Parte 1 - Novos olhares do turismo no território brasileiro

Turismo e saúde: discussão de uma política de saúde do viajante no Brasil

Vanina Heidy Matos Silva
Christovam Barcellos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVA, V.H.M., and BARCELLOS, C. Turismo e saúde: discussão de uma política de saúde do viajante no Brasil. In: MARAFON, GJ., SOTRATTI, MA., and FACCIOLI, M., comps. *Turismo e território no Brasil e na Itália: novas perspectivas, novos desafios* [online]. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2014, pp. 95-122. ISBN 978-85-7511-445-2. <https://doi.org/10.7476/9788575114452.0006>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Turismo e saúde: discussão de uma política de saúde do viajante no Brasil

Vanina Heidy Matos Silva
Christovam Barcellos

O cenário mundial de economia globalizada nos coloca frente a mudanças substanciais nas relações de produção e consumo. Em um contexto econômico de transformações e incertezas, o turismo emerge com sua característica de “indústria do lazer” e com a perspectiva de um setor de serviços como alternativa de desenvolvimento.

A previsão é de que o turismo receptivo internacional chegue a quase 1,6 bilhão de viagens até o ano de 2020 (UNWTO, 2001). Dessa parcela, o Brasil já recebeu cerca de 5 milhões de turistas internacionais em 2008. No entanto, a movimentação interna foi muito mais expressiva e alcançou em novembro de 2010 a marca de 61 milhões de pessoas em circulação no país, isto é, mais de cem vezes que o turismo externo (MTur, 2010). Entre os municípios brasileiros, o Rio de Janeiro destaca-se como um dos principais receptores de turistas, com uma atividade considerável em aeroportos, na rodoviária e no porto (Riotur, 2011).

A intensificação das atividades turísticas requer preocupação com o controle de território e fronteira, elementos de destaque na economia e na política mundial, principalmente no que diz respeito a surtos, epidemia e pandemias, que podem se tornar emergências de saúde pública de interesse nacional e internacional (Carmo et al., 2008; Castelli, 2004). A pandemia de influenza A (H1N1) em 2009 foi um exemplo que estremeceu a economia do turismo e revelou fragilidades da vigilância em saúde relacionadas ao campo das doenças infecciosas, especialmente das doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

A dinâmica da movimentação de pessoas e os impactos de saúde-doença individuais e coletivos sugerem a dimensão da complexidade de um assunto capaz de significar um problema desafiador tanto no plano local quanto global. Nesse sentido, novos desafios estão traçados pela existência de transportes cada vez mais rápidos e pela aceleração do fluxo de patógenos, além da oferta diversificada e facilitada financeiramente de múltiplos roteiros de viagem para áreas inóspitas ou de doenças endêmicas. É importante pensar na “possibilidade real do trânsito de viroses pelo mundo em poucas horas, cruzando continentes através das viagens aéreas” (Marques, 1995, p. 361).

Dentro desse contexto, a questão da saúde do viajante/turista apresenta-se como ponto importante para a construção de uma política nacional colocada em discussão no setor público brasileiro. Esse tema perpassou as áreas de vigilância em saúde nos últimos anos, tanto no âmbito sanitário, com a necessidade de implantação do Regulamento Sanitário Internacional, quanto no epidemiológico, com a crescente demanda de investigação de surtos envolvendo turistas. Já no setor de turismo, pode-se dizer que esses acontecimentos apresentam certa preocupação, principalmente em relação à diminuição das viagens. Entretanto, tem-se observado pouca contribuição desse setor para a saúde pública e para a minimização dos impactos na saúde dos turistas.

Este estudo objetivou buscar junto aos gestores de saúde e de turismo propostas de como efetivar uma política de saúde para o viajante/turista e procurou esclarecer as responsabilidades de cada setor.

Materiais e métodos

Esta pesquisa lida com os atores sociais envolvidos em suas relações com o objeto da saúde do turista segundo recorte do espaço social, e não com as estruturas de saúde e de turismo. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, que nessa modalidade de elaboração do conhecimento nos oferece um quadro de interpretações e elementos para a compreensão de processos não quantificáveis (Minayo, 2008).

Foram selecionados gestores públicos do setor de saúde e de turismo que atuam no município do Rio de Janeiro nos níveis municipal e estadual e gestores do nível federal para discutir sobre os elementos que podem contribuir para a construção de uma política pública nacional de saúde do viajante/turista.

A amostra não probabilística se constituiu de 16 entrevistas: 12 com gestores do setor de saúde e quatro do setor de turismo. Os entrevistados da saúde compõem a área de vigilância em saúde e de vigilância sanitária. No setor de turismo foram selecionados gestores que atuavam em gestão de políticas públicas em turismo e na gestão de informação e dados em turismo.

Esses setores foram escolhidas como prováveis áreas que poderiam estar envolvidas no processo de formulação de uma política de saúde do viajante/turista. Todos os entrevistados autorizaram a entrevista pela assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”.

Os dados foram coletados por meio de dois roteiros de entrevista semiestruturados, um dirigido aos gestores de saúde e outro, aos gestores de turismo. As questões foram agrupadas como:

caracterização dos gestores (saúde e turismo); problemas de saúde relacionados à atividade do turismo; sistemas de informação e a saúde do turista; vigilância em saúde do turista; política nacional de saúde do viajante/turista; e promoção da saúde do turista.

As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente, registradas com gravador de voz digital e transcritas na íntegra para análise dos dados. O período das entrevistas compreendeu os meses de agosto a dezembro de 2010. A duração do total de 16 entrevistas foi de nove horas e 38 minutos, com uma média de 36 minutos cada uma.

Para sistematização dos resultados foi realizada uma análise de conteúdo de base temática como técnica de pesquisa, feita a partir do aparecimento de termos e palavras (Minayo, 2008; Richardson, 2008), para, assim, compreender o objeto a partir da fala dos gestores. A categoria *informação* emergiu para discussão sob diferentes aspectos e foi, então, subdividida em: informação sobre o turista; sistema de informação; e informação para o turista.

Esta pesquisa foi submetida ao – e aprovada pelo – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP/Fiocruz), sob o parecer n. 177/09, segundo a resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

Resultados

No setor de saúde, os servidores dos níveis municipal e estadual possuem maior tempo no desempenho das atividades em saúde pública, fundamentalmente em vigilância em saúde, e alguns possuem experiência ainda com a assistência e a promoção de saúde. No âmbito nacional, os gestores de saúde atuam com vigilância em saúde, sistemas de informação em saúde e vigilância em saúde nas fronteiras. Na área de turismo, os servidores atuam

na gestão de políticas públicas em turismo e na gestão de informação e dados em turismo (quadro 1).

Quadro 1: caracterização dos gestores entrevistados

Gestor saúde	Nível	Instituição	Tempo serviço
GS1	Municipal	SMSDC-RJ	32 anos
GS2			30 anos
GS3			18 anos
GS4	Estadual	SESDEC-RJ	10 anos
GS5			33 anos
GS6			20 anos
GS7			23 anos
GS8	Federal	SVS/MS	4 anos
GS9			12 anos
GS10		Anvisa	3 anos
GS11			8 anos
GS12			2 anos
Gestor turismo	Nível	Instituição	Tempo serviço
GT1	Municipal	Riotur-RJ	10 anos
GT2			10 anos
GT3		Comtur-RJ	2 anos
GT4	Federal	CNTUR	33 anos

Fonte: organização dos autores.

Problemas de saúde relacionados à atividade do turismo

A conexão entre a atividade do turismo e a existência de problemas de saúde foi identificada por todos os entrevistados, e

foi unânime para os gestores da área de saúde a questão da circulação de pessoas como veículo de disseminação de doenças contagiosas, doenças transmissíveis e a circulação de novos patógenos que podem proporcionar o desenvolvimento de situações de risco. Essa preocupação aparece quando o turista vem de fora do país ou quando realiza atividades de turismo de natureza:

Nós nos preocupamos muito com eles [...] principalmente aquele grupo que se desloca pra fazer turismo ecológico, turismo de aventura [...] essas pessoas estão entrando em áreas com potencial de transmissão de várias doenças, várias viroses, sem tomarem as devidas precauções que esse tipo de atividade merece [...] ainda é grande o número de pessoas que se deslocam pra área de transmissão silvestre de febre amarela sem cobertura vacinal [...] nos preocupam doenças pulmonares adquiridas em entradas de cavernas, onde há colônias grandes de morcegos [...] preocupa junto com a febre maculosa brasileira [...] as malárias de transmissão silvestre características de mata atlântica (GS5).

Um dos gestores de turismo apontou que “qualquer problema de saúde é capaz até de cancelar ou de adiar uma viagem” (GT3), tratando a questão como um impacto negativo para a área. Preocupado com a imunidade do turista estrangeiro, outro gestor de turismo citou como exemplo a prática de visitação turística em favelas do Rio de Janeiro, apoiada pela Riotur: “essas favelas não têm tratamento sanitário como deveriam, razão pela qual várias pessoas dentro da favela têm doenças, e os turistas que vêm de fora não têm nenhuma imunidade prevista para as centenas de doenças que eles podem adquirir” (GT1).

O turista foi colocado como vítima preferencial de problemas de saúde, de acordo com afirmativas apresentadas aos entrevistados para que concordassem ou não (quadro 2).

Quadro 2: afirmativas em relação à saúde do turista

A)	O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque <i>não possui imunidades para infecções</i>
B)	O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque tem um <i>comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais</i>
C)	O turista <i>ajuda a espalhar as doenças</i> porque circula de lugares endêmicos para não endêmicos, trazendo agentes patogênicos
D)	O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque <i>o sistema de saúde no local de destino não está preparado</i> para atendê-lo
E)	O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque <i>não detém as informações necessárias sobre os riscos</i>
F)	O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque o sistema de saúde no local de origem <i>não tem políticas específicas</i> de prevenção e promoção
G)	O turista é uma pessoa como outra qualquer e <i>não tem riscos específicos</i>

Fonte: organização dos autores.

Na visão dos gestores, as afirmativas B, C e E foram ratificadas unanimemente. Em relação ao turista ajudar a espalhar as doenças por circular de lugares endêmicos para não endêmicos, um gestor de saúde do nível estadual destacou:

É muito mais perigoso o que entra do que sai, porque eles têm lá vírus respiratórios com potencial de gravidade muito alto que nós não temos aqui [...] não existe ainda nenhuma avaliação, mas empiricamente a gente percebe que muitos vírus de transmissão respiratória acometem a população aqui com a chegada da alta de transatlânticos vindos do exterior [...] no verão exatamente que é o pico de atracação desses navios aqui (GS5).

Todos discordaram da afirmativa G. E entre as justificativas mais apontadas está a que o não domínio dos códigos locais coloca o turista como uma pessoa com riscos específicos. A vulne-

rabilidade aparece a partir de situações como o turista em contato com novos ambientes, em viagem mais longas ou com falta de informações sobre sua saúde: “essa é uma mentira total [...] os turistas são os mais vulneráveis pelo fato de ficarem mais tempo disponíveis e visitando lugares diferentes” (GT1).

Segundo um gestor de saúde, exposição e informação estão relacionadas: “esse é um aspecto que o torna vulnerável em relação a estar se envolvendo na sua viagem com algum problema de saúde se não houver a informação e a medida adequada de prevenção para as situações que são preveníveis” (GS3).

Os gestores que discordaram da afirmativa D, sobre as condições de atendimento ao turista, são da área de turismo. Os que concordaram destacaram a importância da organização do sistema de saúde no local de destino, pensando no município do Rio de Janeiro:

Se o sistema estivesse organizado, essa condição de vítima ou de espalhar doença estaria neutralizada, seriam anulados (GS1).

Existem situações que não são preveníveis e que escapam da possibilidade de qualquer intervenção através de uma vacina [...] nesse sentido acho que a existência de uma estrutura que dê muito claramente as referências e os apoios em relação à assistência à saúde [...] tem que estar garantida dentro da estrutura de funcionamento da rede (GS3).

No nível estadual, porém, um gestor entende que precisa de uma infraestrutura de saúde pública melhor para a população brasileira, a qual absorva também o turista. Outro problema nesse caso são os custos no atendimento ao turista estrangeiro e o ressarcimento do Estado:

Na verdade, esse turista vai ter um seguro internacional [...] ele para no serviço público [...] o Estado atende e gasta recurso e tudo fica por isso mesmo, quer dizer, isso deveria ser regulado de forma que o seguro saúde dessa pessoa fosse registrado em algum documento e ele depois reembolsasse o Estado, por que é um absurdo, você vai pro exterior ninguém faz isso [...] em termos de administração de saúde pública eu acho isso uma grande perda (GS7).

Das pessoas que discordaram da afirmativa A, sobre as condições imunológicas do turista, três são da área de saúde, sendo duas do nível federal (GS8, GS12) e uma do estadual (GS6), e duas são da área de turismo, uma do âmbito municipal (GT2) e outra do federal (GT4). Dez entrevistados concordaram com a questão, e um gestor justificou: “dependendo de onde ele venha, ele vai entrar numa área em que já existe um padrão de imunidade elevado e ele vai ser uma pessoa que não tem imunidade pra aquela doença [...] então ele aqui é uma vítima preferencial porque ele não tem imunidade” (GS5).

Na afirmativa F, foi praticamente unânime o consenso da ausência de políticas específicas de prevenção e promoção para o turista no local de origem da viagem.

O uso da palavra “vítima” foi desaprovado por dois entrevistados da Anvisa: “((riso)) eu só não entendo é [...] de vítima [...] eu acho que a pessoa se expõe mais ao mais vulnerável [...] vítima eu acho que é mais passiva” (GS11), “eu só acho vítima muito forte ((riso))” (GS12).

Sistema de informação e saúde do turista

Foram destacadas as frequências e observações sobre o grupo de questões relacionadas aos sistemas de informação na saúde e no turismo (tabela 1). A subnotificação foi uma preocu-

pação levantada por um gestor de saúde municipal que concorda com a inserção de uma variável específica de identificação do viajante/turista (GS2). Ele explicou que é preciso realizar um trabalho de conscientização da importância do preenchimento de certo campo em formulários, como foi o caso da inserção da variável “raça/cor”. Outra questão lembrada foi quanto à obrigatoriedade de preenchimento *on-line* do campo “estado nutricional”, que tinha 80% de não preenchimento: “o grande problema é as pessoas preencherem [...] se você estiver fazendo *on-line* e ele só entrar como tópico obrigatório [...] o viajante [...] o pessoal vai responder” (GS2).

Tabela 1: sistemas de informação e saúde do turista

Questão	Número / Observações
Nova variável no Sinan sobre o turista ^a	
Sim	5
Não (explorar as existentes)	2
Não respondeu	2
Construir um sistema de informação específico ^b	
Sim	Nenhum
Não	5
Não sei (criar bancos paralelos)	1
Já existe (Sispafr – Anvisa)	3
Não respondeu (sem informação)	3
Dados na Anvisa	
Declaração de saúde do viajante (desativada)	houve a necessidade na epidemia de influenza A (H1N1)
Sistema Sagarana	controle de embarcações/porto

Sistema Sispafra

informação e emissão de
certificado de vacinação – CIVP

Dados no turismo

Trabalha com dados secundários

IBGE, Polícia Federal,
pesquisas (Vox Populi, FGV)

^a Pergunta dirigida aos gestores de saúde, não Anvisa / n=9.

^b Pergunta dirigida a todos os gestores de saúde / n=12.

Fonte: organização dos autores.

Outros gestores identificaram que essa nova variável no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) poderia dar subsídio para sistematizar as ações de vigilância em saúde do turista, acompanhar as condições de saúde em termos mundiais e facilitar o monitoramento das principais doenças endêmicas, além de distinguir o tipo de viajante: “talvez fosse a hora de a gente discutir campos adicionais que pudessem complementar essa investigação [...] para detalhar se é um turista [...] espaço para o seguro saúde internacional [...] começar a pensar essa questão do ressarcimento” (GS7).

A possibilidade de inserção de uma nova variável para identificação do viajante/turista nos sistemas de informação de saúde, como o Sinan, foi desaprovada por dois gestores da saúde, um do nível municipal e outro do nacional, que explicou:

No exercício do uso das informações sobre o local de notificação, o local de residência, até o local da hospitalização, e principalmente na comparação do local de residência com o local provável de infecção, existente na maioria das fichas de investigação dos agravos notificados a partir da suspeição, e que são de notificação compulsória no país, e publicados atualmente na portaria 2472 [...] eu acho que já poderia se identificar esses viajantes [...] também é possível utilizar a informação sobre deslocamento, algumas fichas têm informação detalhada de até três locais em que o

paciente percorreu nos últimos dez ou quinze dias, varia de uma ficha pra outra, informando até nível de município inclusive, o meio de transporte e a data [...] então eu acho que primeiro tem que fazer esse exercício (GS9).

A construção de um sistema de informação específico de saúde sobre o viajante/turista foi desaprovada por todos os gestores, sendo que três justificaram já existir na Anvisa um sistema com orientações gerais ao viajante, como os locais de vacinação contra a febre amarela e emissão do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP), exigido para entrada em alguns países.

Nas fronteiras nós não temos médico, enfermeiros à disposição. Se não informarem pra gente que tem alguém doente a bordo, nós não temos como rastrear essa pessoa [...] num ônibus é quase difícil, é quase impossível, a mesma coisa até a aeronave [...] às vezes há uma convivência da tripulação em não informar porque provavelmente vai atrasar um pouco as escalas [...] isso é motivo também de auto de infração sanitária [...] hoje nós estamos trabalhando com um sistema informatizado Sagarana, mas ainda esta funcionalidade não foi habilitada, exatamente porque nós não estamos diante de nenhuma ameaça neste momento (GS10).

Na Anvisa a gente tem muita dificuldade de desenvolver sistema de informações [...] a gente coloca lá informações bem básicas [...] aquele cara que vai lá buscar o certificado [...] a nacionalidade lá pra saber quantos estrangeiros eu atendo [...] as vacinas a gente não tem orientado o pessoal de colocar todas as vacinas, só febre amarela [...] tem lugar que atende trezentas pessoas por dia e aí ia inviabilizar [...] também quando fazem o roteiro com a gente, tem lá pra onde essa pessoa viajou [...] só que eu nunca trabalhei nesse banco de dados, nunca parei pra trabalhar [...] até tinha muita dificuldade de ter acesso ao próprio banco de dados

por uma questão lá da Anvisa em relação ao poder, que é muita informação [...] a gente nunca usou isso, essa informação [...] nunca tem nem relatório (GS11).

Um gestor de turismo destaca que no turismo nunca foi gerado algum tipo de dado com relação a ocorrências de saúde específicas de turistas. Critica a ausência e a maneira de geração de dados, além do uso da informação para as análises do turismo no Brasil:

A cultura a dados e a estatística nesse país é muito pouca [...] na área do turismo é bem pior ainda [...] os números são meio surrealistas, os 10% são um número assim cabalístico, eles usam pra quase tudo [...] eles pegam dados de registro, no caso do turista internacional [...] da Polícia Federal [...] que é uma coisa incoerente, que não é função dela [...] o Ministério aproveita e cria o anuário dele [...] é questionado sim, porque tem alguns portões que tem muito daqueles muambeiros, principalmente nas fronteiras terrestres [...] então esse dado não é 100% confiável, mas é uma das poucas informações que a gente tem com relação ao turista internacional [...] com relação ao turista doméstico já foram feitos dois ensaios [...] não teve continuidade [...] então você não tem uma série histórica (GT2).

Outro gestor do setor de turismo cita como exemplo o uso dos dados da Ficha Nacional de Registro de Hóspedes (FNRH), da Embratur, exigida no *check-in* de hotéis:

A gente está falando de dados estatísticos de pesquisa, dá um pulo na Turisrio, no 12º andar, você vai ver num galpão mofando aquelas fichas, elas não servem para nada [...] na realidade ela serve, por exemplo, se você for assaltado, se você morrer, tem um contato, tem alguma coisa drástica [...] usar aqueles dados

pra planejar o turismo, planejar a saúde do viajante, não vejo e nunca vi isso acontecer (GT3).

Vigilância em saúde do turista

A questão “Como a vigilância em saúde trabalha no Brasil com os problemas de saúde relacionados ao turista?”, colocada principalmente aos gestores de saúde, foi unanimemente respondida pela inexistência de um olhar específico ao viajante/turista. No nível municipal, um gestor destacou que a vigilância em saúde continua atuando com os problemas do “dia a dia”, e não com um “planejamento, uma organização, de uma atenção à saúde do viajante” (GS3). O vínculo de sintomatologia também é pouco valorizado na vigilância em fronteiras, segundo outro gestor de saúde municipal: “eu vejo que tem uma preocupação alfandegária [...] ninguém está preocupado com uma pessoa que chega espirrando porque ninguém valoriza o espirro ou o estado febril [...] nem no aeroporto, nem no porto, e principalmente na rodoviária” (GS1).

Já a ausência de identificação do indivíduo turista, feita pela atenção primária, foi apontada por dois gestores de saúde estadual como dificuldade de a vigilância epidemiológica atuar sobre esse grupo: “infelizmente, no serviço, principalmente na ponta [...] atendimento emergência, ambulatório, ainda não se tem a prática de fazer vínculos com atividades de lazer” (GS6), “ainda não tem nenhuma preocupação com os viajantes” (GS4).

Para um gestor de saúde do nível nacional, a vigilância em saúde não possui um foco no turista em si, “mas indiretamente ele é foco por dois meios, na regulamentação sanitária internacional [...] e os eventos de massa” (GS8).

Para a vigilância sanitária, a atuação de vigilância em saúde nas fronteiras existe e é atuante, inclusive na fronteira terrestre. No entanto, nesse ponto “já é municipal, o trabalho é municipal, o que a Anvisa faz é na fronteira geográfica mesmo [...] terrestre

entre dois países” (GS10). Outro gestor da Anvisa reforça que “o trabalho da Anvisa em portos, aeroportos [...] também tem essa ação em fronteiras, que às vezes fica um pouco esquecida porque fica longe daqui, da realidade que a gente que vive nos centros” (GS12).

Na questão “O Ministério da Saúde conhece o perfil epidemiológico do viajante brasileiro? E do internacional que visita o Brasil?”, dos 12 entrevistados do setor saúde, oito responderam que não existe essa informação, e que, se a encontrássemos, seria precária, “não seria um dado bom” (GS5).

Até onde eu sei, não conheço nenhum estudo, nenhum artigo, nem nenhum relatório técnico feito pelo Ministério da Saúde relativo à saúde de pessoas que viajam [...] seja de brasileiros que saem do país, ou das pessoas que visitam o país [...] mas eu acredito que existem informações suficientes pra fazer uma descrição [...] levantando hipóteses nos sistemas de informações existentes no Brasil, a exemplo do Sinan (GS9).

Política nacional de saúde do viajante/turista

Foi apontado aos entrevistados o desenvolvimento de políticas específicas do Ministério da Saúde com ações programáticas, como saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador e outras. Nesse contexto, a importância ou necessidade de uma política de saúde do viajante/turista no Brasil foi questionada, e a inexistência de informação sobre essa população foi a principal justificativa:

Em saúde pública existem lá uma série de condições se a gente vai considerar aquilo um problema de saúde pública para construir um programa [...] uma delas é a questão da viabilidade, factibilidade, viabilidade financeira, viabilidade técnica, efetivi-

dade [...] precisa ser pensada, pois hoje eu acho que nem pensada é [...] que tipo de programa vai ser criado, ou se vai se criar um programa, ou se dentro de cada área técnica do ministério que faz o controle, a avaliação das medidas tomadas, vai ter uma área voltada pra essa questão do turismo [...] isso é o início (GS5).

Todos esses programas foram pensados a partir de fenômenos que levavam ou que poderiam levar ao óbito [...] o viajante eu acho que ele ainda não se enquadra aqui [...] as coisas só vão tomar esse rumo com a introdução de novos patógenos aqui que levem ao óbito [...] para a saúde do viajante se tornar um programa de saúde do viajante vai precisar acontecer uma tragédia [...] eu não sei como é o comportamento sanitário do turista nacional ou internacional aqui no Brasil (GS6).

Eu acho que a gente precisa de mais dados, mais informação para ver se realmente seria necessária uma política nacional de vigilância da saúde do viajante [...] teria que ser alguma coisa talvez com uma visão transversal (GS7).

Acho que é falta de informação mesmo porque a gente não tem, não vê essa análise sendo feita [...] a menos que seja feita uma coisa especial para o viajante ele vai ter então privilégios [...] que é possível (GS9).

É política só de desconhecimento [...] o pessoal não tem noção de quanto é importante para a manutenção, vamos dizer, de certa estabilidade no país (GS12).

Três gestores (dois da saúde e um do turismo) concordam que a política de saúde do viajante/turista seja transversal dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), uma ação de Estado para todos, e corroboram a necessidade de informação:

Não sei se como programa [...] mas como um componente em cada uma dessas linhas de atuação, dessas linhas de cuidado, não tenho dúvida [...] não existem informações ou dados que nós temos hoje em dia que permitam identificar quais são as ações estratégicas [...] dentro da saúde do viajante a gente tem que construir as informações (GS3).

Tem que ter saúde pra todos e parar nesse país [...] com esse negócio de você criar segmentos [...] você lota verbas às vezes para uma coisa que não são usadas adequadamente se o planejamento fosse feito para todos [...] planejadas para a cidade como um todo [...] acho importante é a área de saúde desenvolver isso para todo mundo (GT2).

Tem que ser uma ação de Estado para a população em geral que eventualmente vai viajar [...] o *status* de viajante não é integral, é temporal (GS1).

A importância de uma política específica de saúde do viajante/turista foi ratificada por um gestor da saúde e dois do turismo. Um deles destacou os eventos de massa que acontecerão no Rio de Janeiro: “eu acho importante e oportuno pelo momento que o Rio de Janeiro vive [...] jogos militares, Copa do Mundo, Olimpíadas” (GT3). No entanto, a transferência de responsabilidade apareceu na fala do gestor de saúde federal (GS8) para o nível estadual, e do gestor de turismo municipal (GT1) para o nível federal de saúde:

Sim, primeiro é necessário fechar as diretrizes [...] a saúde do viajante é saúde no sentido vigilância [...] profilaxia [...] assistência [...] orientação, comunicação [...] a relevância da questão do viajante é fortalecida pelo regulamento sanitário internacional [...] pelos jogos de massa, pelo fortalecimento de fronteiras [...]

poderia estar mais avançado tecnicamente [...] talvez precisasse que cada estado criasse um setor só do viajante [...] na organização do serviço a saúde do viajante tá fragmentada ainda (GS8).

O Ministério do Turismo, eu não sei se o ministério iria [...] transferir essa responsabilidade para o Ministério da Saúde (GT1).

Promoção da saúde do turista

A melhor forma de promover a saúde do viajante/turista no Brasil, na opinião dos gestores da saúde, envolveu informação, qualificação profissional e integração dos setores: “por meio da informação” (GS2), “tem que pensar em conjunto” (GS4), “internet, acompanhamento da informação acessível para o turista, para o profissional de turismo informado do que está acontecendo” (GS6), “a Anvisa já tem informação para o turista [...] qualificação do profissional de turismo feita pela Anvisa” (GS12).

Para os gestores de turismo, além da informação, a importância de sensibilizar o poder público foi destacada: “dispor canais de informação para o turista, essas informações poderiam dar mais ênfase ao que pode oferecer de problemas ao turista” (GT1), “sensibilizar o trade turístico, profissional de turismo, sensibilizar o poder público” (GT3).

Outra questão apontada pelo setor de turismo foi a integração dos ministérios:

Hoje será absolutamente fundamental que o Ministério da Saúde ingresse no Conselho Nacional de Turismo [...] mas como o Ministério da Saúde também não tem a clareza do turismo na saúde, porque não é só o turismo não ter a clareza da saúde no turismo, eu acho que não há clareza da saúde sobre a questão do turismo também (GT4).

A maioria dos gestores acha que a responsabilidade sobre a saúde do viajante/turista cabe aos dois setores: “é uma parceria” (GS2), “tem que ter uma abordagem intersetorial” (GS3), “eu acho que o turismo podia dar pelo menos um mínimo de orientação [...] a área da saúde, eu acho que ela não consegue ter o acesso ao turista antes de ele ficar doente” (GS4).

Na visão de um gestor da Anvisa, “a área de saúde tem que andar junto com o turismo [...] orientando, informando [...] não adianta você punir” (GS12). Um gestor de saúde acredita que a responsabilidade não é aderida por nenhum dos setores: “sinceramente, vai depender do interesse [...] acaba ficando mesmo para o próprio turista” (GS6).

Um gestor de turismo acha que “cabem parcelas iguais”; no entanto, replica que “a missão de cuidar da saúde do turista é muito mais da Secretaria de Saúde” (GT1). Outro gestor de turismo entende que “a responsabilidade do setor público ou do gestor público em relação ao turista é a mesma que ele tem em relação ao cidadão” (GT2).

A palavra informação foi referida oitenta vezes pelo setor da saúde (45 ocorrências com gestores municipais) e 16 vezes pelo setor do turismo (14 ocorrências com gestores municipais).

Discussão

A informação teve destaque na fala de quase todos os gestores das duas áreas e foi um item prevalente nas respostas das diferentes perguntas feitas aos entrevistados. A incapacidade, alegada pelos gestores, de discutir o tema da saúde do viajante/turista está explícita na discussão pela incipiência de informação.

Por isso, a informação foi privilegiada para a discussão neste artigo e nos levou a pensar uma política de saúde do viajante/turista subdividida em: informação sobre o turista; sistema de informação; e informação para o turista. Existem os espaços da saúde

do turista em que o fluxo de informação depende de cada etapa, mas a produção da informação acontece em momentos diferentes (figura 1). Essas três frentes de informação enfatizadas referem-se ao campo institucional (Ayres et al., 2006), ou seja, são responsabilidade tanto do governo quanto das empresas.

Figura 1: o fluxo da informação nas lacunas da saúde do turista

Fonte: organização dos autores.

A importância de uma política de saúde do viajante/turista foi considerada pelos gestores. Entretanto, quanto à necessidade dessa política, em primeiro lugar, quase todos do setor de saúde demonstraram incerteza e disseram precisar pensar mais sobre o tema. Em segundo lugar, a informação sobre o turista se destaca claramente como necessária para uma política de saúde para o viajante/turista. Outros termos referidos à demanda da informação (quadro 3) estabelecem a configuração das três fases sugeridas na figura 1 e traduzem, por sua relevância, o substrato da discussão deste artigo.

Quadro 3: diferentes expressões* referentes à informação, agrupadas segundo a direção da fala dos gestores de saúde e turismo

Informação sobre o turista	Sistema de informação	Informação para o turista
Informação técnica	Administrar informação	Canal de informação
Informação clínica	Circular informação	Transmitir informação
Perfil de informação	Disseminar essa informação	Ação de informação
Partir da informação	Trazer essa informação	Dar informação consistente
Fonte de informação	Produzir informação	Sites de informação
Coletar informação	Utilizar a informação	Usar mais os postos de informação
Relação com determinada informação	Informação difundida	Melhorar a informação
Informação precoce	Avaliar o uso da informação	Turista de fora tem informação suficiente
Informação detalhada	Informação sobre mortalidade	Riscos relacionados à falta de informação
Informação é poder	Informação sobre hospitalização	Falta informação para o turista de dentro
Falta um pouco mais de informação	Buscar essa informação	
Está carecendo de informação	Nunca usou essa informação	
Precisa mais dados, mais informação	Trabalha com informação	
Com informação você pode tomar atitudes	Cadastra essa informação	

* As expressões foram recortadas das falas, sem qualquer ajuste ou alteração.

Fonte: organização dos autores.

Quando um dos gestores de saúde (nível estadual) enfatiza que “a referência para a instalação de uma política de saúde no

Brasil é o indicador de óbitos” (GS6), confirma que todos os programas no país (saúde da criança, da mulher, do idoso, outros) foram pensados sob o aspecto de redução da mortalidade. Como não se conhece o perfil epidemiológico do viajante/turista nem na morbidade, nem na mortalidade, a orientação de uma política para essa população não tem precedência. A frase “para a saúde do viajante se tornar um programa [...] vai precisar acontecer uma tragédia” (GS6) mostra claramente o não reconhecimento do viajante/turista nas análises da saúde. Mesmo com a “tragédia” de óbitos da pandemia de influenza A (H1N1) em 2009, a sistematização de dados sobre os casos em turistas não foi concretizada de modo acessível e disponível.

Para um gestor da Anvisa, “as políticas públicas têm um sistema de priorização [...] se faz exatamente conhecendo esses dados estatísticos, a magnitude, a transcendência do risco envolvido” (GS10), entretanto, não existe essa informação sobre o turista no Brasil. Outro gestor da Anvisa aponta que, mesmo no desconhecimento, a questão sanitária do viajante está sendo revista pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005) em vigor, ou seja, “todos os países que aderiram a ele vão ter que se adequar” (GS12), como é o caso do Brasil. Isso mostra que a saúde do viajante/turista poderá ser reconhecida, quem sabe, como um problema de saúde global, independentemente da ignorância de todas as suas dimensões.

Nesse sentido, a dicotomia entre uma política específica e uma política transversal transitou ora pela condição circunstancial de turista, ora pela emergência do controle de fronteiras e o sucesso dos eventos de massa. Como transversal, a política deveria se inserir em todo o SUS, “porque o viajante é idoso, é mulher, é trabalhador [...] é criança, é adolescente” (GS3). Como específica, novamente, “a relevância da questão do viajante é fortalecida pelo Regulamento Sanitário Internacional” (GS8).

No momento em que todos discordam da afirmativa de que o turista é uma pessoa qualquer e não tem riscos específicos, é uma incoerência, especialmente para a saúde pública, não ter informação da saúde dessa população. E quando dois gestores da Anvisa discordam do termo “vítima”, suscitado intencionalmente, sugerem que o turista está sendo tratado como “coitadinho”, enquanto, na realidade, ele escolhe se expor aos problemas de saúde, e, por isso, talvez não mereça uma política. Esse fato deixa transparecer, inclusive, a diferença entre as visões sobre vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e indica uma das dificuldades de como observar o turista no aspecto da saúde.

A produção de informação sobre a saúde do turista está atrelada, primeiro, à identificação desse sujeito em diversos pontos na trajetória da viagem (Monken e Barcellos, 2005) – no caminho, no destino – e, segundo, à organização do sistema de saúde para atender ao turista. A vigilância do deslocamento do turista, então, caberia aos setores de saúde e de turismo integrados (Ruiz-de-Chavez et al., 1994), que identificariam, notificariam e alimentariam um banco de dados e um sistema que gerassem informação de saúde sobre o turista.

É clara a necessidade de sistematização e circulação da informação entre os setores de saúde e de turismo. Ao mesmo tempo, a ausência dessa informação sobre o turista praticamente anulou a discussão sobre em qual nível de governo – municipal, estadual ou federal – deveria ser alocada a política. Se não existe informação para pensar sobre a política, como deduzir de quem é o encargo? Assim, o “tênue jogo de empurra”, no caso específico dos gestores entrevistados, parece existir meramente pela incipiência de discutir a questão em cima do abstrato. Ressalta-se que a deficiência de informação incomodou mais aos gestores do nível municipal.

Em comparação, vale destacar que a saúde gera dados primários e o turismo não gera dados, trabalha com fontes secun-

dárias. Longe de abster a responsabilidade do setor turístico, essa situação localiza uma direção para a saúde.

Com o objetivo de levantar informação para intervir em ações concretas e usá-la na formulação de políticas públicas, surgiram na década de 1970 os sistemas de informação em saúde. Em 1975, o Ministério da Saúde estabeleceu um Sistema de Vigilância Epidemiológica com vários desafios a enfrentar, como a tarefa de padronizar o instrumento de registro de óbito unificado pela Declaração de Óbito (DO). Esses dados alimentam o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o primeiro a ser criado e implantado entre 1975 e 1979. Na década de 1990, foram criados o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc, em 1994), baseado na Declaração de Nascido Vivo (DN, em 1990), e o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan, em 1995), com a função principal de registrar dados de morbidade, restrito a doenças transmissíveis (Santos et al., 2004). Nesse mesmo período, ocorreu o processo de informatização dos sistemas de informação, e a regulamentação pactuada obrigou as secretarias municipais de saúde a adotar o Sinan, com a finalidade de fortalecer todo o sistema de vigilância em saúde do Brasil (Brasil, 2006, 2010).

Parece existir um empenho por parte da Organização Mundial do Turismo (OMT) em promover o desenvolvimento de sistemas nacionais de estatísticas do turismo para a comparabilidade internacional e análise macroeconômica do setor (UNWTO, 2001, 2008). De acordo com a OMT, a criação desse sistema deve ser aderida pelos governos locais, e da parte brasileira essa responsabilidade caberia ao Ministério do Turismo, que não possui um sistema de informação, nem mesmo dados que possam ser utilizados na análise da situação da saúde do turista.

No entanto, um gestor do turismo municipal (GT2) não acredita que exista algum movimento em relação à sistematização de dados do setor no Brasil. A própria movimentação de turistas é levantada por meio de acordos entre instituições não compe-

tentes a essa atribuição, como a contagem da Polícia Federal nas fronteiras internacionais, o que pode gerar um dado inconsistente e insuficiente. Até então, o uso da informação no setor turístico é dado por estudos encomendados a institutos de pesquisa, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É, portanto, uma contradição um setor essencialmente de serviços, de viés econômico – com interesse no lucro e em ativar a cadeia produtiva –, não produzir dados.

O desafio legitimado nessa discussão está em como construir uma política de saúde do turista sem conhecer as informações sobre a magnitude dos problemas que impactam essa saúde, bem como a extensão desse impacto na saúde coletiva por meio da atividade do turismo e da movimentação de pessoas. Um sistema de informação nacional que abrangesse a especificidade do turista facilitaria o monitoramento de agravos de interesse da saúde pública, o controle sanitário das fronteiras e, principalmente, direcionaria as ações de promoção sobre qual informação transmitir ao turista.

Para construir políticas públicas, é necessário gerar dados, transformá-los em informações, e estas em instrumentos com a capacidade de fundamentar a ação de gestores, a priorização e a avaliação. Segundo os entrevistados, o SIM e Sinan seriam os sistemas de informação mais adequados para a exploração de dados e para a descrição do perfil epidemiológico dos viajantes/turistas, visto que não existe uma variável específica para identificação imediata dessa população nos instrumentos de registro dos dados.

Do mesmo modo, sabe-se que, para a implantação de uma nova política ou de qualquer nova ação governamental no país, existe a necessidade de recursos financeiros, diretrizes, além de interesses políticos, econômicos e sociais (Motta, 2006). Certamente, a construção de uma política de saúde do viajante/turista no Brasil requer ainda muita discussão até alcançar formulações de instrumentos para sua fundamentação e execução.

Alguns gestores da saúde sugeriram que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se responsabilizasse pela regulação da assistência ao estrangeiro no SUS, como forma de reverter os gastos com o turista internacional, em comparação a outros países que não oferecem serviço de saúde gratuito. É necessário discutir mais se as instituições citadas devem ser envolvidas e como seria esse envolvimento. Haverá distinção entre os tipos de viajantes, como refugiados ou moradores de fronteiras, que usam o SUS? Para se pensar em restituir o sistema, é preciso informação de gastos, o quanto se atende de estrangeiro, quem é esse viajante, e definir, com base no princípio de universalidade do SUS (Brasil, 2003), se esse procedimento seria admissível.

Diferentes entendimentos surgiram quanto à questão da imunidade do turista, uns trataram como aspecto individual e outros como coletivo, com a existência de um padrão geográfico de imunidade (Randolph e Rogers, 2010).

“A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos” (Brasil, 2002, p. 21). A ação de informar ao viajante sobre prevenção de saúde é vista como um risco de diminuir a entrada de turistas. É válido alinhar essa inquietação com o setor de saúde, para que o viajante/turista não seja ignorado, nem visto como vítima, e muito menos como ameaça.

Para a promoção da saúde do turista, tanto os gestores da saúde quanto do turismo consideraram fundamentais a informação para o turista, a qualificação do profissional do turismo e a sensibilização do trade turístico, do poder público e de grandes entidades.

Agradecimentos

Este estudo é parte da tese *A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde pública, gestores do turismo e o turista*.

O projeto teve apoio da Fundação Oswaldo Cruz na forma de bolsa de doutorado para Vanina Heidy Matos Silva. Christovam Barcellos é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Agradecemos a participação dos gestores de saúde e de turismo que responderam à entrevista.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. et al. “Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde”. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec/ Ed. Fiocruz, 2006, pp. 375-417.
- BRASIL. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde (CNS), 1996.
- BRASIL. *As cartas da promoção da saúde, Projeto Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. *Legislação do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2003, 604 p.
- BRASIL. *Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006, 226 p.
- BRASIL. *O sistema de informação de mortalidade: origem e evolução*. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid9/docs/intro.pdf>. Acesso em 29 dez. 2010.
- CARMO, E. H. et al. “Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta”. *Estudos Avançados*, São Paulo, 2008, v. 22, n. 64, pp. 19-32.
- CASTELLI, F. “Human mobility and disease: a global challenge”. *Journal of Travel Medicine*, Atlanta, USA, jan. 2004, n. 11, pp. 1-2.
- MARQUES, M. B. “Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul.-set. 1995, v. 11, n. 3, pp. 361-88.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINISTÉRIO DO TURISMO (MTur). “Já chega a 61 milhões o número de desembarques nacionais”. *Dados e Fatos*, Brasília, 29 dez. 2010, s. p. Dispo-

- nível em http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/geral_interna/noticias/detalhe/20101229.html. Acesso em 15 jan. 2011.
- MONKEN, M e BARCELLOS, C. “Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai.-jun. 2005, v. 21, n. 3, pp. 898-906.
- MOTTA, R. S. *Economia ambiental*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.
- RANDOLPH, S. E. e ROGERS, D. J. “The arrival, establishment and spread of exotic diseases: patterns and predictions”. *Nature Reviews Microbiology*, Londres, mai. 2010, v. 8, n. 5, pp. 361-71.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- EMPRESA DE TURISMO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO S. A. (RIOTUR). *Informativo estatístico: verão Rio 2010-2011*. Rio de Janeiro: Departamento de Estatística Riotur, 2011.
- RUIZ-DE-CHAVEZ, M. et al. “Salud y turismo”. *Salud Pública*, Morelos, México, 1994, v. 36, n. 1, pp. 61-9.
- SANTOS, S. M. et al. “Informação e diagnóstico de situação de saúde”. *Informação e diagnóstico de situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/Proformar, 2004, pp. 112-64.
- UNITED NATIONS AND WORLD TOURISM ORGANIZATION (UNWTO). *Recommendations on tourism statistics*. Luxemburgo / Madri / Nova York / Paris: United Nations publication, 2001. Disponível em http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_80E.pdf. Acesso em 22 fev. 11.
- . *International recommendations for tourism statistics*, 2008. Disponível em <http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/IRTS%202008%20edited%20whitecover.pdf>. Acesso em 20 out. 2014.