

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*“A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde pública,  
gestores do turismo e o turista”*

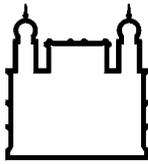
*por*

*Vanina Heidy Matos Silva*

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na  
área de Saúde Pública e Meio Ambiente.*

*Orientador: Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto*

*Rio de Janeiro, julho de 2011.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



*Esta tese, intitulada*

*“A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde pública,  
gestores do turismo e o turista”*

*apresentada por*

***Vanina Heidy Matos Silva***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Luiz Octavio de Lima Camargo

Prof. Dr. Roberto de Andrade Medronho

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gracia Maria de Miranda Gondim

Prof. Dr. Mauricio Monken

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto – Orientador

*Tese defendida e aprovada em 13 de julho de 2011.*

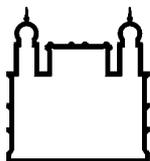
Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

M433 Matos, Vanina  
A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde pública, gestores do turismo e o turista. / Vanina Matos. – 2011.  
132 f. : tab. ; graf.

Orientador: Barcellos, Christovam  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Saúde do Viajante. 2. Turismo. 3. Política de Saúde.  
4. Vigilância da População. 5. Vulnerabilidade em Saúde.  
6. Sistemas de Informação. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2011.

---

Vanina Heidy Matos Silva

CG/Ja

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210

Tel.: (0-XX-21) 2598-2702 ou 08000230085

E-mail: [secaambiente@ensp.fiocruz.br](mailto:secaambiente@ensp.fiocruz.br) Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

*À minha avó Carolina Marcelina Conejo (in memoriam)  
que, por ser mulher, foi proibida de estudar quando era  
jovem. Uma mulher inteligente, forte e carinhosa que soube  
incentivar e apoiar todos os passos da minha vida até a  
entrada no doutorado. Esta é uma lembrança da melhor  
dádiva que poderia ter me deixado.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Christovam Barcellos que desde o início encarou o desafio interdisciplinar do tema saúde e turismo como um problema de saúde pública. Sua direção em todos os momentos de incerteza foi fundamental para o meu crescimento como pesquisadora. Além da sorte de ter convivido com um dos maiores sanitaristas desse país, pessoa tão generosa e de nobre caráter.

Ao apoio da Fundação Oswaldo Cruz na forma de bolsa de doutorado.

Aos participantes desta pesquisa, turistas e gestores, que contribuíram com suas experiências e opiniões nas entrevistas e proporcionaram a discussão da tese.

À diretora geral da Companhia Caminho Aéreo Pão de Açúcar, Sra. Maria Ercilia Leite de Castro, que autorizou a realização das entrevistas com turistas nesse local, e pelo oferecimento de gratuidade no bondinho durante o período necessário. Agradeço a professora do curso de turismo da UFF, Telma Lasmar, que intermediou esse contato.

Aos colegas da área de turismo e de saúde pública do Rio de Janeiro, que ajudaram na intermediação de algumas entrevistas com os gestores.

Aos meus professores, que enriqueceram meu aprendizado em saúde pública e o projeto da tese, em especial Célia Leitão e Luiz Octávio.

À equipe das Bibliotecas da ENSP e de Manguinhos, por todo auxílio.

Aos meus amigos do doutorado Maria Lúcia, Jane, Maria de Lourdes, Gilson, e Maria Thereza pela força e cumplicidade que só quem está no mesmo barco sabe compartilhar.

Aos amigos do Laboratório de Geoprocessamento do Icict/Fiocruz que me receberam desde o início em um ambiente de muito bom humor, e pelo prazer de trabalhar perto de pessoas tão competentes.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pela oportunidade de conhecer e aprender saúde pública na prática, em especial, ao Paulo Roberto.

Aos meus amigos Gralha, Marciano, Renato, Priscila e Jussara, pela viagem na discussão acadêmica e pela simplicidade de vida.

À minha grande amiga e pesquisadora Rosa que extraordinariamente me ajudou nesta tese. Suas leituras críticas e seu olhar experiente foram fundamentais para realizar o

trabalho em campo e analisar os dados. Sua imensa generosidade e disponibilidade são comoventes.

À Cris e sua família, e ao Galvão, amigos que considero como minha família carioca, que me acolheram na cidade maravilhosa e que estão sempre por perto.

Às minhas amigas, quase irmãs, Mércia e Lucia, que são parte da minha vida, e mesmo de longe me ajudaram em muitos momentos do doutorado.

Aos meus pais Walter e Lourdes que são o meu trampolim para que eu me lance como flecha. Como professores, me ensinaram que o conhecimento é libertador, e com sabedoria me ensinaram que a honestidade e a justiça são as virtudes mais transformadoras da vida.

Aos meus irmãos Walther, Wallan e Viviane pela boa convivência, amizade e estímulo de sempre.

Ao André, querido esposo que me conquistou com esse seu jeito de me tratar como uma princesa. Seu amor e cumplicidade me fascinam. Sua compreensão e apoio foram essenciais nessa fase de vida. Espero retribuir sempre seu amor, e vivermos uma vida que não espere por um epitáfio.

A Deus, a quem atribuo as coisas inexplicáveis.

*“Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta,  
continuarei a escrever...”*

*Clarice Lispector.*

## RESUMO

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 no global. A intensificação do fluxo de turismo reforça a questão de controle de território e fronteira, em relação ao seu papel de destaque na economia e política mundial, em especial por consequência de surtos, epidemias e pandemias que podem se constituir em emergências de saúde pública. O presente estudo busca levantar elementos para contribuir na construção de uma política nacional de saúde do viajante/turista. Trata-se de uma investigação exploratória de natureza qualitativa, e os resultados são apresentados em três artigos. O primeiro artigo teve como objetivo identificar as relações entre turismo e saúde, os temas e as metodologias empregadas em estudos empíricos sobre essa relação. Os resultados mostraram a preocupação de pesquisadores e instituições de saúde com problemas relacionados à atividade do turismo, com ênfase em doenças infecciosas e ações emergenciais para detectar surtos envolvendo turistas, além da necessidade de um sistema de vigilância específico, e maior preparo das instituições de saúde para atender demandas individuais dessa população. O segundo artigo identifica como um grupo de turistas nacionais compreende a questão da saúde em viagem e como se comporta diante de problemas dessa natureza. Destaca o turista como grupo vulnerável a problemas de saúde em viagem, e que existem vulnerabilidades de saúde em fronteiras, além das de âmbito psicológico, físico, financeiro e ambiental. Aborda a importância de se estabelecer políticas de informação específicas aos turistas, bem como promover ações de nível institucional que possam minimizar as vulnerabilidades dos turistas antes, durante e depois da viagem. O terceiro artigo busca propostas junto aos gestores do setor de saúde pública e do turismo, de como efetivar uma política de saúde para o turista/viajante. Os resultados mostram a necessidade de mais dados para aprofundar a discussão, e que a produção de informação sobre a saúde do turista está atrelada, primeiro, à identificação desse sujeito em diversos pontos na trajetória da viagem, e segundo, à organização do sistema de saúde para atender ao turista. A vigilância do deslocamento do turista caberia, portanto, aos setores de saúde e de turismo integrados, na identificação, notificação e geração de informação de saúde sobre o turista e para o turista.

Palavras-chave: Saúde do turista; política de saúde; vigilância em saúde pública; vulnerabilidade em saúde; informação em saúde.

## **ABSTRACT**

The dynamics of people movement and the impact of health-disease at individual and collective levels suggest the dimension of complexity of a challenging issue, at both the local and the global scales. The intensification of the touristic flow strengthens the question of territory and border control, associated with its role in economy and world politics, particularly as a result of outbreaks, epidemics and pandemics that may represent public health emergencies. This study raises some elements to contribute to the constitution of a national traveler / tourist's health policy, presenting a qualitative and exploratory approach, along three articles. The first article identified the relationship between tourism and health, themes and the methodologies employed in empirical studies on this topic. The results showed concern of researchers and public health institutions with health problems related to the touristic activity, mainly the infectious diseases and the emergency actions to detect outbreaks involving tourists, besides the need of a specific surveillance system, and the preparedness of health systems to meet individual demands of this population. The second article examines how a group of national tourists understand the issues of health during travels and how they behave and face such problems. The tourist is identified as a vulnerable group, and the existence of health vulnerabilities at borders, besides psychological, physical, financial and environmental components of vulnerability. It is addressed the importance of specific information based policies and to promote institutional actions aiming to minimize the vulnerabilities of tourists before, during and after their travel. The third article raises proposals from the public health and tourism managers, in order to become effective a tourist/traveler health policy. The results show the need for more data to further discussion, and that the information production on tourist's health depend on, first, the identification of this subject at the several points along the travel, and second, the organization of health system to meet the tourist. The surveillance of tourist's flow is, therefore a task of public health and tourism sectors, acting integrated in the identification, reporting and generation of health information about the tourist and for the tourist.

**Key-words:** Travelers' health; health policy; public health surveillance; health vulnerability; health information.

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

### **Introdução - Turismo e Saúde Pública**

TABELA 1: Chegadas internacionais de turistas ao Brasil, por vias de acesso, segundo Unidades da Federação, 2009.

TABELA 2: Definições e estimativas da movimentação de viajantes.

### **Artigo I**

TABELA 1: Distribuição dos estudos sobre saúde do turista quanto ao problema estudado.

TABELA 2: Nome dado ao viajante turista na literatura internacional, 1997 a 2007.

### **Artigo II**

TABELA 1: Caracterização do turista e organização da viagem.

TABELA 2: Aspectos psicológicos do perfil do turista.

QUADRO 1: Descrição do turista entrevistado e da origem/destino da viagem por local e momento da entrevista.

QUADRO 2: Opinião dos turistas sobre elementos que podem fazer uma viagem se tornar mais segura.

QUADRO 3: Análise dos elementos que podem fazer uma viagem se tornar mais segura, dentro do nível institucional, social e individual.

### **Artigo III**

TABELA 1: Sistemas de informação e saúde do turista.

QUADRO 1: Caracterização dos gestores entrevistados.

QUADRO 2: Afirmativas em relação à saúde do turista.

QUADRO 3: Diferentes expressões referidas à informação, agrupadas segundo a direção da fala dos gestores – saúde e turismo.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **Introdução - Turismo e Saúde Pública**

FIGURA 1: Previsão em milhões de chegadas internacionais de turistas no mundo, 1950 – 2020.

FIGURA 2: Evolução mensal em milhões de chegadas internacionais de turistas no mundo, 2007 – 2010.

FIGURA 3: Evolução anual em milhões de chegadas internacionais de turistas ao Brasil, 1996 – 2009.

FIGURA 4: Desembarque de passageiros na Rodoviária Novo Rio, 2000 – 2009.

FIGURA 5: Desembarque de passageiros em vôos domésticos no Aeroporto do Galeão – Rio de Janeiro, 2000 – 2009.

FIGURA 6: Chegada de navios e passageiros no Porto do Rio de Janeiro / Píer Mauá, 2005 – 2011.

FIGURA 7: Relação entre turismo, saúde e desenvolvimento.

### **Artigo I**

FIGURA 1: Evolução em percentual de artigos publicados sobre a saúde do turista, 1977 a 2007.

FIGURA 2: Mapa de distribuição global dos artigos inseridos na revisão.

### **Artigo II**

FIGURA 1: Fluxo receptivo de turista internacional e nacional no município do Rio de Janeiro e a ocorrência de problemas de saúde.

FIGURA 2: Fluxo emissivo de turista brasileiro e as condições para existir maior ou menor vulnerabilidade a problemas de saúde em viagem.

### **Artigo III**

FIGURA 1: Posição dos gestores em relação à situação do turista como vítima preferencial de problemas de saúde.

FIGURA 2: Nível de governo para alocação de uma política de saúde do viajante/turista na opinião dos gestores de saúde e de turismo.

FIGURA 3: Frequência da palavra informação nas respostas dos gestores – saúde e turismo – em todas as questões da entrevista.

FIGURA 4: O fluxo da informação nas lacunas da saúde do turista.

## ÍNDICE

<b>Apresentação.....</b>	<b>1</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Turismo e Saúde Pública.....</b>	<b>4</b>
1.1. Evolução do Turismo no Mundo.....	5
1.2. A dinâmica do Turismo no Brasil.....	7
1.3. O Rio de Janeiro como importante destino turístico.....	10
1.4. O Turismo como um problema de Saúde Pública.....	12
1.5. Os Tipos de viajantes e o Turista.....	18
1.6. Objetivos do estudo.....	22
<b>2. Metodologia.....</b>	<b>24</b>
<b>3. Resultados e Discussão.....</b>	<b>28</b>
3.1. <b>Artigo I:</b> Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação.....	29
Introdução.....	30
Materiais e Métodos.....	31
Resultados.....	32
Problemas de saúde.....	33
Abordagens metodológicas.....	35
Ações e políticas propostas.....	37
Discussão.....	39
Considerações Finais.....	41
Referências.....	42
3.2. <b>Artigo II:</b> Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: a visão do turista na cidade do Rio de Janeiro.....	47
Introdução.....	48
Materiais e Métodos.....	49

Resultados.....	51
Caracterização do turista e da organização da viagem .....	51
Risco em viagem.....	54
Informação de saúde em viagem .....	57
Prevenção e assistência de saúde em viagem .....	59
Discussão .....	63
Referências.....	72
<b>3.3. Artigo III: Insuficiência de informação de saúde sobre o turista e para o turista: a discussão de uma política de saúde do viajante-turista no Brasil .....</b>	<b>74</b>
Introdução.....	75
Materiais e Métodos .....	76
Resultados.....	78
Caracterização dos gestores de saúde e de turismo .....	78
Problemas de saúde relacionados à atividade do turismo .....	79
Sistema de informação e saúde do turista .....	83
Vigilância em saúde do turista .....	86
Política nacional de saúde do viajante/turista .....	87
Promoção da saúde do turista .....	90
Discussão .....	92
Referências.....	98
<b>4. Considerações Finais .....</b>	<b>100</b>
<b>5. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>105</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>113</b>
Anexos – Introdução.....	114
Anexos - Artigo I .....	121
Anexos - Artigo II .....	123
Anexos - Artigo III .....	126

## APRESENTAÇÃO

Esta tese foi realizada no Programa Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz, apresentada como exigência parcial para obtenção do título de doutor em ciências na área de saúde pública e meio ambiente. As atividades acadêmicas tiveram início no ano de 2007 e término em 2011.

A tese está estruturada em artigos, um dos formatos permitidos pelo regimento dos programas de pós-graduação da ENSP/FIOCRUZ. Assim, os resultados são apresentados em três artigos. O primeiro artigo encontra-se publicado em periódico científico, e o segundo e terceiro escolhemos não submeter à avaliação para publicação em revistas antes de receber as contribuições e sugestões dos membros da banca.

O primeiro artigo, “Relações entre turismo e saúde: Abordagens metodológicas e propostas de ação”, publicado na *Revista Panamericana de Salud Pública* em 2010, foi realizado por meio de revisão da literatura científica internacional, e teve como objetivo identificar as relações entre turismo e saúde, temas e metodologias empregadas em estudos sobre essa relação. Os resultados mostraram a preocupação de pesquisadores e instituições de saúde com a implantação de políticas de saúde voltadas para o turista, com ênfase em doenças infecciosas e ações emergenciais para detectar surtos envolvendo turistas. Também é necessário um sistema de vigilância e notificação específico para turistas, e maior preparo das instituições de saúde para atender demandas individuais dessa população.

Simultaneamente, os resultados do primeiro artigo e a realização do exame de qualificação direcionaram a continuidade da pesquisa realizada em campo no município do Rio de Janeiro. Essa fase compreendeu a pesquisa qualitativa, e esses resultados foram discutidos no segundo e no terceiro artigo.

O segundo artigo, intitulado “Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: A visão do turista na cidade do Rio de Janeiro” identifica como um grupo de turista nacional compreende a questão da saúde em viagem e como se comporta diante de problemas dessa natureza. Destaca o turista como grupo vulnerável a problemas de saúde em viagem, e que existem vulnerabilidades de saúde em fronteiras, além das de âmbito psicológico, físico, financeiro e ambiental. Aborda a importância de se estabelecer políticas de informação específicas aos turistas, bem como promover ações de nível institucional que possam minimizar as vulnerabilidades dos turistas em relação à viagem.

O terceiro artigo, “Insuficiência de informação de saúde sobre o turista e para o turista: a discussão de uma política de saúde do viajante-turista no Brasil” busca propostas junto aos gestores do setor de saúde pública e do turismo, de como efetivar uma política de saúde para o turista, e as responsabilidades de cada setor. Os resultados mostram a necessidade de mais dados para aprofundar a discussão, e que a produção de informação sobre a saúde do turista está atrelada, primeiro, à identificação desse sujeito em diversos pontos na trajetória da viagem, e segundo, à organização do sistema de saúde para atender ao turista. A vigilância do deslocamento do turista caberia, portanto, aos setores de saúde e de turismo integrados, na identificação, notificação e geração de informação de saúde sobre o turista e para o turista.

Nas considerações finais, são apresentadas algumas sugestões, e perspectivas de continuidade da discussão. O levantamento e a organização da informação pode ser uma proposta de contribuição efetiva para a saúde do turista no Brasil, visto que é uma ação que não depende de grandes recursos. Uma proposta de capacitação do setor de turismo em colaboração com a saúde do turista, certamente, poderá facilitar a integração entre as áreas.

## **INTRODUÇÃO**

## 1. TURISMO E SAÚDE PÚBLICA

O cenário mundial, de economia globalizada, coloca-nos 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' com enfoque no setor de serviços como alternativa de desenvolvimento.

Na visão de Moesch, a atividade turística beneficiou-se [...],

“[...] incomensuravelmente, dos avanços tecnológicos das últimas décadas, mas, sem dúvida, foi com a sociedade da informação que sua expansão concretizou-se. A nova era das comunicações internacionais permitiu maior liberdade de locomoção, de comércio internacional, de maiores investimentos por meio das fronteiras internacionais” [...] “A atual revolução tecnológica estaria centrada no conhecimento e na informação e encarnada de processos simbólicos vinculados à cultura da sociedade e à educação [...]” (MOESCH, 2000, p.37).

Por outro lado, a intensificação das atividades de turismo reforça a questão de controle de território e fronteira, em relação ao seu papel de destaque na economia e política mundial, em especial por consequência de surtos, epidemias e pandemias que podem se constituir em 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 no global. Nesse sentido, novos desafios estão traçados pela existência de transportes cada vez mais rápidos e a 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).

Ao endossar um tipo de consumo produtivo do espaço, pautado na hospitalidade, na interação como o aprendizado e a experiência cultural, o turismo

coaduna-se às propostas de sustentabilidade e tem-se convertido na modalidade de economia com maiores índices de crescimento.

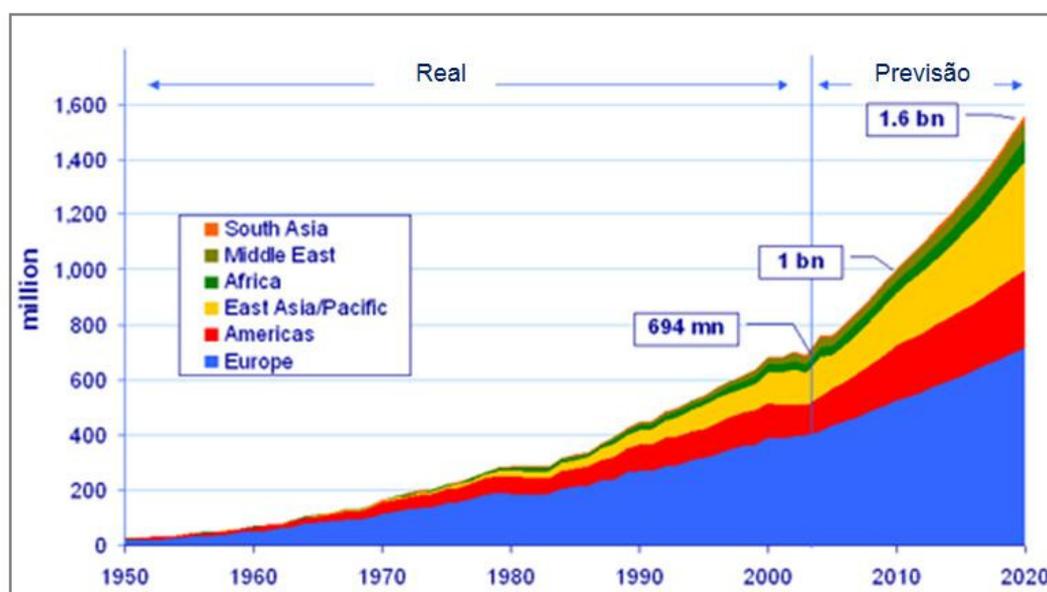
### 1.1. Evolução do Turismo no Mundo

Dentre as formas estabelecidas como referência pela Organização Mundial do Turismo destacam-se o turismo receptivo, o turismo emissor e o turismo doméstico ou interno, sendo que os indicadores mais expressivos do setor estão relacionados ao turismo receptivo que envolve os não residentes recebidos por um país de destino a partir do ponto de vista desse destino.

A previsão é de que o turismo receptivo internacional deve chegar a quase 1,6 bilhões de viagens até o ano de 2020, e deste 1,2 bilhões será de viagens intra-regionais e 378 milhões será de viagens longas (Figura 1). O total de turistas por região mostra que em 2020 as três principais regiões receptoras serão a Europa (717 milhões), a Ásia Oriental e Pacífico (397 milhões) e as Américas (282 milhões), seguido pela África, Oriente Médio e Sul da Ásia. Para Moesch (2000, p.36),

“se o turismo fosse uma nação, ou estado independente, seria, agora, a terceira potência econômica do mundo, situando-se somente atrás dos Estados Unidos e Japão. Uma explicação para esse crescimento é que o turismo é uma atividade econômica de múltiplos componentes, na qual muitas partes estão intrinsecamente associadas a outros setores econômicos”.

**FIGURA 1: Previsão em milhões de chegadas internacionais de turistas no mundo, 1950 – 2020**



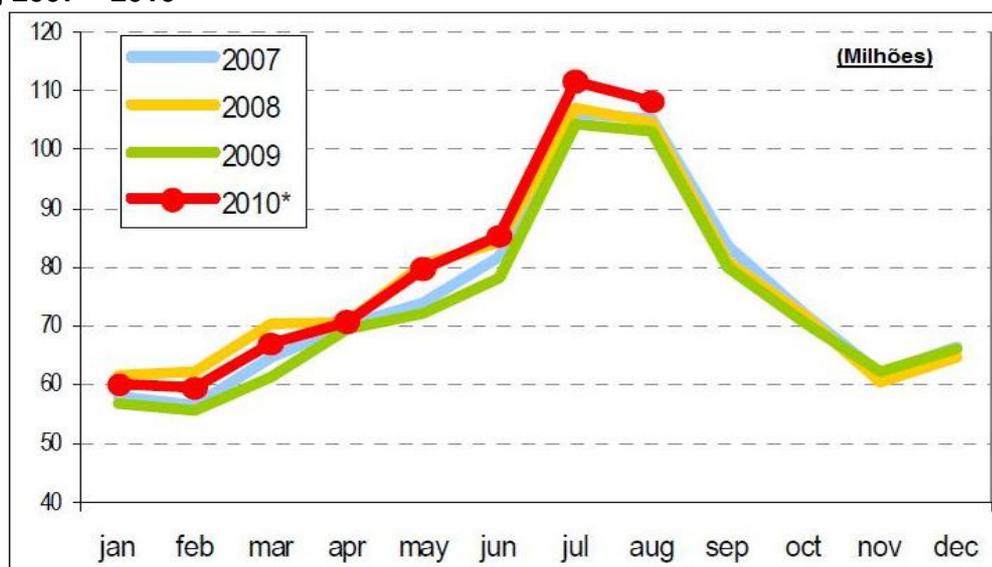
Fonte: UNWTO (2001).

Apesar de oscilações nos últimos anos, o turismo é um mercado acostumado ao crescimento constante, como é visto no aumento significativo do volume de turistas em trânsito que praticamente dobrou em pouco mais de uma década. As quedas recentes no número de viagens podem ser explicadas pelas dificuldades de um ambiente de crise econômica mundial, mas também pela tensão gerada na saúde global, como o aparecimento do novo vírus de influenza.

Assim, na área de turismo o ano de 2010 foi pautado pelo debate de como acelerar a recuperação do setor, e dentre as propostas de mitigação, os países incentivaram o turismo interno como solução atenuadora aos desafios instituídos. A figura 2 mostra os resultados totalizados por 150 destinações turísticas entre os meses de janeiro a agosto de 2010. O número de chegadas internacionais de turistas em todo o mundo dentro desse período foi estimado em 642 milhões, um crescimento de 7%, ou cerca de 40 milhões a mais que o mesmo período em 2009.

Percebe-se que os meses de julho e agosto são sempre os mais expressivos em termos de movimentação de turismo, considerado o ciclo da alta temporada para os países que estão na estação do verão. No Brasil, especialmente em cidades como o Rio de Janeiro, esse fenômeno é inverso e a ocasião da alta temporada ocorre entre os meses de dezembro e fevereiro. Esse dado demonstra também a predominância das atividades de turismo no hemisfério norte.

**FIGURA 2: Evolução mensal em milhões de chegadas internacionais de turistas no mundo, 2007 – 2010**



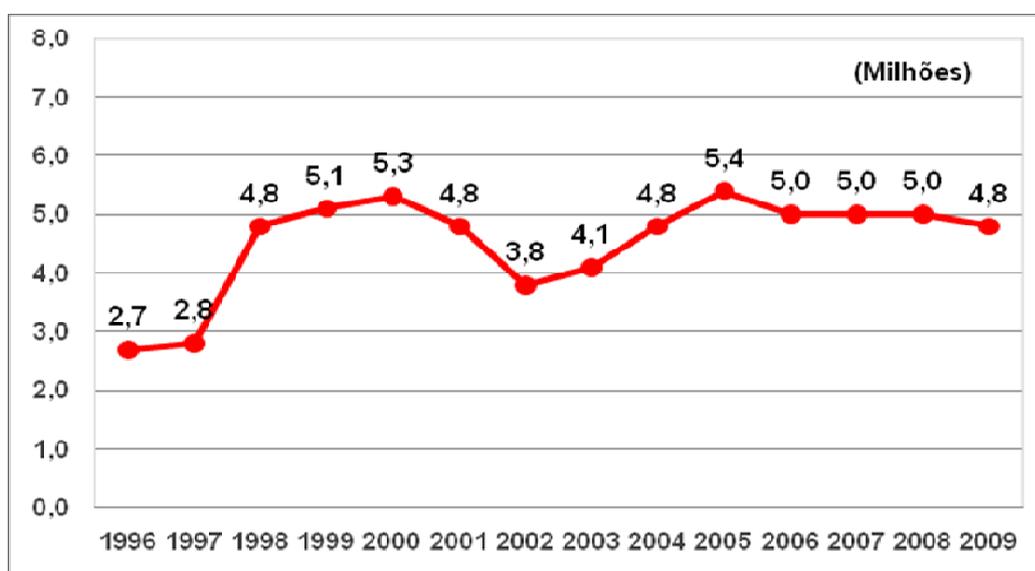
Fonte: UNWTO World Tourism Barometer (Out. 2010). \* Estimativa.

## 1.2. A dinâmica do Turismo no Brasil

A análise classificada por sub-regiões destacou no conjunto de países da América do Sul um crescimento de 16 milhões no ano 2000 para 21,3 milhões de chegadas internacionais de turistas em 2009 (UNWTO, 2010). Deste total, o Brasil recebeu uma parcela aproximada de 22% das viagens na América do Sul que significam 5 milhões de turistas internacionais em 2008 e decresceu para 4,8 milhões no ano de 2009, segundo dados do Departamento de Polícia Federal e do Ministério do Turismo (Figura 3).

A principal via de acesso dos turistas foi a aérea que representou 69,7% em 2009 (3,3 milhões de passageiros), a maioria com chegada em São Paulo (1,8 milhões) e no Rio de Janeiro (886 mil). Em segundo lugar está a via terrestre que alcançou 27% do total de chegadas internacionais, quase 1,3 milhões de passageiros, sendo as fronteiras mais expressivas os Estados do Paraná (638 mil) e Rio Grande do Sul com cerca de 517 mil (Tabela 1).

**FIGURA 3: Evolução anual em milhões de chegadas internacionais de turistas ao Brasil, 1996 - 2009**



Fonte: Ministério do Turismo - Anuário Estatístico de Turismo 2010. (Organização da autora).

A via marítima significou 2,4% e houve um aumento aproximado de 65% de chegadas internacionais de turistas por via marítima, que obteve 70 mil passageiros em 2008 e passou para mais de 115 mil em 2009, desse último ano 52% correspondeu a três Estados: São Paulo (31 mil), Santa Catarina (23 mil) e Rio de

Janeiro (22 mil). Em complemento a via fluvial correspondeu a 0,8% com chegadas registradas especialmente no Pará, no Paraná e no Rio Grande do Sul.

Os principais países emissores de turistas para o Brasil em 2009 foram em primeiro lugar a Argentina com 25,2% (1,2 milhões de turistas) e em segundo os Estados Unidos com 12,6% (600 mil turistas). Países europeus aparecem entre o terceiro e o quinto lugar na colocação com a Itália (253 mil), a Alemanha (215 mil) e a França (205 mil). Em relação ao turismo interno o Brasil alcançou em novembro de 2010 a marca de 61 milhões de pessoas em circulação no país, segundo o Ministério do Turismo<sup>1</sup>, isto é, mais de 100 vezes que o turismo externo.

**TABELA 1: Chegadas internacionais de turistas ao Brasil, por vias de acesso, segundo Unidades da Federação, 2009**

Unidades da Federação	Chegada de turistas em 2009				
	Vias de acesso				
	Total	Aérea	Marítima	Terrestre	Fluvial
<b>Brasil</b>	<b>4.802.217</b>	<b>3.348.906</b>	<b>115.705</b>	<b>1.298.972</b>	<b>38.634</b>
Amazonas	37.135	32.807	-	4.328	-
Bahia	143.509	141.121	2.388	-	-
Ceará	98.882	88.724	10.158	-	-
Distrito Federal	28.983	28.983	-	-	-
Mato Grosso do Sul	58.395	-	-	58.395	-
Minas Gerais	49.079	49.079	-	-	-
Pará	20.079	12.491	-	-	8.300
Paraná	663.237	21.032	-	638.678	3.527
Pernambuco	88.818	71.849	16.969	-	-
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>908.667</b>	<b>886.357</b>	<b>22.310</b>	-	-
Rio Grande do Norte	54.211	53.447	764	-	-
Rio Grande do Sul	613.274	82.740	4.147	516.923	9.464
Santa Catarina	127.826	54.678	23.590	49.558	-
<b>São Paulo</b>	<b>1.842.796</b>	<b>1.811.101</b>	<b>31.695</b>	-	-
Outras UF	66.614	14.497	3.684	31.090	17.343

Fonte: Ministério do Turismo - Anuário Estatístico de Turismo 2010. (Adaptação da autora).

<sup>1</sup> Ministério do Turismo. Dados e Fatos. Notícia em 29 de dezembro de 2010: Já chega a 61 milhões o número de desembarques nacionais. Disponível em: <[http://www.dadosdefatos.turismo.gov.br/dadosdefatos/geral\\_interna/noticias/detalhe/20101229.html](http://www.dadosdefatos.turismo.gov.br/dadosdefatos/geral_interna/noticias/detalhe/20101229.html)>. Acessado em 15/01/11.

As atividades características e conexas ao turismo geraram em 2007 uma produção de aproximadamente 170 bilhões de reais, que significou 3,6% do PIB brasileiro (IBGE, 2010). Por essa razão é considerada uma das principais economias do país, representada pelo setor de serviços. Destaca-se que esse estudo agrupou a atividade do setor de turismo entre serviços de alimentação, transporte, alojamento, atividades recreativas, culturais e desportivas, além dos serviços de operadoras e agências de viagem.

Assim, o governo brasileiro prioriza o turismo como uma importante atividade econômica que pode auxiliar na minimização dos problemas sociais do país. Para tanto, criou o Ministério do Turismo em 2003 com a finalidade de organizar o setor e direcionar ações para geração de divisas e empregos, e elaborou o Plano Nacional de Turismo que estabelece metas e objetivos para o desenvolvimento do turismo. Desde então, a EMBRATUR passa a cuidar exclusivamente das ações de divulgação e marketing do turismo tanto no Brasil quanto no exterior.

A variedade da oferta turística brasileira cresceu com o auxílio das ações governamentais através dos programas implementados pelo Ministério do Turismo. Podemos citar como exemplo alguns programas:

1) O Programa de Regionalização do Turismo – Roteiros do Brasil surge como modelo de gestão descentralizada, uma política pública de planejamento e de desenvolvimento turístico local, regional, estadual e nacional. Esse programa estruturou a oferta de inúmeros roteiros turísticos, em todas as regiões do país.

2) O projeto Vai Brasil foi uma das primeiras estratégias para incentivo do turismo interno, criado em parceria com a Associação Brasileira das Operadoras de Turismo (BRAZTOA) e a Associação Brasileira das Agências de Viagem (ABAV) com o intuito de fomentar a comercialização de pacotes turísticos em períodos de baixa ocupação nos diversos destinos do Brasil.

3) O projeto Viaja Melhor Idade que visa estimular e facilitar aos brasileiros com mais de 60 anos a viajarem pelo país na baixa ocupação e usufruírem os destinos turísticos do Brasil, que reduz pela metade as tarifas aéreas e diárias de hotéis.

Estas ações são resultado de um projeto que envolve o governo, os órgãos estaduais de turismo e a iniciativa privada, com o objetivo de aumentar a entrada de turistas estrangeiros e incentivar o turismo interno.

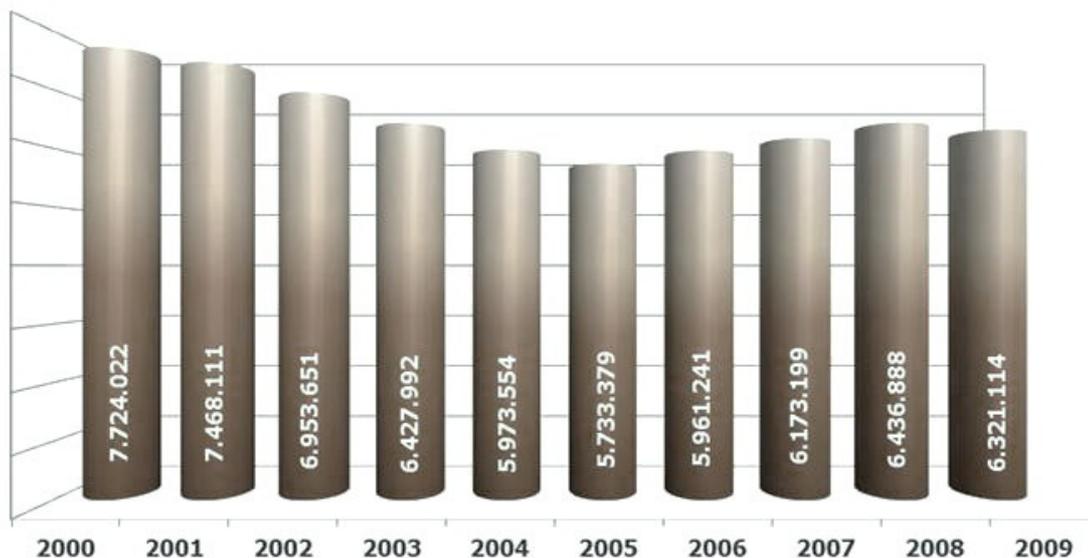
### 1.3. O Rio de Janeiro como importante destino turístico

O município do Rio de Janeiro é considerado um influente destino turístico do Brasil, palco constante de inúmeros eventos de massa como o Carnaval e o Réveillon, e sua escolha como cenário de grandes eventos como a Copa do Mundo e os Jogos Olímpicos fortaleceu essa notoriedade nacional e internacional nos últimos anos.

Em termos de movimentação de passageiros, na fronteira internacional observa-se que o Rio de Janeiro sobressai logo após São Paulo (Tabela 1). No entanto, é muito mais expressivo o número de desembarques domésticos nos pontos de chegada no município do Rio de Janeiro.

A Rodoviária Novo Rio, por exemplo, recebeu em 2009 mais de seis milhões de passageiros (Figura 4), e no mesmo período o número de desembarque em vôos domésticos no aeroporto do Galeão foi de quase quatro milhões de passageiros (Figura 5)..

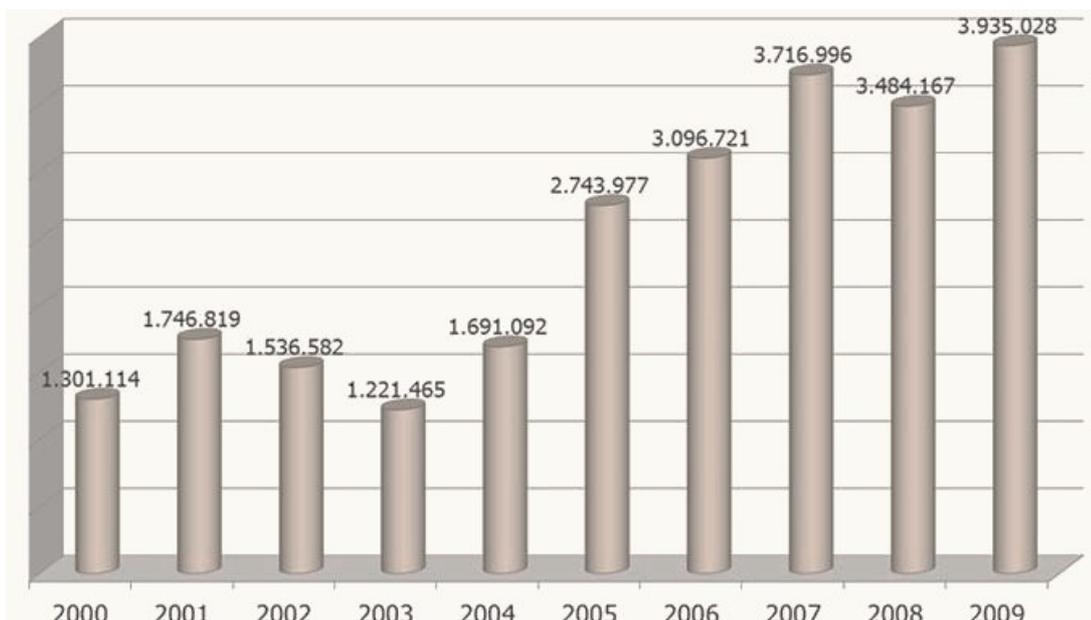
**FIGURA 4: Desembarque de passageiros na Rodoviária Novo Rio, 2000 - 2009**



Fonte: RIOTUR. Informativo Estatístico 2011. \*Dados cedidos pela SOCICAN.

Esses dados somados correspondem a dez vezes o número de chegadas internacionais observado anteriormente.

**FIGURA 5: Desembarque de passageiros em vôos domésticos no Aeroporto do Galeão – Rio de Janeiro, 2000 - 2009**



Fonte: RIOTUR. Informativo Estatístico 2011. \*Dados cedidos pela INFRAERO-RIO.

O Porto do Rio de Janeiro é o mais recente ponto de entrada de turistas que apresenta crescimento constante. As atracções de navios de cruzeiros quase triplicou desde os últimos cinco anos, e a previsão da última temporada (outubro de 2010 a março de 2011) foi de quase 600 mil passageiros.

**FIGURA 6: Chegada de navios e passageiros no Porto do Rio de Janeiro / Píer Mauá, 2005 - 2011**



Fonte: RIOTUR. Informativo Estatístico 2011. \*Dados cedidos pelo Píer Mauá. \*\*Passageiros previstos para 2010/2011.

#### 1.4. O Turismo como um problema de Saúde Pública

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde divulgou para a população e à imprensa nos últimos anos, notas técnicas sobre notificações de casos relacionados à saúde de viajantes. Notícias e dados divulgados na mídia destacaram outros acontecimentos internacionais e nacionais que foram considerados alertas ou casos confirmados de doenças envolvendo turistas.

No Brasil foram registrados nos últimos anos diversos eventos de saúde relacionados a turistas como, por exemplo, o surto epidêmico de sarampo na Bahia em 2006 que surpreendeu a vigilância em saúde já que transmissão contínua dessa doença havia sido interrompida desde 2000. A epidemia de dengue no Rio de Janeiro em 2007, por exemplo, inquietava quem iria chegar ao Rio de Janeiro com medo de ser infectado.

Um serviço da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) de captura de notícias na mídia mostra a importância desses eventos para saúde pública<sup>2</sup>. Um surto de norovirus em navio de cruzeiro em Búzios/RJ em março de 2010 causou mal-estar em 310 passageiros com sintomas de vômito e diarreia, vírus propagado através de alimentos mal lavados<sup>3</sup>. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou que todos os passageiros e tripulantes fossem impedidos de deixar a embarcação até que as autoridades descobrissem o motivo do surto. O navio estava com 1.987 passageiros e 765 tripulantes a bordo. Em janeiro de 2009, 464 pessoas que estavam a bordo de outro cruzeiro com destino a Buenos Aires também passaram mal durante o trajeto Salvador – Rio de Janeiro. Foram detectados problemas no teor de cloro em pontos de distribuição de água potável e na conservação de alimento perecível, como maionese, segundo a ANVISA.

O Ministério da Saúde determinou o aumento das ações de vigilância e prevenção da febre chikungunya que até agosto de 2010 nunca havia sido registrada no país. Três casos foram confirmados, sendo dois residentes de São

---

<sup>2</sup> Captura de notícias na mídia de importância para saúde pública: clipping CIEVS (Coordenação de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde - Rio de Janeiro). Disponível em: <<http://www.otics.org/otics/estacoes-de-observacao/estacao-rio-saude-presente/subpav/vigilancia-em-saude/CIEVS/clipping>>.

<sup>3</sup> Fonte: < <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL1523920-5606,00-laudo+aponta+norovirus+como+causa+de+malestar+em+passageiros+de+navio.html>>.

Paulo e um do Rio de Janeiro. Os pacientes contraíram a doença em viagens ao exterior (Índia e Indonésia). O vírus chikungunya é transmitido pelo *Aedes aegypti* e pelo *Aedes albopictus* e não havia registro de circulação do vírus da doença nas Américas<sup>4</sup>.

Um surto de sarampo ocorreu em João Pessoa em setembro de 2010 causado pelo vírus B3, que circula na África do Sul, e que provavelmente foi disseminado durante a Copa do Mundo. Foram notificados 40 casos suspeitos<sup>5</sup>. Nesse mesmo mês de 2010 o Hospital de Base de Rio Preto (São Paulo) confirmou dois casos de malária. Entre os pacientes, havia um homem de 41 anos de Votuporanga e outro de 65 de Cardoso, que teriam contraído a doença durante uma pescaria no Pará<sup>6</sup>.

Além disso, associações internacionais de monitoramento de doenças infecciosas emergentes têm monitorado e noticiado diversos surtos e alertas de abrangência internacional envolvendo viagens (CDC<sup>7</sup>; WHO<sup>8</sup>, ISTM<sup>9</sup>, ProMED-mail<sup>10</sup>, PHAC<sup>11</sup>). Esses eventos são exemplos da diversidade de problemas de saúde que ocorrem entre turistas, ou nos quais o turismo está direta ou indiretamente ligado. Baseado na análise desses e outros eventos percebem-se a ausência de uma política voltada para a saúde e o turismo no Brasil, bem como ações e programas de integração entre esses setores. Nesse sentido, este trabalho foi motivado pela necessidade de conscientizar e fazer pensar sobre o tema “turismo e saúde” como política pública.

Ao destacar o não sincronismo entre as políticas de saúde e de turismo no Brasil pretende-se introduzir o tema para que leitores das duas áreas compreendam

---

<sup>4</sup> Fonte: <<http://www.atarde.com.br/brasil/noticia.jsf?id=5660337>>.

<sup>5</sup> Fonte: <<http://www.clickpb.com.br/artigo.php?id=20100923080654&cat=paraiba&keys=laboratorio-identifica-surto-sarampo-pb-causado-virus-africano>>.

<sup>6</sup> Fonte: <<http://www.redebomdia.com.br/Noticias/Dia-a-dia/31456/Hospital+de+Base+confirma+mais+dois+casos+de+malaria>>.

<sup>7</sup> CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Travel information. Disponível em: <[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)>.

<sup>8</sup> WHO – World Health Organization. International travel and health 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/ith/en/index.html>>.

<sup>9</sup> ISTM – International Society of Travel Medicine. Disponível em: <<http://www.istm.org/>>.

<sup>10</sup> ProMED-mail: Programa de Monitoramento de Doenças Emergentes (é um sistema de comunicação eletrônica global para surtos das doenças infecciosas emergentes e toxinas). Disponível em: <<http://www.promedmail.org>>.

<sup>11</sup> PHAC - PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Information for travelers e Information for travel medicine professionals. Disponível em: <[www.travelhealth.gc.ca](http://www.travelhealth.gc.ca)>.

o caminho percorrido até chegar à situação atual de saúde do turista. Existe uma grande diferença de desenvolvimento e amadurecimento entre as duas áreas devido ao contexto histórico recente, da atuação de governos e da pressão social exercida por cidadãos sobre ambos os setores.

A saúde pública obteve grande avanço na sua institucionalização por meio de lutas sociais do século XIX até a implantação do SUS<sup>12</sup>, com enfoque na assistência e medicina do trabalho (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008). Já o turismo surge com a expansão dos meios de transporte e hospedagem, primeiro elitizados, depois em massa, com o advento das férias (BOYER, 2003). Mas o turismo só passa a ser chamado como fenômeno de massa quando maiores parcelas da população começam a viajar a partir do século XX, no Brasil principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o que caracteriza as políticas de turismo<sup>13</sup> como muito mais recentes que as políticas de saúde.

A Constituição da República determina no título de ordem e seguridade social ser dever do Estado garantir saúde como direito para toda população, assim foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1990 o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que detalha o funcionamento do SUS. Essa lei caracteriza a Vigilância Epidemiológica no conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prevenir alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças<sup>14</sup>. Enquanto a ANVISA (federal) se encarrega do controle das fronteiras, a Vigilância Epidemiológica se responsabiliza em dar respostas a emergências em saúde, e tem como lema a “informação para ação”. A vigilância epidemiológica é de todo o SUS, com maior presença no município.

Segundo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), emergência de saúde pública de preocupação internacional trata-se de um evento (manifestação da doença ou acontecimento potencial para a doença) de risco para a saúde pública de

---

<sup>12</sup> O Ministério da Saúde foi instituído no dia 25 de julho de 1953, sob a Lei nº 1.920.

<sup>13</sup> O Ministério do Turismo foi instituído em 2003. O Decreto nº 7.381, de 2 de Dezembro de 2010, regulamenta a Lei no 11.771, de 17 de setembro de 2008, que dispõe sobre a Política Nacional de Turismo, define as atribuições do Governo Federal no planejamento, desenvolvimento e estímulo ao setor turístico.

<sup>14</sup> Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 – Ministério da Saúde.

outros Estados, por meio da propagação internacional da doença e que pode requerer uma resposta internacional coordenada.

O RSI tem como finalidade prevenir a propagação internacional de doenças, de proteger contra essa propagação, controlá-la e dar uma resposta proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública. Na última revisão em 2005, o RSI apresentou a aplicação quatro princípios: (1) se fará com respeito pleno da dignidade, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das pessoas; (2) se inspirará na Carta das Nações Unidas e a Constituição da Organização Mundial de Saúde; (3) se inspirará na meta de sua aplicação universal para a proteção de todos os povos do mundo frente à propagação internacional de enfermidades; (4) os Estados têm o direito soberano de legislar e aplicar leis em cumprimento de suas políticas de saúde, e ao exercê-lo respeitarão a finalidade do presente Regulamento (RSI, 2005). Além do RSI, o Brasil é signatário de acordos internacionais para manutenção e erradicação de agravos à saúde como os compromissos firmados na Declaração do Milênio<sup>15</sup>.

Pode-se dizer que um passo importante foi dado com a elaboração da Carta de São Paulo<sup>16</sup> de setembro de 2008, redigida por 50 profissionais da área de saúde, participantes do SUS, professores, pesquisadores e técnicos em discussão da defesa da saúde do viajante. Teve como participantes diversos departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), da ANVISA, de fundações, universidades, empresas estatais, e de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Esse documento submeteu ao exame argumentos que consideram o potencial turístico, cultural e comercial do Brasil, que será sede do V Jogos Mundiais Militares em 2011 (no Rio de Janeiro) e de megaeventos como a Copa do Mundo de Futebol em 2014 e as Olimpíadas em 2016 (no Rio de Janeiro). Reafirmam que as viagens são realizadas por um número cada vez maior de pessoas devido a razões de ordem profissional, social, humanitária e de lazer em distâncias e velocidades maiores, situações que expõem o público residente e visitante a uma variedade de riscos para a saúde. A Carta conclui da urgência na construção de uma política

---

<sup>15</sup> A Cúpula do Milênio das Nações Unidas foi realizada em Nova York, em setembro de 2000.

<sup>16</sup> Carta de São Paulo. Em anexo.

nacional direcionada à saúde do viajante que defina responsabilidades envolvendo entes e organizações públicas e privadas.

Existem outros dois documentos que abordam a questão sanitária dos viajantes em geral no Brasil, um deles trata-se da Resolução da ANVISA<sup>17</sup> que dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados, e o outro é o Decreto<sup>18</sup> que institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEIESPII).

O tema da vigilância em saúde do viajante foi assinalado por diversos eventos que ocorreram no país no segundo semestre de 2010<sup>19</sup>. No nível nacional, a SVS/MS realizou a III Reunião Nacional de Saúde do Viajante e Migrante, que teve como foco os eventos de massa que o Brasil sediará como a Copa do Mundo de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. Nesse evento os especialistas do Brasil e de outros países (Argentina e Paraguai) destacaram a importância da criação de planos de ação para possíveis emergências de saúde pública. Promoveu também a I Oficina de Saúde do Viajante na Tríplice Fronteira com representantes dos Ministérios da Saúde do Brasil, da Argentina e do Paraguai, que estabeleceram compromissos por meio da Carta de Itaipu, para a promoção conjunta na região da tríplice fronteira, considerada de grande potencial turístico e comercial.

No nível local, a SMSDC/RJ promoveu em setembro de 2010 o I Seminário Municipal de Saúde do Viajante do Rio de Janeiro com o objetivo de sensibilizar a rede serviços de vigilância em saúde sobre o tema e aproximar a área de turismo.

Crises e riscos que comprometam a atividade de turismo também foi tema de debate no Seminário das Américas - Gestão de Riscos e Crises no Setor do Turismo organizado pela Comissão Regional da Organização Mundial de Turismo para as Américas, que teve como objetivo preparar os participantes dos países-membros para o enfrentamento desses problemas que inclui a saúde.

No campo prático, as iniciativas disponíveis de atenção ao turista brasileiro limitam-se à oferta de aconselhamento médico individual antes da viagem, recomendação de vacinas necessárias previstas ou não no Programa Nacional de

---

<sup>17</sup> RDC Nº 21, de 28 de Março de 2008. Em anexo.

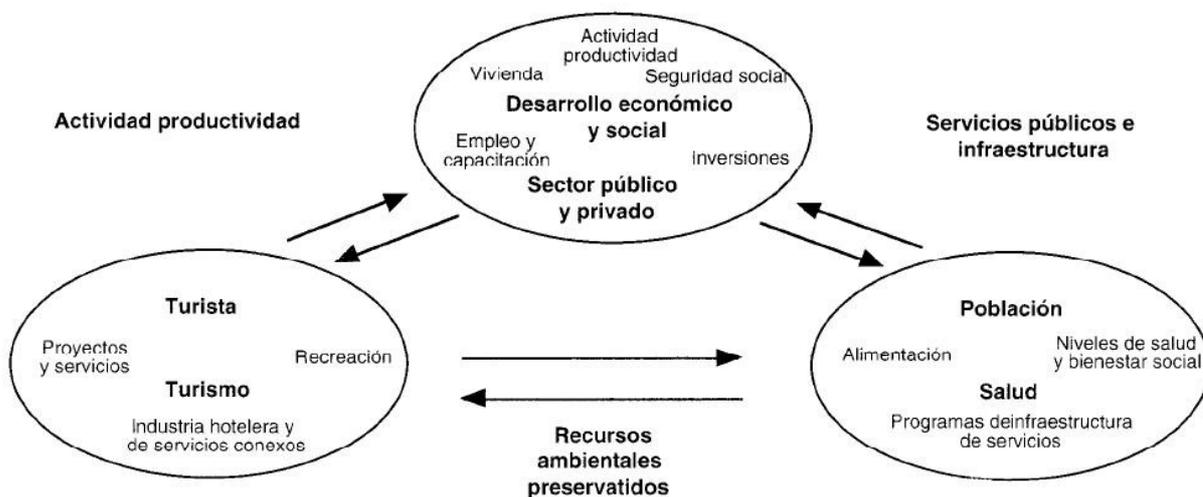
<sup>18</sup> Decreto de 6 de Dezembro de 2010. Em anexo.

<sup>19</sup> SVS Informa. Eventos de Saúde do Viajante no Brasil. Em anexo.

Imunização (PNI) e assistência após a viagem. Esses serviços são considerados projetos de pesquisa e extensão em instituições acadêmicas de iniciativa da medicina de viagem<sup>20</sup>. Apesar da inserção dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)<sup>21</sup> nessas unidades, essas ações não foram absorvidas como política de governo que pudesse garantir atendimento a toda população de viajantes.

Há poucas décadas a saúde do turista cresce como um ramo novo da saúde pública (PASINI, 1989), vale ressaltar que se trata de um campo de pesquisa em construção. Para Ruiz-de-Chavez et al (1994) “o turismo e a saúde são dois conceitos estreitamente relacionados, ambos incidem diretamente no desenvolvimento econômico dos países e são parte importante da política social a cargo dos governos”. O vínculo entre turismo e saúde é visto como um binômio de interação constante (Figura, 7) e nessa pesquisa os autores sugerem uma série de recomendações com ênfase em medidas preventivas e ações conjuntas entre os dois setores, além do seu papel na proteção e promoção da saúde do turista (RUIZ-DE-CHÁVEZ et al, 1994).

**FIGURA 7: Relação entre turismo, saúde e desenvolvimento\***



Fonte: RUIZ DE CHÁVEZ et al (1994). \*Tradução livre da autora.

Cossar e Reid (1989) previam que o crescimento das viagens e o número crescente de pessoas afetadas por doenças relacionadas a viagens fariam com que

<sup>20</sup> CIVES-UFRJ (desde 1999), IIER-SP (desde 2000), HC-SP (desde 2001), IPEC-FIOCRUZ.

<sup>21</sup> A Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004, do Ministério da Saúde, institui as diretrizes gerais para o funcionamento dos CRIE.

esse assunto chamasse a atenção da área de saúde, do turismo, dos próprios viajantes e das autoridades sanitárias dos países que recebem os turistas. Nesse estudo afirmam a necessidade da atenção adequada para o viajante como uma responsabilidade compartilhada, da existência do monitoramento contínuo das doenças em viajantes, além da impotência de sistemas de informação voltados para esses problemas.

A viagem como uma questão de saúde pública é observada na pesquisa de Rodriguez-Garcia a partir do processo de globalização que tornou as sociedades interdependentes e promoveu a circulação de pessoas, bens e idéias em uma velocidade sem precedentes e volume. “O aumento da intensidade e quantidade de viagens resultou em maior vulnerabilidade para a disseminação, de novas e reemergentes, doenças infecciosas. Viajantes e populações locais também são vulneráveis “à morte e à incapacidade provocada por acidentes, violência, doenças crônicas, tais como as causadas por abuso de substâncias (álcool, tabaco e outros), e comportamentos indesejáveis” (RODRIGUEZ-GARCIA, 2001).

Outra preocupação da área de saúde é o impacto do crescimento do turismo na saúde das comunidades locais, segundo Spiegel et al (2007) poucas pesquisas têm sido realizadas para identificar possíveis medidas de mitigação, e discute uma gama de programas desenvolvidos em Cuba que abrange preocupações com a saúde ocupacional dos trabalhadores do setor do turismo, bem como, medidas implementadas para proteger os turistas.

### **1.5. Os Tipos de viajantes e o Turista**

A viagem é caracterizada pelo “ato de ir de um lugar a outro relativamente afastado, ou ainda, viagem de ida e volta, passar de viagem, passar de passagem, fazer viagem” (FERREIRA, 1986). É “o espaço percorrido, o percurso, o deslocamento que se faz para chegar de um local a outro” (HOUAISS & VILLAR, 2001). Sabe-se que sempre existiu um desejo ou necessidade do homem se deslocar seja por sobrevivência, pelo desejo de expansão e a conquista de territórios, até as motivações contemporâneas como as viagens de lazer, de trabalho entre outras.

Um dos desafios lançado na discussão relacionada entre o turismo e à saúde inicia na delimitação do viajante. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) define que um viajante “significa toda pessoa física que realiza uma viagem internacional”. Essa definição, atribuída ao controle em fronteiras internacionais, limita significativamente a situação do viajante em face da complexidade conferida entre circulação de pessoas, controle e monitoramento de doenças.

Entretanto, o universo de definições de viajante é diversificado e suas características variantes. O viajante turista, por exemplo, é o sujeito do turismo que realiza uma viagem por motivo de lazer, que sai do seu local de moradia para outro lugar por um tempo determinado, finito, com retorno ao local de origem da viagem. A Organização Mundial do Turismo ainda acrescenta que a decisão de viajar do turista vai depender de fatores como “disponibilidade de tempo livre, renda, vontade de viajar [...] sem realizar atividades com fins remunerados” (OMT, 2003). Já o viajante trabalhador viaja a negócios e exerce atividades com fins remunerados, geralmente está garantido pela empresa (privada ou pública) dos direitos trabalhistas que inclui a responsabilidade da saúde do trabalhador em viagem (ALVES, 1998).

Estudos apontam em particular o viajante migrante (MARTÍNEZ et al, 2005; MOYA & FINKELMAN, 2007; SNYDER et al, 2007; RUIZ & BRIONES-CHAVEZ, 2010), e segundo a Organização Internacional de Migração (2004) “a migração é um processo de mudança, seja através de uma fronteira internacional, ou dentro de um Estado”. Ainda existe o viajante militar (TOUZE et al, 2007), o viajante migrante (MARTÍNEZ et al, 2005; MOYA & FINKELMAN, 2007; SNYDER et al, 2007; RUIZ & BRIONES-CHAVEZ, 2010), o viajante cigano (PARRY et al, 2007; VAN CLEEMPUT et al, 2007), o viajante expatriado (RYAN & HEIDEN, 1990) etc.

Zimmerman, Kiss e Hossain (2011) apresentaram recentemente um estudo sobre migrações e saúde e estabelecem um quadro para a compreensão de definições e estimativas da movimentação desses grupos.

Devido a essa diversidade de tipos de viajante, outro desafio está na constituição da idéia do conceito de saúde do viajante que precisa ser construído tomando como referência as características de cada um desses grupos, e não apenas sob a discussão da disseminação de doenças.

**TABELA 2: Definições e estimativas da movimentação de viajantes\***

Migrant Category	Definition	Estimates	Data Year, Source
<b>International migrants</b>	Individuals who remain outside their usual country of residence for at least one year [3].	Estimated number of migrants at mid-year: 213,943,812 (Females: 49%; Males: 51%)	2009, UN Population Division [3]
<b>Internal migrants</b>	Individuals who move within the borders of a country, usually measured across regional, district, or municipal boundaries, resulting in a change of usual place of residence [1].	~740 million	2000–2002, UNDP [1]
<b>Irregular migrants (or undocumented / illegal migrants)</b>	Individuals who enter a country, often in search of employment, without the required documents or permits, or who overstay the authorized length of stay in the country [58,59].	~20 to 30 million, comprising 10%–15% of the world's immigrant stock	2005, UN Population Division [3]
<b>Trafficked persons</b>	Individuals who are coerced, tricked, or forced into situations in which their bodies or labor are exploited, which may occur across international borders or within their own country [60].	Estimates unreliable	n/a
<b>International labor migrants (flow)</b>	Individuals engaged in a remunerated activity in a state of which he or she is not a national, including persons legally admitted as a migrant for employment [61].	Total: 27,390,884 Total among countries with sex-disaggregated data: 3,037,335 (Females: 45%; Males: 55%)	2006, ILO [62]
<b>Internally displaced persons (IDPs)</b>	Individuals who have been forced to leave their homes or places of habitual residence, in particular, as a result of or in order to avoid the effects of armed conflict, situations of generalized violence, violations of human rights, or natural or man-made disasters, and who have not crossed an international border [63].	Total protected/assisted by UNHCR, including people in IDP-like situations: 15,628,057	End-2009, UNHCR [63]
<b>Refugees</b>	Individuals who, owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group, or political opinion, are outside the country of their nationality, and are unable to, or owing to such fear, are unwilling to avail themselves of the protection of that country or return because of fear of persecution [64].	Refugees as a percentage of international migrants: 7.6% Total in refugee-like situations: 10,396,540 (Females: 47%; Males: 53%)	2009, UN Population Division [3] End-2009, UNHCR [63]
<b>Asylum-seekers</b>	Individuals who have sought international protection and whose claims for refugee status have not yet been determined [63].	Applications made: 912,749	2009, UNHCR [63]
<b>Stateless persons</b>	Individuals not considered as citizens of any state under national law. Covers <i>de jure</i> and <i>de facto</i> stateless persons, including persons who are unable to establish their nationality. Stateless persons may or may not be migrants [63].	Total assisted by UNHCR: 208,869	2009, UNHCR [63]
<b>Tourists</b>	Individuals travelling to and staying in places outside their usual environment for not more than one consecutive year and whose main purpose of visit is other than work [65].	808 million (world)	2009, UN World Tourism Organization [65]
<b>International students</b>	Individuals admitted by a country other than their own, usually under special permits or visas, for the specific purpose of following a particular course of study in an accredited institution of the receiving country [66].	Total: 2,348,704 Total among countries with sex-disaggregated data: 1,359,660 (Females: 45%; Males: 55%)	2007, UNESCO [67]

ILO, International Labour Organization; UNDP, United Nations Development Programme; UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; UNHCR, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.  
doi:10.1371/journal.pmed.1001034.t001

Fonte: ZIMMERMAN, KISS E HOSSAIN (2011). \*Tradução livre da autora.

O desenvolvimento dos estudos do lazer aponta o turismo como uma das atividades de lazer que pode ser realizada durante o tempo livre disponível de uma pessoa. De acordo com Camargo (2006) “de todas as atividades de lazer, o turismo é certamente a que mais provoca ansiedade nos indivíduos”.

“Conhecer novos lugares, novas formas de vida e, além de tudo, poder num curto período alterar a rotina cotidiana, utilizando o tempo nobre de férias e finas de semana, tudo isso supõe um conjunto de atitudes que normalmente deveria merecer menos descaso por parte da sociedade... o setor econômico do turismo... não é capaz de atender a todas as suas implicações” (CAMARGO, 2006, p. 27)

A revolução industrial, no entanto, foi o período mais marcante da perda do tempo livre e do aumento da carga de trabalho, que escravizou o homem ao sistema capitalista.

“Trabalha-se para poder gozar de férias, e assim o tempo livre e as férias se tornaram parte de uma indústria, a ‘indústria do lazer’ que se apoderou do tempo livre do homem e oferece não apenas satisfação como também cria, se necessário, as expectativas e os desejos correspondentes” (KRIPPENDORF, 2009, p.11).

Esse autor afirma que as necessidades do homem condicionam suas atividades e existem fortes influências sociais que impulsionam a acreditar que só poderão ser satisfeitas “fora e não dentro de casa”. A viagem fica marcada pelo cotidiano e o turismo surge como uma atividade autolimitada, “as pessoas sentem necessidade urgente de se desfazer temporariamente da rotina massificante do dia-a-dia do trabalho... ele viaja para voltar” (KRIPPENDORF, 2009).

A disponibilidade limitada de tempo e a excitação pelo divertimento podem estar relacionadas à disposição em correr riscos em viagem. No entanto, pouco se sabe sobre o olhar do turista em relação às vulnerabilidades inerentes à viagem. A abordagem que esta tese faz sobre o conceito de vulnerabilidade está baseada no conceito ampliado de saúde, e discute o turista como grupo vulnerável.

Segundo Ayres et al (2006) a discussão de vulnerabilidade em saúde, que teve origem na década de 80 com o início da epidemia de AIDS, expandiu-se para outras áreas como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do idoso, violência, atenção primária e outros aspectos psicossociais, com o intuito de aperfeiçoar e enriquecer,

“... um conjunto de preocupações e proposições que já há mais de um século vem instituindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença, como acontece no caso do atual movimento da Saúde Coletiva brasileira.” (Ayres et al, 2006, p.399)

Assim, esses pesquisadores expõem três dimensões de vulnerabilidade a serem consideradas na saúde: a individual, a social e a programática (ou institucional). Os aspectos de vulnerabilidade individual estão relacionados a valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, comportamentos, relações familiares, situação material, física, psicoemocional, entre outros. No nível social

consideram-se as normas sociais, relações de gênero, raça, emprego, acesso a saúde, a educação, a cultura, ao lazer, a justiça, a mídia, como fatores que afetam a vulnerabilidade. E no nível institucional são relacionados os aspectos de definição, planejamento e avaliação de políticas com a participação social, recursos humanos e materiais para as ações, controle social, acesso e qualidade dos serviços, articulação e atividades intersetoriais, além de outros aspectos que englobam as diversas instituições (AYRES et al, 2006).

Alguns autores destacam que “tradicionalmente quando se pensa em grupos vulneráveis vem logo à mente criança, mulher, idoso, homossexual, deficientes”, porém reforçam que o cada dia surge novos grupos com determinada característica que passam por processos de vitimização, ameaça ou preconceito (SÉGUIN, 2002). Outros autores apontam a existência de populações vulneráveis relacionada a riscos em desastres naturais, mas alertam que “vulnerabilidade e pobreza não são sinônimos, embora estejam intimamente relacionados” (BLAIKIE et al, 1994).

Batistella (2007) apresenta as abordagens do conceito de saúde desde a saúde como ausência de doença à saúde como direito social, o conceito ampliado de saúde baseado na Constituição Federal do Brasil de 1988. Para a saúde coletiva, “saúde é um bem social, um direito universal associado à qualidade e à proteção da vida, espelhando políticas públicas e sociais universalizantes, inclusivas na cidadania e superadoras das imensas desigualdades sociais” (MINAYO, 2008, p.256).

## **1.6. Objetivos do estudo**

A saúde do viajante/turista foi abordada pela compreensão das relações entre os atores político-institucionais da área de saúde e turismo e do ator turista, trabalhado a partir do conceito ampliado da saúde como um bem coletivo.

Esta tese estabelece como turista apenas aquele sujeito que viaja por lazer, e considera que as demais finalidades de viagem são atividades relacionadas a diferentes movimentos socioeconômicos e a outros tipos de viajantes já citados. A finalidade deste trabalho está voltada ao viajante turista e suas relações com elementos psicológicos, sociais e políticos que influenciam tanto a saúde do turista quanto os setores de turismo e da saúde pública.

Partindo desse resgate analítico, o objetivo deste trabalho foi discutir sobre os elementos que podem contribuir para a construção de uma política nacional de saúde do viajante/turista, e os objetivos específicos foram atribuídos a caracterizar os riscos e os principais problemas de saúde do turista por meio da revisão de artigos científicos; pesquisar como um grupo de turistas no Rio de Janeiro compreende a questão da saúde em viagens e partir de suas experiências; buscar junto aos gestores de saúde e de turismo propostas de como efetivar uma política de saúde para o turista, e as responsabilidades de cada setor.

## 2. METODOLOGIA

O tema da saúde do viajante/turista tem grande importância na atualidade e é uma preocupação crescente entre gestores nacionais e locais, além de pesquisadores de saúde pública. Apesar disso, sua abordagem é ainda prejudicada pela dificuldade de delimitação do objeto de estudo. A própria definição de viajante, diferenciando turistas, migrantes, trabalhadores móveis, militares, refugiados, entre outros, revela que vários motivos podem condicionar o caráter da viagem e os riscos a ela associados. Deve-se lembrar, por exemplo, que militares, mesmo em missão podem fazer turismo, ou profissionais em viagens de negócio podem dedicar parte do seu tempo ao lazer.

Como ressaltado anteriormente, a intensificação das atividades de turismo tem ampliado e diversificado destinos, públicos e estilos de viagens de turismo. Essa diversidade contribui para a indefinição do sujeito turista e da própria atividade de turismo.

A mobilidade inerente do viajante/turista é outro fator complicador para a análise das suas condições de saúde. O fato de se encontrar “em trânsito” obriga que os dados sejam coletados na origem ou destino, antes ou depois ou durante a viagem. Os dados sobre fluxo de turistas são incompletos e não abrangem o universo de viajante/turistas. No caso de adoecimento, atendimento médico ou óbito, raramente a condição de viajante/turista é registrada nos sistemas de informação de saúde. Esta tese procurou abordar a questão da saúde do viajante/turista diante dessa diversidade de situações.

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, que nessa modalidade de elaboração do conhecimento nos oferece um quadro de interpretações e elementos para compreensão de processos não – quantificáveis (MINAYO, 2008). “O método exploratório visa conhecer as características de um fenômeno para procurar, posteriormente, explicações das causas e conseqüências de dito fenômeno” (RICHARDSON, 2008, p.326).

A justificativa da escolha do município do Rio de Janeiro como local da pesquisa de campo está pautada na sua importância e visibilidade como destino turístico mundial. Já a escolha do grupo populacional de turistas de lazer insere-se no contexto da vulnerabilidade característica a esse grupo. Se comparado ao

viajante de negócios, que possui uma estrutura de receptivo organizado pela empresa pela qual viaja a trabalho, o turista de lazer está mais vulnerável a riscos de saúde, com menos chance de ter obtido organização privilegiada e acesso a informações de prevenção antes da viagem.

Para captar as impressões de turistas e gestores usou-se uma entrevista semi-estruturada, e para compreender o campo da saúde do turista foi realizada revisão da literatura científica, que permitiu a delimitação deste campo a partir de diferentes perspectivas.

Na primeira fase desta pesquisa, de aproximação do objeto, foram levantados documentos dos ministérios de turismo e saúde. Após o levantamento da bibliografia referente à temática “saúde e turismo”, foi realizada a revisão dos artigos em bases de dados e periódicos científicos utilizando a seguinte combinação de palavras-chave: (traveler or traveller or tourism or tourist) and (risk or hazard or vulnerability) and (health or surveillance). O levantamento bibliográfico mostrou que a partir do ano 2000 há um crescimento da divulgação na literatura internacional de pesquisas sobre as condições de saúde dos turistas e seus riscos específicos, que relatam resultados pontuais obtidos em amostras específicas tratando de diversos riscos e problemas de saúde. A análise dos estudos mostrou o uso de diferentes terminologias para o viajante turista que aparece classificado como: viajante, turista, visitante, imigrante, migrante, explorador, militar, trabalhador em viagem, voluntários ou ciganos, entre outros termos. Esta revisão permitiu redefinir o objeto de análise das fases seguintes da pesquisa.

Os resultados fazem parte do primeiro artigo desta tese, que teve como objetivo revisar levantar estudos empíricos publicados na literatura científica existente sobre as relações entre turismo e saúde e explanar as conclusões a partir de metodologias e propostas de ação empregadas. Não houve, portanto, um foco em agravos específicos ou área geográfica delimitada, e sim a finalidade de caracterizar os problemas de saúde predominantes em uma seleção de estudos e as principais tendências que abrangesse de maneira universal o estado da arte do tema turismo e saúde.

Os artigos 2 e 3 resultaram da segunda fase da pesquisa, durante a qual foram coletados dados por meio de entrevistas dirigidas a gestores dos setores da saúde, do turismo e a turistas. Foi realizada uma investigação, de natureza

qualitativa, que nessa modalidade de elaboração do conhecimento ofereceu um quadro de interpretações, e elementos para compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2008).

No setor de saúde foram selecionados gestores que atuam no município do Rio de Janeiro no nível municipal, estadual, e gestores do nível nacional, que faziam parte da 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. Essas áreas foram escolhidas como prováveis setores que poderiam estar envolvidos no processo de formulação de uma política de saúde do viajante/turista.

A população de turistas entrevistada foi definida como os turistas brasileiros no município do Rio de Janeiro que viajavam por motivo de lazer, segundo locais (ponto turístico, aeroporto, porto e rodoviária) e momento da viagem (chegada, durante a viagem ou saindo da cidade).

Os dados foram coletados a partir de três roteiros de entrevista semi-estruturados, agrupados por temas criados para a pesquisa. Foi elaborado um roteiro para os turistas, referente ao artigo 2, e dois roteiros, um para os gestores da saúde e outro para os de turismo, referente ao artigo 3. Os roteiros estão em anexo. As entrevistas foram realizadas individualmente, registradas com gravador de voz digital e transcritas em texto na íntegra para análise posterior.

A sistematização e análise dos resultados do material coletado em campo foram realizadas por meio da técnica de análise de conteúdo de base temática, de acordo com Minayo (2008). Pretendeu-se não somente registrar a frequência do aparecimento de termos e palavras, como também compreender o objeto de estudo a partir da fala de gestores e o sujeito do turismo.

Aspectos da organização e integração entre os setores para promover a saúde do turista foram levantados nas entrevistas, além das ações de vigilância e sistemas informação sobre a saúde do turista. Foi destacado como cada gestor entende a situação de saúde e vulnerabilidade do turista.

A primeira etapa do trabalho de campo foi dada pela realização do pré-teste do roteiro de entrevista para os turistas, o Jardim Botânico foi o ponto turístico do Rio de Janeiro escolhido visitado durante dois finais de semana. Foi uma fase importante para detectar a compreensão dos turistas da clareza e entendimento das perguntas

sobre saúde em viagem. Houve dúvida na apreensão do conceito de vulnerabilidade, assim, no roteiro de entrevistas dos turistas o termo “vulnerabilidade de saúde em viagem” foi modificado e perguntado como “risco de saúde em viagem”.

Ainda na fase de pré-teste, observou-se que, ao entrevistar um casal, as respostas da segunda pessoa a responder a entrevista eram influenciadas pelas respostas já mencionadas pelo primeiro, e eliminava o efeito imediato e subjetivo esperado na fala. Portanto, foi definido que a entrevista seria individual e havendo uma abordagem em grupo apenas uma pessoa seria entrevistada.

Após a avaliação do instrumento de pesquisa, o período de realização das entrevistas com os turistas, transcrição dos dados e organização do material compreendeu em finais de semana e feriados entre os meses de agosto e novembro de 2010. As entrevistas com os gestores ocorreram simultaneamente, agendadas durante dias úteis nos respectivo local de trabalho no Rio de Janeiro. As entrevistas dos gestores do nível nacional foram realizadas em Brasília. O detalhamento do trabalho de campo está em anexo.

Esta pesquisa foi submetida 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 177/09, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta etapa compreende um conjunto de três artigos, conforme indicados a seguir:

- **Artigo I:** Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação.
- **Artigo II:** Vulnerabilidade e problemas de saúde em viagem: a visão do turista na cidade do Rio de Janeiro.
- **Artigo III:** Insuficiência de informação de saúde sobre o turista e para o turista: a discussão de uma política de saúde do viajante-turista no Brasil.

### 3.1. RELAÇÕES ENTRE TURISMO E SAÚDE: ABORDAGENS METODOLÓGICAS E PROPOSTAS DE AÇÃO<sup>1</sup>

Vanina Matos<sup>2</sup> e Christovam Barcellos<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo.** Identificar as relações entre turismo e saúde e as metodologias empregadas em estudos sobre esse tema.

**Método.** Realizou-se uma busca nas bases PubMed e SciELO em março de 2008 utilizando a seguinte estratégia: traveler or traveller or tourism or tourist AND risk or hazard or vulnerability AND health or surveillance. Foram excluídos os artigos sobre saúde animal, artigos conceituais e de revisão, artigos sobre viajantes que não turistas, artigos escritos em idiomas diferentes de português, inglês, italiano e espanhol. Dos 153 artigos localizados, 112 foram eliminados e 41 foram examinados.

**Resultados.** O número de artigos sobre o tema cresceu de um na década de 1970 para 34 na década de 2000. A maior parte dos estudos foi realizada na Europa, seguida das Américas, e abordou doenças transmitidas por insetos, doenças transmitidas entre pessoas por via respiratória e doenças gastrointestinais. Foi predominante a utilização de questionários para a coleta de dados, aplicados pessoalmente, por telefone ou por carta. Quanto ao local da pesquisa, 21 estudos foram realizados no local de origem da viagem, 17 no destino e três não informaram. Quatro estudos foram realizados antes da viagem, nove durante a viagem, 24 após a viagem e três não informaram. A maioria dos estudos abordou o turista como vítima preferencial de problemas de saúde, despreparado para enfrentar situações de vulnerabilidade durante a viagem.

**Conclusões.** É clara a necessidade de implantar políticas de saúde voltadas para o turista, com ênfase em doenças infecciosas e ações emergenciais para detectar surtos envolvendo turistas. Também é necessário um sistema de vigilância e notificação específico para turistas, e maior preparo das instituições de saúde para atender demandas individuais dessa população.

**Palavras-chave:** Saúde do viajante; política de saúde; vigilância em saúde pública.

---

<sup>1</sup> Artigo publicado. Matos V, Barcellos C. Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(2):128-34. Disponível em: [http://revista.paho.org/index.php?a\\_ID=1519](http://revista.paho.org/index.php?a_ID=1519)

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ). Correspondência: Avenida Brasil 4365, Pavilhão Haity Moussatché, Manguinhos, CEP 21040-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: vanina.matos@gmail.com

<sup>3</sup> FIOCRUZ/ICICT, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

# Tourism and health: methodological approaches and courses of action

## ABSTRACT

**Objective.** To identify relationships between tourism and health as well as the methods employed in studies about this topic.

**Method.** The PubMed and SciELO databases were searched in March of 2008 using the following strategy: traveler or traveller or tourism or tourist AND risk or hazard or vulnerability AND health or surveillance. The following were excluded: articles on animal health, conceptual and review articles, articles about non-tourist travel, articles written in languages other than Portuguese, English, Italian, and Spanish. Of 153 articles identified, 112 were excluded, and 41 articles were examined.

**Results.** The number of articles on tourism and health increased from one in the 1970s to 34 in the 2000s. Most studies were carried out in Europe, followed by the Americas, and most cover insect-borne diseases, respiratory diseases transmitted from person to person, and gastrointestinal diseases. Mail, telephone, or face-to-face questionnaires were generally used for data collection. In terms of location 21 studies were performed at the place of departure, 17 at the destination and in three this information was not specified. Four studies were carried out before the trip, nine during the trip, 24 after the trip and three did not specify this information. Most studies focus on the tourist as a likely victim of health problems, unprepared to face situations of exposure during the trip.

**Conclusions.** The need to implement health care policies aimed at the tourist population is evident, with emphasis on infectious diseases and emergency actions to detect outbreaks involving tourists. A tourist-specific surveillance and notification system is also necessary, together with measures to prepare health care institutions to meet the individual demands of this population.

**Key-words:** Travelers' health; health policy; public health surveillance.

## INTRODUÇÃO

A saúde do viajante é uma área que trata dos riscos, individuais e coletivos, ocasionados pela movimentação de pessoas e por sua interação com diversos ambientes. As questões de saúde em viagens vêm sendo, cada vez mais, abordadas por setores de governo, empresas aéreas e marítimas e agências de viagem. Entretanto, a maioria dessas ações ainda é restrita a recomendações de vacinação antes da viagem e a descrições sobre riscos veiculadas em páginas da Internet ([www.anvisa.gov.br/viajante](http://www.anvisa.gov.br/viajante), [www.abav.com.br](http://www.abav.com.br), [www.infraero.gov.br/horadeviajar](http://www.infraero.gov.br/horadeviajar), [www.anac.gov.br/dicasanac](http://www.anac.gov.br/dicasanac)).

Segundo as políticas tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária, é justificada a utilização de medidas de prevenção em viajantes, visto que essas medidas podem diminuir o risco de epidemias. Existem diferentes perfis de viajantes: turistas, profissionais, migrantes, refugiados, soldados e voluntários. Esses viajantes se diferenciam quanto à origem e aos destinos da viagem, objetivos durante a viagem e características individuais. Dessa maneira, o viajante não pode ser encarado como unidade; deve, isso sim, ser reconhecido segundo sua diversidade. Portanto, são necessárias estratégias diferenciadas de atuação para o enfrentamento desse desafio nos sistemas de saúde (1).

Dentre os diversos perfis de viajantes, é marcante o crescimento do turista. Em todo o mundo, houve um aumento significativo do fluxo turístico entre 1997 e 2007, com mais de 900 milhões de turistas em trânsito, segundo a Organização Mundial de Turismo (OMT). Nesse mesmo período, chegou a 5 milhões o número de desembarques de turistas estrangeiros no Brasil (2). Entre 2001 e 2003 houve uma queda nesse movimento, que pode ser explicada pelos ataques terroristas nos Estados Unidos e pela síndrome respiratória aguda grave, que se espalhou por alguns países da Ásia. Outras emergências de saúde pública podem ter impactado o turismo, como a influenza aviária em 2005 e a influenza suína em 2009. De qualquer modo, o turista adquire, cada vez mais, grande importância nas questões internacionais de vigilância sanitária.

Sendo assim, o objetivo do presente artigo foi revisar a literatura científica para identificar as relações entre turismo e saúde e as metodologias empregadas em estudos sobre esse tema.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A busca de bibliografia foi realizada nas bases PubMed ([www.pubmed.org](http://www.pubmed.org)) e SciELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)) em março de 2008. A seguinte estratégia de busca foi utilizada: *traveler or traveller or tourism or tourist AND risk or hazard or vulnerability AND health or surveillance*. Foram encontrados 153 artigos na PubMed e nenhum na SciELO com essa estratégia de busca.

O termo “traveler” em suas duas grafias (*traveler/traveller*) foi utilizado além de “tourist”, por se tratar de um conceito mais amplo que o de turista. Ainda não

existe um padrão conceitual: muitos estudos tratam de turistas sem, no entanto, utilizar o termo tourist. Por outro lado, como a movimentação de pessoas não é uma característica específica do turismo, abrangendo também os grupos de migrantes ou outros grupos populacionais como ciganos, exército, voluntários ou refugiados. Foram excluídos os seguintes tipos de artigos: artigos que tratavam de viajantes que não turistas; artigos que tratavam de saúde animal; artigos conceituais e de revisão; artigos escritos em idiomas diferentes de português, inglês, italiano e espanhol.

Após leitura do resumo dos 153 artigos, a aplicação dos critérios de exclusão eliminou 112: em dois o texto na íntegra não foi localizado, 36 eram artigos de revisão e 74 não tratavam especificamente dos turistas ou das atividades de turismo. Assim, 41 artigos foram considerados neste levantamento, um deles traduzido do alemão para o português.

Foram avaliados os seguintes aspectos: tópico do estudo, local de realização (origem ou destino da viagem), ocasião da realização da pesquisa (antes, durante ou depois da viagem), tipologia de turista empregada, metodologia utilizada, problemas de saúde estudados e ações e políticas propostas. Os artigos também foram analisados segundo o ano de publicação e a área da revista em que foram publicados.

## **RESULTADOS**

Apenas um dos artigos selecionados foi publicado em uma revista da área de turismo (3). Todos os demais foram publicados em revistas da área de saúde (4-43).

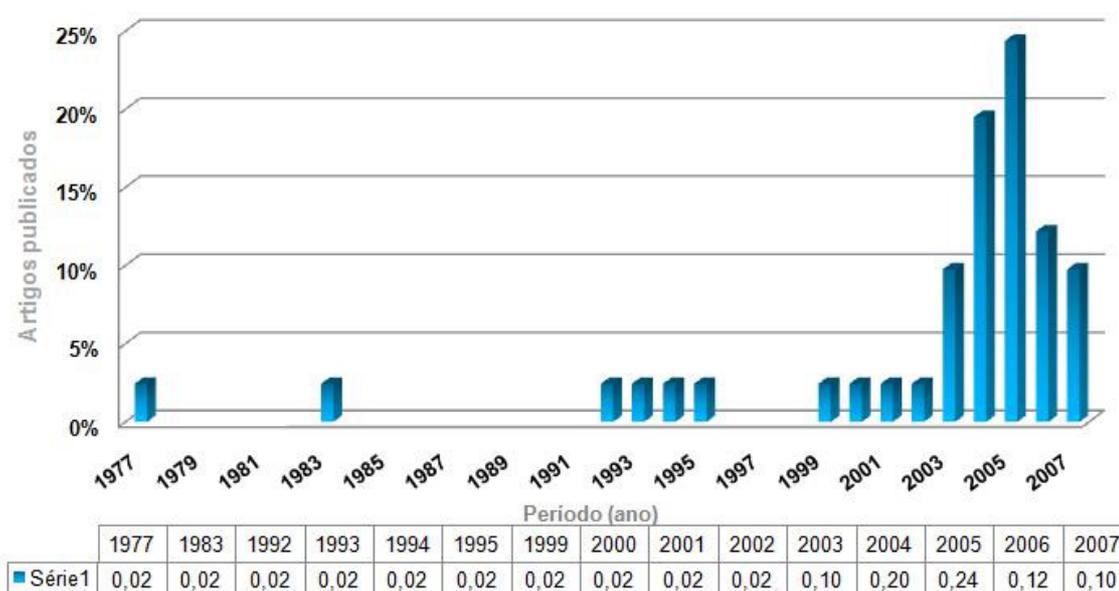
Houve um crescimento no número de publicações sobre o tema ao longo dos anos: um artigo na década de 1970; um na década de 1980; cinco na década de 1990; e 34 na década de 2000. O aumento foi marcante entre os anos de 2003 e 2007, com oito artigos publicados em 2004 e 10 em 2005 (Figura 1).

Em relação à região geográfica dos estudos, 19 foram realizados na Europa, sendo três na França; a Alemanha, a Espanha, a Itália, a Suécia, a Suíça e a Irlanda tiveram dois estudos cada uma; e a Finlândia, a Áustria, a Croácia e a Inglaterra tiveram um artigo. Fora da Europa, África do Sul, Austrália e Cingapura tiveram dois artigos cada. Ainda na Ásia, um estudo foi realizado na China e outro no Nepal, além de um estudo realizado em Israel. Já no continente americano, seis estudos foram

realizados nos Estados Unidos, quatro no Brasil, um no México e um na Jamaica (Figura 2).

Um estudo não teve relação direta com um determinado país (4) por estar vinculado a um grupo de 15 regiões classificadas dentro de uma Rede de Vigilância Global, estabelecida em 1995 entre membros da International Society of Travel Medicine (ISTM) e dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

**FIGURA 1. Evolução em percentual de artigos publicados sobre a saúde do turista, 1977 a 2007**

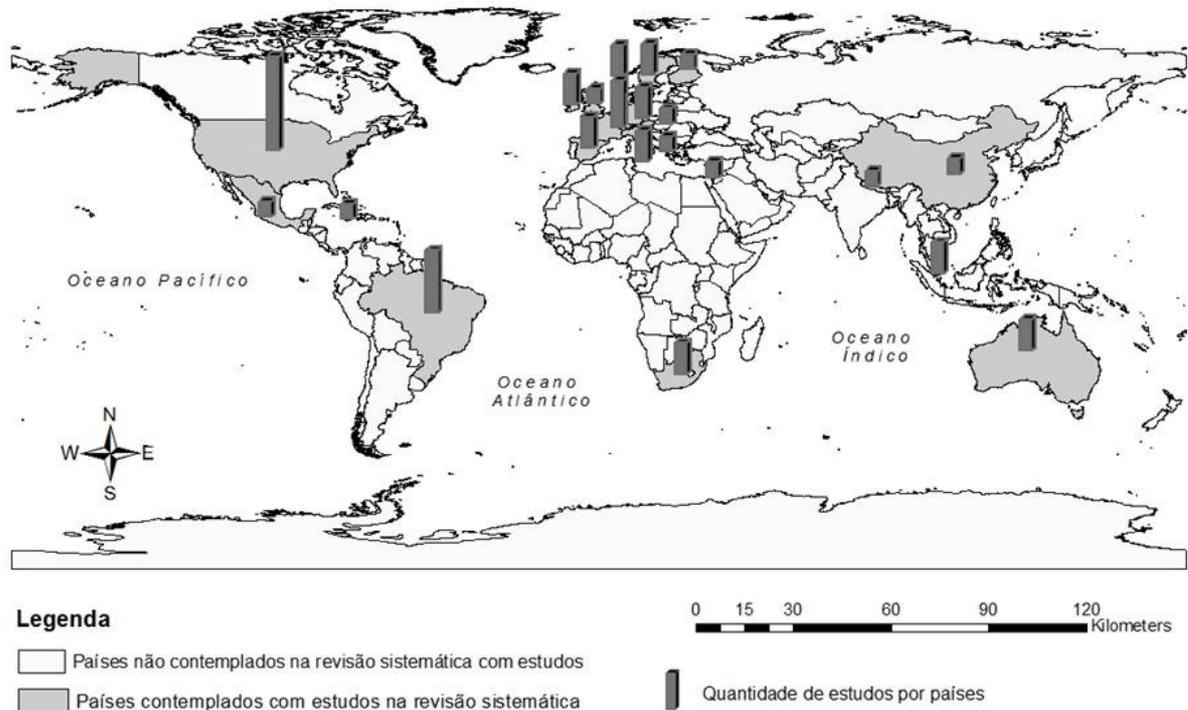


Fonte: Organização dos autores.

## Problemas de saúde

A classificação de riscos em viagens foi formulada e adaptada de acordo com as categorias propostas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (44) e no Guia de Saúde do Viajante da Petrobras (45). A tabela 1 descreve os problemas abordados. O maior número de estudos abordou as doenças transmitidas por insetos. A malária predominou como tópico em relação a prevenção e conhecimentos do uso de quimioprofilaxia antimalárica antes da viagem para áreas endêmicas e a importação da malária. Um estudo dirigido a diversos problemas de saúde abordou, entre outros, as picadas de insetos como queixa de turistas em decorrência de suas viagens ao estrangeiro (13).

FIGURA 2. Mapa de distribuição global dos artigos inseridos na revisão



Fonte: Organização dos autores.

A diarreia do viajante foi classificada como categoria independente em quatro estudos (8, 13, 20, 21), mesmo com transmissão associada à ingestão de água e alimentos contaminados, pois é tratada como problema emergencial pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (46) devido ao alto índice de acometimentos, do tempo variado de aparecimento dos sintomas (imediatos ou não) e da dificuldade de identificação do agente patogênico. Na categoria de alterações psíquicas, acidentes e violência, nenhum estudo tratou de acidentes de trânsito, agressões e assaltos ao turista.

O único estudo que procurou estabelecer relações causais entre exposição e efeito sobre a saúde, relacionando a duração da viagem aérea e a incidência de trombose venosa (37), foi classificado na categoria de “riscos relacionados ao meio de transporte”. A categoria “outros” incluiu os riscos não relacionados diretamente com a classificação proposta, como terrorismo, instabilidade política, barreiras culturais, dogmas religiosos, clima, problemas de consumo excessivo de álcool, automedicação e problemas de saúde em geral vinculados a viagens, como o jet lag e o desconforto relacionado à viagem, sendo que alguns artigos agrupavam diversos desses elementos na mesma pesquisa (3, 13, 42, 43).

**TABELA 1. Distribuição dos estudos sobre saúde do turista quanto ao problema estudado<sup>a</sup>**

Categoria	Estudos	
	Número	Referência
Doenças transmitidas por insetos	13	
Malária	8	4-11
Leishmaniose	2	7, 12
Dengue	2	4, 7
Problemas diversos (picadas de insetos)	1	13
Infecções associadas à contaminação por ingestão de água ou alimentos	11	
Cólera	2	14, 15
Febre tifoide	3	4, 9, 16
Hepatite A	1	9
Norovírus	1	17
Infecções parasitárias em geral	1	4
Inflamação gastrointestinal	2	8, 18
Contaminação por consumo de água	1	19
Doenças transmitidas entre pessoas por via respiratória	11	
SARS	2	22, 23
Tuberculose	2	4, 9
Síndromes respiratórias em geral	2	4, 13
Vírus influenza	1	4
Varicela	1	9
Doença do legionário	1	24
Outros problemas de saúde (irritação dos olhos e asma)	2	8, 25
Doenças sexualmente transmissíveis	6	
Aids, HIV, sífilis, gonorreia	3	4, 26, 27
Hepatite B	2	9, 28
Doenças venéreas em geral	1	13
Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados a prevenção de doenças infecciosas, vacinação, situações de perigo e aconselhamento pré-viagem	5	9, 38-41
Diarreia do viajante	4	8, 13, 20, 21
Alterações psíquicas, acidentes e violência	4	
Arranhões, abrasão, bolhas, luxação, distensão muscular e queimaduras de sol	1	25
Afoçamentos ou acidentes em geral	2	8, 29
Experiências de viagem positivas ou negativas vs. aparecimento de doença coronariana	1	30
Riscos ambientais (visitação a áreas de risco ou "doença aguda de montanha")	3	13, 25, 31
Infecções associadas a ferimentos e acidentes com animais	3	
Ataque por animais selvagens a turistas em safári	1	32
Escabiose	1	33
Proteção sorológica contra a raiva em turistas	1	34
Doenças transmitidas através do contato com a água	2	
Transmissão de esquistossomose em piscinas de hotéis	2	35, 36
Riscos relacionados ao meio de transporte	1	37
Outros	4	3, 13, 42, 43

<sup>a</sup> Alguns estudos se enquadram em mais de uma categoria.

Fonte: Organização dos autores.

## Abordagens metodológicas

A menor amostra incluiu 17 turistas que haviam sido contaminados por esquistossomose (35) e a maior amostra envolveu a aplicação de 12 499 questionários sobre consumo arriscado de alimento ou bebida e a ocorrência de diarreia durante a viagem, num levantamento realizado entre março de 1997 e fevereiro de 1998 no setor de embarque de passageiros de um aeroporto (21). Esses dois estudos foram feitos no Brasil.

Um único estudo definiu a amostra com recorte de gênero. Esse estudo investigou o comportamento sexual de risco entre viajantes do sexo masculino nos Estados Unidos. Os dados foram obtidos através de um questionário anônimo preenchido por 247 homens selecionados em bares e negócios orientados para a

comunidade local de homossexuais (26). Uma amostra de conveniência foi utilizada em um estudo com 38 viajantes internacionais que procuraram a clínica de medicina de viagem no Nepal durante a viagem e que haviam recebido vacina contra raiva nos últimos 5 anos (34).

Dentre os instrumentos de coleta de dados empíricos, foi predominante a utilização de questionários, tanto fechados quanto abertos, aplicados pessoalmente, por telefone ou por meio de carta (16, 18, 20, 22, 23, 25, 28, 39, 42, 43). A entrevista semiestruturada apareceu em menor escala (22, 39).

Dados secundários foram utilizados em três estudos. Um analisou os casos de cólera notificados pelos centros nacionais de vigilância em saúde de países industrializados da Europa, América e Ásia (15). Na França, pesquisadores exploraram uma base de dados de notificação compulsória para avaliar a situação epidemiológica e as tendências quanto à cólera importada para o país (14). Um estudo na Itália pesquisou a notificação de casos de leishmaniose cutânea e identificou quatro casos importados: um do Afeganistão, um da Costa Rica, um do México e um caso de turista que viajou entre Tunísia e Marrocos (12).

Como parte de um estudo envolvendo quatro países, acerca do impacto epidemiológico global sobre a diarreia do viajante, o Brasil avaliou visitantes à Cidade de Fortaleza, no Ceará (21). A avaliação de risco também foi estudada sob o aspecto da prevenção de doenças em viajantes que visitaram amigos e parentes (9).

Dois estudos realizaram inquéritos: um tratou da associação entre saúde psíquica e saúde física, examinando a relação entre ter abertura a experiências turísticas agradáveis como fator psicológico e as taxas de mortalidade por doença cardíaca coronariana, em um contexto internacional (30); o outro foi um inquérito malacológico para identificar focos de infecção de esquistossomose em hotéis de lazer em Minas Gerais, Brasil (36).

A aplicação das pesquisas foi atrelada ao local de origem ou destino da viagem e ao período – antes, durante ou depois da viagem. Dos 41 estudos, 21 enfocaram os turistas no local de origem da viagem (3, 6-11, 13, 15, 16, 19, 23, 24, 28, 30, 37, 38, 40-43), 17 no destino (5, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 29, 31-36, 39) e três não informaram onde os dados foram coletados (4, 22, 27); quanto ao período, quatro foram realizados antes da viagem (38, 40-42), nove durante a viagem (17, 20, 21, 25, 26, 31, 33, 34, 39) e 24 após a viagem (3-6, 8-16, 19, 23, 24,

28-30, 32, 35-37, 43). Um estudo coletou dados antes e depois da viagem (7), e três não informaram o momento da coleta (18, 22, 27).

De quatro pesquisas antes da viagem, uma foi aplicada em viajantes que procuraram uma clínica médica de doenças infecciosas para aconselhamento e imunização (42). As outras três foram realizadas em saguões de aeroportos no embarque de passageiros para áreas consideradas de risco para aquisição de doenças infecciosas (38, 40, 41). Bares, restaurantes, parques, hotéis e aeroportos no destino da viagem foram utilizados por nove pesquisas realizadas durante as viagens (17, 20, 21, 25, 26, 31, 33, 34, 39). Um único estudo comparou dados obtidos antes e depois de viagens para dois grupos: pacientes hospitalizados pós-viagem com diagnóstico de doenças infecciosas vs. viajantes saudáveis pré-viagem (7). A tabela 2 lista a nomenclatura utilizada pelos diferentes estudos para designar as pessoas em trânsito.

**TABELA 2. Nome dado ao viajante ou turista na literatura internacional, 1977 a 2007**

Nome	Estudos	
	Número	Referência
Turista	18	5, 11, 13, 19, 20, 24–27, 29–33, 35, 36, 38, 43
Viajante	12	7, 8, 15, 16, 18, 21, 23, 28, 37, 40, 41, 42
Viajante e turista	2	10, 34
Visitante	2	17, 39
Viajante VFR <sup>a</sup>	1	9
Mochileiro	1	14
VFR <sup>a</sup> imigrante, VFR <sup>a</sup> viajante, turista viajante	1	4
Viajante como turista, trabalhador em viagem, migrante e militar	1	12
Turismo de massa, exploradores, independentes e população flutuante	1	3
Viajante de curto período, visitante de longo período, imigrante de áreas endêmicas	1	6
Não caracteriza	1	22
Total	41	

<sup>a</sup> VFR = *Visiting friends and relatives* (em visita a amigos ou familiares).

Fonte: Organização dos autores.

## Ações e políticas propostas

Em meio às conclusões ou considerações gerais alcançadas, foram ressaltadas as que enquadram o turista como vítima preferencial de problemas de saúde, que necessita de aconselhamento médico pré-viagem e recomendações

sobre vacinação, e consideram que essa população não está adequadamente preparada para as diversas situações de vulnerabilidade durante a viagem (8, 15, 28, 34, 38, 39, 41-43).

A vulnerabilidade do turista relacionada à altitude, aos ferimentos e aos acidentes é reconhecida como um fator relevante a ser estudado (25, 29, 31). Em relação a doenças transmissíveis, alguns estudos avaliam que o turista pode ser um importante subgrupo epidemiológico na transmissão do HIV e sugerem que os casos poderiam ser reduzidos com o uso de preservativos (26, 27). Além disso, a importância do uso de quimioprofilaxia antimalárica é enfatizada pelo grande número de pesquisas que estudaram a malária. Assim, alguns artigos ressaltam a falta de políticas específicas de prevenção ou de um sistema de saúde voltado para viajantes em geral, especialmente no que tange à malária (6, 10, 11).

Alguns estudos consideram que o melhor local para atingir os turistas com informações de saúde seria a agência de viagens (38, 40), enquanto que outros consideram que as companhias aéreas e as autoridades deveriam ser responsáveis pelo aconselhamento aos passageiros para minimizar riscos de saúde relacionados ao meio de transporte (37). A falta de dados específicos a respeito da saúde de turistas é mencionada como causa da dificuldade de relacionar doenças específicas com as atividades de turismo (12, 13, 15, 16).

Algumas conclusões foram observadas quanto aos aspectos de vigilância, informação, comunicação e programas de saúde, como a necessidade de intensificar programas de educação sobre determinada doença (23) ou de promover ações entre as autoridades de saúde e a população local, com educação, saneamento e informação (36). Foram encontradas considerações claras sobre a necessidade de implantar políticas de saúde e medidas de vigilância quando se trata de gastroenterites e diarreia, como a implantação de ações emergenciais que poderiam prontamente detectar surtos relacionados aos turistas (19, 21). Na Jamaica, a introdução de programas de prevenção, segundo os autores, conseguiu reduzir em 72% a taxa de incidência de diarreia em turistas (20). Também foi apontada a necessidade de ações apropriadas de vigilância em saúde e de notificação específica para turistas (22, 24).

## DISCUSSÃO

Diversos países da América do Sul, da África e do Oriente Médio não apareceram no levantamento realizado. Por um lado, essa ausência poderia ser explicada pela falta de publicações desses países nas bases bibliográficas escolhidas. Por outro lado, outras razões prováveis seriam a limitação de recursos ou interesse de pesquisa sobre o tema de saúde e turismo, bem como o baixo fluxo de turistas no país, ou até mesmo a falta de registro de problemas de saúde relacionados ao turismo nacional e estrangeiro.

A publicação da maioria dos trabalhos a partir do ano de 2000 mostra que o interesse pelo tema é crescente em pesquisas científicas. No Brasil, a discussão sobre turismo e saúde foi proposta por infectologistas e sanitaristas da medicina de viagem, o que caracteriza um viés com foco na prevenção a partir de consultas clínicas pré-viagem. Essa visão, embora seja válida como iniciativa de pesquisa, é insuficiente para embasar políticas públicas que precisam lidar também com a vigilância e a atenção à saúde e com o tratamento de problemas já instalados.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) prevê que exista interação entre as áreas de saúde e turismo (47). Para a OMS, a prevenção na saúde do turista não poderia ser responsabilidade somente do governo; essa responsabilidade deveria recair também sobre o indivíduo, que precisa buscar informações sobre o local a ser visitado. Portanto, a responsabilidade seria dividida entre o setor saúde, o setor de turismo e o próprio turista (46).

A análise mostrou uma tendência à realização de estudos sobre a resolução de urgências e emergências de saúde, como no caso do estudo na Jamaica, onde houve a participação do governo na criação de um programa de controle imediato para combater a diarreia dos viajantes. Essa ação pode ser compreendida como uma forma de minimizar os prejuízos econômicos decorrentes do impacto negativo para o turismo local, fonte principal de geração de emprego e renda no país. Nesse contexto, o exemplo da pandemia de influenza A (H1N1) levanta diversas questões relacionadas às ações de quarentena e isolamento como controle e vigilância de fronteira no sentido de proteção do território (48), e não do turista.

Entre os quatro artigos destacados no Brasil, dois trataram em sequência do problema de esquistossomose em área de turismo rural: o primeiro a partir de casos notificados e o segundo a partir de investigação no local para confirmar a suspeita.

Essa demanda possivelmente foi deflagrada pela vigilância epidemiológica local, que não somente é responsável pela notificação compulsória, mas também tem um papel essencial no fluxo de informações para gerar ação. Nesse sentido, a existência de informações em saúde específicas da população de turistas (nacionais e internacionais) nos sistemas de informação em saúde (como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o SINAN, no Brasil), possibilitaria conhecer a magnitude dos riscos por destino e por tipo de viagem, dentre outros fatores que facilitariam o direcionamento de ações de vigilância. Esses dados relacionados ao contexto social, econômico e ambiental poderiam estabelecer parâmetros de ordem financeira, de gestão e de organização para subsidiar estratégias na construção de uma política de saúde do turista.

A classificação mais frequente das pessoas em trânsito foi como turistas ou viajantes. Entretanto, percebe-se que não há consenso ou preocupação de conceituar o sujeito que está sendo estudado. São necessários novos estudos teóricos que possam melhorar essa classificação e assim contribuir com explicações mais específicas para a dinâmica do processo de saúde-doença envolvida no deslocamento de pessoas. A geografia da saúde, por exemplo, propõe modelos explicativos dessa dinâmica, baseando-se na ecologia humana da doença, que se preocupa com as formas do comportamento humano no seu contexto cultural e socioeconômico e com a interação com o ambiente para produzir ou prevenir doenças (49).

O predomínio das pesquisas na origem e após a viagem mostra que, em geral, os estudos têm foco na verificação dos fatos ocorridos. Uma prática metodológica predominante foi a aplicação de questionários em aeroportos, clínicas de medicina de viagem e hotéis. Houve uma grande variabilidade de estratégias de amostragem. Não foram encontrados estudos que utilizassem o geoprocessamento, apesar do potencial dos sistemas de informação geográfica para o estudo da saúde do turista (50). O geoprocessamento é um instrumento importante para auxiliar na abordagem geográfica de fluxos e na visualização de dados espaciais.

Apenas um artigo, além de entrevistar turistas, incorporou pessoas das áreas de turismo e de saúde na mesma pesquisa, tendo ouvido guias de turismo, proprietários de hotéis e profissionais de saúde de uma mesma localidade (39). Isso

mostra uma lacuna significativa nos estudos existentes quanto ao papel dos gestores do setor turismo na prevenção de riscos à saúde do turista.

A área de saúde tem um papel fundamental no estreitamento das relações entre o turismo e outros setores do governo. Embora seja reconhecida a relação entre as atividades de turismo e suas consequências para a saúde coletiva, a colaboração entre a área de turismo e a de saúde não tem ocorrido historicamente e, em geral, não existe interação entre os órgãos envolvidos (1, 51).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Existem diversos conceitos de risco inerentes a várias disciplinas. Para o senso comum, a conceituação de risco tem uma aceção de ameaça ou perigo, ou mesmo de probabilidade ou incerteza (52). O risco associado à saúde do turista depende de diversos fatores individuais (53, 54), sendo que outros fatores coletivos ou globais influenciam a dinâmica do deslocamento de pessoas e a saúde pública. Certamente, os riscos ao turista serão diferentes se comparados aos enfrentados pelo viajante, migrante, refugiado, voluntário e outros que apresentam características distintas de perfil e de tipo de viagem. Os riscos associados ao turismo são extremamente diversificados e dependem da relação entre o turista e o lugar visitado. Os objetivos da viagem e as predisposições do turista são determinantes desses tipos de risco.

Pode-se dizer que a saúde do turista é vista sob dois aspectos, primeiro quanto à preocupação com a saúde individual do turista e segundo sob o ponto de vista de impactos na saúde pública resultantes da intensificação do fluxo de turistas e da interação do turista com o ambiente.

Neste levantamento, observou-se que os estudos abordam o turista frequentemente como uma vítima preferencial de problemas de saúde, pelos seguintes motivos: não possui imunidade para infecções; tem um comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais; o sistema de saúde no local de destino não está preparado para atendê-lo; o sistema de saúde no local de origem não tem políticas específicas de prevenção; o turista não detém as informações necessárias sobre os riscos a que poderá se expor na viagem. Outros artigos apresentam uma visão do turista como agente de disseminação de doenças,

ajudando a difundir agentes infecciosos porque circula de lugares endêmicos para não endêmicos. Poucos artigos consideraram o turista como uma pessoa qualquer, que não possui riscos específicos, o que corrobora a necessidade de se implantar uma política específica para esse grupo. É essencial abordar a saúde do turista com um conjunto de ações que deve abranger os governos, as agências de viagem e outras empresas do ramo e também os indivíduos, tanto os próprios turistas quanto aqueles que irão recepcioná-los.

**Agradecimentos.** Esse estudo é parte da tese intitulada “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 (VM). CB é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## REFERÊNCIAS

1. Carta de São Paulo. Em defesa da saúde do viajante. 5 set 2008. Disponível em: [anvisa.gov.br/DIVULGA/NOTICIAS/2008/120908\\_CARTA\\_DE\\_SAO\\_PAULO\\_viajantes.pdf](http://anvisa.gov.br/DIVULGA/NOTICIAS/2008/120908_CARTA_DE_SAO_PAULO_viajantes.pdf). Acessado em 28 março de 2009.
2. Brasil, Ministério do Turismo, EMBRATUR. Estatísticas básicas de turismo 2008. Brasília, DF: Ministério do Turismo; 2008. Disponível em: [braziltour.com/site/arquivos/dados\\_fatos/estatisticas\\_basicas\\_do\\_turismo/estatisticas\\_basicas\\_do\\_turismo\\_brasil\\_2003\\_a\\_2007\\_fonte\\_02set2008\\_internet.pdf](http://braziltour.com/site/arquivos/dados_fatos/estatisticas_basicas_do_turismo/estatisticas_basicas_do_turismo_brasil_2003_a_2007_fonte_02set2008_internet.pdf). Acessado em 29 março de 2009.
3. Lepp A, Gibson H. Tourist roles, perceived risk and international tourism. *Ann Tourism Res.* 2003;30(3):606-24.
4. Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, et al. Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis.* 2006;43(9):1185-93.
5. Lehky Hagen MR, Haley TJ, Christoph Hatz FR. Factors influencing the pattern of imported malaria. *J Travel Med.* 2005;12(2):72-9.
6. Spinazzola F, Nicastrì E, Vlassi C, Ghirga P, De Marco M, Pittalis S, et al. Imported malaria at Italy's National Institute for Infectious Disease Lazzaro Spallanzani, 1984-2003. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2006;26(3):175-9.
7. Stienlauf S, Segal G, Sidi Y, Schwartz E. Epidemiology of travel-related hospitalization. *J Travel Med.* 2005;12(3):136-41.

8. Rack J, Wichmann O, Kamara B, Günther M, Cramer J, Schönfeld C, et al. Risk and spectrum of diseases in travelers to popular tourist destinations. *J Travel Med.* 2005;12(5):248-53.
9. Angell SY, Behrens RH. Risk assessment and disease prevention in travelers visiting friends and relatives. *Infect Dis Clin North Am.* 2005;19(1):49-65.
10. Raju N, Poljak I, Troselj-Vukic B. Malaria, a travel health problem in the maritime community. *J Travel Med.* 2000;7(6):309-13.
11. D'Ortenzio E, Bonnet D, Leport C, Le Bras J. Falciparum malaria acquired by a French tourist in a resort area of the Dominican Republic. *Euro Surveill.* 2005;10(10):E051013.4.
12. Antinori S, Gianelli E, Calattini S, Longhi E, Gramiccia M, Corbellino M. Cutaneous leishmaniasis: in increasing threat for travellers. *Clin Microbiol Infect.* 2005;11(5):343-6.
13. Peltola H, Kyrönseppä H, Hölsä P. Trips to the south - a health hazard. Morbidity of Finnish travelers. *Scand J Infect Dis.* 1983;15(4):375-81.
14. Tarantola A, loos S, Rotureau B, Paquet C, Quilici ML, Fournier JM. Retrospective analysis of the cholera cases imported to France from 1973 to 2005. *J Travel Med.* 2007;14(4):209-14.
15. Wittlinger F, Steffen R, Watanabe H, Handszuh H. Risk of cholera among Western and Japanese travelers. *J Travel Med.* 1995;2(3):154-8.
16. Ekdahl K, de Jong B, Andersson Y. Risk of travel-associated typhoid and paratyphoid fevers in various regions. *J Travel Med.* 2005;12(4):197-204.
17. Michel A, Fitzgerald R, Whyte D, Fitzgerald A, Beggan E, O'Connell N, et al. Norovirus outbreak associated with a hotel in the west of Ireland, 2006. *Euro Surveill.* 2007;12(7):E11-2.
18. McCormick P, Manning D. Chronic inflammatory bowel disease and the "over-clean" environment: rarity in the Irish "traveler" community. *Ir Med J.* 2001;94(7):203-4.
19. Paez Jiménez A, Pimentel R, Martínez de Aragón MV, Hernández Pezzi G, Mateo Ontañón S, Martínez Navarro JF. Waterborne outbreak among Spanish tourists in a holiday resort in the Dominican Republic, August 2002. *Euro Surveill.* 2004;9(3):449.
20. Ashley DV, Walters C, Dockery-Brown C, McNab A, Ashley DE. Interventions to prevent and control food-borne diseases associated with a reduction in traveler's diarrhea in tourists to Jamaica. *J Travel Med.* 2004;11(6):364-7.
21. Cavalcanti A, Clemens SA, Von Sonnenburg F, Collard F, De Clercq N, Steffen R, et al. Traveler's diarrhea: epidemiology and impact on visitors to Fortaleza, Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(4):245-52.

22. Teo P, Yeoh BS, Ong SN. SARS in Singapore: surveillance strategies in a globalizing city. *Health Policy*. 2005;72(3):279-91.
23. Lau J, Yang X, Tsui H, Pang E. SARS related preventive and risk behaviours practised by Hong Kong-mainland China cross border travellers during the outbreak of the SARS epidemic in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(12):988-96.
24. Decludt B, Campese C, Lacoste M, Che D, Jarraud S, Etienne J. Clusters of travel associated legionnaires' disease in France, September 2001-August 2003. *Euro Surveill*. 2004;9(2):12-3.
25. Heggie TW, Heggie TM. Viewing lava safely: an epidemiology of hiker injury and illness in Hawaii Volcanoes National Park. *Wilderness Environ Med*. 2004;15(2):77-81.
26. Benotsch EG, Mikytuck JJ, Ragsdale K, Pinkerton SD. Sexual risk and HIV acquisition among men who have sex with men travelers to Key West, Florida: a mathematical modeling analysis. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20(8):549-56.
27. Mazzaro JM. Sexual tourism: implications for travelers and the destination culture. *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19(1):103-20.
28. Streeton CL, Zwar N. Risk of exposure to hepatitis B and other blood-borne viruses among Australians who travel abroad. *J Travel Med*. 2006;13(6):345-50.
29. Bauer R, Körmer C, Sector M. Scope and patterns of tourist injuries in the European Union. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2005;12(1):57-61.
30. Gidron Y. The relationship between tourists' agreeableness and openness to experience with coronary heart disease mortality. *J Psychosom Res*. 2004;57(3):227-9.
31. Honigman B, Theis MK, Koziol-McLain J, Roach R, Yip R, Houston C, et al. Acute mountain sickness in a general tourist population at moderate altitudes. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):587-92.
32. Durrheim DN, Leggat PA. Risk to tourists posed by wild mammals in South Africa. *J Travel Med*. 1999;6(3):172-9.
33. Fernandez G, Morales E, Beutelspacher C, Villanueva A, Ruiz C, Stetler HC. Epidemic dermatitis due to contact with a moth in Cozumel, Mexico. *Am J Trop Med Hyg*. 1992;46(5):560-3.
34. Ranney M, Partridge R, Jay GD, Rozzoli DE, Pandey P. Rabies antibody seroprotection rates among travelers in Nepal: rabies seroprotection in travelers. *J Travel Med*. 2006;13(6):329-33.
35. Enk MJ, Amorim A, Schall VT. Acute schistosomiasis outbreak in the metropolitan area of Belo Horizonte, Minas Gerais: alert about the risk of

- unnoticed transmission increased by growing rural tourism. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2003;98(6):745-50.
36. Enk MJ, Caldeira RL, Carvalho OS, Schall VT. Rural tourism as risk factor for the transmission of schistosomiasis in Minas Gerais, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2004;5 Suppl 1:S105-8.
  37. Kelman CW, Kortt MA, Becker NG, Li Z, Mathews JD, Guest CS, et al. Deep vein thrombosis and air travel: record linkage study. BMJ. 2003;327(7423):1072-5.
  38. Lopez Velez R, Bayas JM. Spanish travelers to high-risk areas in the tropics: airport survey of travel health knowledge, attitudes, and practices in vaccination and malaria prevention. J Travel Med. 2007;14(5):297-305.
  39. Ariza L, Gomide M, Ramos AN Jr., Leggat PA, Heukelbach J. Survey of visitors to a National Park in the savannah region of northeast Brazil: practices, incidents and hazardous situations. Travel Med Infect Dis. 2007;5(1):1-6.
  40. Toovey S, Jamieson A, Holloway M. Travelers' knowledge, attitudes and practices on the prevention of infectious diseases: results from a study at Johannesburg International Airport. J Travel Med. 2004;11(1):16-22.
  41. Wilder-Smith A, Khairullah NS, Song JH, Chen CY, Torresi J. Travel health knowledge, attitudes and practices among Australasian travelers. J Travel Med. 2004;11(1):9-15.
  42. Ahim C, Lundberg S, Fessé K, Wiström J. Health problems and self-medication among Swedish travellers. Scand J Infect Dis. 1994;26(6):711-7.
  43. Van der Linde F, Steffen R, Schwarzenbach FH. Risikogruppen bei Tropenreisen im Rahmen des Massentourismus. Soz Präventiv Med. 1977;22(4):159-60.
  44. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia\\_Vig\\_Epid\\_novo2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf). Acessado em março de 2010.
  45. Brasil, Petrobras. Guia de saúde do viajante: para profissionais de saúde da Petrobras. Rio de Janeiro: Petrobras; 2004.
  46. World Health Organization. International travel and health 2009. Geneva: WHO; 1991. Disponível em: [www.who.int/ith](http://www.who.int/ith). Acessado em 20 fevereiro de 2009.
  47. Organización Panamericana de la Salud. Salud y turismo. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.

48. Silva LJ. Em defesa do território: quarentena e isolamento como medidas de proteção contra a introdução de doenças transmissíveis. Em: Miranda AC, Barcellos C, Monken M, Moreira JC. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Pp. 77-88.
49. Meade MS, Earickson RJ. Medical geography. 2ª ed. Nova Iorque: Guilford; 2000.
50. Bauer IL, Poutinen M. Geographic information systems and travel health. J Travel Med. 2002;9(6):308-14.
51. Dias HP. Direitos e obrigações em saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002.
52. Castiel LD. On the “concreteness” of risk: from epidemiometric epistemological realism to riskological ontology – to keep the ball rolling. Cad Saude Publica. 2001;17(6):1548-9.
53. Spira AM. Preparing the traveller. Lancet. 2003;361(9366):1368-81.
54. Ryan ET, Kain KC. Health advice and immunizations for travelers. N Engl J Med. 2000;342(23):1716-25.

## 3.2. VULNERABILIDADE E PROBLEMAS DE SAÚDE EM VIAGEM: A VISÃO DO TURISTA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Vanina Matos e Christovam Barcellos

### RESUMO

**Objetivo.** Pesquisar como um grupo de turista nacional compreende a questão da saúde em viagem e como se comporta diante de problemas dessa natureza, considerando sua experiência relatada, analisada por uma abordagem sócio-cultural da prática e do saber sobre saúde e doença em viagem.

**Método.** Foram selecionados 20 turistas brasileiros que visitavam o município do Rio de Janeiro ou cariocas saindo de viagem de turismo, para participar de uma entrevista qualitativa que consistia em responder sobre suas experiências em viagem relacionadas a problemas de saúde, segurança, informação e prevenção de saúde, e busca de atendimento de saúde antes, durante ou após a viagem. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado organizados como: Caracterização do turista e da organização da viagem; Risco em viagem; Informação de saúde em viagem; Prevenção e assistência de saúde em viagem. Para interpretação dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de base temática. A categoria relacionada a condições de vulnerabilidade a problemas de saúde em viagem emergiu das principais dimensões detectadas na análise do material relacionadas às experiências dos turistas. Baseadas nessa categoria foram criadas três subcategorias: Dimensão da vulnerabilidade em saúde; Dimensão da informação em saúde; Dimensão da prevenção e assistência em saúde.

**Resultados.** O relato das trajetórias dos turistas permitiu identificar nós e percursos que poderiam ser utilizados pelo setor saúde para ações de prevenção e promoção. O meio de transporte condiciona o trajeto dos turistas e portanto, as ações que podem ser adotadas. A viagem em grupo e para locais conhecidos foram destacadas como fatores de proteção, enquanto as características do local de destino, como ambiente rural, locais desconhecidos e sem infra-estrutura foram consideradas vulnerabilidades. A preocupação em levar remédios e possuir seguro de saúde para a viagem mostra a desconfiança do sistema de atenção em saúde. O SUS é pouco citado pelos turistas como recurso a ser utilizado para situações de emergência e o Estado é lembrado em seu papel de fornecedor de informações e aconselhamento.

**Conclusões.** Este estudo destaca o turista como grupo vulnerável a problemas de saúde em viagem. Existem vulnerabilidades da saúde do turista em fronteiras (visíveis e invisíveis), e de âmbito psicológico, físico, financeiro e ambiental. Aborda a importância de se estabelecer políticas de informação específicas aos turistas, bem como promover ações de nível institucional que possam minimizar as vulnerabilidades dos turistas em relação à viagem.

**Palavras-chave:** Saúde do turista; vulnerabilidade em saúde; informação em saúde.

## INTRODUÇÃO

A saúde do turista pode ser conceituada como o estudo dos problemas de saúde que podem afetar o turista em seu deslocamento durante ou após a viagem, em retorno ao local de origem. Preocupa-se com questões individuais, que depende de características físicas, psicológicas e comportamentais do turista, envolve condições ambientais da origem e do destino da viagem, além de tratar do aspecto social e coletivo pela possibilidade de disseminação de doenças e determinação de impactos emergenciais a saúde pública ocasionados pela movimentação de pessoas e sua interação com o meio.

Diferente dos migrantes, refugiados, soldados, profissionais e voluntários, os turistas têm como característica a viagem de lazer no tempo livre e fundamentalmente o movimento de ida e retorno à origem da viagem. O desenvolvimento dos estudos sobre o lazer aponta o turismo como “uma das atividades de lazer que pode ser realizada durante o tempo livre disponível de uma pessoa” (CAMARGO, 2006). Este artigo estabeleceu como turista aquele sujeito que viaja por motivo de lazer, e considera que as demais finalidades de viagem são atividades relacionadas a diferentes movimentos socioeconômicos e a outros tipos de viajantes (MATOS E BARCELLOS, 2010).

Tem crescido na literatura internacional a divulgação de pesquisas sobre as condições de viajantes/turistas e seus riscos específicos. Apesar de relatarmos resultados pontuais - obtidos por pesquisas amostrais, tratando de doenças específicas e sintomas característicos de uma região - esses estudos apontaram algumas tendências recentes na relação entre turismo e saúde (MATOS & BARCELLOS, 2010). Esse levantamento constatou que existem lacunas desde a ausência de dados secundários ao predomínio de pesquisas realizadas após a viagem de constatação de fatos ocorridos à saúde dos turistas.

A viagem pressupõe que quando o turista deixa o lugar onde vive em busca do ambiente desconhecido haverá, do ponto de vista probabilístico, a chance de estar exposto a riscos de saúde, e comumente essa visão coloca o turismo como uma atividade de risco. Em qualquer destino de viagem o turista vai lidar com perigos conhecidos ou desconhecidos, percebidos ou despercebidos ou até mesmo planejados. Não obstante, quando surgem novas epidemias a exemplo da Influenza

AH1N1 os turistas são facilmente apontados como um “grupo de risco”, seu comportamento e mobilidade considerados um desafio global (CASTELLI, 2004), e as práticas mais comuns nessas situações sugerem medidas de isolamento e quarentena, que pode gerar intolerância e exclusão social (AYRES et al, 2006; SILVA, 2008).

Por outro lado, o turista é considerado pela área de saúde e destacado pela mídia como responsável pelo aparecimento de algumas doenças, especialmente as emergentes ou reemergentes, como foram os casos da influenza AH1N1, re-introdução de sarampo e, mais recentemente, o vírus do dengue tipo 4 no Estado do Rio de Janeiro. No entanto, pouco se conhece da visão do turista sobre esses problemas tanto no nível individual quanto no social ou institucional.

O município do Rio de Janeiro foi selecionado como localidade de estudo devido a sua vocação turística natural e importância mundial como destino receptivo de turistas. Segundo o informativo estatístico da Empresa de Turismo de Município do Rio de Janeiro (RIOTUR, 2011) a previsão de turistas nacionais e internacionais para o verão de 2010/2011 era de 2,6 milhões, sendo esperados 600 mil para o Réveillon e 700 mil pessoas para o Carnaval.

Este artigo teve como objetivo pesquisar como um grupo de turistas nacionais compreende a questão da saúde em viagem, como se comporta diante de problemas dessa natureza, considerando sua experiência relatada, analisada por uma abordagem sócio-cultural sobre atitudes e valores sobre saúde e doença em viagem.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo exploratório, de natureza qualitativa, abordou a relação do turista com a demanda por saúde em viagem e as situações de vulnerabilidade inseridas no contexto da saúde do turista.

Foram selecionados turistas brasileiros que visitavam o município do Rio de Janeiro e cariocas saindo de viagem de turismo, para participar de uma entrevista sobre suas experiências em viagem relacionadas a problemas de saúde e segurança, informação e prevenção de saúde, e busca de atendimento de saúde antes, durante ou após a viagem.

A amostra não-probabilística que constituiu de vinte entrevistas realizadas com turistas, partiu dos seguintes critérios de seleção e inclusão: O local da entrevista (pontos de chegada, saída e passeio de turistas no Rio de Janeiro); O momento da entrevista (na chegada, na saída e durante a viagem); Estar em viagem de turismo; Ter acima de 18 anos; Autorizar a entrevista pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado, classificados como: Caracterização do turista e da organização da viagem; Risco em viagem; Informação de saúde em viagem; Prevenção e assistência de saúde em viagem.

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas e transcritas na íntegra. O pré-teste foi realizado entre os meses de abril e maio de 2010, e o período das entrevistas foi entre agosto a novembro de 2010. A duração do total de 20 entrevistas foi de 3 horas e 7 minutos, em média 9 minutos cada uma.

Para interpretação dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de base temática, classificadas pelo critério de categorização temática associadas à saúde do turista na situação contemporânea do fenômeno.

A categoria relacionada a condições de vulnerabilidade a problemas de saúde em viagem emergiu das principais dimensões detectadas na análise do material relacionadas às experiências dos turistas e em como esses aspectos podem influenciar nessa relação. Baseadas nessa categoria foram criadas subcategorias divididas em três dimensões que envolvem a saúde do turista, sistematizadas como: Dimensão da vulnerabilidade em saúde; Dimensão da informação em saúde; Dimensão da prevenção e assistência em saúde.

O enfoque qualitativo também foi dado pela presença ou ausência e frequência simples de determinados elementos (MINAYO, 2008; RICHARDSON, 2008). Esta pesquisa foi submetida 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 nº 177/09, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

### Caracterização do turista e da organização da viagem

O quadro 1 mostra a classificação do turista por profissão e a descrição da origem e do destino da viagem, por local e momento da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no município do Rio de Janeiro, como destacado nos campos em amarelo. Entre as diversas profissões e/ou ocupações dos turistas predomina a de estudante com quatro entrevistados, e com dois para a de dentista e de administrador. Observou-se que cinco pessoas eram profissionais de saúde, dentista (2), médico (1), auxiliar de enfermagem (1) e estudante de enfermagem (1).

**QUADRO 1: Descrição do turista entrevistado e da origem/destino da viagem por local e momento da entrevista\***

Turista	Profissão	Origem da viagem	Destino da viagem	Transporte utilizado	Local entrevista	Momento entrevista
T1	Médica	Recife - PE	Rio de Janeiro - RJ	Avião	Caminho Aéreo Pão de Açúcar / Morro da Urca	Durante a viagem no RJ (passeio em ponto turístico)
T2	Administradora	Brasília - DF	Rio de Janeiro - RJ			
T3	Setor financeiro	Vitória - ES	Rio de Janeiro - RJ	Automóvel		
T4	Advogado e Administrador	Salvador - BA	Rio de Janeiro - RJ	Avião		
T5	Engenheira de segurança	Salvador - BA	Rio de Janeiro - RJ			
T6	Costureira	Italva - RJ	Rio de Janeiro - RJ	Ônibus	Terminal Rodoviário do Rio de Janeiro / Novo Rio	Chegando viagem/RJ
T7	Estudante de enfermagem	Rio de Janeiro - RJ	Carmo - RJ			Saindo de viagem do RJ
T8	Estudante	Rio de Janeiro - RJ	Nova Friburgo - RJ			
T9	Petroleiro	Rio de Janeiro - RJ	Cabo Frio - RJ			
T10	Operador de empilhadeira	Rio de Janeiro - RJ	Belo Horizonte - MG			
T11	Pensionista	Rio de Janeiro - RJ	Santos - SP	Navio	Terminal Marítimo de Passageiros do Porto do Rio de Janeiro / Píer Mauá	Saindo de viagem do RJ
T12	Auxiliar de cobrança	Rio de Janeiro - RJ	Santos - SP			Chegando viagem/RJ
T13	Estudante	Curitiba - PR	Rio de Janeiro - RJ			Saindo viagem/RJ
T14	Dentista	Rio de Janeiro - RJ	Santos - SP			
T15	Dentista militar	Rio de Janeiro - RJ	Santos - SP			
T16	Estudante	Vitória - ES	Rio de Janeiro - RJ	Avião	Aeroporto Internacional Santos Dumont Rio de Janeiro	Saindo viagem/RJ (voltando para casa)
T17	Militar	Porto Alegre - RS	Rio de Janeiro - RJ			
T18	Auxiliar de enfermagem	Porto Alegre - RS	Rio de Janeiro - RJ			
T19	Engenheira de petróleo	Vitória - ES	Rio de Janeiro - RJ			
T20	Administradora	Campo Grande - MT	Rio de Janeiro - RJ			

Fonte: Organização dos autores.

A tabela 1 mostra o perfil do turista e de organização da viagem entre os entrevistados. Em relação ao sexo, treze era do feminino e sete do masculino, e dentre os dez turistas que organizaram sozinhos a viagem, metade era de cada sexo, e das oito pessoas que organizaram por agência de viagem, sete eram mulheres. Como meio de transporte da viagem, nove escolheram o avião, cinco o ônibus, uma pessoa usou o automóvel, e cinco viajaram de navio. Todos os entrevistados no porto que viajaram de navio, ou estava em viagem no navio, relataram esta a primeira experiência nesse tipo de transporte, e apenas uma pessoa referiu o avião como sua primeira vez em viagem. Os que responderam ter o hábito de usar sempre o mesmo transporte na viagem, dois referiram ao avião e um ao ônibus. A maioria hospedou-se em hotéis, seguido de casa de parentes e no próprio navio.

**TABELA 1: Caracterização do turista e organização da viagem**

Variável	Quant. (n=20)
Sexo	
Feminino	13
Masculino	7
Organização da viagem	
Sozinho	10
Agência de viagem	8
Por escola	1
Por amigos	1
Local de hospedagem	
Hotel	6
Casa de parentes	5
Navio	5
Casa de amigos	3
Pousada	1
Transporte utilizado na viagem	
Avião	9
Ônibus	5
Navio	5
Automóvel	1
Hábito usar o transporte escolhido para essa viagem	
Sim	7
Primeira vez	6
Usa também outro transporte	4
Sempre	3

Fonte: Organização dos autores.

Quanto ao gosto por viagens o pressuposto aqui é que, quanto maior a excitação, a curiosidade, menor será o desgaste da viagem e, conseqüentemente, menor o impacto na saúde do turista. E, inversamente, quanto menor a curiosidade, a excitação pela viagem, menor a predisposição para enfrentar os problemas

naturais que decorrem das viagens. Por outro lado, quanto maior essa excitação, maior a disposição em correr riscos, como consumir comidas locais e frequentar lugares desconhecidos ou sem referência de amigos ou agências. Os indicadores desse gosto são o hábito de viajar (quantas vezes viajam por ano), o planejamento prévio da viagem ou peso subjetivo que o viajante atribui aos percalços de viagens anteriores. A tabela 2 mostra a frequência de aspectos psicológicos associados à viagem.

**TABELA 2: Aspectos psicológicos do perfil do turista**

Variável	Nº Respostas
Intensidade de resposta gosto por viagem	
Gosto, bastante, gosto muito	16
Adoro	2
Amo	1
Obrigação familiar	1
Frequência de viagem lazer / Ano	
1 - 3	11
4 - 7	5
Todo mês	3
Não respondeu	1
Organização de álbuns de fotografia	
Sim	14
Não	4
Às vezes sim	2
O brotar do desejo em realizar nova viagem*	
<b>Ter tempo livre</b>	<b>7</b>
Conhecer novos lugares	6
<b>Feriado prolongado</b>	<b>4</b>
<b>Férias ou licença do trabalho</b>	<b>4</b>
Desestressar e descansar	3
Reunir a família e visitar parentes	3
Ter condições financeiras	3
Oportunidade	3
Rever lugares já visitados	2
Ter condições de clima	2
<b>Férias escolares</b>	<b>1</b>
Após uma boa viagem	1
Ter companhia	1
Motivação ou tipo turismo de maior interesse*	
Praia	13
Grandes cidades	5
Ecoturismo	2
Cultural	2
Histórico	1
Religioso	1
Visitar família	1
Diversos	1
Rural	1

\* Campos com n>20, de acordo com o aparecimento na resposta do entrevistado.  
Fonte: Organização dos autores.

A questão do tempo livre aparece com mais frequência quando perguntado sobre quando brota o desejo por realizar uma nova viagem, em seguida da vontade de conhecer novos lugares (tabela 2), “eu viajo muito a trabalho [...] a turismo geralmente quando tem feriadão ou quando são minhas férias” (T4). Do total, oito turistas responderam que realizam entre uma e três viagens de lazer por ano e que as viagens para perto (de casa) são mais frequentes. Apenas um turista respondeu que viaja por obrigação familiar, “venho por que tem que vir mesmo” (T6) e não atribuiu gosto pela viagem, enquanto todos demais disseram gostar, gostar muito, adorar ou amar viajar.

Em relação ao gosto por conhecer lugares novos o pressuposto é que, quanto maior o interesse por novas paisagens, novos ritmos de vida, novos estilos de vida, melhor o resultado para a saúde e menor a vulnerabilidade em saúde. Os indicadores deste gosto são: quando brota o desejo por uma nova viagem (momento), organização das memórias da viagem (álbuns, diários, etc.).

A praia foi o principal tipo de turismo de maior interesse dos entrevistados com 13 escolhas, e para grandes cidades com cinco escolhas, o que pode ter sido condicionado pela amostra colhida no Rio de Janeiro. A maioria respondeu que organiza recordações ou álbuns de fotografias da viagem, três pessoas disseram que colocam as fotos no “Orkut”, e quando a viagem é em família geralmente essa função fica a cargo de alguém: “a filha é que organiza [...] que é a fotografa da viagem [...] tudo na internet coloca lá no computador que eu não mexo mesmo com essas coisas” (T1).

### **Risco em viagem**

Segundo os entrevistados, a maioria não considera um problema viajar para um local desconhecido, que nunca tenha visitado antes e que não conheça ninguém próximo. Uma das entrevistadas disse que não tem problemas com a viagem ao desconhecido, pois viaja sempre para um local onde têm conhecidos, “[...] a maioria das vezes eu viajo ((risos)) pra casa de alguém da família” (T5). Outra entrevistada respondeu: “eu considero um problema tanto que quando a gente viaja a gente procura um lugar que a gente já conhece [...] fica meio perdido nos lugares que a gente não conhece” (T16).

No entanto, grande parte dos entrevistados afirma ter mais segurança ao viajar acompanhado. A viagem sem acompanhantes traz “receio” de que algo inesperado possa acontecer e não obtenha apoio.

“[...] eu nunca viajei sozinha [...] sempre é com um amigo, namorado, família então não é ruim por que sempre tá perto de alguém” (T7).

Também é comum a evocação da sorte e a Deus para a proteção dos acasos em viagem.

“[...] até hoje graças a Deus as viagens foram super tranqüilas nunca aconteceu nada... sinceramente até hoje eu nunca pensei nisso [...] nunca aconteceu nenhum problema porque eu nunca parei pra pensar também nessa possibilidade [...] a gente sempre vai pensando só em passear em curtir e aproveitar” (T14).

“nunca pensei nessa possibilidade [...] eu viajo sem essa preocupação por que o brasileiro ele não tem esse tipo de medo [...] a gente viaja e nem pensa nisso não” (T17).

Quando perguntados se algo preocupava ao sair de viagem, os turistas relataram diversas questões, sendo que a preocupação com levar medicamentos foi a mais citada.

“[...] me preocupo com saúde [...] procuro ir abastecido das medicações dos problemas que possam existir durante a viagem né [...]” (T4).

“nãaa nada me preocupa [...] geralmente eu sempre faço aquela malinha básica com remédio [...]” (T14).

O destino, e suas características de infraestrutura, são também citados como fator de proteção. As cidades grandes e conhecidas são, em geral, citadas como mais seguras. Os turistas foram perguntados se costumavam pensar se no destino da viagem existe água tratada e serviços em geral, como banco, farmácia, meio de comunicação, etc.

“[...] essas informações todas a gente pega pela internet [...] como é o saneamento dos lugares e tudo, a gente já sabe que o México por exemplo tem um problema com água né [...] Europa você já não se preocupa tanto porque a água é muito bem tratada, Rio de Janeiro você sabe que o tratamento é meio duvidoso [...] existe registros de coliformes fecais na água já tratada né [...] um índice alto [...] então você procura assim ter esses cuidados até pra não sofrer com um problema eventual de saúde e atrapalhar a sua viagem que geralmente você tem que otimizar o tempo né [...] e não pode perder tempo com problemas outros” (T4).

“eu me preocupo em saber se no lugar pra onde eu vou se eu vou ter recursos, por exemplo, comida, alimentação, se vai ser fácil me locomover dali ou não [...]” (T8).

“[...] se for pra uma zona rural, tem que levar uma mala muito grande de remédio” (T20).

Viajar doente foi uma das questões levantadas, e a maioria dos entrevistados (16) disse que jamais viajaria doente. Vários entrevistados procuraram diferenciar as doenças que poderiam levar ao cancelamento da viagem de outras de menor importância.

“[...] sou diabético [...] então sou grupo de risco né” (T4).

“[...] doente? depende do tipo de doença, uma gripe [...] tranquilo [...] acho que varia muito do que a pessoa tem né?” (T20).

Logo se durante a viagem as condições físicas de saúde não fossem boas, voltar para casa foi a solução mais enfatizada. Outros acionariam o plano de saúde, o seguro de viagem, ou procurariam um hospital, um médico, mesmo assim, dependendo da gravidade ou grau incapacitante do problema. Quando perguntado que se ficasse doente durante uma viagem, voltaria para casa antes do prazo programado, sete dos entrevistados disseram que sim ou que voltariam com certeza para casa. A maioria disse que dependendo da doença tentariam resolver o problema no destino.

“[...] geralmente eu viajo com um bom seguro de viagem [...] de saúde... quando é viagem internacional, que dá direito a você ir pra bons hospitais e tudo [...] só se fosse um problema muito sério [...] um problema cardíaco ou um problema né que impedisse você de locomover [...] você geralmente quando você planeja sua viagem de férias para o exterior você viaja só, e aí só se fosse um problema que impedisse você de se locomover no restante da viagem [...] tentaria resolver e continuava a programação” (T4).

“depende do grau da doença, se fosse uma coisa que desse para tratar no lugar... eu trataria no local, agora se fosse uma coisa mais grave eu acho que eu preferia voltar pra casa” (T5).

“aí depende né da doença, se fosse uma coisa assim muito grave que eu não conseguisse eu mesma controlar, tipo assim uma gripe ou uma amigdalite, uma coisa que eu já tenho mesmo com frequência [...] eu voltaria se fosse uma doença mais grave... que tivesse perigo... de passar pra outras pessoas” (T15).

Para três turistas entrevistados, a disponibilidade de recursos financeiros foi destacada como uma das alternativas que pode fazer uma viagem se tornar mais segura.

“[...] é importante e a gente tem que falar né, disponibilidade de recursos financeiros por que caso o plano de saúde não cubra uma patologia que a gente apresentar na hora, a gente tem dinheiro para um tratamento melhor” (T1).

“[...] você ta com uma disponibilidade financeira é importante pra qualquer imprevisto eu acho legal você ta preparada [...]” (T12).

Quando perguntados se deixariam de viajar para algum lugar se soubessem que poderiam estar exposto a algum risco, onze turistas disseram que sim, e quatro que com certeza deixariam de viajar, em destaque para a fala sobre saúde: “[...] já deixei de viajar por causa dessa gripe suína aí, eu sou neurótica” (T20). Duas pessoas relataram que não deixariam de viajar.

“[...] isso depende do perfil e da personalidade de cada um, dependendo da vontade que eu tivesse [...] viajaria” (T1).

“[...] depende do risco, se for muito grave deixaria de viajar sim” (T18).

## **Informação de saúde em viagem**

Sobre as informações prévias à viagem, os entrevistados mencionaram algumas fontes de informação e sua disposição em buscar informações. Na opinião dos entrevistados seria importante existir informação de saúde para os turistas.

“lógico, acho isso uma coisa muito importante por que [...] a pessoa ia valorizar mais a escolha daquela cidade por que ela ia oferecer mais condições de saúde, e se você tivesse com muito tesão de conhecer aquele lugar, e mesmo se tivesse risco, você ia se prevenir” (T1).

A maioria respondeu não ter recebido nenhuma informação de saúde antes de viajar.

“[...] esses problemas de saúde na maioria das vezes são muito camuflados para não afugentar os turistas, acho que deveriam ser expostos” (T1).

“[...] não [...] estou bem de saúde [...] verifiquei com os amigos se estava tendo alguma epidemia, não [...] então tudo certo” (T2).

A informação depende, por outro lado, da organização da viagem. A intermediação de uma agência de turismo é considerada como proteção e acesso a informação.

“[...] nessa viagem todo o roteiro que eles dão pra gente [...] já que tem uma assistência médica que tem toda uma assistência seguro também que eles dão, então já sabendo disso eu procuraria né ta utilizando entendeu?” (T14).

“[...] eu acho que as operadoras deveriam é priorizar mais isso, mas não recebi nenhuma informação” (T1).

“... não, não, por eu vim por conta, não foi por agência, não foi por nada” (T20).

Alguns turistas disseram ter recebido alguma informação de saúde da empresa de transporte do navio de cruzeiro, e um turista que utilizava o mesmo transporte respondeu não ter recebido.

“[...] informaram o local direito da aonde ta a farmácia tal então eles até entregam um papel mostram uma folha se você tem algum tipo de doença eles querem saber receita esses negócios então tem toda uma preocupação e é muito importante pros passageiros isso...” (T13).

“[...] no contrato [...] vem um topicozinho lá escrito algumas coisas alguns cuidados que a gente deveria ter” (T15).

Por outro lado, os entrevistados declararam que gostariam de ser informados antes da viagem para prevenir problemas de saúde. Quando perguntados por quem gostaria de receber essa informação as preferências foram: a internet e a companhia de transporte (6 escolhas cada), em seguida por televisão (5 escolhas), por jornal (4 escolhas), pelo hotel ou pelo agente de viagem (3 escolhas cada), pela prefeitura da cidade de destino (2 escolhas), e com uma escolha cada foram citadas as opções de informação pelo Estado, pela família.

“gostaria de receber essa informação pela empresa que me vendeu a passagem... pela rede de hotéis que eu fico [...] pela prefeitura da cidade [...]” (T17).

“[...] se não existe esse tipo de informação como que a pessoa vai saber onde procurar ajuda [...] então tem que existir, saúde é um bem que tem que ser cuidado sempre” (T17).

Risco, prevenção e informação estão associados. A vacina aparece como forma de prevenção e que depende de informação. Mas outras doenças não imunopreveníveis não tem essa associação tão clara.

## Prevenção e assistência de saúde em viagem

Quando perguntados se haviam tomado alguma precaução de saúde antes da viagem, a maioria dos entrevistados (13) respondeu que não.

“[...] na nossa mala já temos analgésicos, antiasmáticos anti espasmódicos é [...] floratil ((risos))” (T1).

“não [...] até por que eu tenho todas as vacinações [...] a única preocupação que eu procurei ter foi pagar o plano de saúde e trazer o comprovante ((riso)) de pagamento... para alguma eventualidade eu poder fazer uso dele né” (T4).

“No caso do Rio não, mas já teve cidades que precisava tomar alguma vacina [...]” (T5).

Os medicamentos trazidos pelos turistas, as vacinas e os seguros de saúde são vistos por muitos entrevistados como forma de prevenção. Os exames prévios à viagem também são citados como prevenção.

“sim, eu fui ao médico [...] na dermatologista pra exposição ao sol e cardiologista também [...] saber como é que ta a pressão arterial se ta legal ele passou um eletro e ta tudo legal [...] vai ficar mais ou menos uns quatro dias assim longe [...] então eu acho que é mais segurança, eu vou viajar mais tranqüila” (T12).

E quanto a buscar algum tipo de aconselhamento de saúde antes da viagem, a maioria respondeu que não o fazem, ou que nunca se preocuparam com isso. Já sobre saber que existem vacinas para adultos, quinze turistas responderam que sim, quatro não sabiam e um disse só conhecer as das campanhas de vacinação.

Quando perguntados sobre ter recebido indicação para tomar alguma vacina para viajar até o Rio de Janeiro, todos responderam que para o Rio de Janeiro não receberam nenhuma indicação de vacina. Já para viagens ao exterior, “longe de casa”, para a Amazônia e para a Região Central do Brasil foi destacada pelos turistas a necessidade de vacinas específicas. Outros disseram que não receberam nenhuma recomendação de vacina no Brasil, somente em viagem para o exterior. Destacou-se a existência de confusão de vacinas para doença que não possui imunização, como a malária.

“[...] eu sei que tem a febre amarela né que você toma para ir pro exterior mas pra outro estado não [...] dentro do Brasil não” (T3).

Os turistas foram perguntados sobre o que fariam se tivessem algum problema de saúde durante esta viagem, recuperando a memória de algum incidente vivido pelo turista ou prevendo situações de emergência. Alguns turistas declararam que abandonariam a viagem e retornariam para suas casas. Outros optaram por buscar atenção em hospitais e consultórios.

“[...] essa sintomatologia mais simples eu procuraria resolver por que eu sou médica e to com o esposo médico também, e se fosse um atropelamento eu recorreria primeiramente ao serviço público talvez a uma UPA [...] um serviço de referência e de lá eu me informaria de algum serviço particular pra eu ser removida” (T1).

“[...] hospital né mais próximo, para saber da gravidade da doença ou do acidente [...] só aí tomar uma decisão de voltar pra casa ou não” (T3).

“... eu ia procurar um hospital eu ia procurar o sistema de saúde mais próximo” (T20).

Os recursos para atendimento são, portanto, condicionados pela filiação a seguros e planos de saúde. O SUS, caracterizado como sistema nacional e universal, é mencionado para atendimento somente em casos de emergência. O problema do atendimento médico parece condicionado à forma de transporte e local de destino. As pessoas viajando em ônibus e navios têm menor leque de possibilidades de atendimento.

“ah eu ia pedir pro motorista pra me deixar no primeiro posto [...] por que senão eu vou ficar viajando no trajeto na viagem se eu ficar passando mal [...] aí eu não sei o que acontece comigo aí eu posso ficar pior [...] vir aí ao óbito [...] no caso eu ia pedir auxílio ao motorista aí eu tentaria voltar né se eu tivesse no meio do caminho eu tentaria voltar [...] ah se eu já tivesse no meu local da viagem ah eu ia procurar o posto médico” (T10).

“[...] se tivesse no exterior [...] de qualquer forma onde eu tivesse tentaria arrumar um jeito pra voltar [...] eu sei que a bordo tem uma equipe médica né [...] se eu não confiar muito neles no diagnostico deles eu procuraria fora nos portos né [...] nos lugares que a gente tá parando, ou então eu daria um jeito de voltar” (T15).

“bom se eu tivesse um problema eu procuraria a empresa aérea que eu fui viajar [...] tentar me hospitalizar, medicar o mais rápido possível [...] se for um mal estar, por exemplo, não daria muita importância não, mas dependendo da gravidade do problema com certeza eu procuraria a empresa [...] a companhia aérea” (T17).

Ainda em relação à saúde foram perguntados se lembravam de alguma experiência em ter ficado doente em alguma outra viagem antes desta e como isso interferiu na viagem. Os turistas que sofreram algum problema de saúde em viagem

relataram problemas de saúde associados ao consumo de água e alimentos, e acidentes físicos.

“eu tive uma experiência assim horrível [...] uma infecção intestinal violenta [...] outra vez viajei [...] tive outra infecção e hoje eu tenho muito cuidado com maioneses, pudins, sorvetes essa parte de alimentação...” (T1).

“tenho, em Buenos Aires eu tive uma entorse na panturrilha da canela [...] me atrapalhou no final a viagem [...] fui numa farmácia [...] ainda bem que o farmacêutico não pediu nenhuma receita [...]” (T4).

Sobre estabelecimentos de saúde procurados para tratar desse problema, os recursos mencionados foram: farmácia (1), posto de saúde (1) e hospital (1). Nesses locais de atendimento não foi perguntado se o paciente era turista, quanto tempo estava na cidade ou de qual localidade veio.

Quando perguntados se costumam comprar seguro de viagem, a maioria respondeu que não compra (13), outros disseram que adquirem seguro somente em viagem para o exterior (3), não para dentro do Brasil “[...] não preciso, meu plano de saúde é nacional e não tenho essa necessidade” (T20). Outras pessoas disseram que compram seguro quando realizam uma viagem longa.

Alguns elementos sobre segurança foram colocados aos entrevistados para que opinassem e escolhessem quais deles seriam fundamentais para garantir uma viagem mais segura. Na opinião dos turistas, as alternativas mais destacadas foram, em primeiro lugar com dez escolhas, a existência de serviços de saúde, em segundo o lugar de hospedagem e o meio de transporte utilizado ambos com oito escolhas, e em terceiro a existência de informação de saúde com sete escolhas (Quadro 2).

No campo “outro”, alguns turistas destacaram elementos como a existência de água mineral, alimentação fiscalizada, clima (poluição, umidade), acolhimento do turista pela cidade e taxistas gentis. Apenas um entrevistado referiu todas as alternativas como muito importantes (T16).

**QUADRO 2: Opinião dos turistas sobre elementos que podem fazer uma viagem se tornar mais segura**

Alternativa / Turista	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	Total
Existência de serviços de saúde	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
O lugar de hospedagem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
O meio de transporte utilizado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Existência de informação de saúde	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7
Existência de vacinas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Disponibilidade de recursos financeiros	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Ser recebido por alguém que mora no local	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
O comportamento do turista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
Outro (qual?)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>51</b>

Fonte: Organização dos autores.

Foi explicado aos entrevistados que o Ministério da Saúde do Brasil desenvolve diversos programas de saúde específicos, como o programa de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, dentre outros. Quando perguntados se já haviam ouvido falar nesses programas, a maioria dos entrevistados respondeu afirmativamente:

Todos responderam ser importante ser criado um programa de saúde para os viajantes/turistas no Brasil. Ressaltaram sua importância como segurança para quem viaja e associaram esse tipo de programa ao fornecimento de informações antes das viagens.

“seria super interessante [...] acho que ia viabilizar mais o turismo no nosso país, ia trazer mais renda, ia ser um turismo mais seguro [...] até se destacar no turismo mundial [...] por ter um programa desses” (T1).

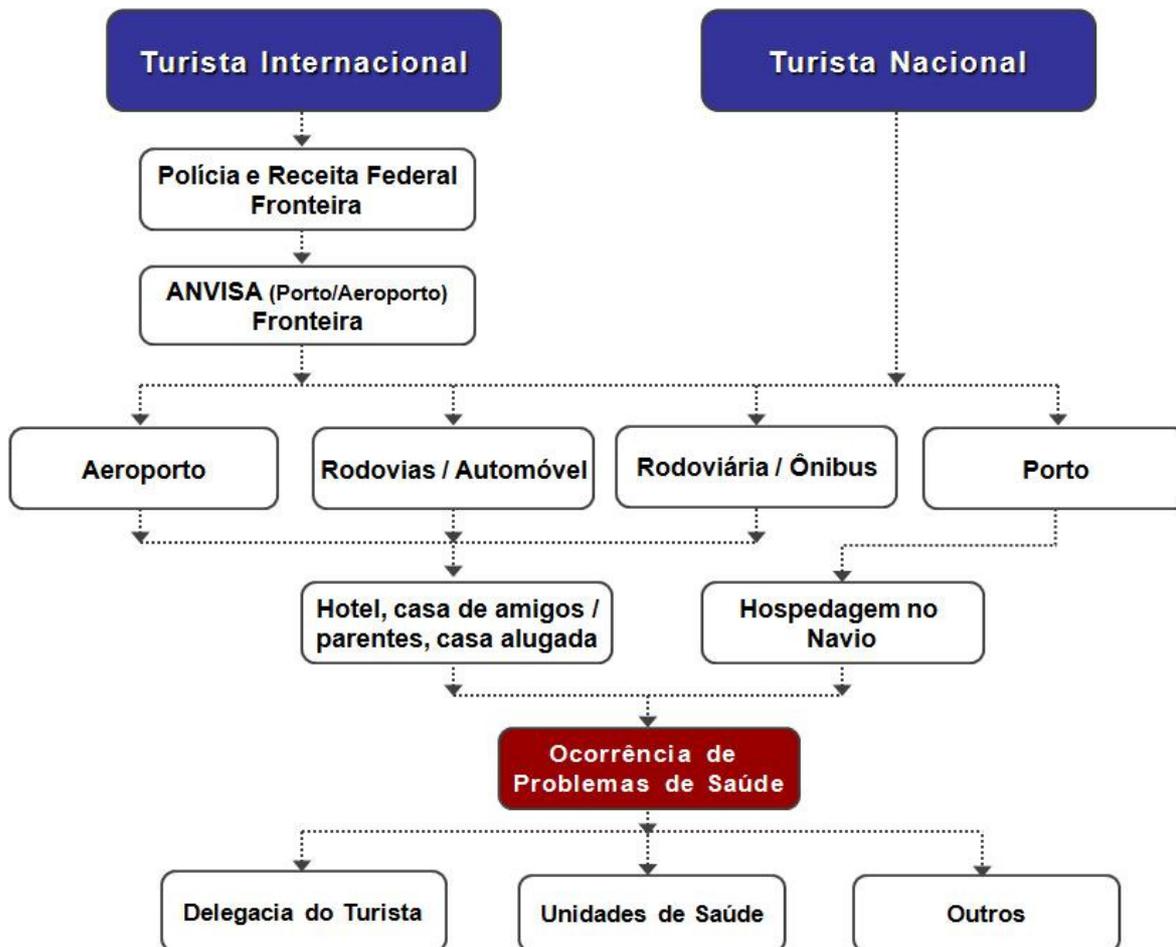
“com certeza [...] a gente poder ter esse direito um serviço de saúde pro turista e um atendimento medico hospitalar suficiente pra qualquer um [...]” (T17).

## DISCUSSÃO

A dinâmica atual da chegada de um turista tanto nacional quanto internacional em um destino turístico do Brasil e as possibilidades de ocorrência de um problema de saúde é apresentada na figura 1, segundo características de fronteira do município do Rio de Janeiro. Um turista internacional passará obrigatoriamente por controles institucionais como a Polícia Federal, a Receita Federal e a ANVISA, que assumem o papel de controle e vigilância, presentes fisicamente nos pontos de chegada como aeroportos e portos, e em pontos de passagem nas fronteiras terrestres de rodovias. Já o turista nacional não cruza nenhuma instituição de fronteira e sua circulação interna raramente é observada como um aspecto de vigilância em saúde. Essa é uma circunstância de vulnerabilidade do turista e uma lacuna na extensão das ações de vigilância em saúde no país. Esses locais seriam, na concepção de Monken e Barcellos (2005), “nós” por onde passam os turistas e as estradas e linhas de transporte seriam percursos por onde este turista trafega para chegar ao seu destino. Essas “dimensões espaciais do cotidiano” são locais potenciais de intervenção da vigilância em saúde. Dessa maneira, percebe-se a presença de instituições de saúde pública em portos, aeroportos, deixando outros “nós” vulneráveis, como as rodoviárias, hotéis e fronteiras terrestres. Por outro lado, o setor saúde é mais reconhecido pelos entrevistados pelas suas ações de assistência, podendo ser acionado no caso de ocorrência de agravos.

Compreende-se que existem duas fronteiras nessa dinâmica, a visível e a invisível. A fronteira visível é aquela fisicamente demarcada, considerada a passagem ao destino de viagem, onde ocorrem ações de controle e vigilância institucional, como em portos e aeroportos. Na fronteira invisível, o ponto de passagem é o local da ação institucional, mas o ponto real de chegada do turista será no seu destino da viagem. Por exemplo, em uma viagem com o uso do ônibus comercial, a fronteira será no desembarque da rodoviária, já com o uso do automóvel ou ônibus fretado a fronteira será o lugar de chegada no destino. As fronteiras terrestres “secas” do Brasil com outros países da América do Sul foram apontadas como locais vulneráveis para a transmissão autóctone de doenças infecciosas, bem como a concentração e passagem de agentes infecciosos para o restante do país (PEITER, 2005).

**FIGURA 1: Fluxo receptivo de turista internacional e nacional no município do Rio de Janeiro e a ocorrência de problemas de saúde**



Fonte: Organização dos autores.

Tanto o turista nacional quanto o internacional passam por esses pontos de chegada (visíveis ou invisíveis) e se hospedam em algum local. Existem vários tipos de hospedagem, como pousada, albergue ou hotel de qualquer categoria. Outra possibilidade comum de hospedagem é a casa alugada por temporada.

Na ocorrência de um problema de saúde o turista geralmente encaminha-se para unidade de saúde, delegacia do turista, ou recorre a automedicação, em farmácias, solicita ajuda no local de hospedagem, a amigos e parentes, ou buscam o retorno para casa doentes, sem receber nenhuma espécie de assistência. As unidades de saúde correspondem aos centros municipais de saúde (postos de saúde), aos hospitais de emergências, a ambulâncias do SUS ou privadas, e ao corpo de bombeiros.

Este artigo abordou o conceito de vulnerabilidade associado ao comportamento e valores de um grupo de turistas entrevistados no município do Rio

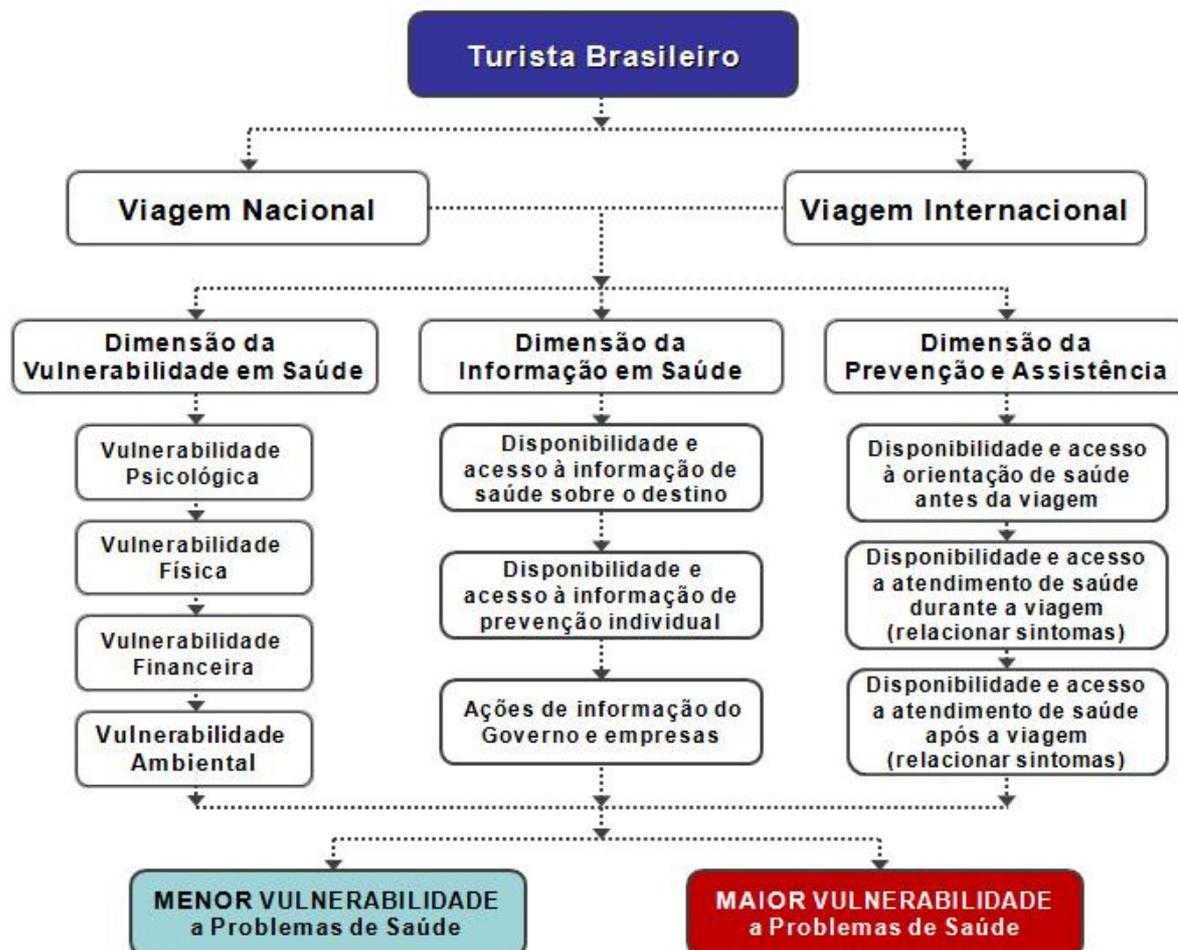
de Janeiro. Para Séguin (2002, p.15) “tradicionalmente quando se pensa em grupos vulneráveis vem logo à mente criança, mulher, idoso, homossexual, deficientes”, porém lembra que a cada dia surgem novos grupos com determinada característica que passam por processos de vitimização, ameaça ou preconceito. Outros autores afirmam que “vulnerabilidade e pobreza não são sinônimos, embora estejam intimamente relacionados” (BLAIKIE *et al*, 1994).

Segundo Ayres et al (2006, p.398) existem três dimensões de vulnerabilidade a serem consideradas: a individual, a social e a programática (ou institucional). Os aspectos de vulnerabilidade individual estão relacionados a valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, comportamentos, relações familiares, situação material, física, psicoemocional, entre outros. No nível social consideram-se as normas sociais, relações de gênero, raça, emprego, acesso a saúde, a educação, a cultura, ao lazer, a justiça, a mídia, como fatores que afetam a vulnerabilidade. E no nível institucional são relacionados os aspectos de definição, planejamento e avaliação de políticas com a participação social, recursos humanos e materiais para as ações, controle social, acesso e qualidade dos serviços, articulação e atividades intersetoriais, além de outros aspectos que englobam as diversas instituições.

Assim, “as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa” (AYRES *et al*, 2006, p.399), como é o caso do fenômeno do turismo.

As condições de vulnerabilidade a problemas de saúde em viagem são sintetizadas na figura 2, e as principais dimensões levantadas podem ser consideradas tanto em uma viagem nacional quanto internacional. Dentro da dimensão da vulnerabilidade em saúde, a vulnerabilidade psicológica está relacionada à elaboração do pensamento, conhecimento, experiências e valores subjetivos do turista em relação a diversos elementos de uma viagem. A vulnerabilidade psicológica ainda pode estar relacionada a subjetividades do turista em relação ao desconhecido e a preocupações antes e durante a viagem

**FIGURA 2: Fluxo emissivo de turista brasileiro e as condições para existir maior ou menor vulnerabilidade a problemas de saúde em viagem**



Fonte: Organização dos autores.

Um aspecto psicológico destacado foi a preferência pela viagem em grupo como fator de apoio e proteção em contraponto ao medo de viajar sozinho, e o medo do desconhecido é resolvido quando se prefere retornar para lugares já conhecidos e onde se tem parentes ou amigos. Ao mesmo tempo o receio de viajar sozinho é amenizado pela crença de proteção divina, como se vê na frase “[...] até hoje graças a Deus nunca aconteceu nada [...] nunca aconteceu nenhum problema porque eu nunca parei pra pensar também nessa possibilidade [...] a gente sempre vai pensando só em passear em curtir e aproveitar [...]” (T14). Pensar na possibilidade de problemas pode significar atraí-los e assim algo dar errado na viagem (o mau agouro). A evocação a Deus nesse caso demonstra a crença em contar com a sorte, contra eventos infortúnios.

Ainda no âmbito psicológico a preocupação em levar medicamentos na viagem foi destacada, especialmente quando se trata de lugares com pouca infraestrutura como na zona rural, o que mostra existir uma idéia do ambiente rural como ameaça e a cidade grande com mais proteção (segurança, saneamento, alimento), “[...] se for pra uma zona rural, tem que levar uma mala muito grande de remédio” (T20). Segundo Moesch (2000, p.42) “a ideologia pertinente aos turistas, são visões do local a ser visitado, proveniente de informações totalitárias (sub-informações e a formatação de pseudo-informações, que dão uma imagem ideal/lendária da localidade). A encenação e a camuflagem contribuem para criar um universo em que milhares de pseudo-informações louvam a excelência do sistema turístico”.

Partiu-se do princípio que os turistas são susceptíveis à infecção, adoecimento ou morte por problemas de saúde durante ou após uma viagem, e foram considerados nesta pesquisa os aspectos individual, social e institucional como “eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas... que as tornam mais ou menos susceptíveis” (AYRES *et al*, 2006, p.396). Nesse sentido, a vulnerabilidade física está diretamente relacionada com as condições de saúde individual do turista, e quanto melhores forem essas condições de saúde antes da viagem, maior será a sua capacidade de suportar as mazelas da viagem e menor será a vulnerabilidade a determinados problemas de saúde. Houve uma conexão entre as condições de saúde e a viagem, como pressuposto de reabilitação de uma depressão ou problema mental.

Alguns consideraram a possibilidade de viajar com problemas físicos ou doentes dependendo da doença. Uma gripe não foi considerada como impedimento, visão que certamente difere das preocupações dos profissionais de vigilância em saúde que atentam para a importância de observar sinais e sintomas, “[...] uma gripe [...] tranquilo [...]” (T20). As experiências recentes das epidemias de SARS (em 2003) e H1N1 (em 2009) mostram que a gripe pode sim ser objeto de grande preocupação pela Saúde Pública.

O discurso dos turistas sugere que existe um pensamento sobre o que pode ser um problema de saúde grave ou o grau desse problema antes de decidir viajar, voltar para casa ou buscar ajuda durante a viagem, “[...] depende do risco, se for muito grave deixaria de viajar sim” (T18). Esse julgamento de gravidade pode ser importante no aumento da vulnerabilidade física pelo fato de talvez não se conhecer

o quanto um problema de saúde é tolerado fisicamente. A “gravidade” de um quadro clínico, nesse caso é um parâmetro importante para definição de estratégias de controle de fluxo de turistas, da assistência e da vigilância sobre agravos. Os critérios de “gravidade” para os órgãos de Saúde Pública diferem da percepção do turista sobre suas condições de saúde.

A Organização Mundial da Saúde indica que boas condições físicas podem encorajar o turista na realização de atividades esportivas ou de aventura, e a falta de preparo físico prévio pode aumentar a vulnerabilidade para acidentes durante a viagem (WHO, 2010). Nesse contexto, as condições de vulnerabilidade em saúde no nível individual acabam sendo mais complexas, simplesmente por existir particularidades do julgamento leigo do turista sobre gravidade, grau, preparo prévio, entre outros pontos.

Sobre a questão do risco e subjetividade, Lupton enfatiza que “a designação do rótulo ‘em risco’ (at risk) muitas vezes serve para reforçar o status marginalizado ou impotente dos indivíduos. A autora esclarece ainda que o termo ‘em risco’ tende a rotular grupos sociais como particularmente vulneráveis, passivos, impotentes ou simplesmente perigosos para si e para outros” (LUPTON, 1999, p.114).

Pode até ser que, dependendo da motivação da viagem, existam turistas com maior disposição em correr riscos, pensando no risco como perigo. Krippendorf (2009, p.33) destaca que “a psicologia nos ensina que todo ser humano se vê entre necessidades contraditórias, tais como trabalho-descanço, risco-segurança”. No entanto, essa concepção motivacional não pode transformar o turista em grupo de risco ou total responsável pelos problemas de saúde em viagem.

A vulnerabilidade financeira foi destacada supondo que quanto maiores forem os recursos financeiros para dar conta de problemas da viagem, menor será a vulnerabilidade de saúde do turista. A disponibilidade de dinheiro para resolver imprevistos, junto com a sensação de maior segurança foram frizados pelos entrevistados na questão financeira. A quantidade de dinheiro mobilizado para a viagem, os recursos disponíveis para seu atendimento em emergências no local de destinação e o nível de endividamento para a viagem, são fatores que podem influenciar significativamente a saúde do turista e deixá-lo mais ou menos vulnerável durante a viagem. No entanto, existe um pensamento distorcido de que todo turista viaja com boas condições financeiras e possui dinheiro em demasiado para qualquer

eventualidade. Esse é um dos mitos impostos ao turista, pois geralmente as despesas da viagem são bastante comprometidas com o transporte, a hospedagem e a alimentação, restando pouco para o inesperado.

A vulnerabilidade ambiental pressupõe que quanto mais pacífico e desenvolvido o local de destino, menor a vulnerabilidade em saúde do turista na viagem. A situação sociopolítica do ambiente de destino (saneamento, serviços, infraestrutura em geral, terrorismo, terremotos, epidemias, doenças), o meio de transporte da viagem (qualidade, experiência no uso), a hospitabilidade do local de destino (o saber receber) e o conhecimento dos riscos em viagem, foram alguns dos fatores levantados na questão ambiental.

As escolhas sobre segurança em viagem na opinião do turista dividiu-se entre as atribuições institucionais e individuais, conforme análise no quadro 3. As responsabilidades mais assinaladas como serviços de saúde, infra-estrutura de hospedagem e transporte e informação, são todas do âmbito institucional, ou seja, o olhar do turista atribui a sua segurança de viagem ao Estado (institucional) e à sociedade, nesse caso representada pelas empresas de transporte e hospedagem. Já as atribuições individuais, como o comportamento, disponibilidade financeira, são consideradas pelos turistas como elementos que aumentam a vulnerabilidade.

As escolhas de importância para os três primeiros itens mais citados foram feitas de maneira pontual. Cabe destacar que o componente “existência de informação de saúde” sobre a viagem foi intensamente relatada como aspecto fundamental em diversas falas dos turistas. Quando se tratava desse item havia uma ênfase importante na fala dos turistas: “[...] hoje em dia informação é tudo... se você tem informação você pode se precaver [...] a falta de informação que lhe deixa exposto” (T4), “[...] o mais importante é a existência de informação [...] o ideal mesmo é a existência de uma informação de saúde ali [...] pra quem for viajar” (T17).

Ayres *et al* (2006) apontam frequentemente o aspecto informação como redutor de vulnerabilidade em saúde, e deve-se pensar na forma de acesso à essa informação, o grau de qualidade, a capacidade incorporação da pessoa, o interesse e a possibilidade de ser colocada em prática.

**QUADRO 3: Análise dos elementos que podem fazer uma viagem se tornar mais segura, dentro do nível institucional, social e individual**

Alternativa / Turista		T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19	T20	Total	
I N S T I T U C I O N A L	Existência de serviços de saúde	█				█			█		█	█	█	█	█	█	█		█		█	10	
	O lugar de hospedagem	█	█	█		█			█		█		█		█	█	█				█	8	
	O meio de transporte utilizado	█				█	█	█					█	█	█	█	█	█			█	8	
	Existência de informação de saúde				█				█		█			█	█	█	█	█	█				7
	Existência de vacinas	█					█		█									█	█				4
	I N D I V I D U A L	Disponibilidade de recursos financeiros	█		█								█					█					4
Ser recebido por alguém mora local						█				█					█	█	█					4	
O comportamento do turista														█	█	█	█					3	
Outro (qual?)		█	█					█														3	
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>51</b>

Fonte: Organização dos autores.

É nítida a ausência do SUS na fala dos entrevistados. São valorizados planos de saúde e seguros que poderiam ser acionados em caso de emergência. No entanto, todo brasileiro tem acesso garantido aos serviços do SUS, o que raramente é considerado. O Estado aparece em apenas uma fala quando se trata de apontar por quem gostaria de ser informado no caso de problemas de saúde em um destino turístico que pudesse afetar a saúde do turista “[...] pelo serviço público do Estado [...] o Estado tem obrigação de dizer onde está tendo um surto [...] de qualquer outro tipo de doença” (T4).

Fazer prevenção de saúde é visto basicamente em levar remédios e ter um plano de saúde. Nas falas: “[...] a única preocupação que eu procurei ter foi pagar o plano de saúde e trazer o comprovante ((riso)) de pagamento [...]” (T4), “[...] procuro ir abastecido das medicações dos problemas que possam existir durante a viagem” (T4), “[...] nada me preocupa [...] eu sempre faço aquela malinha básica com remédio” (T14), parece existir uma desconfiança do sistema de atenção em saúde e confiança nos medicamentos. No âmbito das concepções de saúde e doença, Sabroza (s.d.) analisa que um dos elementos de crise da saúde pública é a

descrença na efetividade da atenção médica, e que a medicalização de problemas sociais pode ter contribuído para esse ceticismo.

O seguro de viagem, um complemento da segurança no sentido de remediar um problema de saúde em viagem, não deve ser considerado um elemento único de prevenção (WHO, 2010). A vantagem de se viajar com um seguro de saúde está relacionada à questão do atendimento de emergência por motivos de saúde, hospitalização, especialmente no exterior em países que não garantem sistemas de saúde gratuito ao turista. A desvantagem do seguro está atrelada diretamente à ineficácia de resolução de questões não previstas em contrato, como a falta de assistência em lugares remotos e em cidades sem cobertura.

A questão do lugar como uma vulnerabilidade foi apontada, por exemplo, pela sensação de proteção em ambiente urbano e de sentir-se desprotegido no meio rural. A diferença de proteção entre viajar para perto e viajar longe também foi explicitada.

Castellanos (1987, p.35) observa que “deve-se superar a capacidade de dar resposta aos problemas de saúde de todos os grupos sociais e não apenas àqueles considerados relevantes”. As ações do SUS são priorizadas para programas específicos com a justificativa de falta de recursos, um exemplo disso é a criação de programas voltados para grupos considerados mais necessitados.

Com base nos fundamentos dos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003) algumas contradições podem ser vistas nas políticas e programas para grupos considerados vulneráveis. Ao pensar que o turismo está inserido nas leis de mercado como produto regido pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90), os problemas que hoje acontecem relacionados à saúde do turista não estão sendo regidos nem por um nem por outro sistema, o de saúde ou o econômico.

**Agradecimentos.** Esse estudo é parte da tese intitulada “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 (VM). CB é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Agradecemos a participação dos turistas que responderam a entrevista.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, M. C. de S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho, Y. M. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p. 375-417.
- BLAIKIE, P.; CANNON, T.; DAVIS, I.; WISNER, B. At Risk: natural hazards, peoples vulnerability and disasters. USA: Routledge, 1994.
- BRASIL. Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 604 p.
- CAMARGO, L. O. L. O que é lazer. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. Boletim Epidemiológico. OPAS. 1987.
- CASTELLI, F. Human mobility and disease: a global challenge. Journal of Travel Medicine, 11: 1–2. 2004.
- CASTIEL, L. D. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- CASTIEL, L. D.; GUILLAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S.. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- KRIPPENDORF, J. Sociologia do turismo: para uma nova compreensão do lazer e das viagens. 3. ed. São Paulo: Aleph, 2009.
- LUPTON, D. Risk. London: Routledge, 1999.
- MATOS, V.; BARCELLOS, C. Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação. Rev Panam Salud Publica, vol.28, n.2, p.128-134, ago, 2010.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOESCH, M. A produção do saber turístico. São Paulo: Contexto, 2000.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005
- PEITER, P. C. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio, 2005. Tese de Doutorado em Geografia, Rio de Janeiro: Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOTUR - Empresa de Turismo do Município do Rio de Janeiro S.A. Informativo estatístico: verão Rio 2010 – 2011. Riotur. Departamento de Estatística. 2011.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. [on line]. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acessado em 15 fev 2011.

SILVA, L. J. Em defesa do território: quarentena e isolamento como medidas de proteção contra a introdução de doenças transmissíveis. In: MIRANDA A.C, BARCELLOS C, MONKEN M, MOREIRA JC. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SÉGUIN, E. Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International travel health 2010. Disponível em: [www.who.int/ith](http://www.who.int/ith).

### 3.3. INSUFICIÊNCIA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE SOBRE O TURISTA E PARA O TURISTA: A DISCUSSÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE DO VIAJANTE-TURISTA NO BRASIL

Vanina Matos e Christovam Barcellos

#### RESUMO

**Objetivo.** Buscar junto aos gestores de saúde e de turismo propostas de como efetivar uma política de saúde para o turista, e as responsabilidades de cada setor.

**Método.** Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Foram selecionados gestores públicos do setor da saúde e do turismo que atuam no município do Rio de Janeiro no nível municipal, estadual, e gestores do nível nacional, para participar de uma entrevista sobre elementos que pudessem contribuir para a construção de uma política nacional de saúde do viajante/turista. A amostra não-probabilística constituiu de 16 entrevistas, doze com gestores da saúde e quatro do turismo. Os dados foram coletados por meio de roteiros de entrevista semi-estruturados, agrupados em: Caracterização dos gestores; 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; Promoção da saúde do turista. Para sistematização dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo de base temática, e a categoria informação emergiu para a discussão, subdividida em: Informação sobre o turista; Sistema de informação; Informação para o turista.

**Resultados.** A importância da discussão foi reconhecida, mas a falta de informação sobre o viajante/turista para aprofundar a questão foi um item prevalente em todas as respostas das diferentes perguntas. Não se conhece o perfil epidemiológico do turista tanto na morbidade, quanto na mortalidade. Foi apontado que no Brasil as políticas públicas de saúde têm um sistema de priorização que se faz conhecendo a transcendência do risco envolvido, e são pensadas com base principalmente nos óbitos. A dicotomia de uma política específica ou transversal para o viajante/turista transitou, ora pela condição circunstancial de turista, ora pela emergência do controle de fronteiras e o sucesso dos eventos de massa. No momento em que todos discordaram da afirmativa de que “o turista é uma pessoa qualquer e não tem riscos específicos”, mostra-se uma incoerência, especialmente para a saúde pública, não ter informação de saúde dessa população. O SIM e SINAN seriam os sistemas de informação mais adequados para a exploração de dados e a descrição do perfil epidemiológico dos viajantes/turistas, visto que não existe uma variável específica para identificação dessa população nos instrumentos de registro de dados.

**Conclusões.** A produção e geração de informação sobre a saúde do turista estão atreladas, primeiro, à identificação desse sujeito em diversos pontos na trajetória da viagem, e segundo, à organização do sistema de saúde para atender ao turista. A vigilância do deslocamento do turista caberia, portanto, aos setores de saúde e de turismo integrados, na identificação, notificação e geração de informação de saúde sobre o turista e para o turista.

**Palavras-chave:** Saúde do turista; política de saúde; informação em saúde.

## INTRODUÇÃO

O cenário mundial, de economia globalizada, coloca-nos 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' com enfoque no setor de serviços como alternativa de desenvolvimento.

A previsão é de que o turismo receptivo internacional deve chegar a quase 1,6 bilhões de viagens até o ano de 2020 (UNWTO, 2001). Dessa parcela, o Brasil recebeu cerca de cinco milhões de turistas internacionais em 2008, no entanto, a movimentação interna foi muito mais expressiva, alcançou em novembro de 2010 a marca de 61 milhões de pessoas em circulação no país, isto é, mais de 100 vezes que o turismo externo (MTUR, 2010). Dentre os municípios brasileiros, o Rio de Janeiro destaca-se como um dos principais receptores de turistas, com uma atividade considerável nos aeroportos, rodoviária e porto (RIOTUR, 2011).

Essa intensificação das atividades de turismo reforça a questão de controle de território e fronteira, em relação ao seu papel de destaque na economia e política mundial, em especial por consequência de surtos, epidemias e pandemias que podem se constituir em 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 no global. Nesse sentido, novos desafios estão traçados pela existência de transportes cada vez mais rápidos e a 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).

Dentro desse contexto, apresenta-se a questão da saúde do viajante/turista como importância para a construção de uma política nacional colocada em

discussão no setor público brasileiro. No Brasil, 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 epidemiológico, com a crescente demanda de investigação de surtos envolvendo turistas no Brasil.

Em relação ao setor de turismo, pode-se dizer que esses acontecimentos apresentam certa preocupação, principalmente em relação à diminuição das viagens. No entanto, pouco se tem observado de sua atuação desse setor no sentido de contribuir com a saúde pública e com a minimização dos impactos à saúde dos turistas.

Este artigo teve como objetivo buscar junto aos gestores de saúde e de turismo propostas de como efetivar uma política de saúde para o viajante/turista, e as responsabilidades de cada setor.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Essa 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 compreensão de processos não - quantificáveis (MINAYO, 2008).

Foram selecionados gestores públicos do setor da saúde e do turismo que atuam no município do Rio de Janeiro no nível municipal, estadual, e gestores do nível nacional, 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 constituiu de 16 entrevistas, doze com gestores do setor saúde e quatro do setor 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. Essas áreas foram escolhidas como prováveis setores que poderiam estar envolvidos 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 semi-estruturados, um dirigido aos gestores da saúde e outro para os gestores do 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; Promoção da saúde do turista.

As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente, gravadas 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 9 horas e 38 minutos, em média 36 minutos cada uma.

Para sistematização dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo de base temática como técnica de pesquisa, ao aparecimento de termos e palavras (MINAYO, 2008; RICHARDSON, 2008), para compreender o objeto a partir da fala dos gestores.

A categoria informação emergiu para a discussão nesse trabalho sob diferentes aspectos para se pensar uma política de saúde do viajante/turista no Brasil. Essa categoria foi subdividida em: Informação sobre o turista; Sistema de informação; Informação para o turista.

Esta pesquisa foi submetida 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 nº 177/09, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

### Caracterização dos gestores de saúde e de turismo

Os dados de identificação dos gestores quanto ao nível de atuação na saúde ou no turismo, a instituição representante no momento da entrevista e o tempo de serviço na área estão apresentados no quadro 1. Do total de 16 entrevistados, 12 representam a área de saúde e quatro a área de turismo. A média de tempo de serviço é de 16 anos para os gestores de saúde e de 13 anos para os gestores de turismo, com o mínimo de dois e máximo de 33 anos para as duas áreas.

**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.

No setor saúde os servidores do nível 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 em 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.

### **Problemas de saúde relacionados à atividade do turismo**

A conexão entre atividade de turismo e a existência de problemas de saúde foi identificada por todos entrevistados, e 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 para dentro ou quando realiza atividades de turismo de natureza, como se vê nas falas:

“com certeza [...] na área que eu atuo que é as emergências de saúde pública [...] se a gente focar nessas na H5N1 no H1N1 foi o turista que carregou [...]” (GS8).

“[...] principalmente por conta desse modismo de turismo ecológico [...] o turista ainda é uma criatura que ta se expondo e servindo também de veículo pra a entrada de novos patógenos” (GS6).

“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 preocupa doenças pulmonares adquiridas em entradas de caverna aonde se tem colônias grandes de morcego [...] preocupa junto com a febre maculosa brasileira [...] as malárias de transmissão silvestre características de mata atlântica [...]” (GS5).

“ah sim [...] a questão de alimentação [...] o funcionamento intestinal, a questão do sono existe um período de adaptação [...] as crises de labirintite por conta das alterações de pressão [...] no ramo das doenças transmissíveis ou de doenças contagiosas que a pessoa possa tá através da viagem fazendo algum tipo de veiculação [...] acho que existe uma carga também emocional importante do viajante mesmo na situação de lazer [...] tem que tá atento se tem violência [...]” (GS3).

Um dos gestores de turismo apontou que “qualquer problema de saúde é capaz até de cancelar ou de adiar uma viagem” (GT3), tratando como um impacto negativo para a área. Preocupado com a imunidade do turista estrangeiro, outro

gestor de turismo exemplificou a prática de visitação turística em favelas do Rio de Janeiro apoiada pela Riotur “essas favelas não tem tratamento sanitário como deveria razão pela qual várias pessoas dentro da favela tem doenças e os turistas que vem de fora não tem nenhuma imunidade prevista pras centenas de doenças que eles podem adquirir [...]” (GT1).

O turista foi colocado como vítima preferencial de problemas de saúde em algumas afirmativas que foram apresentadas aos entrevistados para que concordassem ou discordassem com as opções (quadro 2). Na visão dos gestores as afirmativas “B”, “C” e “E” foram ratificadas unanimemente (gráfico 1), em relação ao turista ajudar a espalhar as doenças por circular de lugares endêmicos para não endêmicos, um gestor de saúde do nível estadual destaca o seguinte:

“[...] é muito mais perigoso o que entra do que sai porque eles têm lá vírus respiratórios com potencial de gravidade muito alto que nos 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 de do exterior [...] no verão exatamente que é o pico de atracação desses navios aqui” (GS5).

E ainda reforça a questão da informação quando concorda com a afirmativa “E” de que o turista é uma vítima porque não detém as informações necessárias sobre os riscos “você vê que a informação circula, mas ela não circula com qualidade [...] tem uma responsabilidade de fazer essas orientações [...]” (GS5).

Todos discordaram da afirmativa “G”, e entre as justificativas mais apontadas, o não domínio dos códigos locais coloca o turista como uma pessoa com riscos específicos. A vulnerabilidade aparece como aspecto do turista em contato com novos ambientes, por maior tempo em viagem e pela falta da informação de saúde para o turista, como destacam as falas dos gestores:

“[...] essa é uma mentira total [...] os turistas são os mais vulneráveis pelo fato deles ficarem mais tempo disponíveis e visitando lugares diferentes encontrando com públicos diferentes [...]” (GT1).

“[...] eles têm riscos específicos até por causa dessa questão aqui não domina código local [...] às vezes se protegem demais às vezes se expõe demais [...]” (GS5).

Segundo um gestor de saúde, a exposição e informação são relacionadas: “[...] esse é um aspecto que o torna vulnerável em relação a tá se envolvendo na sua

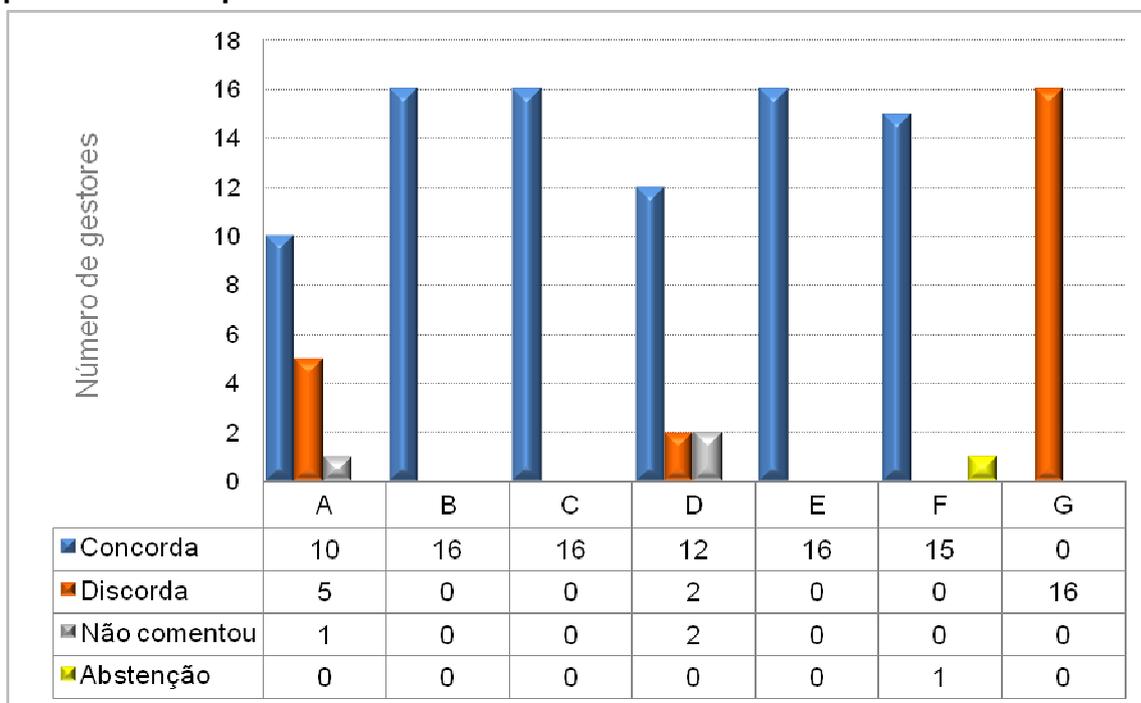
viagem a algum problema de saúde se não houver a informação e a medida adequada de prevenção pras situações que são preveníveis” (GS3).

**QUADRO 2: Afirmativas em relação à saúde do turista**

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

Fonte: Organização dos autores.

**FIGURA 1: Posição dos gestores em relação à situação do turista como vítima preferencial de problemas de saúde**



Fonte: Organização dos autores.

Os dois gestores que discordaram da afirmativa “D”, sobre as condições de atendimento ao turista, são da área de turismo. Em relação aos que concordaram

com essa afirmativa, dois da saúde destacaram a importância da organização do sistema de saúde no local de destino para o turista, pensando no município do Rio de Janeiro:

“[...] se o sistema estiver organizado essa condição de vítima ou de espalhar doença, essa situação estaria neutralizada, seriam anulados [...]” (GS1).

“[...] existem situações que não são preveníveis e que escapam da possibilidade de qualquer intervenção através de uma vacina, através de alguma recomendação, e aí nesse sentido acho que a existência de uma estrutura que dê muito claramente as referências e os apoios em relação à assistência à saúde [...] essas referências tem que tá garantidas dentro da estrutura de funcionamento da rede de serviços, [...] eu acho que são essas duas questões, a organização do atendimento e a questão da informação de todo o trabalho de prevenção e de organização de protocolos no que diz respeito principalmente às doenças transmissíveis” (GS3).

No nível estadual, porém, um gestor entende que precisa de uma infraestrutura de saúde pública melhor para a população brasileira e que absorva também o turista. Outro problema levantado neste caso é a questão dos custos no atendimento ao turista estrangeiro e o ressarcimento do Estado.

“[...] eu to falando em termos de assistência pública [...] essa eu acho que tem que ser pensada pra todos” (GS5).

“[...] na verdade esse turista ele vai ter um seguro internacional como todo mundo faz [...] 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 cinco 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 outras duas divergências foram da área de turismo um no âmbito municipal (GT2) e outro no federal (GT4). Contudo, dez entrevistados concordaram com a questão do turista não possuir imunidades para infecções, e nesse sentido um gestor justifica:

“[...] dependendo da onde ele venha ele vai entrar numa área 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, apenas um gestor preferiu abster-se dessa questão.

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 assim ela se expõe mais ao mais vulnerável [...] vítima eu acho que é mais passiva” (GS11), “[...] eu só acho assim vítima muito forte ((riso))” (GS12).

### **Sistema de informação e saúde do turista**

Na tabela 1, foram destacadas as frequências e observações sobre esse grupo de questões relacionadas aos sistemas de informação na saúde e no turismo.

A sub-notificação foi uma preocupação levantada por um gestor de saúde municipal que concorda com a inserção de uma variável específica de identificação do viajante/turista (GS2). Explicou que é preciso realizar um trabalho de convencimento da importância do preenchimento de certo campo, como foi o caso da inserção da variável “raça/cor”, mais recentemente. Outra questão lembrada referiu-se à obrigatoriedade do campo para preenchimento on-line, como foi colocado para o campo de estado nutricional, que tinha 80% de não preenchimento, e acrescenta:

“eu acho que sim, 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 por que é quesito obrigatório [...]” (GS2).

Outros gestores identificaram que essa nova variável no 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:

“[...] se é turismo se é negócio [...] talvez fosse a hora da gente discutir campos adicionais que pudessem complementar essa investigação [...] pra detalhar se é um turista [...] contato no exterior [...] espaço pro seguro saúde internacional [...] pra gente 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 por exemplo, o SINAN, foi desaprovada por dois gestores da saúde, um do nível municipal e outro do nacional, que explicou:

“eu acho que é já existem várias variáveis que poderiam contribuir pra a identificação desse viajante [...] 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 dois quatro sete dois [...] eu acho que já poderia se identificar esses viajantes [...] também é possível utilizar a informação sobre deslocamento, algumas fichas tem informação detalhada de até três locais em que o paciente é 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 pra depois tomar essa decisão” (GS9).

**TABELA 1: Sistemas de informação e saúde do turista**

Questão	Nº / Observações
<b>Nova variável no SINAN sobre o turista <sup>a</sup></b>	
Sim	5
Não (explorar as existentes)	2
Não respondeu	2
<b>Construir um sistema de informação específico <sup>b</sup></b>	
Sim	nenhum
Não	5
Não sei (criar bancos paralelos)	1
Já existe (Sispaфра - ANVISA)	3
Não respondeu (sem informação)	3
<b>Dados na ANVISA</b>	
Declaração de saúde do viajante (desativada)	houve a necessidade na epidemia de influenza AH1N1
Sistema Sagarana	controle de embarcações/porto
Sistema Sispaфра	informação e emissão de certificado de vacinação - CIVP
<b>Dados no Turismo</b>	
Trabalha com dados secundários	IBGE, Polícia Federal, pesquisas (Vox Populi, FGV)

<sup>a</sup> Pergunta dirigida aos gestores de saúde, não ANVISA / n=9.

<sup>b</sup> Pergunta dirigida a todos os gestores de saúde / n=12.

Fonte: Organização dos autores.

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. Nesse sentido os gestores da ANVISA explicaram como funciona a questão de vigilância da saúde do viajante/turista nas fronteiras e o uso da informação desses sistemas:

“[...] nas fronteiras nós não temos médico, enfermeiros a 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 tamo trabalhando com um sistema informatizado Sagarana, mas ainda esta funcionalidade não foi habilitada, exatamente porque nós não tamo 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 assim 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 do turismo (nível municipal) destaca que na área de turismo nunca 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 dez por cento é 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 foi feito dois ensaios [...] não teve continuidade [...] então você não tem uma série histórica [...]” (GT2).

Outro gestor do setor de turismo (nível municipal), afirma que a organização da área em relação à sistematização de dados está longe de se estabelecer, e cita como exemplo o uso dos dados da Ficha Nacional de Registro de Hóspede (FNRH), da EMBRATUR<sup>4</sup>, exigida no momento de entrada (*check-in*) nos hotéis:

“[...] se tiver curiosidade, a gente tá falando de dados estatísticos de pesquisa, da um pulo na TURISRIO<sup>5</sup> no décimo segundo andar, você vai ver num galpão mofando aquelas fichas, elas não servem pra nada [...] na realidade ela serve, por exemplo, se você for assaltado, se você morrer, tem um contato, tem alguma coisa drástica [...] mas em nível de pesquisa de planejamento de 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 a 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 tá preocupado com uma pessoa que chega espirrando por que 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 como dificuldade da vigilância epidemiológica atuar sobre esse grupo segundo dois gestores de saúde estadual: “infelizmente no serviço, principalmente na ponta [...] atendimento emergência, ambulatório, ainda não se tem a pratica de fazer vínculos com atividades de lazer [...]” (GS6), “[...] ainda não tem nenhuma preocupação com os viajantes [...]” (GS4).

---

<sup>4</sup> Instituto Brasileiro de Turismo – Órgão Federal.

<sup>5</sup> Companhia de Turismo do Estado do Rio de Janeiro.

Para um gestor de saúde do nível nacional, a vigilância em saúde não possui um foco do turista por si só, “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 doze entrevistados do setor saúde, oito responderam negativamente, que não existe essa informação, e se a encontrasse 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 [...] agora 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 colocado aos entrevistados sobre 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 outros. Nesse contexto, foi questionada a importância ou necessidade de uma política de saúde do viajante/turista no Brasil, e a inexistência de informação sobre essa população foi a principal justificativa na fala de sete do total de 12 gestores da saúde.

“[...] em saúde pública existem lá uma série de condições se a gente vai considerar aquilo um problema de saúde pública pra construir um programa [...] uma delas é a questão da viabilidade, factibilidade, viabilidade financeira, viabilidade técnica, efetividade [...] **precisa ser pensada que hoje eu acho que hoje 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 [...] **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).

"[...] não tenho essa clareza [...] eu acho que a gente **precisa de mais dados mais informação** pra vê se realmente seria necessário uma política nacional de vigilância da saúde do viajante [...] teria que ser alguma coisa talvez com uma visão transversal e que agregasse outros fatores novos [...]" (GS7).

"[...] dos casos que foram identificados como [...] supostos viajantes no SINAN, porque o provável local de infecção é diferente do local de residência [...] com certeza vai contribuir para o aprimoramento dessa estruturação dessa área do viajante [...] 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).

"[...] no momento é **política só de desconhecimento** [...] o pessoal não tem noção de quanto é importante pra manutenção vamos dizer de uma certa estabilidade no país em termos de saúde quando acontecer um evento desse [...]" (GS12).

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

"eu não sei se como programa [...] mas como um componente em cada uma dessas linhas de atuação, dessas linhas de cuidado, não tenho duvida [...] **não existe informações** ou dados que nós temos hoje em dia que permitam identificar quais são as ações estratégicas dentro desse grupo de atuação [...] então 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 pra todo mundo [...] ficar monitorando pra tentar ver pra onde essa migração [...] é esse fluxo de pessoas tá indo o que podem tá trazendo [...]" (GT2).

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

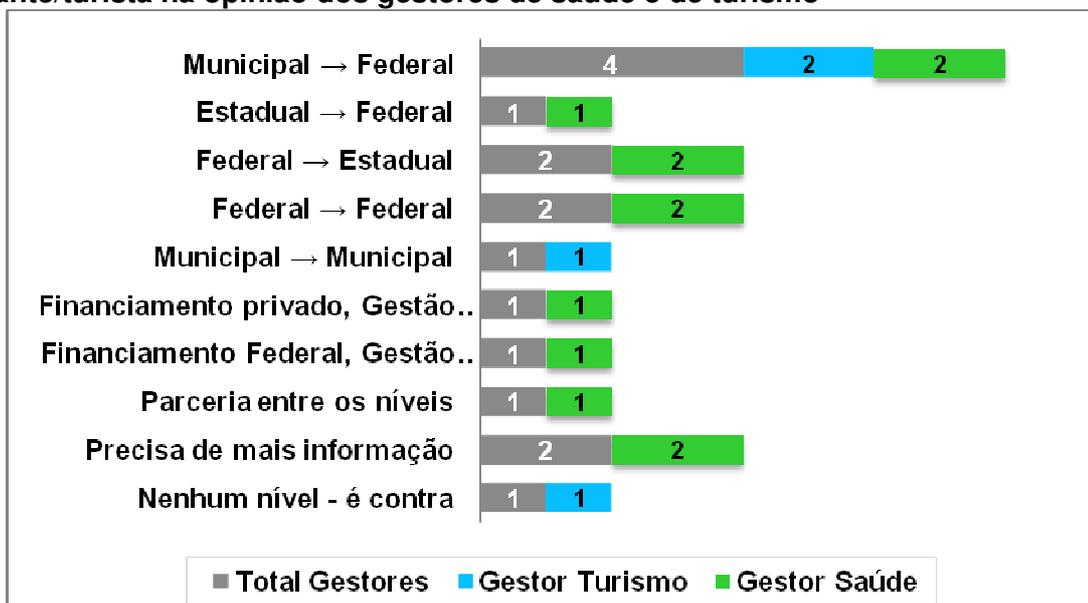
A importância de uma política específica de saúde do viajante/turista foi ratificada por um gestor da saúde e dois do turismo, um deles destacou os eventos de massa que irão acontecer no Rio de Janeiro: “eu acho importante e oportuno pelo momento que o Rio de Janeiro vive [...] jogos militares, copa 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 pela pelo fortalecimento de fronteiras [...] poderia tá 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 pro ministério da saúde**” (GT1).

Na opinião de quatro gestores municipais, dois de cada setor, a melhor instalação para uma política de saúde do viajante/turista seria o nível federal, dois gestores da saúde do nível federal transferem a responsabilidade para o nível estadual, no entanto, outros dois tomam essa questão como atribuição própria federal da saúde (gráfico 2).

**FIGURA 2: Nível de governo para alocação de uma política de saúde do viajante/turista na opinião dos gestores de saúde e de turismo**



Fonte: Organização dos autores.

## 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 (agente viagem, Cia aérea, ônibus) informado do que está acontecendo [...]” (GS6), “[...] a ANVISA já tem informação para o turista [...] qualificação do profissional de turismo feita pela ANVISA” (GS12).

“[...] a qualificação do profissional de turismo [...] se a gente pensa em vigilância de forma ampla esse viajante tá incluído nisso, o que falta é talvez caracterizar isso melhor definir políticas específicas, mas [...] uma política vai traçar um caminho [...]” (GS7).

E 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 ter mais forte o 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 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 [...] o Ministério do Turismo poderia promover junto ao setor do turismo um evento onde o Ministério da Saúde sensibilizasse as grandes entidades [...]” (GT4).

A maioria dos gestores acha que a responsabilidade sobre a saúde do viajante/turista cabe aos dois setores: “[...] é uma coparceria [...]” (GS2), “[...] tem que ter uma abordagem intersetorial [...]” (GS3), “[...] eu acho que o turismo podia dá pelo menos um mínimo de orientação [...] a área da saúde eu acho que ela não consegue ter o acesso ao turista antes dele ficar doente [...]” (GS4), “[...] “é o operador [...] a companhia aérea [...] a localidade [...] e o órgão de turismo local” (GT4).

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 “[...] cabe 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 frequência da palavra informação levantada entre as respostas dos entrevistados, foi agrupada por questão (Gráfico 3). Do total, a informação foi referida 80 vezes pelo setor da saúde (45 ocorrências gestor municipal), e 16 vezes pelo setor do turismo (14 ocorrências gestor municipal).

**FIGURA 3: Frequência da palavra informação nas respostas dos gestores – saúde e turismo – em todas as questões da entrevista**



Fonte: Organização dos autores.

Em apenas duas questões - “Em sua opinião, como responsabilidade, o que cabe à saúde e o que cabe ao turismo?”; “Em sua opinião, qual esfera de governo essa política ou programa deveria ser alocado?” - não houve referência à palavra informação.

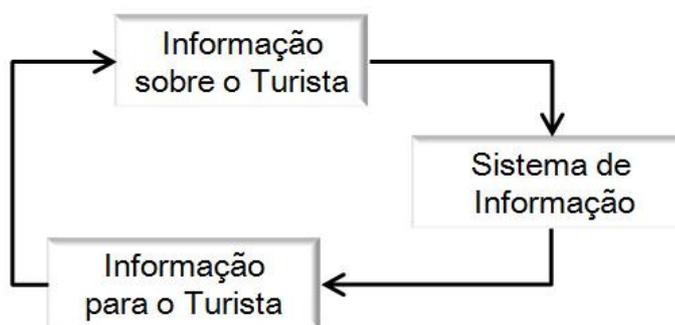
## DISCUSSÃO

A informação teve destaque em quase todas as falas dos gestores das duas áreas, e foi um item prevalente nas respostas das diferentes perguntas colocadas aos entrevistados. A incapacidade alegada pelos gestores para discutir o tema da saúde do viajante/turista, está explícita na discussão pela incipiência de informação.

Por essa razão a **informação** foi privilegiada para a discussão neste artigo, em se pensar uma política de saúde do viajante/turista, subdividida em: informação sobre o turista; sistema de informação; informação para o turista.

O desenho proposto sintetiza os espaços da saúde do turista onde o fluxo de informação é dependente de cada etapa, mas a produção da informação acontece em momentos diferentes (Figura 1). Essas três frentes de informação enfatizadas tratam-se do campo institucional (AYRES et al, 2006), ou seja, de responsabilidade tanto do governo quanto das empresas.

**FIGURA 4: 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, em primeiro lugar, quase todos do setor saúde demonstraram incerteza e obrigação em pensar mais para poder responder a essa questão. Constatou-se, assim, que a concepção desses gestores sobre o tema foi elaborada naquele momento da entrevista, como aparece claramente no início das falas: “acho importante, mas to tentando pensar como [...]” (GS4), “não tenho muita clareza disso, mas se eu fosse responder sem pensar eu ia dizer que sim [...]” (GS2). Bem como no meio das falas: “[...] isso tudo vai ser uma coisa que precisa ser pensada que hoje eu acho que nem pensada é [...]” (GS5).

Em segundo lugar, a falta informação sobre o turista era a segunda colocação no desenvolvimento da resposta sobre a necessidade de uma política de saúde para o viajante/turista: “acho que a gente precisa de mais dados, mais informação pra vê se realmente seria necessário uma política nacional de vigilância da saúde do viajante” (GS7), “acho que é falta de informação mesmo porque a gente não tem não vê essa análise sendo feita” (GS9), “não existe informações [...] que permitam identificar quais são as ações estratégicas dentro desse grupo [...] tem que construir informação” (GS3). 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\* referidas à informação, agrupadas segundo a direção da fala dos gestores – 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, etc.) foram pensados sob o aspecto de redução da mortalidade. Como não se conhece o perfil epidemiológico do viajante/turista tanto na morbidade, quanto menos na mortalidade, a orientação de uma política para essa população não tem precedência. A frase, “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 AH1N1 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. Ainda, 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 tá se adequando [...]” (GS12), como o Brasil. Isso mostra que a saúde do viajante/turista poderá ser reconhecida, quem sabe, como um problema de saúde global, independente da ignorância de todas as suas dimensões.

Nesse sentido, a dicotomia de uma política específica ou 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 ele é idoso, o viajante ele é mulher, o viajante é trabalhador [...] é criança é adolescente [...] teria que pensar melhor, mas como um componente em cada uma dessas linhas de atuação [...]” (GS3), “[...] não tenho essa clareza não, eu não sei se isso seria uma discussão transversal [...] as ações acontecem talvez de uma forma descoordenada [...]” (GS7). 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” escolhendo se expor aos problemas de saúde, e não talvez mereçam uma política. Esse fato transparece, inclusive, a diferença das visões entre a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica, e indica uma das dificuldades de como observar o turista no aspecto da saúde.

A produção e geração de informação sobre a saúde do turista estão atreladas, primeiro, à identificação desse sujeito em diversos pontos na trajetória da

viagem (MONKEN & BARCELLOS, 2005) - no caminho, no destino - e segundo, à organização do sistema de saúde para atender ao turista, porque, “[...] a saúde do viajante é saúde no sentido vigilância [...] profilaxia [...] assistência [...] orientação, comunicação [...]” (GS8). A vigilância do deslocamento do turista, então, caberia aos setores de saúde e de turismo integrados, na identificação, notificação, para alimentar um banco de dados, um sistema para gerar informação de saúde sobre o turista.

É clara a necessidade da 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 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 (Gráfico 2), parece existir meramente pela incipiência da questão em discutir 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, o turismo não gera dado, trabalha com fontes secundárias. Longe de abster a responsabilidade do setor turismo, 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, surgem na década de 70 os sistemas de informação em saúde. Em 1975 o Ministério da Saúde estabeleceu um Sistema de Vigilância Epidemiológica<sup>6</sup> com vários desafios a enfrentar, como a tarefa de padronizar o instrumento de registro de óbito<sup>7</sup> 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 90 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

---

<sup>6</sup> Lei nº 6.259, de 30 de Outubro de 1975 (DOU de 31/10/75). Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

<sup>7</sup> Eram reconhecidas como modelos oficiais em uso nos estados e em alguns municípios mais de 40 tipos diferentes de atestado de óbito, sem contar as informações sobre mortes encaminhadas em folhas de papel. Fonte: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid9/docs/intro.pdf>>.

mesmo período ocorre o processo de informatização dos sistemas de informação, e a regulamentação pactuada obriga as secretarias municipais de saúde a adotar o SINAN na finalidade de fortalecer todo o sistema de vigilância em saúde do Brasil (MS, 2006, p.25).

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 e 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 ainda não possui um sistema de informação, quanto menos 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 competentes a essa atribuição, como a contagem da Polícia Federal nas fronteiras internacionais, podendo gerar um dado inconsistente e insuficiente. Até então, o uso da informação no setor turismo é dado por estudos encomendados a institutos de pesquisa, como o IBGE. É, portanto, uma contradição um setor que é na essência serviços, de viés econômico - 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 a saúde do turista, 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 a construção de políticas públicas é necessário gerar dados, transformá-los em informações, e essas em instrumentos com a capacidade de fundamentar a ação de gestores, bem como, a priorização e avaliação. Segundo os entrevistados, o SIM e SINAN seriam os sistemas de informação mais adequados para a exploração de dados e 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<sup>8</sup>.

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 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. Haverá distinção entre os tipos de viajantes, como refugiados, 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, se esse procedimento seria admissível.

Diferentes entendimentos surgiram quanto à questão da imunidade do turista, uns trataram como aspecto individual e outros como coletivo. Pelo lado do indivíduo, “ele tem riscos específicos sim, agora esses riscos é pra mim assim tão relacionados à informação [...] esse é um aspecto que o torna vulnerável” (GS1). Já pelo lado coletivo apareceu a questão do padrão de imunidade elevado em determinada área, com a existência de um padrão geográfico de imunidade (GS5).

“A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos...” (MS, 2002). A ação de informar o turista sobre prevenção de saúde é vista como um risco de diminuir a entrada de turistas. Quando um gestor relata que a Secretaria Municipal de Turismo do Rio de Janeiro participou de uma ação pontual na distribuição de folhetos indicando aos turistas o uso do filtro solar, e admitiu que nesse período “não obteve nenhum baque no fluxo de turista [...] mas o impacto negativo é possível [...]” (GT1), mostra que existe uma preocupação do setor em não tratar a questão da saúde como alarme. Essa inquietação é válida de ser alinhada

---

<sup>8</sup> Exemplo de ficha do SINAN em anexo.

com o setor da 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 como fundamentais a informação para o turista, a qualificação do profissional do turismo e sensibilização do trade turístico, do poder público e de grandes entidades.

**Agradecimentos.** Esse estudo é parte da tese intitulada “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 (VM). CB 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 a entrevista.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, M. C. de S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho, Y. M. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; Conass, 2003. 604 p.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. Avançados*. 2008, vol.22, n.64, pp. 19-32.

CASTELLI, F. Human mobility and disease: a global challenge. *Journal of Travel Medicine*, 11: 1–2. 2004.

MARQUES, M. B. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 11: 361- 88,1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 2006. 226 p.

\_\_\_\_\_. O Sistema de informação de mortalidade: origem e evolução. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid9/docs/intro.pdf>. Acessado em 29 dez 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DO TURISMO - MTUR. Dados e Fatos. Notícia em 29 de dezembro de 2010: Já chega a 61 milhões o número de desembarques nacionais. Disponível em: [http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/geral\\_interna/noticias/detalhe/20101229.html](http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/geral_interna/noticias/detalhe/20101229.html). Acessado em 15/01/11.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005.

MOTTA, R. S. Economia ambiental. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL - RSI. Organização Mundial da Saúde: 58º Assembleia Mundial de La Salud 2005.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOTUR - Empresa de Turismo do Município do Rio de Janeiro S.A. Informativo estatístico: verão Rio 2010 – 2011. Riotur. Departamento de Estatística. 2011.

SANTOS, SM; BARCELLOS. C; SOARES, MF. Informação e diagnóstico de situação de saúde. In: Informação e diagnóstico de situação. Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV-Proformar, 2004. P. 112-164.

UNITED NATIONS AND WORLD TOURISM ORGANIZATION - UNWTO. Recommendations on tourism statistics. United Nations publication. Luxembourg, Madrid, New York, Paris, 2001. Disponível em: [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF\\_80E.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_80E.pdf). Acessado em 22/02/11.

\_\_\_\_\_. International recommendations for tourism statistics. United Nations publication. Madrid and New York, 2008. Disponível em: <http://unstats.un.org/unsd/tradeserv/IRTS%202008%20edited%20whitecover.pdf>. Acessado em: 23/02/11.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi levantar elementos que pudessem contribuir com a construção de uma política de saúde do viajante/turista no Brasil. Por algumas razões esta pesquisa pretendeu tratar apenas do viajante turista, primeiro, por acreditar que é um viajante com características específicas que necessita de um olhar da saúde pública, e um olhar do setor turismo sobre saúde em viagem. Segundo, pela representação da atividade do turismo como importante componente cultural e socioeconômico do país e, especialmente, do município do Rio de Janeiro.

Além das visões mostradas nos dois últimos artigos, pode-se dizer que os resultados do primeiro revelaram mais uma visão sobre o tema “turismo e saúde”, que enriqueceu a discussão. Sendo assim, esta tese apresentou a saúde do viajante/turista sob a perspectiva de quatro atores sociais: academia (artigo 1), turistas (artigo 2), gestores da saúde e do turismo (artigo 3).

Como visto, as viagens tendem a aumentar exponencialmente nos próximos anos, e as novas tecnologias cada vez mais globais, facilitam a velocidade do deslocamento de pessoas. Esse fato tem contribuído para o aumento da preocupação internacional com possibilidade de disseminação de doenças. No entanto, pouco foi encontrado na revisão de literatura científica, estudos que mostrassem ações efetivas de intervenção para a resolução desses problemas e a promoção da saúde do turista. É mais fácil encontrar pesquisas realizadas na origem e após a viagem, ou seja, de constatação dos problemas acometidos ao turista. Isso mostra tanto a posição passiva da academia quanto ao tema, quanto à necessidade de sistematizar a informação sobre a saúde dessa população, para que a própria ciência obtenha maior capacidade de contribuir com projeções e cenários possíveis.

A maioria dos trabalhos revisados foi publicada na última década, interesse crescente, mas recente em pesquisas científicas. No Brasil, a publicação sobre turismo e saúde é mais recente ainda, e tratam com frequência de casos clínicos ou investigação de surtos envolvendo turistas. Apesar do viés de medicina preventiva, as poucas ações efetivadas de saúde do viajante no país, advêm da proposta da medicina de viagem. Essa visão, embora seja válida como iniciativa em hospitais universitários, é insuficiente para embasar políticas públicas que precisam lidar com todo o sistema de saúde, e integrar com as ações do setor de turismo.

Como importante passo no âmbito acadêmico, sugere-se que seja instituído um descritor de saúde específico denominado “saúde do turista” a ser utilizado como palavra-chave em publicações. O primeiro artigo apresentou “saúde do viajante” como palavra-chave, visto que até o momento da sua publicação não existia outro descritor disponível na saúde pública. Essa questão, que parecer ser puramente burocrática, pode vir a descaracterizar um estudo por completo e, ainda, dificultar o acesso àqueles estudos que tratam de um determinado viajante. Nessa expectativa, os artigos dois e três mantêm-se com a palavra-chave “saúde do turista”.

Além de descrever o perfil do turista, o segundo artigo analisou vulnerabilidades associadas à viagem. As lacunas nas fronteiras é a mais evidente vulnerabilidade, se pensar em termos de ação institucional. O turista nacional não passa por nenhuma fronteira visível, e não está submetido a qualquer ação de vigilância. Os pontos de chegada no destino não deveriam ser esquecidos como acontece, por exemplo, com as estações rodoviárias. Os locais de hospedagem igualmente devem ser vistos como parceiros da saúde pública, e criar-se uma cultura de vigilância em saúde do turista em destinos turísticos.

Uma pesquisa do Ministério do Turismo entrevistou por telefone mais de dois mil brasileiros em todos os estados, sobre hábitos de consumo do turismo, e 40% responderam buscar informações com amigos e parentes sobre viagens no Brasil, e 39% pela internet. Apenas 5% procuram informação em agências de viagem, revistas ou guia turístico especializados, 80% viajam nas férias, 30% compra a viagem entre 16 e 30 dias de antecedência, 80% viajam por conta própria, sem pacote turístico e somente 10% viajam sozinhos (BRASIL, 2009). O perfil dos turistas entrevistados no Rio de Janeiro para o segundo artigo corroborou com essa pesquisa.

Esses dados mostram pistas de como promover a saúde do turista brasileiro, visto que existe maior contato do turista com as empresas responsáveis pelo transporte e hospedagem e alimentação. Não basta atuar apenas em agências de viagem, visto que o número de pessoas que buscam esses serviços é pequeno em relação à organização individual da viagem com o auxílio de indicações de amigos, parentes, e pela busca de informação na internet.

O comportamento do turista é outro enfoque interessante de ser aprofundado, e entender especialmente os aspectos psicológicos que podem influenciar em sua

saúde durante ou após a viagem. Mas principalmente, compreender que essa abordagem não é apenas individual, o julgamento de gravidade é um exemplo que pode acarretar em problemas coletivos.

A informação para o turista existente atualmente ainda é incipiente. Quando se trata de informação oficial, muitas vezes acaba sendo tão cautelosa que, ao invés de informar, acrescenta mais dúvidas e o turista frequentemente não sabe a quem recorrer. Para a sorte do Estado, é mais simples deixar ao acaso, como se mostrou habitual na fala dos turistas entrevistados.

Sabe-se que as pessoas são incentivadas fortemente a consumir viagem, e, no entanto, nem o setor de saúde e nem o de turismo estão preparados ou capacitados para atender as demandas de saúde provenientes dos turistas. Nesse sentido, o turista é uma vítima, está vulnerável, invisível, desinformado.

Finalmente, no terceiro artigo, esperava-se discutir a importância e a necessidade de uma política de saúde do viajante/turista, e para tanto foi preciso introduzir algumas perguntas no roteiro, para delimitar o objeto de discussão, situar o gestor de saúde sobre o turista, e o gestor de turismo sobre a saúde. A fala dos gestores foi complexa para análise, praticamente todos elaboraram o pensamento sobre o tema no momento da entrevista, e diversas opiniões foram colocadas. Foi no momento de recorte dos resultados que se notou a prevalência da categoria informação, e entendeu-se o constrangimento de diversos entrevistados em relação ao tema, pouco discutido no serviço público de saúde e de turismo no país.

É certo que se deveria pensar em todos os tipos de viajante, para o debate de uma política nacional. No entanto, ao compreender as características de cada grupo, certamente seriam identificadas condições díspares que precisariam ser tratadas de maneira específica. A confusão que parece existir no campo institucional sobre que elementos podem contribuir na construção de uma política de saúde do viajante, vai desde questões diplomáticas, do financiamento e de preconceitos que, sem dúvida, existem pela ausência de informação sobre o turista, e sobre qualquer tipo de viajante no Brasil. Nesse âmbito, a discussão da saúde do viajante provoca ambigüidades, dúvidas, relacionadas, inclusive, a um dos princípios do SUS: a universalidade.

Uma política específica ou transversal? Certamente um viajante é mulher, é idoso, é criança, como foi dito, a saúde do viajante é vigilância, assistência,

comunicação, etc. No entanto, essas características e questões podem variar completamente entre os diferentes tipos de viajantes. Um turista, um migrante, um trabalhador, um refugiado, possuem característica, motivação e comportamento distintos.

Assim, sob o aspecto coletivo da saúde pública, o tipo de viajante deve ser visto como ponto principal de partida. A notificação específica e detalhada do viajante poderá ser um grande avanço facilitador de qualquer ação, principalmente da vigilância em saúde. No entanto, a tarefa sugerida pelos gestores de explorar os sistemas de saúde existentes, como o SINAN, na tentativa de identificar esse grupo, é considerada de fundamental importância. Para tanto, é necessário que os órgãos de saúde valorizem a importância desse levantamento e mobilizem técnicos para essa análise.

O setor da saúde, que é uma área de serviços públicos, possui dados estruturados em sistemas de informação. Assim, não se justifica a falta de dados sobre o turista, pois existem sistemas consolidados, mas que não distinguem tanto turista nacional quanto o internacional. Ao mesmo tempo, seria importante poder descrever e sistematizar as investigações epidemiológicas e as notificações para, no mínimo, conhecer os agravos que acometem essa população específica, bem como sua magnitude. Essa informação certamente promoveria ações e intervenções sobre esses problemas em situações de rotina, fora do âmbito excepcionalmente emergencial que envolve o viajante/turista.

O sistema de informação é aliado da transparência. Para que um sistema seja pleno e abranja a saúde dos turistas, deveria obter e analisar informações de saúde sobre a população de turistas, nacionais ou estrangeiros, o que permitiria ações direcionadas como, por exemplo, trabalhar com prevenção, facilitar a atuação da vigilância em saúde, direcionar financiamento, além de zelar pela vida, bem-estar e a saúde do turista e da população local.

Confirmou-se que o turista não é uma pessoa como outra qualquer, mas que possui riscos específicos. Nesse sentido, existe um pensamento desconexo da ação, quando quase todos os profissionais de saúde entrevistados observam que o turista praticamente é invisível e negligenciado como grupo populacional pelos sistemas de saúde. Para o setor de turismo, o receio de alarmar o turista é ainda uma barreira quando se trata de disponibilizar informação sobre riscos e prevenção de saúde em

viagem. É mais fácil indicar a compra de um produto, como o seguro de viagem, ao estabelecer informações oficiais para sua proteção.

As práticas de medidas de saúde adequadas antes, durante e depois da viagem, sugeridas na Carta de São Paulo, referem-se a uma série de situações que envolvem toda a rede de saúde, mas é preciso integrar essas ações com o setor turismo, fato não consolidado até o momento.

Assim, no decorrer deste trabalho observou-se que a questão da informação foi marcante entre os três artigos, como necessidade de mais informação sobre o turista, dessa informação sistematizada para análise e circulação entre os órgãos envolvidos, e de disponibilização da informação de saúde para o turista. O levantamento e a organização da informação pode ser uma proposta de contribuição efetiva para a saúde do turista no Brasil, visto que é uma ação que não depende de elevado investimento financeiro.

A proposta de capacitação do setor de turismo em colaboração com a saúde do turista, certamente, poderá facilitar a integração entre as áreas. Essa discussão é sugerida igualmente com a inclusão do assunto já na formação do profissional de turismo, em cursos técnicos e universidades, visto que representam o contato direto com o turista, ao entrar no mercado de trabalho.

Pretende-se dar continuidade a essa discussão em outros trabalhos e artigos, para aprofundar, inclusive, aspectos que permanecem no rico material levantado, que certamente fluirão ampliados o tempo e o amadurecimento da reflexão.

Espera-se que o resultado desta tese, dentro do horizonte possível alcançado, possa contribuir com a continuidade da discussão da saúde do viajante/turista junto à sociedade, e subsidiar políticas públicas integradas entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Turismo do Brasil.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Sistema de Informação sobre Portos, Aeroportos, Fronteiras. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/viajante](http://www.anvisa.gov.br/viajante)>. Acessado em 22/03/10.

ALVES, P. M. Aspectos cardiológicos relacionados à aviação. Rev Soc Cardiol. Vol. 8, n. 4, jul/ago, 1998.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA-JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, M. C. de S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho, Y. M. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p.375-417.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BLAIKIE, P.; CANNON, T.; DAVIS, I./ WISNER, B. At Risk: natural hazards, peoples vulnerability and disasters. USA: Routledge, 1994.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; Conass, 2003. 604 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; Conass; 2007. 132p. (Conass Progestores. Para entender a gestão do SUS. Tomo II, 6).

BRASIL. Ministério do Turismo. Hábitos de consumo do turismo brasileiro. Brasília; Ministério do Turismo. Dados e Fatos. 2009. Disponível em: <[http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/demanda\\_turistica/pesquisa\\_habitos/](http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/demanda_turistica/pesquisa_habitos/)>. Acessado em: 07/02/11.

BOYER, M. História do turismo de massa. Bauru: EDUSC, 2003.

CAMARGO, L. O. L. O que é lazer. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. Estud. Avançados. 2008, vol.22, n.64, pp. 19-32.

CASTELLI, F. Human mobility and disease: a global challenge. Journal of Travel Medicine, 11: 1–2. 2004.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Travel information. <[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)>. Acessado em 28/02/10.

\_\_\_\_\_. Adressing emerging infectious diseases threats: a prevention strategy for the United States. MMWR, 43:1-17, 1994.

CIVES – CENTRO DE ATENDIMENTO AO VIAJANTE – UFRJ. Disponível em: <[www.cives.ufrj.br](http://www.cives.ufrj.br)>. Acessado em 24/05/10

COSSAR, J. H.; REID, D. Health hazards of international travel. World Health Stat Q. 1989;42(2):61-9.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C. de; Carvalho, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.333-384

\_\_\_\_\_. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C. de; Carvalho, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.. p.385-434.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss de lexicografia e banco de dados da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Economia do turismo: uma perspectiva macroeconômica 2003-2007. Estudos e Pesquisas. Informação Econômica, n. 13. 2010.

INFRAERO - EMPRESA BRASILEIRA DE INFRA-ESTRUTURA AEROPORTUÁRIA. Movimentos operacionais dos aeroportos. Disponível em: <<http://www.infraero.gov.br>>. Acessado em 26/03/09.

ISTM - INTERNATIONAL SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE. The responsible traveller. Disponível em: [www.istm.org](http://www.istm.org). Acessado em 05/01/09.

KRIPPENDORF, J. Sociologia do turismo: para uma nova compreensão do lazer e das viagens. 3. ed. São Paulo: Aleph, 2009.

MARQUES, M. B. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade: implicações para as políticas científicas e tecnológicas. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 11: 361- 88,1995.

MARTÍNEZ, D. H.; HERNÁNDEZ, G. S.; VILLAFUERTE, B. P.; RAMÍREZ, C. J. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. Salud Mental, Vol. 28, No. 5, octubre 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTERIO DA SAUDE. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2009. 816 p.

\_\_\_\_\_. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2010. 488 p.

\_\_\_\_\_. Política nacional de promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2010.

MINISTÉRIO DO TURISMO. Anuário Estatístico de Turismo 2010, ano base 2009. Brasília: Ministério do Turismo/Departamento de Estudos e Pesquisas, 2010. V.37 225p. Dados de 2009. Disponível em: <[http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/export/sites/default/dadosefatos/anuario/downloads\\_anuario/Anuxrio\\_2010\\_-\\_Ano\\_Base\\_2009\\_\\_\\_Final\\_internet.pdf](http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/export/sites/default/dadosefatos/anuario/downloads_anuario/Anuxrio_2010_-_Ano_Base_2009___Final_internet.pdf)>. Acessado em 03/01/11.

\_\_\_\_\_. Segmentação do turismo e o mercado. Ministério do Turismo, Secretaria Nacional de Políticas de Turismo, Departamento de Estruturação, Articulação e Ordenamento Turístico, Coordenação Geral de Segmentação. Brasília: Ministério do Turismo, 2010. 172p. Acessado em 20/12/10.

\_\_\_\_\_. Caracterização e dimensionamento do turismo doméstico no Brasil – 2007. Ministério do Turismo. Relatório Executivo. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FINE. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/demanda\\_turistica/domestica/](http://www.dadosefatos.turismo.gov.br/dadosefatos/demanda_turistica/domestica/)>. Acessado em: 15/01/11.

MOESCH, M. A produção do saber turístico. São Paulo: Contexto, 2000.

MOYA, J.; FINKELMAN, J. La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global. Salud Pública Méx 2007; Vol. 49(sup 1):4-7.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiara construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(2):319-324.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE MIGRAÇÃO / INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION - IOM, 2004. Glossary on Migration, Geneva: IOM.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. International travel health 2011. Disponível em: [www.who.int/ith](http://www.who.int/ith). Acessado em 28/02/11.

\_\_\_\_\_. RSI - REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. Organização Mundial da Saúde: 58° Asamblea Mundial de La Salud 2005.

\_\_\_\_\_. Weekly epidemiological record. Disponível em: <[www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)>. Acessado em 02/01/11.

OMT - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO TURISMO / WTO - WORLD TOURISM ORGANIZATION. Introdução ao Turismo. Madrid, 2001.

\_\_\_\_\_. Turismo internacional: uma perspectiva global. 2.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2003.

PAIVA, M. G. M. V. Sociologia do turismo. Campinas: Papirus, 1995.

PARRY, G.; VAN CLEEMPUT, P.; PETERS, J.; WALTERS, S.; THOMAS, K.; COOPER, C. Health status of gypsies and travellers in England. J. Epidemiol Community Health 2007; 61; 198-204.

PASINI, W. Tourist health as a new branch of public health. World Health Stat Q. 1989; 42:77–84.

PRAZUCK, T.; SEMAILLE, C.; HALIOUA, B.; BURCOMBE, A.; PAPON, B.; ESPINOXA, P.; GALLICHON, B.; YVESJUEL, J.; MICHEL, A.; JANNIERE, D.; BENOIST, V.; LAFAIX, C.; FISCH, A. Health hazards in international tourists visiting Paris in august: a five-year retrospective epidemiologic survey. J Travel Med 1998; 5:178-183.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Information for travelers e Information for travel medicine professionals. Disponível em: <[www.travelhealth.gc.ca](http://www.travelhealth.gc.ca)>. Acessado em 24/03/11.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIOTUR - Empresa de Turismo do Município do Rio de Janeiro S.A. Informativo estatístico: verão Rio 2010 – 2011. Riotur. Departamento de Estatística. 2011.

RODRIGUEZ-GARCIA, R. The health-development link: travel as a public health issue. J Community Health. 2001 Apr;26(2):93-112.

RUIZ-DE-CHAVEZ, M; JIMHEZ-AGUADO R; MÁRQUEZ-LAPOSE M; ALLEYNE A. O. G. Salud y turismo. Salud Publica Mex. 1994; 36:61-69.

RUIZ, M.; BRIONES-CHAVEZ, C. S. How to improve the health of undocumented Latino immigrants with HIV in New Orleans: an agenda for action. Rev Panam Salud Publica, July 2010, vol.28, no.1, p.66-70.

RYAN, M. & HEIDEN, D. Illness among expatriate relief workers during a refugee disaster. Int Ophthalmol Clin 1990;30:66–67.

SABATIER, R., Migrants and Aids: Themes of Vulnerability and Resistance. In: HAOUR-KNIPE, M.; RECTOR, R. (org.). Crossing Borders: Migration, Ethnicity and Aids. 1996. p. 86-105.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. [on line]. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acessado em 15 fev 2011.

SANTOS, SM; BARCELLOS. C; SOARES, MF. Informação e diagnóstico de situação de saúde. In: Informação e diagnóstico de situação. Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV-Proformar, 2004. P. 112-164.

SÉGUIN, E. Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2002.

SILVA, Luiz Jacintho. Em defesa do território: quarentena e isolamento como medidas de proteção contra a introdução de doenças transmissíveis. In: Miranda AC, Barcellos C, Monken M, Moreira JC. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SMSDC/RJ - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. Captura de notícias na mídia de importância para saúde pública: clipping Cievs. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.otics.org/otics/estacoes-de-observacao/estacao-rio-saude-presente/subpav/vigilancia-em-saude/CIEVS/clipping>>. Acessado em: 20/05/11.

SNYDER, V. N. S; VÁZQUEZ, T. G; CHAPELA, I. B; XIBILE, C. I. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. Salud Public Mex 2007.vol.49, edición especial, XII Congreso de investigación en Salud Publica.

SPIEGEL, J. M; M. GONZALEZ, G. J. CABRERA, S. CATASUS, C. VIDAL; A. YASSI. Promoting health in response to global tourism expansion in Cuba. Health Promotion International, 2007.Vol. 23 No. 1.

THOMPSON, D. T., ASHLEY, D. V. M., DOCKERY-BROWN, C. A., BINNS, A., JOLLY, Curtis M., JOLLY, P. E. Incidence of health crises in tourists visiting Jamaica, West Indies, 1998 to 2000. J Travel Med 2003; 10:79–86.

TOUZE, J.E., DEBONNE, J.M., BOUTIN, J.P. Current situation and future perspectives for malaria prophylaxis among travellers and military personnel. Bull Acad Natl Med. 2007 Oct;191(7):1293-302

VAN CLEEMPUT, P.; PARRY, G.; THOMAS, K.; PETERS, J.; COOPER, C.. Health-related beliefs and experiences of gypsies and travelers: a quantitative study. J. Epidemiol Community Health, 2007;61;205-210.

UNWTO - UNITED NATIONS WORLD TOURISM ORGANIZATION. Tourism 2020 Vision. UNWTO, 2001. Disponível em: <<http://www.unwto.org/facts/menu.html>>. Acessado em: 04/01/11.

\_\_\_\_\_. UNWTO World Tourism Barometer. Vol. 8, n.1, Jan., 2010. Disponível em: <<http://www.unwto.org/facts/menu.html>>. Acessado em: 04/01/11.

\_\_\_\_\_. UNWTO World Tourism Barometer. Vol. 8, n.3, Out., 2010. Disponível em: <<http://www.unwto.org/facts/menu.html>>. Acessado em: 04/01/11.

ZIMMERMAN C., KISS L., HOSSAIN M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy- Making. PLoS Med, 2011; 8(5): e1001034.

## **Bibliografia**

ALMEIDA, Célia. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.871-922.

BARATA, Rita de Cássia Barradas, O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva Rev. Saúde Pública, 31 (5): 531-7, 1997.

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.43-55.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138. 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.11-41.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

CASTELLANOS, P L – Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Condições de vida e situação de saúde (org. Rita Barradas Barata). Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

\_\_\_\_\_. Sobre o conceito de saúde-doença. Descrição e explicação da situação de saúde. Boletim Epidemiológico. OPAS. 1987.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p.231-258.

CONNOLLY, Sheelah; O' REILLY, Dermot. The contribution of migration to changes in the distribution of health over time: five-year follow-up in Northern Ireland. *Social Science & medicine*. 65 (2007) 1004-1011.

DIRETORIA DE INFORMÁTICA - DATASUS. Sistema de Informações de Saúde. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em:< [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) > Acesso em: 20 fev.2010.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.23-64.

LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad. saúde pública*;22(11): 2339-2348, nov. 2006.

MONKEN, M. & BATISTELLA, C. Vigilância em saúde (verbetes). In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

NAVARRO, M. B. M. A. et al. Doenças Emergentes e Reemergentes, Saúde e Ambiente. In: MINAYO, M.; MIRANDA, A. C.. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde, SUS. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.435-472.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud y turismo / Health and tourism. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1992. 3 p. (CD36/20).

PAIM, J. S. Abordagens teóricas-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Condições de vida e situação de saúde (BARATA, R.B. org.) Rio de Janeiro : ABRASCO, 1997.

PEITER, Paulo; MACHADO, Osório; IÑIGUEZ ROJAS, Luisa. Doenças transmissíveis na faixa de fronteira Amazônica: o caso da malária. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.257-272.

SABROZA, P. C., TOLEDO, L. M. & OSANAI, C. H. A organização do espaço e processos endêmicos e epidêmicos. In: M. C. Leal, P. C. Sabroza, R. H. Rodriguez & P. M. Buss (orgs). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. v. II, pp. 57-77, Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

SABROZA, P. C.; KAWA, Helia; CAMPOS, Wanda S. Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Os muitos Brasis. Hucitec-Abrasco. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995. p.177-244.

SCHRAMM, F. R. e CASTIEL, L. D. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. Cad. Saúde Pública. 1992, vol.8, n.4, pp. 379-390.

SILVA, J. L. Desbravamento, agricultura e doença: a doença de Chagas no Estado de São Paulo. Cad Saúde Pública, v. 2, n. 2, p.124-140, 1986.

\_\_\_\_\_. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 4, p. 585-593, 1997.

SILVA, Ana Célia Pessoa; PEPE, Vera Lúcia Edais. Vigilância sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.819-849.

SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Cad. Saúde Pública [online]. 2001, vol.17, n.6, pp. 1277-1311. ISSN 0102-311X.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Oficina de Vigilância em Saúde do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII(2), Abr, Jun, 1998.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.795-817.

UGÁ, Maria Alicia D; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.473-505.

UJVARI, Stefan Cunha. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro: Senac, 2003.

UYSAL, Muzaffer. Global tourist behavior. International Bussines Press. Binghamton, USA, 1994. p.228.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.65-105.

## **ANEXOS**

## Anexos – Introdução

### Carta de São Paulo

#### CARTA DE SAO PAULO

São Paulo, 5 de setembro de 2008.

#### EM DEFESA DA SAÚDE DO VIAJANTE

Nós – profissionais de saúde, participantes do SUS, professores, pesquisadores e técnicos, signatários abaixo nomeados, reunidos em São Paulo nos dias 04 e 05 de setembro de 2008, após debatemos o tema Saúde do Viajante, e,

#### CONSIDERANDO:

- O Regulamento Sanitário Internacional (RSI/2005), aprovado em maio de 2005 pelos Estados Partes para diminuir o risco de propagação internacional de doenças, por meio de procedimentos e normas a serem adotados com vistas à detecção oportuna e resposta às emergências de saúde pública de importância internacional;
- Os compromissos da "Declaração do Milênio" e outros acordos internacionais de manutenção da erradicação de agravos à saúde dos quais o Brasil é signatário;
- O potencial turístico, cultural e comercial do Brasil;
- Que as viagens são realizadas por um número cada vez maior de pessoas devido a razões de ordem profissional, social, humanitária e de lazer, em distâncias maiores e velocidades mais rápidas, situação esta que tende a desenvolver-se, expondo o público residente e visitante a uma variedade de riscos para a saúde;
- Que a maioria dos riscos podem ser minimizados mediante a prática de medidas de saúde adequadas, antes, durante e depois da viagem;
- Que os cuidados com a saúde individual dos que se deslocam possibilitam a proteção da saúde coletiva, com base na minimização do risco de introdução e disseminação de agravos à saúde, bem como a prevenção de epidemias;
- Que diferentes perfis de viajantes, delineados pelo país de origem e destino, objetivo da viagem e características individuais carecem de estratégias diferenciadas de atuação para o enfrentamento deste desafio em todas as esferas do SUS;
- Que o Brasil sediará em 2011 os jogos mundiais militares (Jogos da Paz), em 2014 a Copa do Mundo de futebol e ainda,
- A potencialidade de sediar eventos de natureza diversa com abrangência nacional e internacional;

**CONCLUIMOS:**

- Da importância e urgência da construção de uma política nacional de atenção direcionada à saúde do viajante,
- Que esta política deverá considerar:
  - A definição das responsabilidades dos vários entes e organizações, públicas e privadas, envolvidos neste processo com vista à prevenção, proteção e promoção da saúde do viajante, seja ele tripulante ou passageiro, com destino nacional ou internacional;
  - As características ambientais, sanitárias e epidemiológicas, bem como as necessidades específicas e os riscos regionais, de forma harmonizada com as capacidades já instaladas localmente nas suas diversas complexidades;
  - O contexto econômico, social e político global e as suas interferências na saúde da população;
  - A situação epidemiológica nacional e internacional, com o objetivo de proporcionar informações adequadas com foco nos diferentes públicos e usuários.

E por essas razões, conclamamos todos os setores envolvidos a envidarem esforços no sentido de contribuírem ativamente na elaboração e adoção dessa política.

**Participaram das discussões os seguintes signatários:**

- Adriana de Oliveira Santos – Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (COVEH/DEVEP/SVS/MS)
- Alessandra Viana Cardoso – Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis (COVER/DEVEP/SVS/MS)
- Ana Elizabeth de Almeida Gomes – Núcleo de Comunicação (NUCOM/SVS/MS)
- Ana Rosa dos Santos – Programa Nacional de Imunização (PNI/DEVEP/SVS/MS)
- André Lacerda Ulysses de Carvalho - Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS)
- Ana Freitas Ribeiro – Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (CVE/SP)
- Celso Tavares – Universidade Federal do Alagoas (UFAL)
- Cláudia Alves Pereira – Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)

- Cristiano Gregis - Gerência de Infra-estrutura, Meios de transporte e Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GIMTV/GGPAF/ANVISA)
- Ednamar dos Santos – Posto Aeroportuário de Congonhas da Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Elisabeth Cláudia Lacher e Addôr – Posto Aeroportuário de Guarulhos da Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Félix Reinaldo Teixeira Plastino – Posto Portuário de São Sebastião da Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Francisco Vanin Pascalicchio – Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Franklin Simões de Santana Filho – Fundação de Medicina Tropical do Amazonas
- Glaura Martha Florim Terra – Medicina do Trabalho da Petrobrás
- Greice Madeleine Ikeda do Carmo – Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (COVEH/DEVEP/SVS/MS)
- Heloísa Helena Pelluci Duarte – UEPICAMPO da Gerência de Inteligência Epidemiológica da Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde - SES/MG
- Jessé Reis Alves – Núcleo de Medicina do Viajante do Instituto de Infectologia Emílio Ribas – SES-SP
- José Lázaro de Brito Ladislau – Programa Nacional de Controle da Malária (PNM/MS)
- José Romério Rabelo Melo – Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NUVIG/ANVISA)
- Juliana de Melos Couto de Almeida – Gerência de Projetos Especiais em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GEPES/GGPAF/ANVISA)
- Julio Cesar Colpo – Gerência de Infra-estrutura, meios de transporte e Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GIMTV/GGPAF/ANVISA)
- Káris Maria de Pinho Rodrigues – Centro de Informação em Saúde do Viajante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CIVES/UFRJ)

- Karla Freire Baeta – Gerência de Infra-estrutura, Meios de transporte e Viajantes em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GIMTV/GGPAF/ANVISA)
- Karla Neves Laranjeira Braga – Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB/SVS/MS)
- Kátia Zanon Hespanhol – Coordenação da Área de Vigilância em Saúde da Petrobrás
- Marcelo Felga – Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado do Rio de Janeiro (CVPAF-RJ/GGPAF/ANVISA)
- Márcio Henrique de Oliveira Garcia – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DEVEP/SVS/MS)
- Marcos da Silveira Franco – Representante do CONASEMS
- Marta Heloísa Lopes – Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)
- Melissa Mascheretti – Ambulatório dos Viajantes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)
- Michael Laurenci Zini Lise – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT/DEVEP/SVS/MS)
- Mirian Marques Woiski – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Representante do CONASS
- Noely Moura – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DEVEP/SVS/MS)
- Ricardo Gadelha de Abreu – Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP/SVS/MS)
- Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz – Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE/SES-SP)
- Ricardo Kuchenbecker – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
- Ricardo Malaguti – Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis (COVER/DEVEP/SVS/MS)
- Rodolfo Navarro Nunes – Gerência de Projetos Especiais em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (GEPES/GGPAF/ANVISA)
- Rodrigo Nogueira Angerami – Hospital das Clínicas da Unicamp (NVE/SEH/HC/UNICAMP)
- Sílvia Maria de Lemos Hinrichsen – Departamento de Medicina Tropical/ Núcleo de Ensino e Assistência em Infectologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Centro de Estudos de Medicina de

Viagem (CEMEV)

- Sueli Dias Pereira – Posto Portuário de Santos da Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Takako Kochi – Posto Aeroportuário de Viracopos da Coordenação de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Estado de São Paulo (CVPAF-SP/GGPAF/ANVISA)
- Tânia do Socorro Souza Chaves – Núcleo de Medicina do Viajante do Instituto de Infectologia Emílio Ribas - Ambulatório dos Viajante do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (USP).
- Vicente Augusto Jau – Gerência de Inteligência Epidemiológica da Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES-MG
- Zouraide Guerra Antunes Costa – Coordenação de Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses (COVEV/DEVEP/SVS/MS)
- Wanderson Kléber de Oliveira – Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/DEVEP/SVS/MS)

## Eventos de Saúde do Viajante no Brasil 2008-2010



Eventos discutem questões relacionadas à saúde do viajante

O último trimestre foi marcado por uma série de eventos relacionados à vigilância em saúde do viajante, tema que recebe cada vez mais atenção das diversas áreas da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). O crescimento constante do número de viagens, seja por razões de ordem profissional, social, humanitária ou de lazer, aumenta o risco de disseminação de enfermidades.

Por isso, para evitar a transmissão de doenças, é imprescindível a colaboração do viajante, que deve conhecer os riscos aos quais ele se expõe e os riscos que ele pode representar para os outros. Os cuidados com a saúde individual são fundamentais para a proteção da saúde coletiva, pois favorecem a prevenção de epidemias e a diminuição dos riscos de introdução e propagação de agravos à saúde.

Desde o início do segundo semestre de 2010, cinco eventos já discutiram o assunto. A I Oficina de Saúde do Viajante na Tríplice Fronteira, realizada em Foz do Iguaçu nos dias 20 e 21 de julho, reuniu representantes dos Ministérios da Saúde do Brasil, da Argentina e do Paraguai. O encontro teve como produto final a Carta de Itaipu, que estabelece compromissos para que os três países possam promover ações conjuntas, especialmente na região da tríplice fronteira, de grande potencial turístico e comercial.

A III Reunião Nacional de Saúde do Viajante, que ocorreu em Recife nos dias 11 e 12 de agosto, teve como foco os eventos de massa que o Brasil promoverá nos próximos anos, como a Copa do Mundo de Futebol de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016. O encontro destacou a importância de se elaborarem planos de ação para possíveis emergências de saúde pública. A reunião foi organizada pelo Centro de Informações Estratégicas e Respostas de Vigilância em Saúde (Cievs/SVS) e contou com a participação de especialistas do Brasil e de outros países da América do Sul, membros da Rede Cievs e representantes das Coordenações de Portos, Aeroportos e Fronteiras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dos estados que receberão jogos da Copa do Mundo de 2014.

Os mesmos participantes da III Reunião Nacional de Saúde do Viajante também foram convidados para o Simpósio Qualidade & Segurança e a Saúde do Viajante: Risco Sanitário Internacional, realizado em Recife no dia 13 de agosto. O evento foi promovido em conjunto pelo Cievs/MS; Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Infectologia da Universidade Federal de Pernambuco; e Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. O encontro contou com a participação do Presidente da Sociedade Latino-Americana de Medicina de Viagem, Thomás Orduña.

No dia 22 de setembro, no município do Rio de Janeiro, aconteceu o I Seminário Municipal de Saúde do Viajante. Durante o encontro, o Ministério da Saúde apresentou a palestra Vigilância em saúde do viajante: informação e monitoramento de eventos de importância para a saúde pública. O evento foi organizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro, por meio do Cievs da capital do Rio de Janeiro.

Em Brasília, nos dias 23 e 24 de setembro, foi realizado o Seminário das Américas: Gestão de Riscos e Crises no Setor do Turismo. O evento reuniu representantes dos países-membros da Comissão Regional da Organização Mundial de Turismo para as Américas e gestores públicos e privados. O principal objetivo do encontro foi preparar os participantes para enfrentar os múltiplos riscos e crises capazes de afetar o setor de turismo. O Cievs apresentou a palestra Identificação de riscos, monitoramento e resposta às emergências de Saúde Pública.

A presença do Ministério da Saúde no evento evidencia o papel fundamental das ações desenvolvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde nos momentos de riscos e crises, principalmente quanto ao manejo, monitoramento e gestão de emergências de saúde pública.



**RESOLUÇÃO - RDC Nº 21, DE 28 DE MARÇO DE 2008**  
**Dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário**  
**de Viajantes em Portos, Aeroportos,**  
**Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados.**

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 18 de março de 2008.



**RESOLUÇÃO - RDC Nº 21, DE 28 DE MARÇO DE 2008**

Dispõe sobre a Orientação e Controle Sanitário de Viajantes em Portos, Aeroportos, Passagens de Fronteiras e Recintos Alfandegados.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 18 de março de 2008, e:

considerando O disposto no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940;

considerando O disposto no Decreto nº 56.759, de 20 de agosto de 1965;

considerando O disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro

V - Declaração Geral da Aeronave, conforme modelo anexo VI.

V - Declaração Geral de Veículos Terrestres, conforme modelo anexo VII.

VI - Declaração de Ocorrência de Evento de Saúde Pública nas Áreas de Infra-estrutura Portuária, Aeroportuária ou Passagem de Fronteira, conforme anexo VIII.

Art.3º A inobservância ou desobediência ao disposto na presente Resolução e em seus anexos configura infração de natureza sanitária, de acordo com disposto na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sujeitando-se o infrator as penalidades previstas em diploma legal específico.

Art.4º Fica revogada a Portaria 28, de 27 de abril de 1993; a Portaria 31, de 27 de abril de 1993; a Portaria 36, de 06 de julho de 1995; o item III do art. 2º do Anexo, arts. 67 a 70, arts. 72 a 74, item VI, VIII e IX do art. 75, art. 106, da RDC 217, de 21 de novembro de 2001, os art. 35 a 43, letra c do item I e o item X do art. 75, item VII e VIII do art. 76, o art. 79, o art. 83 e 84 e o anexo I da RDC 2 de 8 de janeiro de 2003, Resolução RDC nº 71, de 03 de abril de 2003.

Art.5º Esta Resolução entra em vigor a partir da sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO I

**REGULAMENTO TÉCNICO PARA O CONTROLE SANITÁRIO DE VIAJANTES**

**CAPÍTULO I**  
**DAS DEFINIÇÕES**

Art. 1º Para efeito deste Regulamento, define-se:

I. Área Afetada: área geográfica para a qual foram recomendadas medidas sanitárias específicas pela OMS.

II. Área de Desvio: área definida pela administração e autoridades locais para estacionamento de veículos terrestres que necessitem, dentre outros, de atendimento especial técnico ou de natureza sanitária.

III. Área de Fundeio: ponto a ser definido na carta náutica, ouvida a autoridade marítima ou a portuária e, quando for o caso, a sanitária.

IV. Área Remota: área definida pela administração aeroportuária.

## Anexos - Artigo I:

### Ficha de catalogação do artigo de revisão

#### FICHA DE CATALOGAÇÃO DE ARTIGOS

Descritores - Seleção realizada a partir da tabela abaixo:

<b>TURISMO</b> Turista Viagem	<b>SAÚDE</b> Doença /Agravado Problemas de Saúde	<b>RISCO</b> Vulnerabilidade Perigo/Exposição	<b>POLÍTICA PÚBLICA</b>
Tourism	Health / Disease	Risk	Policy
Tourist / Traveller (UK)/ Traveler (USA)	Outcome / Ill / Illness / Sick	Vulnerable / Vulnerability	Policyholder
Travel / Trip / Journey / Excursion	Health Problems	Hazard / Exposure	Body Politic

**Palavras-chave:** (traveler or traveller or tourism or tourist) and (risk or hazard or vulnerability) and (health and surveillance)

Bases: PubMed, SciELO

Código: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periódico em que foi publicado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ano de publicação: \_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_

Local do estudo: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

1. Delineamento: \_\_\_\_\_

2. Desfecho estudado: \_\_\_\_\_

3. População/Amostra: \_\_\_\_\_

4. Escalas de Análise: \_\_\_\_\_

5. Área Geográfica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Como o artigo caracteriza o turista, qual a tipologia? (turista de aventura, negócios, etc):

\_\_\_\_\_

7. Onde foi realizada a pesquisa? \_\_\_\_\_

Local de origem da viagem ( ) Local de destino da viagem ( )

8. Quando foi realizada a pesquisa? \_\_\_\_\_

Pré-viagem: ( ) Durante a viagem: ( ) Pós-viagem: ( )

9. Qual a metodologia de investigação utilizada? Conceitos, definições usados pelo autor.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Qual a pergunta do autor?

\_\_\_\_\_

11. Como foram feitos os levantamentos? (entrevista, registros de sistemas de saúde, etc):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Quais os problemas de saúde enfocados/estudados? (malária, DSTs, esquistossomose, problemas cardiovasculares, febre amarela, dengue, violência, afogamento, acidentes, etc):

---

---

---

---

13. Quais foram as conclusões gerais?

( ) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque não possui imunidades para infecções.

( ) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque tem um comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais.

( ) O turista ajuda a espalhar as doenças porque circula de lugares endêmicos para não endêmicos.

( ) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque o sistema de saúde no local de destino não está preparado para atendê-lo.

( ) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque não detém as informações necessárias sobre s riscos.

( ) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque o sistema de saúde no local de origem não tem políticas específicas de prevenção.

( ) O turista é uma pessoa como outra qualquer e não tem riscos específicos

14. Citações que pretendo utilizar no futuro (colocar a página):

---

---

---

---

---

15. Idéias que surgiram durante a leitura:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data da revisão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## **Anexos - Artigo II:**

### Roteiro de Entrevista (Turistas)

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA TURISTA**

**Obs.:** Abordar turistas brasileiros em viagem, apresentar os objetivos da pesquisa, e com o termo de consentimento solicitar autorização para a entrevista. Identificar na gravação o local e data da entrevista.

#### **1) Caracterização, tipologia do turista e da viagem**

De onde você vem? (cidade/estado)

Qual a sua profissão/ocupação?

Como você organizou sua viagem para o Rio de Janeiro? (pacote de viagem, empresa, fez tudo sozinho)

Para chegar até o Rio de Janeiro você usou que tipo de transporte? (carro, ônibus, avião, navio, outro)

Você tem o hábito de viajar sempre com esse tipo de transporte?

Chegando aqui onde você se hospedou? (hotel, albergue, casa de amigos e parentes, outro)

Você gosta de viajar?

Quantas vezes por ano você costuma viajar?

Quando é que desperta o desejo por uma nova viagem?

Você costuma organizar álbuns de fotografias ou diários de viagem?

Que tipo de turismo mais desperta sua vontade de viajar? (grandes cidades, rural, praias, ecoturismo, outros)

#### **2) Risco em viagem**

Você considera um problema estar longe de casa, em um lugar que você nunca tenha visitado antes, e que não conheça ninguém próximo?

Quando você sai para viajar, alguma coisa te preocupa?

Você costuma pensar se no destino da viagem existe água tratada e serviços em geral, como banco, farmácia, meio de comunicação?

Você viajaria doente?

Se ficasse doente durante uma viagem, voltaria para casa antes do prazo programado?

Você deixaria de viajar para algum lugar se soubesse que poderia estar exposto a algum risco?

#### **3) Informação de saúde em viagem**

Você já ouviu falar que podem existir riscos de saúde para os turistas? (Posso dar alguns exemplos como os problemas relacionados a mudanças de clima, ingestão de água e alimentos contaminados, acidentes, terrorismo, dentre outros)

Se você tivesse algum problema de saúde durante esta viagem, o que faria? (ex.: uma febre, sintomas de gripe, dores de cabeça, atropelamento)

Você recebeu alguma informação sobre saúde antes de viajar pra cá?

Se houvesse algum problema na cidade do Rio de Janeiro que pudesse afetar a sua saúde, você gostaria de ser informado antes para que, se possível, pudesse se prevenir?

Por quem você gostaria de receber essa informação? (médico, agente de viagem, companhia aérea, site da internet, folhetos informativos, disque-saúde, pelo serviço público de saúde, outros, todos)

Em sua opinião, você acha que deveria existir informação de saúde para os turistas?

#### **4) Prevenção de saúde em viagem**

Antes de viajar pra cá, você pensou em tomar algum tipo de precaução em relação a sua saúde? Se sim, que tipo?

Você buscou algum tipo de aconselhamento de saúde antes da viagem?

Você sabia que existem vacinas para adultos?

Você recebeu indicação para tomar ou tomou alguma vacina para viajar até aqui? E em outra viagem?

#### **5) Busca de atendimento de saúde**

E em relação à sua saúde? Você teria alguma experiência para contar que tenha interferido em sua viagem? (nesta de agora, ou viagem anterior).

Durante esta viagem, você sofreu algum tipo de problema de saúde? (Se SIM, fazer perguntas em azul, se NÃO, pular as azuis)

**Se sim, qual foi? Você procurou algum estabelecimento de saúde para tratar desse problema? Qual local?** (médico particular, convênio, hospital, posto ou centro de saúde do SUS, se virou sozinho?)

**Quando foi atendido nesse estabelecimento, perguntaram se você era turista, quanto tempo estava na cidade e de qual localidade veio?**

**Acha que isso pode ajudar a descobrir mais rápido o que pode ter acontecido e agilizar o tratamento do seu problema de saúde?**

Você se lembra de ter ficado doente em alguma outra viagem antes desta? (Se SIM, fazer as perguntas em verde, se NÃO, pular as verdes)

**Você procurou algum estabelecimento de saúde para tratar desse problema? Qual local?** (médico particular, convênio, hospital, posto ou centro de saúde do SUS, se virou sozinho?)

**Quando foi atendido nesse estabelecimento, perguntaram se você era turista, quanto tempo estava na cidade e de qual localidade veio?**

**Acha que isso pode ajudar a descobrir mais rápido o que pode ter acontecido e agilizar o tratamento do seu problema de saúde?**

**Você associou essa doença com a viagem que fez quando voltou para casa?**

Você costuma comprar seguro de viagem para viajar?

Em sua opinião o que pode fazer uma viagem se tornar mais segura?

- a) Existência de vacinas
- b) O lugar de hospedagem
- c) Existência de serviços de saúde
- d) O comportamento do turista
- e) Existência de informação de saúde
- f) O meio de transporte utilizado
- g) Disponibilidade de recursos financeiros
- h) Ser recebido por alguém que mora no local
- i) Outro (qual)

#### **6) Ações de governo**

O Ministério da saúde do Brasil desenvolve diversos programas de saúde específicos, como o programa de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, dentre outros. Você já ouviu falar nesses programas?

Você acha importante ser criado um programa de saúde para os viajantes no Brasil? Por quê?

## Termo de Consentimento (Turistas)

**Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Sr. (a) \_\_\_\_\_,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde, gestores do turismo e o turista”**, desenvolvida como tese de doutorado do Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ .

Este estudo que está sendo realizado no município do Rio de Janeiro, tem como objetivo discutir sobre os elementos que podem contribuir para a construção de uma política pública nacional de saúde do viajante / turista, através das visões dos atores institucionais da área de saúde, da área de turismo, e do turista.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada com informações sobre suas experiências em viagens de turismo relacionadas aos problemas de saúde em viagem, informação de saúde em viagem, prevenção de saúde em viagem e busca de atendimento de saúde antes, durante ou depois da viagem.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre o tema e os resultados da pesquisa poderão subsidiar a implementação de uma política de saúde integrada entre as áreas de saúde e turismo.

As informações obtidas através da pesquisa junto aos entrevistados serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Deste modo, solicitamos sua permissão para gravação de sua entrevista e divulgação de suas opiniões. Os resultados serão divulgados na forma de tese, artigos científicos, livros acadêmicos.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, ligando para os telefones abaixo.

\_\_\_\_\_  
Vanina Matos

Christovam Barcellos  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde - ICICT  
Av. Brasil, 4365, sala 31  
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-900  
Tels.: 0055 (21) 3865-3222  
Fax: (21) 2270-2668 E-mail: [vaninamatos@ensp.fiocruz.br](mailto:vaninamatos@ensp.fiocruz.br)  
Endereço Eletrônico: [www.cict.fiocruz.br](http://www.cict.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Andar Térreo  
Manguinhos - Rio de Janeiro/ RJ – CEP 21041-210  
Tel/fax: (21) 2598-2863  
E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
Endereço Eletrônico: [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

Nome:.....Data:.....

## Anexos - Artigo III:

### Roteiro de Entrevista (Gestor saúde)

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR SAÚDE

**Obs:** Apresentar os objetivos da pesquisa, e com o termo de consentimento solicitar autorização para a entrevista. Identificar na gravação o ator institucional e a data da entrevista.

#### 1) Caracterização do gestor

Atualmente, em qual instituição você trabalha?

Em qual cargo e função você atua nessa instituição, e há quanto tempo?

#### 2) Problemas de saúde relacionados ao turismo

**Informar ao gestor:** Dentre os vários tipos de viajantes (turista, migrante, trabalhador, exército, e outros), e dentre diversos motivos de viagem (como lazer, negócios, mudança de lugar), esta entrevista estará mais voltada para o viajante turista, que tem como característica fundamental a viagem de ida para o destino da viagem e a volta para casa, origem da viagem.

Na sua visão, existem problemas de saúde que possam estar relacionados à atividade do turismo? Poderia citar alguns exemplos?

Com qual afirmativa abaixo você concorda? Explique sua opção, ou opções se concordar com mais de uma, além de poder comentar as alternativas que não concordar:

- a) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **não possui imunidades para infecções**;
- b) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque tem um **comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais**;
- c) O turista **ajuda a espalhar as doenças** porque circula de lugares endêmicos para não endêmicos, trazendo agentes patogênicos;
- d) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **o sistema de saúde no local de destino não está preparado** para atendê-lo;
- e) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **não detém as informações necessárias sobre os riscos**;
- f) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque o sistema de saúde no local de origem **não tem políticas específicas** de prevenção e promoção;
- g) O turista é uma pessoa como outra qualquer e **não tem riscos específicos**.

#### 3) Vigilância da saúde do turista

Como a vigilância em saúde trabalha no Brasil com os problemas de saúde relacionados ao turista? Visa somente a população local? Existem outros tipos de viajantes que preocupam a saúde pública? Se sim, quais seriam e em que sentido?

Em sua opinião, sob o aspecto da saúde pública, o turista é visto como uma vítima ou uma ameaça? Por quê?

O Ministério da Saúde conhece o perfil epidemiológico do viajante brasileiro? E do internacional que visita o Brasil?

#### 4) Sistema de informação e saúde do turista

O que acontece com o turista brasileiro ou internacional quando adoece durante sua viagem aqui no Brasil?

Você saberia dizer em que nível de atenção geralmente é atendido mais turista? Ex.: hospitais de emergência, clínica médica, postos de saúde, outros?

Você acha importante o profissional de saúde saber que esse paciente é um viajante? Por quê?

Ao assumir que a população de viajantes é um grupo com características específicas para riscos individuais e coletivos, como a vigilância em saúde pode se organizar em conjunto com a assistência para que exista um olhar diferente no atendimento e a notificação específica de viajantes?

Para saber se uma notificação hoje no SINAN é de um viajante, é necessário especular as informações de alguns agravos em busca de dados sobre essa população. Para facilitar essa localização, você acha seria possível inserir nesse sistema a variável viajante para os agravos de importância? Quais as implicações dessa mudança?

Seria importante construir um sistema de informação de saúde do viajante/turista no Brasil? Por quê?

Se sim, que pontos deveriam ser destacados e que níveis da rede de saúde deveriam ser mobilizados?

### **5) Promoção da saúde do turista / Integração entre áreas de saúde e turismo**

Você saberia dizer se existe algum tipo de integração entre a área de saúde e a de turismo, para tratar desse tema?

Você, como gestor da saúde, acha que existe para o turismo alguma forma de resistência com a questão de saúde em viagem?

Em sua opinião, como responsabilidade, o que cabe à saúde e o que cabe ao turismo?

As publicações ou material existentes sobre saúde do viajante são suficientes para formação, capacitação ou sensibilização dos profissionais de viagem e de saúde no país?

Para você, qual seria a melhor forma de promover a saúde do viajante/turista no Brasil?

### **6) Política Nacional de Saúde do Viajante/Turista**

O Ministério da saúde do Brasil desenvolve diversos programas de saúde específicos, como o programa de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, e outros. Nesse contexto, você acha importante ou necessário ser criado um programa de saúde para os viajantes/turistas no Brasil? Por quê?

Em sua opinião, qual esfera de governo essa política ou programa deveria ser alocado?

Existe hoje alguma legislação que rege a saúde do viajante no Brasil? Que diretrizes norteiam as ações do Ministério da Saúde para essa população? Se não existirem leis e diretrizes, quais seriam os documentos norteadores existentes?

Quais seriam os fatores limitantes e facilitadores para a implementação de uma política de saúde do viajante? (fatores de ordem financeira, política, humana...). Que viajantes essa política deveria contemplar?

Em sua opinião e experiência, como a área de saúde do viajante/turista poderia ser inserida no financiamento do SUS?

Visto que o Brasil será sede de grandes eventos como a Copa de 2014 e as Olimpíadas de 2016, em sua opinião, como o país deverá se preparar para atuar com a saúde do viajante antes, durante e após esses eventos de massa?

## Roteiro de Entrevista (Gestor Turismo)

### ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTOR TURISMO

**Obs:** Apresentar os objetivos da pesquisa, e com o termo de consentimento solicitar autorização para a entrevista. Identificar na gravação o ator institucional e a data da entrevista.

#### 1) Caracterização do gestor

Atualmente, em qual instituição você trabalha?

Em qual cargo e função você atua nessa instituição, e há quanto tempo?

#### 2) Problemas de saúde relacionados ao turismo

**Informar ao gestor:** Dentre os vários tipos de viajantes (turista, migrante, trabalhador, exército, e outros), e dentre diversos motivos de viagem (como lazer, negócios, mudança de lugar), esta entrevista estará mais voltada para o viajante turista, que tem como característica fundamental a viagem de ida para o destino da viagem e a volta para casa, origem da viagem.

Na sua visão, existem problemas de saúde que possam estar relacionados à atividade do turismo? Poderia citar alguns exemplos?

Com qual afirmativa abaixo você concorda? Explique sua opção, ou opções se concordar com mais de uma, além de poder comentar as alternativas que não concordar:

- h) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **não possui imunidades para infecções**;
- i) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque tem um **comportamento que o expõe mais e não domina os códigos locais**;
- j) O turista **ajuda a espalhar as doenças** porque circula de lugares endêmicos para não endêmicos, trazendo agentes patogênicos;
- k) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **o sistema de saúde no local de destino não está preparado** para atendê-lo;
- l) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque **não detém as informações necessárias sobre os riscos**;
- m) O turista é uma vítima preferencial de problemas de saúde porque o sistema de saúde no local de origem **não tem políticas específicas** de prevenção e promoção;
- n) O turista é uma pessoa como outra qualquer e **não tem riscos específicos**.

#### 3) Integração entre áreas de saúde e turismo / Promoção da saúde do turista

Em sua opinião, a questão da saúde no turismo é vista como um benefício ou uma ameaça? Por quê?

Você saberia dizer se existe algum tipo de integração ou ações entre a área de saúde e a de turismo no Brasil, que tratam da saúde do turista?

Para você, qual seria a melhor forma de promover a saúde em viagens de turismo?

#### 4) Responsabilidade do setor turismo

Você, como gestor, acha que existe na área de turismo alguma forma de resistência ou oposição com a questão de saúde em viagem? Por quê? (que impactos são mais preocupantes: economia x saúde do turista).

Atualmente o turista pode organizar sua viagem sozinho ou comprar um pacote em uma agência de viagem. Se ele adoecer ou sofrer algum acidente durante a viagem por ter se exposto a algum risco no destino da viagem, em sua opinião, você acha que a área de turismo tem alguma responsabilidade sobre a saúde desse turista?

Em sua opinião, ainda como responsabilidade, o que cabe à saúde e o que cabe ao turismo?

Você acha importante sensibilizar e capacitar os profissionais de viagem para a questão da saúde em viagem?

Existem hoje publicações ou material sobre esse tema elaborado pela área de turismo no país?

### **5) Vigilância da saúde do turista**

Como a área de turismo lida com alertas e emergências de saúde pública, relacionados diretamente com turistas? Existe algum setor no turismo que trabalha com a gestão da minimização desses possíveis impactos para a saúde do turista e para a população local?

Quando acontece algum problema de saúde de grande impacto com turistas aqui no Brasil, seja com brasileiros ou estrangeiros, você saberia dizer como a área de turismo (governo) atua para apoiar as ações da área de saúde? Saberria dizer se essa atuação é prevista para a área de turismo?

Após os últimos acontecimentos da pandemia de influenza, a ocorrência de diversos surtos de diarreia em cruzeiros, dentre outros problemas de saúde que acometeram turistas em viagens nos últimos anos, todos esses fatos já seriam suficientes para justificar a implantação de uma política nacional de saúde do turista e de todos os viajantes no Brasil?

### **6) Política nacional de saúde do turista**

O Ministério da saúde do Brasil desenvolve diversos programas de saúde específicos, como o programa de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, e outros. Nesse contexto, você acha importante ser criado um programa de saúde para o turista e outros viajantes no Brasil? Por quê? Que viajantes essa política deveria contemplar?

Quais seriam os fatores limitantes e facilitadores para a implementação dessa política? (fatores de ordem financeira, política, humana).

Em sua opinião, qual esfera de governo essa política deveria ser alocada? O Mtur trabalharia em conjunto com o MS?

Existe hoje alguma legislação que rege a saúde do turista no Brasil? Se não existirem leis e diretrizes, saberia dizer se existem documentos norteadores sobre o tema na área de turismo?

Em sua opinião e experiência, como a saúde do turista poderia ser inserida no financiamento do Ministério do Turismo?

Visto que o Brasil será sede de grandes eventos como a Copa de 2014 e as Olimpíadas de 2016, em sua opinião, como o país deverá se preparar para atuar com a saúde dos turistas antes, durante e após esses eventos de massa?

## Termo de Consentimento (Gestores)

**Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E GERENTES

Caro Sr. (a) \_\_\_\_\_ do município \_\_\_\_\_,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde, gestores do turismo e o turista”**, desenvolvida como tese de doutorado do Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ .

Este estudo que está sendo realizado no município do Rio de Janeiro, tem como objetivo discutir sobre os elementos que podem contribuir para a construção de uma política pública nacional de saúde do viajante / turista, através das visões dos atores institucionais da área de saúde, da área de turismo, e do turista.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada com informações que identificam problemas de saúde relacionados ao turismo, a notificação em sistemas de informação, aspectos da vigilância em saúde e fatores limitantes e facilitadores para a implementação de uma política nacional de saúde do viajante.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento sobre o tema e os resultados da pesquisa poderão subsidiar a implementação de uma política de saúde integrada entre as áreas de saúde e turismo.

As informações obtidas através da pesquisa junto aos entrevistados serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Contudo, no caso de representantes como o Secretário Municipal de Saúde, o Secretário Municipal de Turismo, cujo número de entrevistados é muito pequeno, possivelmente, na divulgação dos resultados, os entrevistados poderão ser identificados, ainda que não se indique os nomes. Deste modo, solicitamos sua permissão para gravação de sua entrevista e divulgação de suas opiniões. Os resultados serão divulgados na forma de tese, artigos científicos, livros acadêmicos.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, ligando para os telefones abaixo.

\_\_\_\_\_  
Vanina Matos

Christovam Barcellos  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde - ICICT  
Av. Brasil, 4365, sala 31  
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-900  
Tels.: 0055 (21) 3865-3222  
Fax: (21) 2270-2668 E-mail: [vaninamatos@ensp.fiocruz.br](mailto:vaninamatos@ensp.fiocruz.br)  
Endereço Eletrônico: [www.cict.fiocruz.br](http://www.cict.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Andar Térreo  
Manguinhos - Rio de Janeiro/ RJ – CEP 21041-210  
Tel/fax: (21) 2598-2863  
E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)  
Endereço Eletrônico: [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

Nome:.....Cargo.....Data.....

Ficha SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA

Nº

**CASO SUSPEITO:** Paciente com febre aguda (de até sete dias), de início súbito, com icterícia, procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não-humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra febre amarela (apresentação do cartão de vacina).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	FEBRE AMARELA	Código (CID10) 3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares do Caso		
Ocupação	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias		
Antecedentes Epidemiológicos	<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, solim, etc.) <input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos <input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)		
	34 Vacinado Contra Febre Amarela	35 Caso Afirmativo, Data	36 UF
	37 Município	Código (IBGE)	38 Unidade de Saúde
Dados Clínicos	39 Sinais e Sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.) <input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta) <input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)		
Avaliamento	40 Ocorreu Hospitalização?		41 Data da Internação
	43 Município	Código (IBGE)	44 Unidade de Saúde
Dados de Laboratório	45 Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)		
	Bilirrubina Total _____ mg/dl AST (TGO) _____ UI Bilirrubina Direta _____ mg/dl ALT (TGP) _____ UI		

Febre Amarela

Sinan NET

SVS 09/05/2007

