os EUA (US\$ 2,3 mil milhões), a República Checa (US\$ 418 milhões) e a Turquia (US\$ 409 milhões), para além da relevância de outros países prestadores (não OCDE) como a Índia, Israel, Singapura ou China (Runnels & Carrera, 2012).

Naturalmente, importa compreender quais os principais factores dinamizadores desta dinâmica de viagem para procura de cuidados médicos. Como principal factor apontado pela literatura (Lunt & Carrera, 2010; Connell, 2013; Yeoh et al., 2013), destaca-se o diferencial de custos de tratamentos verificado entre países emissores e países prestadores, onde as entidades mediadoras não estatais – maioritariamente seguradoras, funcionam como plataforma de negociação entre clientes com necessidades e prestadores credenciados⁵ (ver tabela 1).

Procedimento	EUA	Índia	Tailândia	Singapura
Bypass coronário	US\$ 130.000	US\$ 10.000	US\$ 11.000	US\$ 18.500
Subst. Vál. Coronária	US\$ 160.000	US\$ 9.000	US\$ 10.000	US\$ 12.500
Angioplastia	US\$ 57.000	US\$ 11.000	US\$ 13.000	US\$ 13.000
Artroplastia (anca)	US\$ 43.000	US\$ 9.000	US\$ 12.000	US\$ 12.000
Histerectomia	US\$ 20.000	US\$ 3.000	US\$ 4.500	US\$ 6.000
Artroplastia (joelho)	US\$ 40.000	US\$ 8.500	US\$ 10.000	US\$ 13.000

Fonte: York, 2008

Tabela 1. Custos comparativos de procedimentos médicos por país

Adicionalmente, encontramos outros factores de motivação que, para além do diferencial de custo de prestação de cuidados de saúde ajudam a compreender as opções tomadas neste domínio:

- Aumento da procura de cuidados médicos com recurso a cirurgia e transplante relacionados com o aumento generalizado do envelhecimento populacional;
- Legislação que estabelece tempos de atendimento mínimos consoante a patologia, obrigando os Estados a procurarem cuidados de saúde em mercados exteriores (Ex. Alemanha, Canadá);
- Aumento do acesso à informação sobre prestadores de cuidados de saúde à escala global envolvendo actores facilitadores;
- Restrições ético-legais nos países de origem para determinadas práticas médicas: transplantes, procriação medicamente assistida, aborto e cirurgia estética.

⁴ OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, organização internacional que envolve 34 países que aceitam os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

⁵ O processo de acreditação de unidades prestadores nos principais destinos de turismo medicalizado é, maioritariamente, garantido pela Joint Commission, um organismo de acreditação de unidades de saúde baseada nos Estados Unidos que, entre outros atributos deve certificar-se da qualidade dos prestadores de cuidados de saúde, quer ao nível da qualidade das organizações quer ao nível da qualidade dos recursos técnicos e humanos envolvidos.

Para além dos factores orientadores da procura atrás enunciados, Lunt & Carrera (2010), salientam como igualmente dignos de nota as alterações observadas no conceito de Estado-providência, com impacte no nível de cobertura e celeridade de acesso ao nível dos SNS locais, excluindo, restringindo ou racionando o acesso a determinado tipo de actos médicos, ou a mais recente mas não menos importante vontade de combinar cuidados médicos com destinos turísticos. Alguns prestadores localizados em destinos exóticos (na óptica dos turistas/viajantes), complementam os processos de recuperação clínica com estadas em *resorts medicalizados*, ou oferecem programas médicos híbridos onde combinam cuidados de saúde com a possibilidade dos “pacientes/turistas”, efectuarem, a custos simbólicos, périplos locais que envolvem safaris fotográficos, nem sempre isentos de riscos pós-cirúrgico, ou visitas a geossímbolos.

Conclusão

O papel que os Estados desempenham enquanto prestadores de cuidados de saúde têm-se vindo a alterar com o emergir de políticas de influência liberal e a dificuldade de manter financiamentos adequados. A extensão e o tipo de serviços tendencialmente gratuitos que têm sido fornecidos pelo Estado têm sido alvo de atentas e frequentes discussões.

À população, reclama-se uma maior responsabilização dos indivíduos no que concerne à prevenção e manutenção da sua saúde, bem como à amplificação da sua participação nos gastos inerentes às questões da saúde.

Num quadro de desgaste do modelo de Estado-providência, assistimos, paralelamente, à afirmação e desenvolvimento da indústria privada de prestação de cuidados de saúde, à promoção de novas necessidades nos consumos de saúde e bem-estar e ao emergir de “novos-actores-mediadores” que, em conjunto, contribuem para a crescente globalização da oferta e procura de bens e serviços de saúde. As alterações políticas, científicas e de mercado permitiram, assim, um alargamento da tipologia dos serviços prestados e da localização geográfica da oferta e da procura.

Actualmente, temos um número crescente de pessoas que se disponibilizam a empreender uma deslocação para fora do país de origem para usufruírem de um conjunto de tratamentos médicos, seja para melhoria estética ou somática, que podem ou não envolver igualmente actividades de carácter recreativo ou de lazer.

As deslocações por motivos de saúde que, no início, se faziam por questões de acesso a determinados serviços ou especialidades que não se encontravam disponíveis nos locais de origem (configurando padrões de mobilidade tipo periferia/centro, ou seja, dos países menos desenvolvidos para países mais desenvolvidos) deram lugar a um quadro de deslocações baseadas em questões de saúde mais abrangentes, envolvendo um leque de situações e de actividades bastante mais diversificado, promovendo um novo quadro que poderá contextualizar uma nova geografia da prestação de cuidados de saúde.

Contudo, esta globalização crescente da prestação de cuidados de saúde não deixa de levantar questões de natureza política que, conseqüentemente, convocam aspectos regulamentares e éticos que importa debater quando analisamos práticas transnacionais de turismo medicalizado, nomeadamente, ao nível da qualidade dos serviços médicos prestados,

ao tipo de acompanhamento prestado aos doentes após o acto médico e na ética dos actos médicos envolvidos.

Bibliografia

- BARROS, Pedro P. (2013), *Pela sua saúde*, Lisboa, Editora Fundação Francisco Manuel dos Santos
- CAVACO, Carminda; Medeiros, Carlos A. (2008), *Turismo de Saúde e Bem-estar, termas Spas termais e talassoterapia*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- CONNELL, John (2013), "Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification", *Tourism Management* (34): 1-13.
- CRAWFORD, R. (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life", *International Journal of Health Services*, 10 (3), 365-388.
- CUNHA, Licínio (2006), "Turismo de saúde – conceitos e mercados", *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Estudos e Ensaios*, n.º 10, 79-84.
- GIDDENS, Anthony (2007), *A Europa na era global*, Lisboa, Editorial Presença.
- GUSTAVO, Nuno S. (2010), *Os novos espaços de lazer, turismo e saúde em Portugal, o caso dos SPA*, Tese de Doutoramento em Turismo, Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- LUNT, Neil; Carrera, Percivil (2010), "Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad", *Maturitas*, (60), 27-32.
- NETTLETON, Sarah (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press.
- OECD (2012), Health at Glance 2011. <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>, [consultado em: 15/11/2013]
- RAMOS da SILVA, Daniela (2013), *Contributos para a avaliação e desenvolvimento do turismo medicalizado, uma análise exploratória à região do Algarve*, Dissertação de Mestrado em Lazer, Património e Desenvolvimento. Coimbra, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.
- RUNNELS, Vivien; Carrera, Percivil (2012), "Why do patients engage in medical tourism?", *Maturitas*, (73), 300-304.
- SERAPIONI, M; Matos, A.R. (2013), "Participação em Saúde: entre os limites e os desafios, rumos e estratégias", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 31 (1), 11-22.
- SHETTY, Priya (2010), "Medical tourism booms in India, but at what cost?" www.thelancet.com, Vol. 376, Aug. 28, 671-672, [consultado em: 20/11/2013]
- TUNER, Leigh (2011), "Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies", *Inter. Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23(1), 1-7.

- WRIGHT, J.; O'Flynn, G; Macdonald, D. (2006), "Being fit and looking healthy: young women's and men's constructions of health and fitness", *Sex Roles*, 54 (9-10), 707-716.
- YORK, Diane (2008), "Medical Tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries", *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 28 (2), 99-102.