

Mobilidades, hospedagem e territórios de hospitalidade no entorno do Hospital do Amor, em Barretos/SP, Brasil

Mobilities, accommodation and hospitality territories around Hospital do Amor, in Barretos/SP, Brazil

Movilidades, alojamiento y territorios de hospitalidad alrededor del Hospital del Amor, en Barretos/SP, Brasil

Thiago Allis¹
Ana Paula Garcia Spolon²
Aguinaldo César Fratucci³

Artigo selecionado – Edição especial Turismo e Saúde

Resumo: O Hospital do Amor (HA), antigo Hospital do Câncer de Barretos, faz referência a uma questão relevante e sensível: a importância do cuidado com as pessoas. Localizado no interior de São Paulo, é um dos maiores complexos da categoria na América Latina, destinado a pacientes oncológicos oriundos de todo o Brasil. Este trabalho buscou reconhecer e compreender a estrutura dos alojamentos (AI) e casas de apoio (CA), um conjunto de espaços alternativos de hospedagem que se constituiu para acolher pessoas que viajam a Barretos para tratamento médico. Este esforço de compreensão se deu a partir da análise das dinâmicas socioespaciais urbanas resultantes da maneira de funcionamento dessas unidades e de sua interação com o HA. A forma tradicional como se organizam as cidades para hospedar quem chega e a prática ética da hospitalidade são as categorias que orientam o olhar para a miríade de mobilidades associadas ao turismo médico em Barretos. A pesquisa, qualitativa, baseou-se em entrevistas, em visitas e em observação participante. Notou-se um grau reduzido de interação dos usuários dos AI e CA com o ambiente urbano, sendo esta interação induzida majoritariamente por mobilidades mandatórias, como idas e vindas ao hospital, deslocamentos intermunicipais e interestaduais e movimentações em direção a equipamentos de apoio como farmácias, igrejas e comércio local. Outra constatação é a do reconhecimento das mobilidades como protagonistas neste processo de cuidado em saúde no território, que estrutura sociabilidades e coloca a hospitalidade no coração da vida social.

Palavras-chave: Mobilidades. Lugares de hospitalidade. Hospedagem. Turismo médico. Barretos (Brasil).

Abstract: *Hospital do Amor* (HA), former *Hospital do Câncer de Barretos*, refers to a relevant and sensitive question: the importance of caring for people. Located in the interior of São Paulo, it is one of the two largest complexes of the category in Latin America, aimed at cancer patients from all over Brazil. This work sought to recognize and understand the structure of accommodations (AI) and support houses (CA), a set of alternative accommodation spaces established to accommodate people who travel to Barretos for medical treatment. This understanding effort comes from the analysis of the urban socio-spatial dynamics resulting from the way these units function and from their interaction with the HA. The traditional way in which cities are organized to host arriving people and the ethical practice of hospitality are the categories that we use to look at the myriad of mobility associated with medical tourism in Barretos. The nature of the research is qualitative research, based on interviews, visits and participant observation. There was a reduced degree of interaction between users of both AI and CA with the urban environment and this interaction is mainly induced by mandatory mobilities, such as trips to the hospital, inter-municipal and inter-state displacements, and movements towards support facilities such as pharmacies, churches and local commerce. Another finding is the recognition of mobility as protagonist in this process of health care in the territory, which structures sociabilities and places hospitality in the heart of social life.

Keywords: Mobilities. Places of hospitality. Accommodation. Medical tourism. Barretos (Brazil).

¹**Formação/curso:** Graduado em Turismo (ECA-USP). Mestre em Integração da América Latina (PROLAM-USP). Doutor em Arquitetura e Urbanismo (FAU-USP). **Instituição:** Professor Livre-Docente da Universidade de São Paulo - São Paulo/SP, Brasil. **E-mail:** thiagoallis@usp.br.

²**Formação/curso:** Graduada em Letras (UNESP) e em Hotelaria (SENAC/SP). Mestre e Doutora em Arquitetura e Urbanismo (FAU-USP). **Instituição:** Professora Associada do Departamento de Turismo da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil. **E-mail:** anapaulaspolon@id.uff.br.

³**Formação/curso:** Graduado em Arquitetura (Santa Úrsula). Mestre e Doutor em Geografia (UFF). **Instituição:** Professor Associado do Departamento de Turismo da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil. **E-mail:** acfratucci@id.uff.br.

Resumen: El *Hospital do Amor* (HA), antes llamado *Hospital do Câncer de Barretos*, se refiere a un tema relevante y sensible: la importancia del cuidado con las personas. Ubicado en el interior de São Paulo, es uno de los mayores complejos de su categoría en América Latina, destinado a pacientes con cáncer que vienen de todo Brasil. Este trabajo buscó reconocer y comprender la estructura de alojamientos (AI) y casas de apoyo (CA), un conjunto de espacios alternativos de alojamiento que se constituyó para hospedar a las personas que viajan a Barretos para recibir tratamiento médico. Este esfuerzo de comprensión se basó en el análisis de las dinámicas socioespaciales urbanas resultantes del funcionamiento de estas unidades y su interacción con HA. La manera tradicional en que las ciudades se organizan para recibir a los recién llegados y la práctica ética de la hospitalidad son las categorías que guían la mirada sobre la miríada de movilidades asociadas al turismo médico en Barretos. La investigación cualitativa se basó en entrevistas, visitas y observación participante. Se constató un grado reducido de interacción de los usuarios de AI y CA con el espacio urbano, y que esta interacción es inducida principalmente por movilidades obligatorias, como ir y venir al hospital, desplazamientos interurbanos e interestatales y movimientos hacia puntos de apoyo como farmacias, iglesias, y negocios locales. Otra constatación es el reconocimiento de las movilidades como protagonistas de este proceso de atención a la salud en el territorio, que estructura sociabilidades y sitúa la hospitalidad en el centro de la vida social.

Palabras Clave: Movilidades. Lugares de hospitalidad. Hospedaje. Turismo médico. Barretos (Brasil).

1 Introdução

No sistema federativo brasileiro, não é incomum que os serviços públicos de saúde de um dos membros da federação seja melhor organizado, ou que haja problemas graves de acesso universal a procedimentos de saúde mais simples. Neste contexto de um sistema de saúde ainda desigual, o Hospital do Amor (HA), em Barretos, um equipamento de saúde de reconhecida qualidade dedicado a tratamentos oncológicos e implantado em um dos estados mais ricos do país (São Paulo), atrai fluxos de pacientes de muitos municípios paulistas e de diversos outros estados. Este fenômeno ilustra a iniquidade na provisão de serviços especializados de oncologia, em escala nacional.

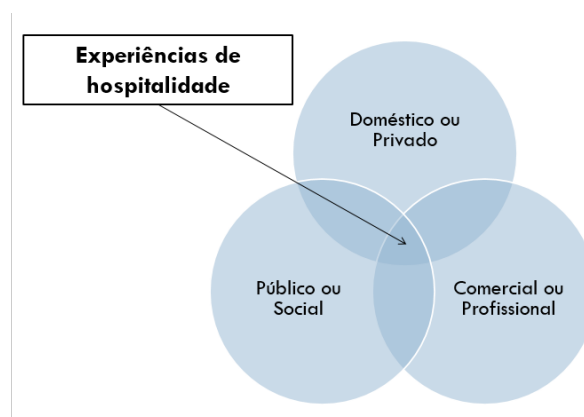
Em busca de atendimento em Barretos, pacientes e acompanhantes vindos de diversas localidades buscam atendimento médico e serviços complementares, entre os quais os de hospedagem. Diante da dificuldade ou da impossibilidade (por diversas razões) de uso da rede hoteleira tradicional, essas pessoas procuram formas alternativas de alojamento, o que induziu a formação de uma estrutura urbana bastante peculiar de hospedagem, da qual fazem parte alojamentos (AI) e casas de apoio (CA).

Neste contexto, pergunta-se: Quem são os agentes sociais envolvidos nesta rede e qual o seu papel no sentido de disponibilizar e organizar serviços de hospedagem para o enorme quantitativo de pacientes e acompanhantes que visitam Barretos e o HA? Pode este fenômeno ser enquadrado nos esquemas conceituais até aqui conhecidos de turismo médico? Pode esta rede ser considerada uma estrutura tradicional de hospedagem, no espaço da cidade? Assumindo que o HA seja um gerador de fluxos de visitantes e que Barretos seja um reconhecido território de hospitalidade, qual o grau e a dinâmica de interação entre os usuários desse sistema e o ambiente urbano? O que dizer sobre os laços sociais e a rede de solidariedade presentes nessas dinâmicas sociais?

O caso de Barretos parece retratar um arranjo socioespacial de lugares e de mobilidades especialmente importantes para as milhares de pessoas que para lá se dirigem em busca de tratamento e cura. A importância do lugar, em consonância com a noção de hospitalidade como um fenômeno social total (MAUSS, 1925), orienta reflexões sobre como organizar o cuidado com a saúde das pessoas no território, este se configurando como um território de hospitalidade, nos termos propostos por Costa e Moesch (2017). Para os autores, esta noção de interação entre o território e a prática ética da hospitalidade está ancorada na compreensão da cidade como uma “moradia coletiva ampliada”, como “território de aglomeração [...] e de estabelecimento de conexões” (COSTA; MOESCH, 2017, p. 160). É a ideia de que o território é “feito de coletivizações”.

Nesses termos, o modelo de hospitalidade proposto por Lashley (2000) pode ser usado para ajudar a compreender as maneiras de intersecção entre os domínios da hospitalidade social ou pública, doméstica ou privada e comercial ou profissional e de qualificar a dinâmica das reais experiências de hospitalidade, que acontecem efetivamente nas áreas de intersecção entre os domínios (Figura 1).

Figura 1 – Domínios da hospitalidade e áreas de intersecção, onde acontecem as reais experiências de hospitalidade



Fonte: Adaptado de Lashley (2000)

Barretos recebe “turistas” que chegam para submeter-se ou acompanhar alguém que se submeta a tratamento médico: são as pessoas que buscam cura e que registram períodos de permanência que podem variar de alguns dias a vários meses, ou mesmo anos. E, no contexto em tela, muitas vezes não há previsão exata de retorno, por conta exatamente das diversas possibilidades de evolução de quadros médicos e clínicos. Com isso, a estadia pode variar de poucos dias até o nunca mais retornar para casa, no caso de pacientes que vêm a falecer na cidade.

Nossa hipótese é que este caso orienta questionamentos sobre os conceitos tradicionais de hospitalidade, hotelaria, turismo médico, mobilidades e território, quando vistos em conjunto, uma vez que a dinâmica da interação entre pessoas, objetos e a própria cidade - em relação com outras escalas geográficas, que extrapolam as dimensões locais - parece mostrar uma realidade que pede novas perguntas e outros entendimentos.

2 Revisão de literatura

Até muito recentemente, a noção de **mobilidade** estava relacionada principalmente a questões sociais (mobilidade social, em termos de classe, raça, gênero) ou de infraestrutura (modais e sistemas de transporte, planejamento urbano, tecnologias). Com o advento da “virada das mobilidades”, pesquisadores, especialmente os ligados às ciências sociais, começaram a abordar o tema de maneira multidimensional, relacional e necessariamente interdisciplinar.

Urry (2000) apontou que as mobilidades não se referem apenas ao deslocamento de corpos (como geralmente é discutido em estudos sobre transportes e migrações), mas também de objetos, imagens e comunicações. Embora esta pareça ser uma suposição simples, em termos teóricos e metodológicos esta concepção de mobilidade evoluiu de maneira muito densa nos últimos 15 anos, na direção de um “novo paradigma” (SHELLER; URRY, 2006).

Com base neste Paradigma das Nova Mobilidades (PNM), na virada da mobilidade ou na perspectiva das mobilidades (KAUFMANN, 2002; HANNAM; SHELLER; URRY, 2006; SHELLER; URRY, 2006; ADEY, 2017), lançou-se luz sobre as complexidades sociais e políticas das (i) mobilidades, com especial atenção para os contrários e destaque para a ideia de fluidez: tempos de espera, fronteiras, imobilidade, fricções de todos os tipos, velocidades e ritmos variáveis, fenômeno descrito por Cresswell (2010) como uma “constelação de mobilidades”.

A base dessa concepção é o pressuposto de que o território é fluido e complexo e que, nele, registram-se fluxos diversos, mas entrecortado por fricções. Nos pontos de parada ou de “habitação em movimento” (do inglês *dwelling in motion*) é que se dá o encontro com os outros, quando o estranhamento e as trocas acontecem e contribuem para a construção das experiências de ser e de estar no mundo. Tanto quem acolhe quanto quem é acolhido, independente dos objetivos e das pretensões, muda e é modificado pelas intensas relações dialógicas estabelecidas.

A dinâmica dessas interações no território são um exemplo pleno do que Mauss (1925) chama de fato social total, um processo que se manifesta na totalidade da sociedade (COSTA; MOESCH, 2017)

e que põe em associação os conceitos de mobilidade e de hospitalidade, o que nos dá a oportunidade de entender os territórios como espaços socialmente produzidos em função de como são usados e apropriados, compreensão que fundamenta esta pesquisa.

Quanto ao conceito de **turismo médico**, trata-se de uma modalidade considerada “um subproduto do turismo de saúde e bem-estar, que abrange diversos tipos de cirurgias, transplantes e tratamentos [...] realizados em hospitais e em clínicas” (FERNANDES; FERNANDES, 2001, p. 83). Para Godoi (2009, p. 14), o “turismo médico subentende alguma intervenção médica ou ação que ocorra dentro de um ambiente hospitalar ou assistido por algum médico”.

O esforço de caracterização do turismo médico e do turista que viaja com esta motivação leva à literatura sobre turismo de saúde ou turismo de saúde e bem-estar, que tem registrado estudos que abordam o tema sob as perspectivas (a) do marketing, que investiga a lógica de consumo de serviços de viagem por motivação médica (GODOI, 2009; ROSA; SILVA, 2011; FERNANDES; FERNANDES, 2011), (b) das viagens transnacionais em busca de cuidados de saúde e bem estar, especialmente a partir de países do norte global para destinos emergentes do sul global (GLINOS; BAETEN; HELBLE; MAARSE, 2010; HOPKINS; LABONTÉ; RUNNELS; PACKER, 2010; FERNANDES; FERNANDES, 2011; JOSEPH; JACOB, 2014), dada a interessante relação custo-benefício e (c) das tentativas de diferenciar os segmentos do mercado global de cuidados com a saúde, distinguindo entre “procedimentos invasivos e/ou doloridos” (transplantes, por exemplo) em oposição aos “procedimentos *drop-in*” (dentística ou procedimentos estéticos leves) (CONNELL, 2013).

Outras abordagens, como estudos sobre mobilidade de pacientes, financiamento de cuidados com a saúde e o bem-estar regional e global (inter-regional), fluxos intranacionais de viagens por motivações médicas têm sido pouco considerados. Mais recentemente, estudos têm se dedicado ao turismo médico nas fronteiras sul-sul (CRUSH; CHIKANDA, 2014), levantando discussões sobre pós-colonialismo, bioética, segurança e risco. Isso se dá, provavelmente, por conta das características do próprio fenômeno: pacientes mais ricos (do norte global) procuram por tratamentos mais baratos (no sul global).

Como marco conceitual para este trabalho, turismo médico seria, portanto, um segmento do mercado das viagens. Fernandes e Fernandes (2011) registram a simbiose entre os setores envolvidos em sua organização: agências especializadas, hotelaria de excelência e com serviços hospitalares de apoio, hospitais e até revistas, como a *Medical Tourism Magazine*.

Neste tipo de viagem, pacientes e seus acompanhantes são considerados turistas que se movem dos seus lugares de residência por períodos que, em geral, não são curtos, em busca de tratamentos médicos. Godoi (2009, p. 15) indica que “embora os objetivos sejam os mais diversos [...], a maior parte das viagens volta-se para alguns procedimentos médicos mais procurados: ortodontia, cirurgia plástica, ortopedia e cirurgia cardiovascular”. As viagens acontecem em nível global e se dão em função de inúmeros fatores motivadores, entre os quais o baixo custo ou a inexistência de cobertura por convênio ou seguro médico no país de origem. O autor diz ainda que “as viagens em busca de tratamento médico sempre existiram na história humana. O que há de novo é a utilização do turismo como complemento do tratamento, com atividades culturais e de lazer, além da estrutura de transportes, hospedagem e alimentação” (GODOI, 2009, p. 14).

Neste sentido, ao olhar para a realidade de Barretos, o que se vê é uma experiência diferente das comumente abordadas: um contingente de pacientes com restrição de renda, originários de muitas variadas cidades brasileiras (e uma demanda internacional muito pequena), que buscam serviços médicos gratuitos, providos pelo sistema público.

Em relação à **hospitalidade**, a noção é interpretada, neste artigo, de duas maneiras. A primeira delas diz respeito à ideia de lugares de hospitalidade, conforme proposto por Baptista (2002, p. 163). Para a autora, lugar de hospitalidade é o território que acolhe, aquele que “motiva a ação solidária” e que leva à “promoção dos valores necessários à vida em comum”, aquele onde as pessoas tomam seu espaço no mundo, acomodam-se como precisam e se sentem seguras e protegidas.

Para Lashley (2000, p. 15), os territórios de hospitalidade são os espaços onde as experiências de hospitalidade acontecem, nos quais os valores da própria sociedade são testados, exatamente porque neles há elementos do contexto social geral que orientam condutas como o cuidado para com o outro, a assistência aos vulneráveis e o provimento de alojamento aos necessitados.

A segunda perspectiva de interpretação da hospitalidade se dá também sobre esses territórios de hospitalidade, mas a partir da compreensão de cada um dos domínios espaciais específicos, como sugerido por Lashley (2000) e por Camargo (2005).

No *domínio doméstico ou privado* estaria o provimento de alojamento gracioso de familiares e amigos, no espaço da intimidade e da proximidade nuclear. No *domínio comercial ou profissional* estaria a hospitalidade como negócio, ou a oferta de alojamento mediante pagamento. No *domínio público ou privado* estaria a hospitalidade em espaços de uso comum, entre os quais a cidade, tida por Gastal e Kunz (2014, p. 102) como “uma grande casa”.

No contexto desenhado por esses domínios e pela perspectiva da **hospedagem** propriamente dita, ou seja, da oferta de cama e banho, haveria duas maneiras básicas de hospedagem a serem consideradas: a paga e a gratuita.

Nas cidades, essas duas maneiras de hospedagem são estruturadas por dois conjuntos diferentes de equipamentos. O primeiro, o da *hospitalidade comercial ou profissional*, é formado por estabelecimentos de hospedagem genericamente chamados de hotéis, que atendem o hóspede com condições plenas de pagar pela estada. São edifícios adaptados ou planejados, que oferecem unidades habitacionais por preço pré-fixado, para serem usadas por um ou mais períodos de 24 horas, nos termos estabelecidos no ato da reserva ou da entrada. Esta hotelaria tradicional é mundialmente padronizada e ancorada em Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que estabelecem rotinas e práticas operacionais e administrativas testadas e validadas. Hotéis costumam oferecer diárias com café da manhã e serviços complementares de alimentação, entretenimento e eventos, de acordo com o público-alvo. Podem atender a diversos segmentos, inclusive ao turismo de saúde, ou ao turismo médico, e em função do perfil de cada segmento ajustam-se facilidades e serviços oferecidos.

Outro jeito de acolher pessoas, nas cidades, é prover serviços públicos de alojamento, em geral prestados pela municipalidade. Este modelo pode ser considerado uma expressão da *hospitalidade social ou pública*, uma vez que é gratuito (ou quase). Custos operacionais costumam ser majoritária ou inteiramente cobertos pelo poder público. São espaços que alojam deslocados (imigrantes, refugiados, apátridas, nômades, pessoas em situação de vulnerabilidade) que não têm condições de pagar por hospedagem. Diversas cidades têm políticas públicas de acolhimento, como o *Moradia Primeiro*, projeto baseado no internacional *Housing First* e que no Brasil está em teste em Curitiba e Porto Alegre (MDH, 2018) ou a política de acolhimento de imigrantes de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020). Esta segunda modalidade de alojamento nas cidades está diretamente associada ao conceito de hospitalidade aplicado aos territórios, ou à noção de hospitalidade do lugar.

Para melhor compreender as formas de mobilidade e as ideias de hospitalidade e de hospedagem ligadas ao território, bem como para identificar e qualificar o perfil do “turista” que se desloca para Barretos em busca de serviços médicos oncológicos (turismo médico), recorreu-se a procedimentos metodológicos.

3 Metodologia

Partindo das noções de turismo médico e de hospitalidade e das maneiras tradicionais de hospedagem nas cidades, lançou-se luz sobre o caso de Barretos, refutando a proposta da compreensão de senso comum das viagens ao município como viagens pertencentes a um nicho particular (turismo médico).

Além disso, ao invés de restringir a compreensão da hospitalidade como uma atividade de espaços *fechados* (a hospitalidade comercial/profissional, ou a privada/doméstica) ou *abertos* (hospitalidade pública/social), mas de alguma forma circunscritos, buscamos compreendê-la em movimento, ou como ela se materializa e se faz representar nos territórios, de maneira fluida, não-linear e, eventualmente, fragmentada, o que remete aos lugares (ou territórios) de hospitalidade de Baptista (2002).

Este olhar amplo vai também ao encontro do proposto pelo Paradigma das Novas Mobilidades e abre novas possibilidades de compreensão da dinâmica e da própria natureza das mobilidades a partir de uma gama de elementos, particularmente os de corporeidade (pacientes, acompanhantes, trabalhadores sociais, trabalhadores da saúde) e os de objetos (refeições, gêneros alimentícios, objetos pessoais, doações, roupas, remédios).

Do ponto de vista empírico, optou-se por uma *análise descritiva* dos espaços selecionados: as instalações de acomodação envolvidas diretamente com o HA, tanto as administradas pelo próprio hospital, como por outras entidades, para entender sua estrutura e funcionamento e a dinâmica de sua interação com a cidade e o hospital.

A aproximação com o objeto se deu por *abordagem etnográfica multi-situada* (entrevistas em profundidade e observação participante em variada dimensão territorial), derivada das orientações gerais de Marcus (1995), e por *métodos móveis* (BÜSCHER; URRY; WITCHGER, 2010), adequados às proposições teóricas do PNM (SHELLER; URRY, 2006). Em particular, nos inspiramos nas aproximações feitas por Moraes (2021), que combina ambas abordagens para o estudo do turismo - ainda que em realidade diferente (turismo em favelas).

Foram visitados 14 alojamentos (AI) e casas de apoio (CA), nos quais se entrevistou administradores e hóspedes (pacientes e acompanhantes). A escolha das unidades buscou garantir representatividade geográfica e administrativa. Também foram entrevistados colaboradores dos departamentos de Assistência Social e de Projetos do HA. As entrevistas foram realizadas em junho de

2019, portanto, antes da eclosão da pandemia de COVID-19 - motivo pelo qual o assunto e mesmo protocolos de segurança específicos não estão pautados neste trabalho.

Os alojamentos (AI) e casas de apoio (CA) são gerenciados em função das necessidades dos hóspedes e de acordo com os recursos disponíveis. O funcionamento e organização interna evidenciam que procedimentos operacionais padrão (POP) da hotelaria tradicional são constantemente ignorados em favor de rotinas domésticas estabelecidas com base em experiências pessoais ou mesmo instintivas, caracterizando um modelo de autoadministração, especialmente nas CA.

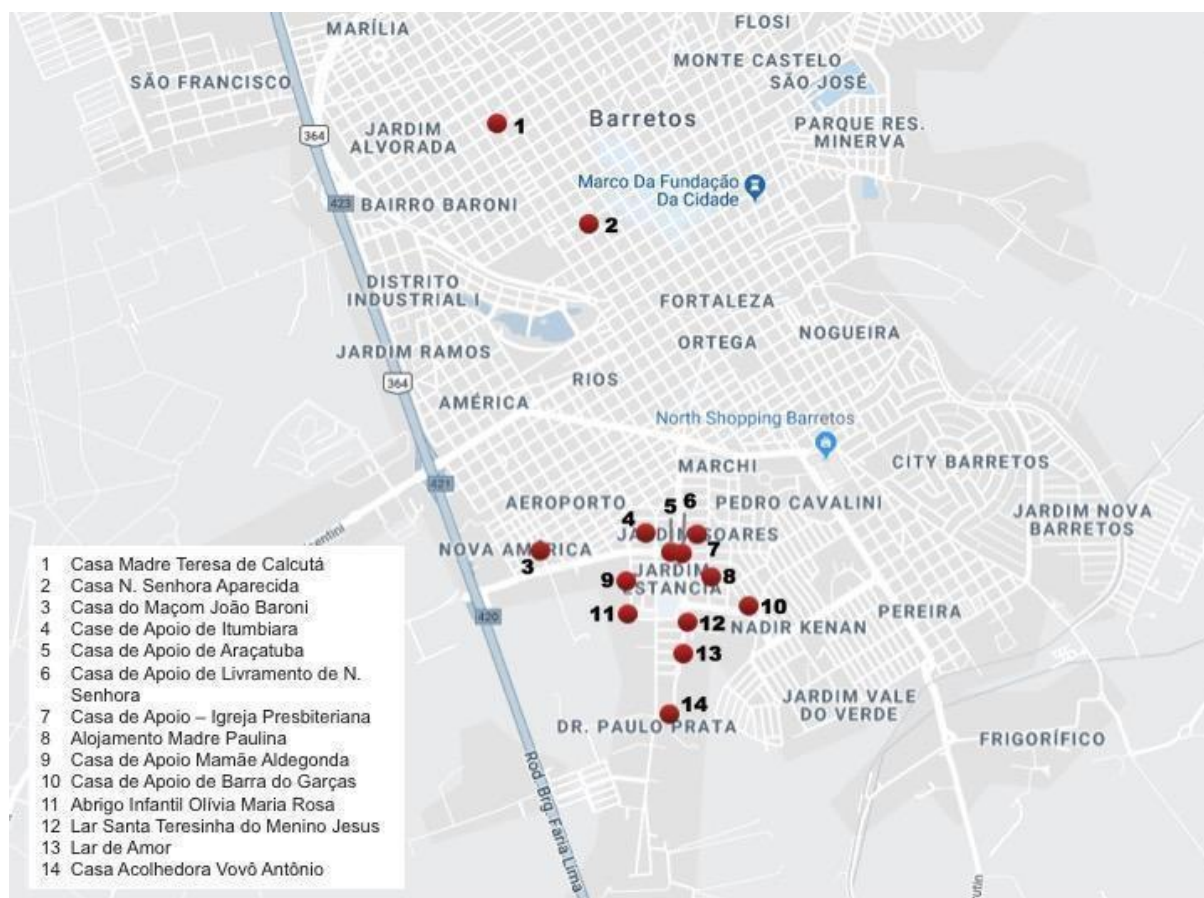
Esta pesquisa ancorou-se na hipótese de que esta rede de alojamentos e casas de apoio integra uma dinâmica urbana diferente, na qual tem um papel estruturante, como se, como elementos fixos de impacto, esses AI e CA fossem capazes de orientar, de alguma maneira, comportamentos, sociabilidades e o desenho de elementos móveis e de fluxos, na cidade, aproximando estilos de vida, origens, dores e medos que, em condições normais, estariam absolutamente apartados.

Neste sentido, os territórios de hospitalidade seriam uma resultante dessas mobilidades obrigatórias (deslocamentos do cuidado e da cura) e também das fronteiras (GASTAL; KUNZ, 2014).

Os alojamentos (AI) e casas de apoio (CA) foram distribuídos em dois grupos. A Figura 2 mostra sua distribuição no território.

- a) **Grupo A:** *Alojamentos (AI) gerenciados ou mantidos pelo hospital* – também chamados de casas ou lares, mantêm diferentes níveis de dependência do HA (propriedade ou responsabilidade pelo aluguel, funcionários, provisão de alimentos e refeição e serviços como de cozinha, limpeza e manutenção). Este grupo inclui parceiros encarregados de algumas casas, que recebem suporte do HA.
- b) **Grupo B:** *Casas independentes* – São as *casas de apoio (CA)* administradas e mantidas total ou parcialmente por organismos públicos ou civis sem fins lucrativos (prefeituras, deputados, ONGs), por voluntários ou por instituições de caridade. São chamadas de ‘independentes’ por não serem mesmo formalmente dependentes do HA, embora o Departamento de Serviço Social do hospital mantenha aberta a possibilidade de apoiá-las, se necessário.

Figura 2 – Mapa de Alojamentos e Casas de Apoio visitados – distribuição territorial



Fonte: Mapa elaborado no software Maptive, a partir de dados de referenciamento geográfico fornecidos pelo Departamento de Serviço Social do Hospital do Amor (2019)

Ao visitar as casas, foi possível encontrar pessoas que estavam em variados níveis do tratamento oncológico, inclusive paliativo. Neste sentido, além da atenção regular com a rotina de pesquisa (gravações, tomada de notas, fotografias), foi necessário também adotar uma conduta cuidadosa para com as pessoas e para com os espaços por elas frequentados. Em todas as ocasiões, os autores receberam apoio do Departamento de Serviço Social do HA, na tentativa de transmitir aos gestores, pacientes e a seus acompanhantes, a tranquilidade necessária quanto à ética da pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1 – Casas de Apoio em Barretos – amostra (com códigos dos entrevistados)

Tipo	Subtipo	Nome	Gestores entrevistados	Hóspedes entrevistados
GRUPO A Acomodações administradas ou apoiadas	I. Administração direta (com serviços)	Lar de Amor	LA_M1	***
		Alojamento Menino Jesus de S. Teresinha		***

(A1)	<i>Alojamentos</i>	Alojamento Madre Paulina	MP_M1	MP_G1 MP_G2
	II. Administração direta (sem serviços) <i>Casas centrais</i>	Casa Nossa Senhora Aparecida	***	AP_G1 AP_G2 AP_G3 AP_G4 AP_G5
		Casa Madre Teresa de Calcutá	***	TC_G1 TC_G2 TC_G3 TC_G4 TC_G5
	III. Apoio indireto	Casa Acolhedora Vovô Antonio	VA_M1	***
Abrigo Infantil Olívia Maria Rosa		OM_M1	***	
GRUPO B Casas independentes – Casas de Apoio (CA)	I. Administração pública municipal (executivo e legislativo)	Casa de Apoio de Itumbiara (GO)	CI_M1	***
		Casa de Apoio de Araçatuba (SP)	CA_M1	CA_G1 CA_G2
		Casa de Apoio Mamãe Aldegonda (MS)	MA_M1	***
	II. ONG e instituições de caridade	Casa de Apoio de Livramento de N. Senhora (BA)	CL_M1	CL_P1
		Casa de Apoio de Barra do Garças (MT)	CB_M1	CB_G1 CB_G2
		Casa do Maçom João Barioni	CM_M1 CM_M2	CM_G1 CM_G2
		Casa de Apoio da Igreja Presbiteriana	CP_M1 CP_M1 CP_M3	CP_G1

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

4 Entendendo o cenário: o Hospital do Amor e o ambiente urbano

O Hospital do Amor (HA) foi concebido como hospital geral em 1962, com o nome de *Hospital São Judas Tadeu*, hoje uma unidade de tratamento paliativo. Depois, foi convertido em hospital oncológico. Desde 1967 é mantido pela Fundação Pio XII. Inaugurando uma fase de grande expansão, o primeiro pavilhão do novo complexo, como existe hoje, foi aberto, em 1991.

Com o passar dos anos, foram sendo realizadas importantes expansões, como a relevante abertura do *Hospital Infantojuvenil* em 2012 e inauguração de um centro de pesquisa que trabalha em integração com a *IRCAD América Latina* e onde há Programas de Mestrado e Doutorado em Oncologia. Em 2011, foi aberto um centro de treinamento de técnicas cirúrgicas menos invasivas. A Fundação Pio

XII também opera o *Hospital Nossa Senhora*, um hospital privado aberto em 2018, que atua em parceria com o Governo do Estado na administração de uma clínica de especialidades médicas (AME).

O modelo de negócios do HA inclui a transferência de recursos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e continuadas e substanciais campanhas de doações – por exemplo a liderada por reconhecidos cantores sertanejos brasileiros, cujo reconhecimento lhes é dado na forma de *naming rights* (seus nomes são inscritos nos pavilhões por eles financiados).

Pelo fato de a maioria dos pacientes vir de classes menos favorecidas, o serviço social do hospital sempre foi essencial na rotina diária do HA, cabendo ao setor e a parceiros (como a *Associação de Voluntários contra o Câncer – AVCC*) o provimento de alimentação, remédios e itens de uso pessoal (fraldas infantis e geriátricas, suplementos alimentares, absorventes higiênicos) para pacientes e acompanhantes.

Atualmente, o HA tem mais de dez unidades dedicadas ao tratamento e prevenção do câncer em Barretos e também em São Paulo (capital) e em Mato Grosso do Sul, Bahia, Rondônia, Sergipe e Amapá. O grupo tem mais de 4.000 funcionários e realiza quase 10 mil procedimentos diários, sem nenhum custo⁴.

As instalações principais do HA estão localizadas em uma área que já foi a periferia de Barretos. Depois da construção dos primeiros pavilhões maiores, em 1991, o tecido urbano mudou profundamente de configuração. É a distribuição territorial das principais unidades do hospital – unidades 3 (Hospital São Judas Tadeu), 4 (prédio principal) e 6 (Hospital Infantojuvenil) – que em grande medida define a rotina de mobilidade de pacientes, funcionários e dos outros agentes envolvidos diretamente com o hospital.

Barretos é um destino turístico e não somente um destino de turismo de saúde. A cidade é, antes, conhecida por conta da *Festa do Peão Boiadeiro*, evento anual internacionalmente famoso, ancorado na tradição da cultura pecuária do interior do Estado de São Paulo. O evento surgiu em 1945 e cresceu até se tornar um dos principais do gênero, em todo o mundo. Acontece em agosto e atrai cerca de um milhão de pessoas para o *Parque do Peão*, movimentando a economia de toda a cidade (GONÇALVES, 2013)

A política de promoção do turismo da cidade busca diversificar os mercados-alvo, apresentando o HA como atração turística, com outros atrativos como as águas termais, atrativos religiosos e patrimônio cultural. O vídeo promocional do município convida o visitante a descobrir que a “história

⁴ Dados relativos a 2021, quando foram realizados 3.599.274 procedimentos e feitos 1.011.993 atendimentos.

do hospital é, em si, uma atração e que [...] a visita ao lugar vale como uma lição de vida e de solidariedade”. Além disso, a pesquisa realizada no HA também é referenciada como um dos pilares do turismo médico.

Em contraste com esta abordagem comercial, o Departamento de Serviço Social do HA não reconhece os usuários do hospital como turistas. Este contingente de pessoas não passeia, não dispõe de recursos para compra de serviços adicionais como alimentação ou entretenimento, não tem certeza sobre quanto tempo ficará na cidade e não tem comportamento de consumo equivalente ao de um turista convencional.

Para atender a este público com demandas específicas é que diversos estabelecimentos alternativos de hospedagem – que se diferenciavam do modelo hoteleiro tradicional – foram surgindo na cidade. Esse fenômeno se deu porque a hotelaria tradicional não atende às necessidades desses hóspedes que se dirigem ao Hospital do Amor, dado que esses serviços tradicionais são caros, padronizados (e, portanto, pouco flexíveis) e pouco adaptáveis às demandas particulares dos pacientes e de seus acompanhantes.

No que diz respeito ao papel do HA no tecido urbano de Barretos, junto com dois grandes abatedouros, um shopping center (inaugurado em 2010) e uma escola de medicina (FACISB, aberta em 2010), o hospital mudou significativamente a paisagem da zona sul da cidade, quando “um novo conjunto de elementos urbanos surgiu” (Departamento de Serviço Social do Hospital do Amor).

Desde 1962 e especialmente a partir da expansão de 1991, diversas opções de acomodação foram implantadas na cidade, que hoje registra cinco categorias de estabelecimentos⁵:

- (1) **Alojamentos:** São estabelecimentos próprios, alugados ou arrendados pelo HA, onde os hóspedes são alojados de acordo com critérios do Departamento de Serviço Social do hospital.
- (2) **Casas independentes:** Estabelecimentos próprios ou alugados por municipalidades, organizações não-governamentais, associações ou instituições de caridade, para alojar gratuitamente ou por preços baixos seus membros, associados ou cidadãos.

⁵ Nas investigações sobre trabalhos que tivessem como tema o Hospital do Amor de Barretos e que falassem, em alguma medida, de hospitalidade, foi identificado um único texto, cujo tema principal eram as práticas de lazer no entorno do hospital. O texto faz referências à estrutura de hospedagem na cidade apontando a existência de hotéis e de pousadas, sem qualquer referência ao conjunto de casas de apoio e alojamentos, como tratados nesta pesquisa. Para informações, veja: SILVA, A. S.; LANZARINI, R. Hospitalidade e lazer para pacientes-viajantes e seus acompanhantes na região do Hospital de Câncer de Barretos, SP, Brasil. *Revista Turismo em Análise*, v. 27, n. 3, p. 543-567, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rta/article/view/112381>. Acesso em: 16 nov. 2022.

- (3) **Pousadas:** Estabelecimentos particulares, com rotinas e procedimentos operacionais e de gestão inspirados na hotelaria tradicional profissionalizada, em um esforço de prover serviços de qualidade. Muitos desses negócios são informais e, eventualmente, irregulares.
- (4) **Apartamentos ou casas de aluguel:** São imóveis privados, alugados parcial ou totalmente por imobiliárias ou pelos proprietários. Podem também estar disponibilizadas em plataformas online de intermediação de aluguéis. O Airbnb, por exemplo, registrava em 2019 aproximadamente 80 casas em Barretos (muitas convenientemente localizadas nos arredores do HA).
- (5) **Hotéis e hospedarias:** Planejados para alojar pessoas em viagem, são estabelecimentos comerciais profissionalizados e padronizados, com quartos com banheiro individual ou coletivo e serviços complementares à hospedagem. Em Barretos, informações não oficiais contam aproximadamente 2.500 leitos disponíveis em estabelecimentos deste tipo.

Este trabalho dedica-se a analisar os dois primeiros grupos listados: os alojamentos (A1) de alguma maneira ligados ao HA (Grupo A) e as Casas de Apoio (CA) independentes (Grupo B).

5 Análise de dados

5.1 Estrutura de hospedagem e suas vinculações ao Hospital do Amor

A narrativa sobre a humanização dos espaços e serviços hospitalares e da associação desse processo à hotelaria (na especialidade da hotelaria hospitalar), referenciada por diversos autores (BOEGER, 2008; GODOI, 2008, 2009; GUIMARÃES, 2008; TARABOULSI, 2009; FERNANDES; FERNANDES, 2011) tornou-se realidade em todos os setores e atividades do HA, desde a decisão de renomear o estabelecimento, em 2017, até os esforços diários para entregar um serviço acolhedor e transformar os espaços internos e do entorno em territórios de hospitalidade.

Isso torna o HA uma referência na prestação de serviços médicos, mas exige atenção plena e constante em áreas chave, como a conexão entre as rotinas internas do hospital (tratamentos, exames, prevenção) e as demandas externas dos pacientes com restrições financeiras e em geral muito “fragilizados e com quase nenhuma informação sobre seus direitos como pacientes oncológicos e como cidadãos” (Departamento de Serviço Social). Essas demandas incluem a provisão de alimentação e de refeições, de remédios e de acomodações, na cidade. Vejamos, pois, como se constitui essa rede de alojamentos e casas de apoio, objeto deste estudo.

Em termos de organização, a rede está dividida em dois grupos.

O **Grupo A** é composto por sete alojamentos (Al). No **Subgrupo A.I** estão alojamentos que funcionam quase como *alas externas do HA*. Deste grupo, foram visitados os alojamentos *Madre Paulina, Lar de Amor e Lar Menino Jesus de Santa Teresinha*.

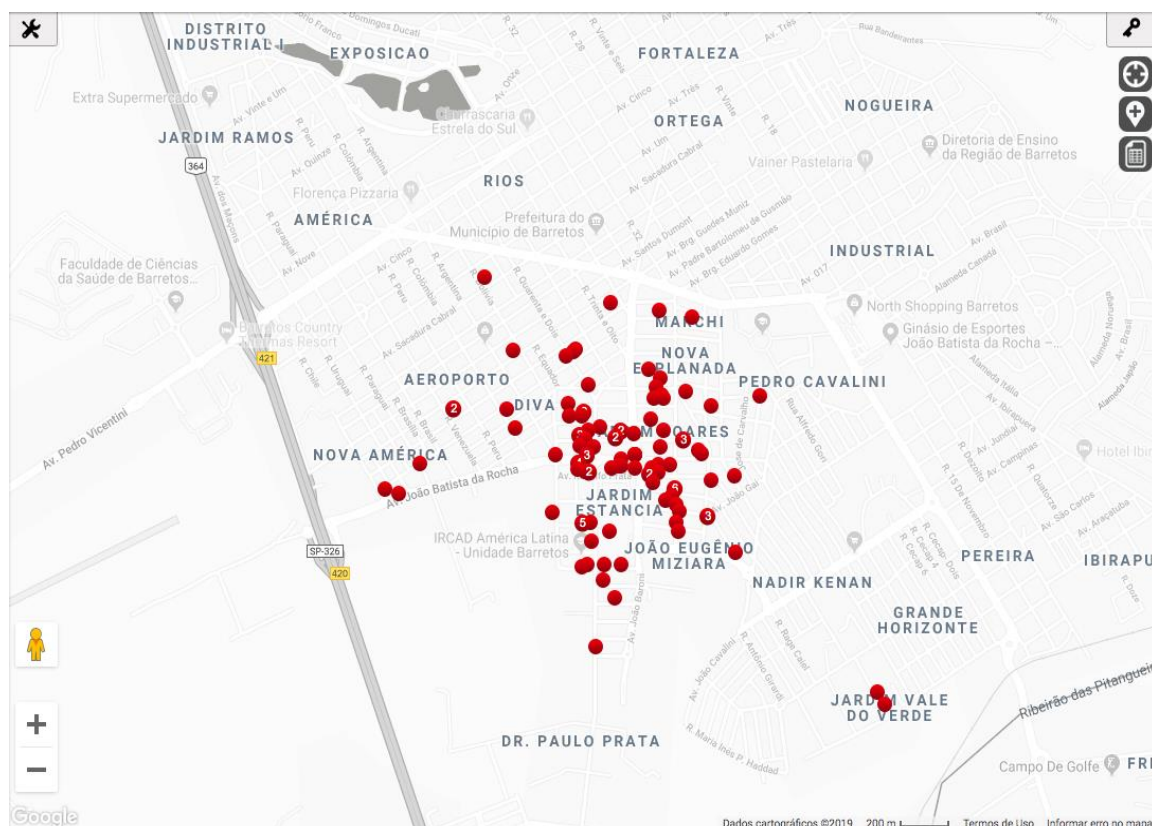
Outras duas casas *estão sob gestão direta do hospital (Subgrupo A.II)*. A essas unidades, o HA fornece refeições diárias (produzidas na cozinha central do hospital) e provisões básicas de mantimentos, de forma que pacientes e acompanhantes podem cozinhar, se não desejarem (ou puderem) consumir a refeição oferecida pelo hospital. O hospital não é proprietário de nenhuma dessas casas. Elas são alugadas ou cedidas sem custo por mantenedores. Foram visitados os alojamentos *Casa Nossa Senhora Aparecida e Casa Madre Teresa de Calcutá*.

Os alojamentos *Casa Acolhedora Vovô Antônio* e o *Abrigo Infantil Olívia Maria Rosa (Subgrupo A.III)* contam apenas com apoio indireto do HA, por exemplo, em serviços de manutenção e limpeza.

O **Grupo B** é composto por casas de apoio (CA) administradas por municipalidades, ONGs, instituições de caridades ou indivíduos ou associações voluntárias. As administradas por prefeituras (**Subgrupo B.I**) e por ONGs e instituições de caridade (**Subgrupo B.II**) somam cerca de 120 casas, onde são oferecidos mais de 1.600 leitos, a maioria sem nenhum custo para os hóspedes.

Os grupos A e B, juntos, disponibilizam 2.400 leitos, quase o número estimado de leitos oferecidos pelos estabelecimentos hoteleiros tradicionais. Registre-se que o Grupo B.I foi o alvo primordial deste estudo, por conta de sua dispersão junto ao principal núcleo do HA (Figura 3).

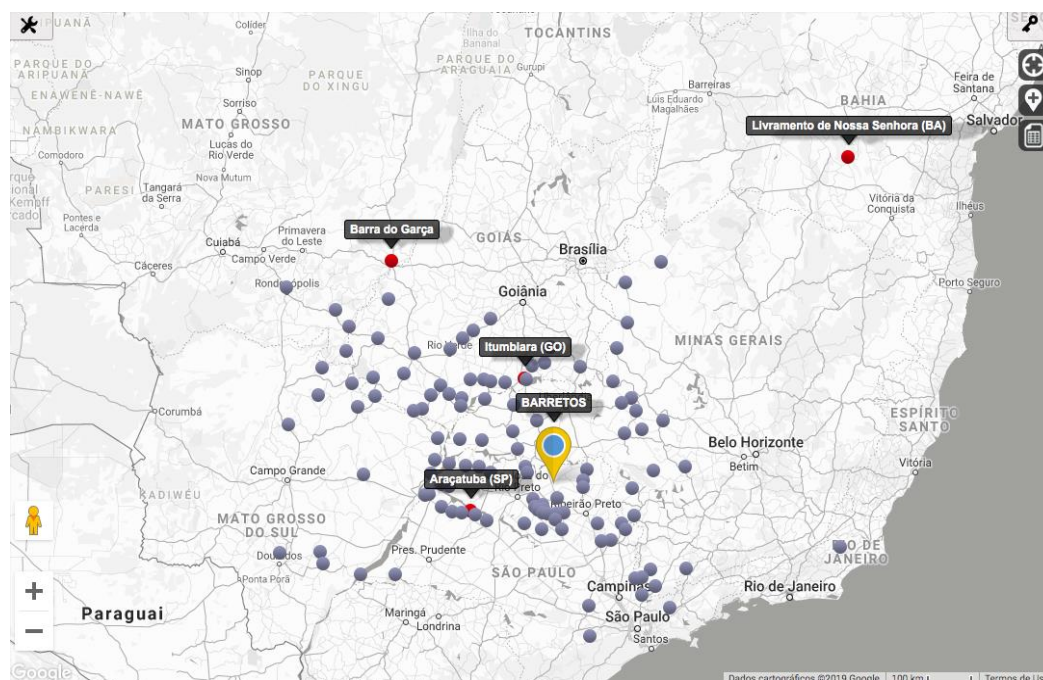
Figura 3 – Mapa das Casas de Apoio em Barretos – Subgrupo B.I



Fonte: Mapa elaborado com o software Maptive a partir de dados de georreferenciamento disponibilizados pelo Departamento de Serviço Social do Hospital do Amor (2019)

A variedade de prefeituras ou de outras instituições públicas da esfera municipal (gabinetes de vereadores, por exemplo) responsáveis por essas casas ilustra o alcance geográfico do fenômeno: cerca de 50% dessas cidades estão a mais de 350 km de Barretos (noroeste paulista, Minas Gerais), mas também há casas de municípios ainda mais distantes (dos estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rondônia e Bahia, por exemplo). Nossa Senhora do Livramento (BA) e Barra do Garças (MT) estão, respectivamente, a 1.320 e 800 km de Barretos (Figura 4).

Figura 4 – Cidades de origem das Casas de Apoio (CA) do Grupo B



Fonte: Mapa elaborado com o software Maptive a partir de dados de georreferenciamento disponibilizados pelo Departamento de Serviço Social do Hospital do Amor (2019)

Deste grupo (**Subgrupo B.I**) foram visitadas três casas, as de *Itumbiara* (GO), *Araçatuba* (SP) e a *Mamãe Aldegonda* (vinculada a vários municípios de Mato Grosso do Sul). Do **Subgrupo B.II**, foram visitadas a *Casa do Maçom João Baroni*, a *Casa de Apoio da Igreja Presbiteriana* e as CA de *Livramento de Nossa Senhora* (BA) e de *Barra do Garças* (MT).

5.2 Mobilidades e ancoradouros que orientam a produção social de territórios de hospitalidade

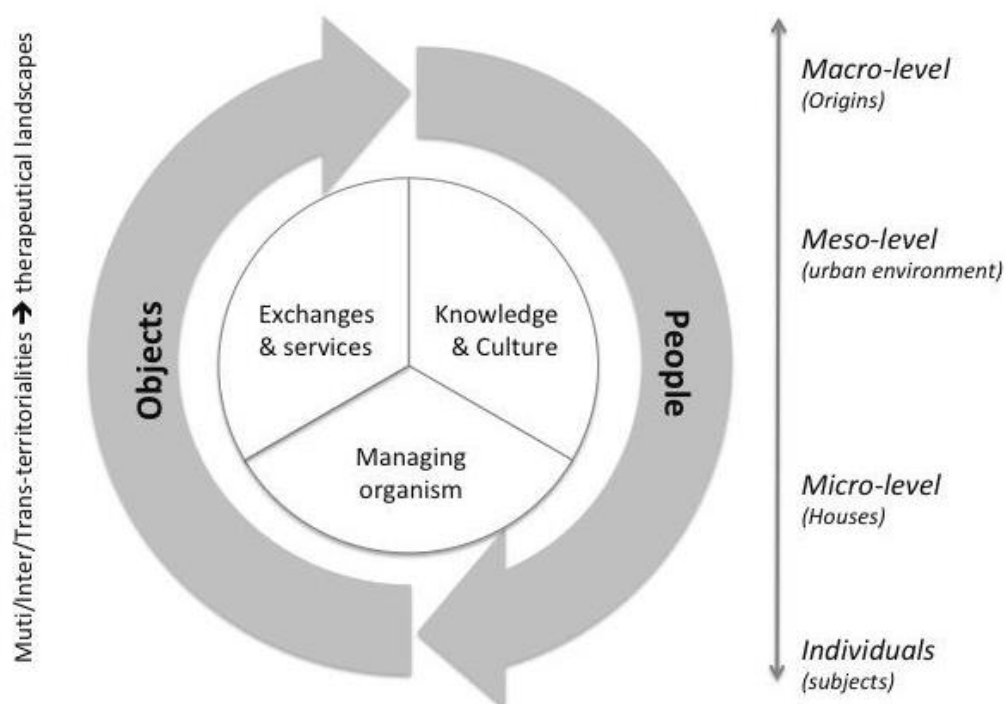
Para analisar o conjunto de AI e CA, bem como suas interações com o ambiente urbano, faz-se necessário voltar à noção de lugares de hospitalidade, desde a perspectiva do PNM, com atenção à (i)mobilidade de sujeitos e objetos, a fim de entender a constituição dos territórios de hospitalidade. Recorrendo ao suporte da metáfora, Hannam *et al.* (2006, p. 3) sustentam que os sistemas de mobilidades - na sua dimensão mais explícita dos movimentos, fluxos etc. - precisam de "ancoradouros [ou ancoragens] espaciais, infraestruturais ou institucionais", representando um espaço-tempo que ajuda a entender a elaborada combinação entre os móveis e os imóveis, bem como seus ritmos e significados. Indo além da leitura associada à materialidade física, Freire-Medeiros e Piatti (2020, p. 128) definem o ancoradouro como "uma infraestrutura socioespacial de interação que é atravessada por circuitos de mobilidade".

Neste sentido, para os fins desta pesquisa, olhamos para as casas de apoio e alojamentos como ancoradouros para os complexos sistemas de mobilidades associadas ao turismo médico, em particular aquele que se refere aos tratamentos oncológicos em Barretos.

É preciso, antes, reconhecer as mobilidades mandatórias como contexto de análise, olhando para as interações territoriais dos indivíduos com a sua vizinhança imediata (no nível do corpo) até escalas mais amplas (com seus municípios de origem).

Os elementos essenciais em análise são os *objetos* (de todas as naturezas e dimensões) e as *pessoas* (pacientes e seus acompanhantes, mas também profissionais, voluntários e cidadãos). Por mais estável que esse sistema pareça ser, é preciso levar em conta os diversos níveis de fragmentação, inconstância e não-linearidade do processo – algo que a própria compreensão do território como resultante de um processo histórico-social ajuda a entender (Figura 5).

Figura 5 – Diagrama das territorialidades de pessoas e objetos em torno do HA, em Barretos



Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

No contexto dessas territorialidades produzidas em Barretos, a efetivação da hospedagem das pessoas (pacientes e acompanhantes) é crucial, pois estabelece as casas como os pontos fixos a partir dos quais objetos e pessoas circularão. Esses pontos fixos também têm uma dinâmica interna, orientada

por práticas de hospedagem em um imóvel que não é um hotel tradicional, ao mesmo tempo que não equivale ao espaço doméstico da casa.

Com o objetivo pontual de analisar as estruturas construtivas e de funcionamento desses espaços, pelas perspectivas tanto da hospitalidade quanto da hospedagem, foram realizadas visitas a 14 unidades (AI e CA), com sete unidades vinculadas ao Grupo A e sete vinculadas ao Grupo B (Quadro 2).

Quadro 2 – Panorama geral das casas visitadas, em Barretos

Tipo	Subtipo	Nome	Ano de abertura	Leitos	Funcionários	Financiamento
GRUPO A Acomodações administradas ou apoiadas	I. Administração direta (com serviços) <i>Alojamentos</i>	Lar de Amor	2018	148	12	HA
		Alojamento Menino Jesus de S. Teresinha	n/d	42	2	HA
		Alojamento Madre Paulina	1992	365	30	HA
	II. Administração direta (sem serviços) <i>Casas centrais</i>	Casa Nossa Senhora Aparecida	n/d	20	-	HA
		Casa Madre Teresa de Calcutá	n/d	16	-	HA
	III. Apoio indireto	Casa Acolhedora Vovô Antonio	2003	144	7	ONG HA
		Abrigo Infantil Olívia Maria Rosa	2016	20	3	Privado HA
GRUPO B Casas independentes – Casas de Apoio (CA)	I. Administração pública municipal (executivo e legislativo)	Casa de Apoio de Itumbiara (GO)	2014	40	10	Público
		Casa de Apoio de Araçatuba (SP)	n/d	n/d	1	Público
		Casa de Apoio Mamãe Aldegonda (MS)	n/d	32	2	Público
	II. ONG e instituições de caridade	Casa de Apoio de Livramento de N. Senhora (BA)	n/d	68	n/d	ONG
		Casa de Apoio de Barra do Garças (MT)	2017	38	1	ONG
		Casa do Maçom João Barioni	2008	47	5	Caridade

		Casa de Apoio da Igreja Presbiteriana	2010	42	6	Caridade
--	--	---------------------------------------	------	----	---	----------

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

O **Grupo A** é composto por sete estabelecimentos. Três são acomodações diretamente administradas pelo HA (**Subgrupo A.I**) – *Lar do Amor*, *Alojamento Madre Paulina* e *Alojamento Menino Jesus de Santa Teresinha* – com melhor estrutura e funcionários. Embora os hóspedes participem das tarefas, os procedimentos, regras e rotinas são estabelecidos pelo hospital e por ele supervisionados, o que dá a esses lugares mais qualidade, tanto no que diz respeito à operação quanto à administração.

A primeira a ser criada, o *Alojamento Madre Paulina*, foi aberto em 1992, depois de o Padre André perceber que “os pacientes mais pobres não tinham como pagar por hospedagem: eles ficavam na praça, onde, de uma ou de outra forma, recebiam comida” (MP_M1). Com o apoio do diretor do HA, o Sr. Henrique Prata, o padre mobilizou sua rede pessoal em busca de doações e começou a construir o que viria a ser o primeiro pavilhão do alojamento. O *Alojamento Madre Paulina* é ponto de distribuição de refeições feitas na cozinha central do HA. Por conta dessa dinâmica, muitos usuários de outras casas vão até o local para retirar refeições, o que induz uma maior interação entre este alojamento e outras casas e ativa a dinâmica urbana de mobilidades.

O *Lar de Amor* é a mais nova unidade administrada pelo HA e foi construída com recursos financeiros providos pelo Instituto Ronald McDonald. Embora o foco do alojamento sejam crianças, a casa acolhe também familiares, que se envolvem nas atividades diárias, a despeito de haver funcionários. Na prática as instalações e maneira de funcionamento do *Lar de Amor* são as de um hotel.

O *Alojamento Menino Jesus de Santa Teresinha* tem uma estrutura simples, com foco em crianças; a prioridade de hospedagem é de pacientes com melhores condições de saúde, ou vinculados a tratamentos menos complexos. O alojamento tem área externa arborizada, jardim e parquinho construído com material reciclado. Durante a visita a este alojamento, crianças estavam fazendo artesanato. Eram objetos simples, como pulseiras e chaveiros de material têxtil trançado, para serem vendidos. Dias antes da visita, havia acontecido uma festa junina aberta à comunidade, com música, comidas e bebidas. A festa havia sido promovida pelos próprios hóspedes, sem apoio do HA, se não pelo provimento dos alimentos. Um dos gestores disse, com orgulho: “Foi tudo organizado por eles!” (LA_M1). O gerente do *Lar de Amor* é também o responsável pela organização geral do *Menino Jesus*.

No **Subgrupo A.II** (formado pelos alojamentos chamados de ‘casas centrais’) foram visitadas as casas sob responsabilidade direta do HA, embora nenhum serviço seja fornecido, como observado no grupo A.I. Essas casas são alugadas pelo ou cedidas para o HA, que também cobre todas as despesas, fornece mantimentos (por demanda) e kits de lanches, que são entregues duas vezes ao dia. Os únicos serviços prestados pelo hospital são limpeza e manutenção, em rondas semanais periódicas. Os hóspedes são transferidos para uma ou outra casa exclusivamente pelo Serviço Social do HA, que gerencia das vagas. As casas são organizadas por gênero: homens, mulheres ou mistas.

A *Casa Nossa Senhora Aparecida* só aloja mulheres e tem 20 leitos e espaços coletivos (banheiros, sala de TV e cozinha). Na *Casa Madre Teresa de Calcutá*, na qual se hospedam homens e mulheres, também há 16 leitos e os espaços internos são organizados como na *Nossa Senhora Aparecida*. Em ambas as casas há uma rotina coletiva, uma vez que todos os espaços são compartilhados. Observou-se nessas casas que o hóspede parece usar mais intensamente os espaços externos, como garagens e quintais, na busca de interações mais íntimas com seus acompanhantes ou de momentos de mais privacidade.

O **Subgrupo A.III** é composto por duas casas, a *Casa Acolhedora Vovô Antônio* e o *Abrigo Infantil Olivia Maria Rosa*, os únicos dois alojamentos autônomos de Barretos. Em ambos os casos, o HA participa indiretamente apenas de alguns aspectos da gestão.

O *Abrigo Infantil Olivia Maria Rosa* fica muito perto do HA, especificamente da unidade dedicada a crianças. O alojamento tem dez quartos e 20 leitos, que só podem ser ocupados por crianças de até 12 anos e suas mães. A ocupação do estabelecimento é de 70 a 80% e, a depender das especificidades do tratamento, os hóspedes podem permanecer até seis meses (CO_M1). O suporte dado pelo HA é restrito à provisão regular de mantimentos. Despesas básicas e de limpeza são pagas pela gestora, que mora no local e supervisiona o alojamento, mas as rotinas seguem o modelo de autogestão, particularmente em tarefas como preparo das refeições e questões cotidianas.

A *Casa Acolhedora Vovô Antônio* é bem maior que as outras - 144 leitos, distribuídos em diversas alas, organizadas em função dos perfis dos pacientes (crianças, transplantados de medula óssea e pacientes em cuidados paliativos). A casa é administrada por uma ONG e recebe apoio do HA no suprimento de alimentos e serviços de assistência social. Diferentemente do *Abrigo Infantil Olivia Maria Rosa*, este alojamento recebe kits de alimentação duas vezes ao dia (almoço e jantar).

O **Grupo B** é subdividido em casas mantidas pelas municipalidades (**Subgrupo B.I**) ou por ONGs e instituições de caridade (Subgrupo B.II) e são casas que têm estruturas físicas muito variáveis, bem como rotinas operacionais que podem ser bastante diferentes.

O **Subgrupo B.I** está representado por três CAs. O município de *Itumbiara* construiu uma casa para alojar seus cidadãos, no formato de um pequeno hotel: quartos com banheiros privativos (além de minibar, ar condicionado, suporte para malas, enxoval para as camas e mobiliário padronizado) e cômodos espaçosos. Os hóspedes são orientados a trazer apenas seu enxoval de banho (Figura 6).

Figura 6 – Apartamento na Casa de Apoio de Itumbiara (GO)



Fonte: Thiago Allis, junho/2019

A *Casa de Apoio de Araçatuba* é alugada por um vereador municipal que cobre, com verba de gabinete, aluguel, contas de concessionárias de serviços, taxas e mantimentos (que também são comprados com dinheiro advindo de doações organizadas pela equipe do vereador). A única funcionária da casa é uma moradora do município de Barretos, contratada como supervisora (mas a rotina operacional fica a cargo dos moradores). Ela também coordena o recebimento de doações. Em conversa, nos contou, emocionada: “Às vezes, falta alguma coisa e não tem dinheiro para comprar. Então eu faço um cartaz e coloco na grade lá da frente: - *Precisamos de café*. No dia seguinte, tem uma caixa ou uma sacola com café e vira e mexe tem leite, açúcar, banana” (CA_M1).

A terceira casa do grupo é a *Casa de Apoio Mamãe Aldegonda*, um alojamento coletivo mantido por cinco municípios do estado do Mato Grosso do Sul: Ivinhema, Nova Andradina, Batayporã, Angélica e Taquarussú. Os recursos vêm do Projeto Vida Nova, mantenedor da casa, que arrecada doações voluntárias e colaborações de parceiros da iniciativa privada, paga aluguel e disponibiliza

mantimentos para alimentação dos hóspedes – uma despesa de R\$ 70 mil mensais. A casa conta com 32 leitos, o que gera, em situação de ocupação plena, 1.900 pernoites mensais.

O **Grupo B. II** é formado por quatro casas administradas por diferentes tipos de organizações e instituições de caridade. Comum entre elas é não receberem apoio, nem do HA, nem do setor público.

A *Casa de Livramento de Nossa Senhora* (BA) funciona em um imóvel simples, alugado, onde se repete uma prática adotada em muitas das CA: pessoas que ficam na casa por longos períodos assumem o controle da operação e ditam regras, em função de práticas de administração doméstica que parecem corretas e que acabam sendo seguidas por todos. Como outras casas, esta também fica perto do hospital, o que evita gastos com transporte. A casa foi criada por um casal de médicos locais que têm laços familiares com o município baiano e que costumava ajudar os pacientes em sua busca por hospedagem. Para mantê-la, a prefeitura e cidadãos de Livramento de Nossa Senhora criaram a Casa de Apoio Amigos da Saúde (CAASE), instituição filantrópica que organiza doações e recursos para aluguel e mantimentos.

A *Casa de Apoio de Barra do Garças* (MT) (Figura 7) está instalada em um prédio construído para ser alojamento e alugado por um ex-paciente do HA, que também enfrentou o desafio de manter-se, como hóspede, durante o período do tratamento e pôde constatar o quão caro poderia ser hospedar-se em um hotel tradicional). Para organização e administração da casa foi criada a Associação de Pacientes Oncológicos de Barra do Garças (APOBAG), que arrecada doações. O diretor da associação destaca: “Não é um negócio, não queremos lucro. Aqui, é sobre amor” (CB-M1). A APOBAG apoia aos pacientes também em burocracias e intermediando o primeiro contato do paciente com o hospital.

Figura 7 – Área de uso comum da Casa de Apoio de Barra do Garças



Fonte: Thiago Allis, junho/2019

A *Casa do Maçom João Baroni* e a *Casa de Apoio da Igreja Presbiteriana* têm estruturas física e operacional mais profissionalizadas, com funcionários e rotinas muito próximas da hotelaria tradicional. Os recursos provêm das respectivas instituições. Ambas as casas prestam serviços de qualidade e os imóveis foram construídos para atender o propósito de hospedagem. Os apartamentos são duplos ou triplos e configurados internamente como os de um hotel. Oferecem, além de hospedagem e alimentação, serviços de transporte, promoção de eventos e compra de medicamentos.

Retomando Gastal e Kunz (2014), temos que o percurso de construção do sentido da hospitalidade passa pelo território, em diversas escalas, como a da cidade e a da casa. Em Barretos, esse percurso induz “contextos de convivência onde se aproximam as mais diversas origens e modos de viver, aproximando diferenças que, de outra forma, estariam distantes no tempo e no espaço” (GASTAL; KUNZ, 2014, p. 102). A característica comum das experiências vividas por esses pacientes e seus acompanhantes, nas unidades visitadas, independente do modelo de gestão, dos recursos de que dispõem ou da origem geográfica, econômica ou cultural dos usuários, é a lógica da solidariedade.

Pessoas diferentes e estranhas umas às outras encontram-se, em lugares (a cidade, o hospital, a casa) que oferecem a elas a oportunidade de uma convivência solidária e comprometida, que força adaptações nos modelos da hospitalidade doméstica (porque as casas não são exatamente o que os usuários chamariam de “minha casa”) e da hospitalidade comercial (porque também não são hotéis). Também a noção de hospitalidade pública é revista, posto que, no caso de Barretos, não existe

exatamente uma política pública de acolhimento, embora a cidade seja em si um território de hospitalidade, o que induz inclusive a participação de moradores na validação da lógica das sociabilidades que unem indivíduos e instauram “a gentileza e a compaixão como elementos da vida urbana” (HALL, 2015, p. 15).

Tanto na cidade como nas casas, pacientes e acompanhantes encontram a possibilidade de uma estadia cercada de proteção, nutrição e cuidado. O sentimento de todos, expresso em muitos depoimentos, é de gratidão por terem sido acolhidos no município e pelo hospital, e alojados em um lugar seguro. Resta evidente, nas conversas, que a hospedagem nos AI e CA resolve um problema financeiro complexo em muitos sentidos, em função de os hóspedes não terem certeza sobre a duração do tratamento e de preocupações no sentido dos compromissos que muitos mantêm em seus municípios de origem. Registre-se ainda que qualquer tratamento oncológico conduzido no HA pede um período mínimo de 21 dias de permanência na cidade. Neste sentido é que a opção da hotelaria tradicional é inviável.

Outro ponto importante é de natureza emocional. Neste contexto dos alojamentos e das casas de apoio, ninguém nunca está sozinho e isso é essencial para pessoas em situação de vulnerabilidade. E, em termos subjetivos, a solidariedade se impõe, orientando a construção de laços sociais entre pessoas que se encontram, ao mesmo temporariamente, em uma mesma condição.

Em termos práticos, junto com a mobilidade dos pacientes e de seus acompanhantes, há que se observar a mobilidade de outros elementos, como insumos, mobiliário, alimentos e objetos. Entre todos os agentes que participam desse fenômeno de cuidado em saúde no território, estabelecem-se “vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade” (VIEIRA; NEVES, 2017, p. 30). A consequência disso é a afirmação do “território como espaço relacional, [...] um conjunto indissociável de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, [...] e a vida que os preenche e anima, ou seja, a sociedade em movimento” (SANTOS, 2008, p. 27-28).

5.3 Interagindo em e para além de Barretos

Como visto, uma das dimensões do turismo médico é a viagem por motivações médicas. Trata-se de um segmento de mercado que busca explorar o pressuposto que tanto pacientes como seus acompanhantes usam o tempo livre para aproveitar o destino. No caso dos pacientes do HA, isso não acontece.

Os hóspedes, em alguma medida, estão debilitados, e seus acompanhantes, em grande medida, estão comprometidos com o seu cuidado direto. Dessa forma, verificou-se que a interação entre os hóspedes das casas – pacientes e acompanhantes – com o ambiente urbano, em Barretos, é reduzida.

Hóspedes da *Casa do Maçom* disseram “sair para caminhar ou passear” (CM_M2). Outros comentaram que se limitam a atividades internas, como jogar cartas, bingo e dominó. Na *Casa de Apoio de Itumbiara*, o gerente declarou: “Eu tento celebrar as datas festivas, porque acredito que não é porque estão em tratamento que não podem fazer festa” (CI_M1).

Embora haja um serviço regular de transporte provido pelo HA, que leva os hóspedes gratuitamente das casas até o centro de Barretos, pacientes e acompanhantes tendem a ficar reclusos, também por restrições orçamentárias. Há também restrições clínicas, por conta dos tratamentos: “Se o paciente não tem condições para sair, o acompanhante não pode deixá-lo sozinho” (MP_M1), uma vez que as regras das casas normalmente preveem que qualquer paciente deva estar acompanhado o tempo todo.

Retomando noções lançadas por Cresswell (2006), este tipo de *fricção* se relaciona ainda com outras questões, como o *ritmo* dado pela rotina hospitalar: embora todos os pacientes tenham uma agenda detalhada para todos os procedimentos, pode acontecer que exames precisem ou possam ser adiantados e, se o paciente deixa de atender ao chamado do hospital, isso pode causar problemas clínicos e administrativos. Neste sentido, e considerando que AIs e CAs ficam nos arredores do hospital, pacientes e acompanhantes tendem a permanecer nas casas, esperando pelo, às vezes, inesperado.

O administrador do *Abrigo Infantil Olivia Maria Rosa* reforça esta perspectiva: “[...] no geral, os hóspedes não têm dinheiro para sair. Às vezes o hospital promove algum tipo de excursão, mas no geral se evita, por conta do estado de vulnerabilidade dos pacientes; quanto menos saem e quanto menos pessoas vêm aqui, melhor” (OM_M1).

Há uma preocupação recorrente, por consequência dessa reclusão, com formas de ocupar tempo e manter a saúde mental das pessoas – pacientes e acompanhantes. Um dos entrevistados refere-se a mães de crianças doentes: “Você tem ideia de quão tensas essas mães estão? Enquanto elas fazem tricô, elas se distraem e talvez consigam ganhar algum dinheiro” (OM_M1).

O entrevistado estava falando de um projeto desenvolvido pelo Departamento de Projetos Sociais, chamado “Amor tamanho elefante”, criado em cooperação com o designer Ricardo Imbroisi. Por ele, pacientes produzem arte e são pagos por cada objeto produzido (Figura 8). O HA, por sua vez,

dá o objeto como brinde aos parceiros e doadores. Trata-se de mais do que um objeto inanimado, é um elemento coberto por muitas camadas de significado, que leva o hospital e suas casas para muito além das suas fronteiras.

Figura 8 - Brinde – Projeto "Amor Tamanho Elefante"



Fonte: Departamento de Projetos Sociais, Hospital do Amor (2019)

Em princípio, essas conexões com a sociedade podem ser consideradas positivas, mas o processo também requer muita atenção, face às condições de saúde dos pacientes. Em diversas ocasiões, voluntários externos (e não-autorizados) circulam nas casas, trazendo doações ou desenvolvendo atividades com os hóspedes. Ao mesmo tempo, o desejo dos voluntários de ajudar pode fazer surgir preocupações com questões sanitárias, médicas e até psicológicas. Um dos entrevistados diz: “Não podemos aceitar doações de comidas ou refeições de origem desconhecida” (LA_M1).

Este cenário ilustra uma situação recorrente: os hóspedes interagem com o ambiente urbano, na maioria das vezes, por conta de atividades total ou parcialmente obrigatórias (idas a shoppings, espaços

religiosos, bancos). A motivação para sair das casas é de natureza mandatória e não voluntária – o tratamento do câncer (e não diversão ou prazer).

Isso torna a vida nas casas de apoio muito reclusa e, de certa forma, solitária. Quando visitamos a *Casa de Apoio Nossa Senhora Aparecida*, a hóspede entrevistada (AP_G2), foi incisiva: “Não recebemos visitas e você [se referindo ao pesquisador homem] está aqui somente porque a assistente social nos ligou há uma hora e autorizou a sua visita”!

Uma das interações mais características observadas nas casas é a que se dá entre os hóspedes e os motoristas do hospital, que entregam refeições. No meio de uma das visitas realizadas pelos pesquisadores, foi possível ver chegar o carro do hospital, com as quentinhas. Motoristas percorrem a cidade religiosamente para entregá-las, duas vezes ao dia, pouco antes do meio-dia e no fim da tarde, entre cinco e seis horas (Figura 9). Embora incidental, o contato dos hóspedes com eles é alegre e descontraído. Há sempre um pequeno bate-papo, uma brincadeira. A comida é o elo entre o hospital, os profissionais e os ocupadas das casas, construindo-se diversas territorialidades, em que são estabelecidos laços de proximidade “entre grupos humanos diferentes, mas cujas identidades vão sendo consolidadas por dinâmicas de mútuo reconhecimento” (BAPTISTA, 2005, p. 15).

Figura 9 – Comida entregue na Casa Nossa Senhora Aparecida



Fonte: Thiago Allis, junho/2019

Neste sentido, e associando os conceitos de mobilidades, hospitalidade, hospedagem e saúde, “o lugar por excelência da hospitalidade não é o *dentro* ou o *fora*, mas o *limiar*, a zona de trânsito, [...] no espaço da relação, da dinâmica interpessoal, da experiência de contato, da sensibilidade e de vizinhança entre seres humanos” (BAPTISTA, 2005, p. 17-18).

Importante registrar que, no caso de Barretos, não é apenas a vulnerabilidade econômica que une os pacientes – no sentido de se perceberem como iguais. É, antes disso, a sua própria fragilidade emocional, por conta do distanciamento de familiares e amigos que permaneceram em seus lugares de origem. Quando alijados de seus entes queridos, os pacientes e seus acompanhantes interagem com outras pessoas em condições similares e nelas encontram suporte psicológico e emocional.

O gestor da *Casa de Apoio de Barra do Garças* conta: “Aqui eles (os hóspedes) encontram sua ‘turma’. Você já imaginou, passar por um tratamento como esse e não ter ninguém para te apoiar, com quem conversar, com quem rir junto? Aqui eles encontram parceiros. Eu vejo isso aqui como uma segunda casa” (CB_M1). Muitas pessoas ficam em Barretos por meses ou até anos, impedidas de voltar para as “suas casas”, mesmo para visitas rápidas. O entrevistado CB_G1, hóspede da *Casa de Apoio de Barra do Garças*, declara: “Embora eu só faça quimioterapia uma vez por semana, não tenho como para voltar para casa (a 1.000 km de distância). Não tem ônibus direto para lá e eu gasto dois dias em cada trecho”.

Quanto mais longa a estadia, maior será o desejo do hóspede de recriar um ambiente familiar (a despeito da hospedagem em uma casa diferente da sua). Para tanto, os hóspedes carregam consigo uma variedade de objetos: roupas, itens religiosos, decoração e até mobiliário. Se a hospitalização se faz necessária, o paciente e seu acompanhante têm que sair da casa de apoio e liberar a vaga para outro hóspede.

Neste caso, os itens pessoais precisam ser guardados. O entrevistado CP_M1 explica: “Para o hospital, só pode levar uma mala. Então, é preciso achar um lugar para guardar a bagagem. Às vezes, as pessoas abandonam as suas coisas, por conta das circunstâncias: hospitalizações longas, mortes... Eu já encontrei comida dentro de mala abandonada. O hospital não se responsabiliza por essas coisas. E isso acaba criando um problema sanitário, no mínimo. Então, é preciso tirar tudo quando sai. O que não pode ir para o hospital, tem que ficar em um outro lugar. Muitas casas de particulares perto do hospital alugam espaço para guardar pertences”.

Em geral, o que se verifica é um movimento intenso de itens (ou *objetos*) entre as origens e os AI e CA. Isso se dá por diversos motivos, entre os quais a logística de mantimentos (inclusive perecíveis)

dos municípios de origem até Barretos, em função da necessidade de abastecimento das casas de apoio. O entrevistado CL_M1 comenta que “tudo vem de lá, a não ser a carne, mas até vegetais são trazidos de Livramento”. O mesmo acontece na casa de Barra do Garças e na de Itumbiara.

Já na *Casa do Maçom João Baroni*, com hóspedes com um perfil socioeconômico mais elevado, há um sistema de financiamento parcial das despesas, de forma que os usuários contribuem com parte do orçamento necessário para a compra de comida.

O entrevistado MP_M1, um dos gestores do *Alojamento Madre Paulina*, destaca que há um esforço constante para “disciplinar” os hóspedes a não trazer compras muito exageradas para a casa, pois não há espaço para tudo. Isso leva a uma reflexão interessante: se as pessoas são estimuladas a comprar menos, mais visitas ao mercado serão necessárias, o que induziria mais circulação de pessoas. De fato, embora obrigatórias, as compras são a única atividade externa mais mencionada pelos entrevistados.

6 Considerações finais

O fluxo de pacientes oncológicos para Barretos é determinado pela escassez de centros oncológicos no Brasil e também pelo enorme abismo social existente no país, que faz com que um grande contingente de pessoas precise buscar saúde gratuita. O Hospital do Amor (HA) é um ponto de convergência de pacientes vindos de todo o país. Nesse território de hospitalidade de múltiplas camadas, pessoas, objetos e provisões migram de pontos originários distantes, até Barretos.

Estudar e analisar o processo de cuidado em saúde no território a partir das lentes da mobilidade e da hospitalidade acabou por constituir-se em uma oportunidade de entender as novas relações entre a medicina, o turismo e a hotelaria. No contexto das viagens para tratamentos oncológicos em Barretos, há um fluxo mandatório de mobilidades, mas há também mobilidades outras, que acontecem em uma dimensão mais subjetiva: a entrega da comida nas casas, todos os dias, é mais do que um fluxo de transporte, é uma ação de movimentação de sentimentos, de responsabilidades e de compaixão.

Pela perspectiva da hotelaria, as condições limitadas dos pacientes e de seus acompanhantes para a contratação do serviço de hospedagem em estabelecimentos hoteleiros tradicionais levou à formação de uma rede de alojamentos (AI) e casas de apoio (CA) que vai ao encontro das necessidades desse público constituído por pacientes e seus acompanhantes. Essas unidades não são equivalentes a estabelecimentos hoteleiros e nem são “como uma casa”, mas uma rede alternativa e orgânica de provisão de hospedagem cujo tamanho equivale à oferta hoteleira tradicional, em um município que tem

um forte atrativo turístico: a Festa do Peão Boiadeiro, que atrai mais de um milhão de visitantes, anualmente.

Em termos de temporalidade, o período de permanência dos hóspedes oncológicos em Barretos pode chegar a anos. Seria impossível para a maioria dos pacientes optar por um hotel tradicional e a opção de poder viver em um alojamento ou em uma casa de apoio acaba por se configurar em uma oportunidade de estar temporariamente alojado em um ambiente mais intimista e acolhedor, identitário, onde se reúnem pessoas que compartilham uma mesma condição: a da doença. Sua maior dificuldade é exatamente o elemento que as aproxima. Operacionalmente, AI e CA são espaços autogeridos simples, mas nos quais é visível o esforço (mesmo que por instinto) por adotar rotinas operacionais hoteleiras.

Neste caso estudado, tem-se ainda que esses viajantes também não são turistas comuns e suas viagens não podem ser classificadas, considerada a literatura convencional, como turismo médico. Neste sentido, esta pesquisa abre a possibilidade de melhor entender as interações entre o turismo, as práticas públicas ou sociais de hospitalidade, a hotelaria e a dinâmica de lazer nos espaços urbanos.

Na dimensão citadina, a conveniência da proximidade entre os alojamentos, as casas de apoio e o hospital ironicamente se constitui como uma barreira para o desenvolvimento de qualquer tipo de turismo, porque os pacientes ficam reclusos nas casas, interagindo pouco com a cidade. Os resultados trouxeram a constatação sobre o reduzidíssimo nível de integração desses hóspedes com o espaço urbano da cidade de Barretos, em termos de mobilidade. Ainda assim, é fácil também perceber a existência de uma intrincada rede de mobilidades: a de pessoas e a de objetos, em uma escala multiterritorial.

Efetivamente, essa rede de solidariedade está ancorada na informalidade. Em uma situação normal, seria fácil verificar que essa dinâmica caótica poderia não funcionar, mas ela funciona. A pesquisa mostra que o território que acolhe é formado por muitos atores sociais – o hospital, os trabalhadores, os alojamentos, as casas de apoio, as instituições que as mantêm, voluntários da própria cidade, pacientes e acompanhantes (os hóspedes), motoristas, cidadãos, comerciantes, religiosos e diversos outros. Juntos, esses atores dão vida a uma estrutura de hospitalidade social ancorada na solidariedade.

Pela ótica médica, Barretos de nenhuma forma se encaixa na estrutura tradicional dos sistemas de saúde, viagem e hospitalidade formatados sob rótulos comerciais e distribuídos em segmentos, entre os quais está o mais amplo *turismo de saúde* e o específico *turismo médico*.

Ainda pela perspectiva da hospitalidade e das formas de sua expressão nos territórios, é fundamental registrar a validade do dito por Costa e Moesch (2017, p. 168): “o poder que emana dos territórios da hospitalidade tem origem na *gente* que acolhe e em sua gratuidade imanente, mas consciente de necessidades, desejos e, especialmente, do *outro* que existe e resiste no mundo”.

Esta pesquisa abre espaço para abordagens futuras a partir de outras áreas do conhecimento, por exemplo a medicina social - sem mencionar o vasto campo da saúde coletiva. Também orienta a possibilidade de emprego de metodologias emergentes, como os métodos móveis e o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) de maneiras mais apuradas e específicas. Outro ponto a ser mencionado, que veio à mente dos pesquisadores durante o trabalho: Barretos como campo de estágio para estudantes de hotelaria, com possibilidades amplas de aplicação dos conhecimentos adquiridos na graduação.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todo o corpo administrativo do *Hospital do Amor de Barretos* (em especial ao Departamento de Assistência Social), bem como aos gestores dos alojamentos e das casas de apoio visitadas. A colaboração, a disponibilidade e a sinceridade dessas pessoas foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Fica também o registro de nosso carinho e profundo respeito a cada um dos pacientes com os quais foi possível conversar. Esses encontros, que nos marcaram profundamente, reafirmaram a dimensão da nossa responsabilidade, como pesquisadores, junto à sociedade.

Referências

ADEY, P. **Mobility**. 2 ed. London: Routledge, 2017.

BARNETT, Clive. Ways of relating: hospitality and the acknowledgement of otherness. **Progress in Human Geography**, v. 29, n.1, 2005, p. 5–21. Disponível em http://oro.open.ac.uk/7142/1/Ways_of_Relating_PHG_Final.pdf. Acesso em 03 out. 2022.

BAPTISTA, Isabel. Para uma geografia de proximidade humana. **Revista Hospitalidade**, São Paulo, ano 2, n. 2, 2. sem. 2005, p. 11-22. Disponível em <https://www.rev Hosp.org/hospitalidade/article/view/219>. Acesso em 03 out. 2022.

BAPTISTA, I. Lugares de hospitalidade. *In*: Dias, C. M. M. (org.). **Hospitalidade: reflexões e perspectivas**. Barueri: Manole, 2002. P. 157-164.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BÜSCHER, M., URRY, J., WITCHGER, K. **Mobile Methods**. New York: Routledge, 2010.

CAMARGO, L. O. L. **Hospitalidade**. 2 ed. São Paulo: Aleph, 2005.

CÂNDIDO, I. *et al.* **Hotelaria hospitalar**: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde. Caxias do Sul: Educs, 2008.

CONNELL, J. Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. **Tourism Management**, v. 34, p. 1–13, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261517712000970?via%3Dihub>. Acesso em 23 mar. 2022.

COSTA, E. B.; MOESCH, M. M. Território – locus da dádiva e núcleo da vida. In: BRUSADIN, L. B. (org.). **Hospitalidade e dádiva: a alma dos lugares e a cultura do acolhimento**. Curitiba: Prismas, 2017. P. 155-171.

CRESSWELL, T. Towards a politics of mobility. **Environment and planning d: society and space**, v.28, n.1, p. 17–31, 2010. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1068/d11407>. Acesso em 20 jul. 2022.

CRUSH, J.; CHIKANDA, A. South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. **Social Science and Medicine**, v. 124, p. 313-320, 2015. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614003931>. Acesso em 23 jul. 2022.

FERNANDES, J. V.; FERNANDES, F. M. V. **Turismo de saúde e bem-estar no mundo**. São Paulo: SENAC, 2011.

FREIRE-MEDEIROS, B.; PIATTI, M. L. A virada das mobilidades: fluxos, fixos e fricções. **Revista Crítica das Ciências Sociais**. n.123, p. 121-142, 2020.

GASTAL, S.; KUNZ, J. G. Hospitalidade e turismo: as virtudes da cidade. In: SANTOS, M. M. C.; BAPTISTA, I. (Org.). **Laços sociais**: por uma epistemologia da hospitalidade. Caxias do Sul: EDUCS, 2014.

GLINOS, I. A.; BAETEN, R.; HELBLE, M.; MAARSE, H. A typology of cross-border patient mobility. **Health and Place**. v.16, n.6, p. 1145-1155, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20729128/>. Acesso em 23 set. 2022.

GODOI, A. F. 2 ed. **Hotelaria hospitalar**. São Paulo: Ícone, 2008.

GODOI, A. F. **O turismo de saúde**: uma visão da hospitalidade médica mundial. São Paulo: Ícone, 2009.

GONÇALVES, A. F. **A Festa do Peão Boiadeiro de Barretos/SP como Espaço de Encontro de Culturas**. 2013. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

GUIMARÃES, N. V. R. R. **Hotelaria hospitalar**: uma visão interdisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2008.

HALL, T., SMITH, R. Care and repair and the politics of urban kindness. **Sociology**, v. 49, n.1, p. 3–18, 2005. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038514546662>. Acesso em 23 set. 2022.

HANNAM, K., SHELLER, M., URRY, J. Editorial: Mobilities, immobilities and moorings.

Mobilities, v.1, n.1, p. 1–22, 2006. Disponível em
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17450100500489189>. Acesso em 23 set. 2022.

HOPKINS, L.; LABONTÉ, R.; RUNNELS, V.; PACKER, C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? **Journal of Public Health Policy**, v.31, n.2, p. 185–198, 2010. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20535101/>. Acesso em 23 set. 2022.

JOSEPH, S.; JACOB, R. Medical tourism and medical tourists: a conceptual analysis. **Rajagiri Journal of Social Development**. v.6, n.2, p. 13–26, 2014. Disponível em <http://journals.rajagiri.edu/index.php/rssJ/article/view/127>. Acesso em 23 set. 2022.

KAUFMANN, V. **Re-thinking mobility**: contemporary sociology. London: Routledge, 2016.

LASHLEY, C. Towards a theoretical understanding. In: LASHLEY, Conrad (Ed.). **In search of hospitality**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual Review of Anthropology**, v.24, p. 95-117, 1995. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.an.24.100195.000523>. Acesso em 23 set. 2022.

MAUSS, M. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives. **L'Année Sociologique**, seconde série, 1923-1924[1925], tome I.

MDH - MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. **Moradia primeiro**, 2018[2015]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/acoes-e-programas/moradia-primeiro>. Acesso em 12 set. 2022.

MORAES, C. M. S. Etnografia multissituada e métodos móveis: aportes metodológicos a partir do turismo em favelas. **Áltera**, v.1, n.12, p. 209-237, jan./jun. 2021.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **1º Plano Municipal de Políticas para Imigrantes: 2021-2024**. São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2020. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/MIGRANTES/PUBLICACOES/Plano%20Municipal_Produto%20Final_Atualizado_02.pdf. Acesso em 23 set. 2022.

ROSA, L. G.; SILVA, Y. F. **Turismo (d)e saúde**: folga, viagem e bem-estar. Jundiaí: Paco Editorial, 2011.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: USP, 2008.

SHELLER, M.; URRY, J. The new mobilities paradigm. **Environment and Planning A: Economy and Space**, v.38, n.2, p. 207-226, 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1068/a37268>. Acesso em 23 set. 2022.

SILVA, A. S.; LANZARINI, R. Hospitalidade e lazer para pacientes-viajantes e seus acompanhantes na região do Hospital de Câncer de Barretos, SP, Brasil. **Revista Turismo em Análise**, v.27, n.3, p.

543-567, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rta/article/view/112381>. Acesso em 13 set. 2022.

URRY, J. **Sociology beyond Societies mobilities for XXI Century**. London: Routledge, 2000.

VIEIRA, S.; NEVES, C. A. B. Cuidado em saúde no território na interface entre saúde mental e estratégia de saúde da família. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 24-33, jan./abr. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>. Acesso em 23 set. 2022.