

A relação entre o termalismo e a qualidade de vida

Maria Carlos Lopes

ESHT – P. PORTO, Escola Superior de Hotelaria e Turismo, Portugal

Elisa Alén

Universidade de Vigo, Espanha

Dália Filipa Veloso de Azevedo Liberato

ESHT – P. PORTO, Escola Superior de Hotelaria e Turismo, Portugal

Pedro Manuel da Costa Liberato

ESHT – P. PORTO, Escola Superior de Hotelaria e Turismo, Portugal

Introdução

O termalismo, no passado, foi associado a tratamentos ao nível da saúde baseados em recursos naturais caracterizados por elementos específicos, relativamente aos quais lhes era atribuída a função curativa. O termalismo evoluiu quer no que respeita ao tipo de clientela que foi captando quer no tipo de tratamentos, produtos e serviços que passou a oferecer aos seus utilizadores. Nas últimas décadas, as mudanças registadas no quotidiano profissional, social e familiar do indivíduo têm provocado desequilíbrios no seu bem-estar físico e psicológico. É junto das estâncias termais que oferecem tratamentos de recuperação do corpo e da mente, complementares aos tratamentos clássicos, que os indivíduos procuram formas de recuperar dessa agitação e dessas agressividades, que lhe restituam o seu bem-estar e, conseqüentemente, melhorem a sua qualidade de vida. Pretendemos com o nosso estudo analisar a evolução do termalismo, e constatar que o termalismo da forma como o encontramos hoje, é um atrativo para todos aqueles que desejam usufruir de um relaxamento físico e mental proporcionador de uma melhoria na qualidade de vida.

Este trabalho insere-se numa investigação mais alargada que pretende determinar os indicadores de qualidade de vida nos termalistas.

O termalismo

A água teve, desde sempre, um papel primordial na condição humana por ser o elemento maioritariamente constituinte do nosso organismo o que, inevitavelmente, torna a ingestão desta um ato de grande relevância (Gustavo, 2010).

Mangorrinha (2002) e Cantista (2010) também referem que a água, desde muito cedo, foi associada a curas milagrosas e à purificação do corpo e da mente a receitar em casos de doença ou maleitas do corpo humano.

Na antiguidade pré-romana a água tinha a função terapêutica e estava relacionada com o misticismo, com a magia e com o culto de algumas divindades, e era de acesso universal a todos os usuários (Álvarez e Rodríguez, 2015).

Tales de Mileto, filósofo natural da atual Turquia, e que vivera entre 624 a. C. e 545 a. C. acreditava que a água era a matéria-prima responsável pela origem do universo. Para este filósofo a água era fonte de vida (Desconhecido, 2018).

Na Grécia, um dos berços da medicina moderna, o pai da medicina, Hipócrates (460-377 a.C) escreveu na sua obra - *Corpus Hippocraticum* - que o equilíbrio associado aos quatro elementos da natureza – ar, água, terra e fogo - era recuperado com a mudança de hábitos alimentares, com a prática de exercício físico e com a prática de higiene da qual entendia que faziam parte: a água, os banhos, a perspiração, as caminhadas e as massagens (Santos, 2011). Hipócrates acreditava que a água com as suas propriedades, a luz, as condições climáticas, a dieta, o descanso e o relaxamento, eram fontes de cura (Leandro e Leandro, 2015).

A descoberta e a evolução do uso das águas termais

Dimitrovski e Todorović (2015) referem que, desde sempre, o homem teve necessidade de recorrer a lugares que proporcionassem cura e reabilitação através de fontes naturais, minerais e termais e que esta tradição está particularmente estabelecida na Europa. Terão sido os Gregos o primeiro povo a usar das propriedades das águas termais, há 2400 anos a.C. No entanto, o império romano, aquando da conquista da Grécia, terá sido “conquistado” pelos vários aspetos da cultura grega, a ver pela construção dos primeiros banhos públicos na região da Campânia, Itália, no século III a. C (Martins, 2015). Segundo Quintela (2004), Martins (2015), e Álvarez e Rodríguez (2015) a utilização das

águas termais tem início com os romanos, e tal pode ser comprovado pelos, ainda, existentes vestígios dessas construções onde essas práticas tinham lugar. Este povo terá tomado conhecimento desta prática nos contactos com o oriente, onde esta estava muito disseminada (Leandro e Leandro, 2015). Gustavo (2010) refere, também, que é à civilização romana que se deve o reconhecimento social do conceito de saúde pública. Este conceito foi consubstanciado através da criação de saneamentos, de balneários termais, entre outros, que estavam incluídos no processo inicial de implementação dos hábitos de higiene, como também abrangiam uma perspectiva lúdica e social relacionadas com a saúde.

Quintela (2004), Álvarez e Rodríguez (2015), Pereira, Correa, Soares e Dias (2017) referem que na Idade Média, as termas foram mandadas fechar por imposição da Igreja, por considerar os banhos públicos obscenos, infames e promíscuos, todavia aceitava os banhos de carácter medicinal (Quintela, 2004). Álvarez e Rodríguez (2015) referem que durante o Renascimento a Igreja manteve a sua posição no que respeita à autoridade e conduta dos espaços termais, no entanto, realçou os benefícios terapêuticos da água.

Não obstante o papel imperioso que a água assumira até então, com o advento da Peste Negra (1347 - 1353) que dizimou um quarto da população da Europa, a utilização da água para banhos públicos foi proibida (Gustavo, 2010). Depois da disseminação da peste, a água volta a conquistar o lugar cimeiro e recupera o papel de elixir da medicina. A água volta a estar presente nos banhos públicos e assume novamente o papel curativo.

Até ao século XIX, os tratamentos através da imersão, ou seja, os banhos, prevaleceram como base terapêutica (Quintela, 2004).

Eu não desprezo todos os remedios taes como os purgantes, o ópio, o mercúrio, a quina, etc ... Mas penso que o banho russo pode substituir metade dos remédios contidos na maior parte da pharmacopeia (Sanchez, 1757, citado por Cunha, 1999, p. 13).

Até à Segunda Guerra Mundial, o termalismo consistia fundamentalmente na utilização das propriedades das águas termais, que passavam a ser prescritas consoante os seus componentes físico-químicos (Alpoim, 2010).

No início dos anos 90, o termalismo foi definido como “um conjunto de atividades que envolvem a terapêutica pelas águas minero-medicinais aplicadas a um doente durante a sua estadia numa estância termal” (Teixeira, 1990:28). Por sua vez, Lopes (2002) define termalismo como o conjunto de meios medicinais, sociais, sanitários, administrativos e de acolhimento, que visam ser utilizados com o propósito terapêutico das propriedades

termais das águas, do gás e das lamas. De forma mais sucinta, Alén (2004) defende termalismo como o conjunto de atividades relacionadas com o uso terapêutico de águas minerais-medicinais.

Por sua vez, o Decreto-Lei nº 142/2004, de 11 de Junho, define – Termalismo - como o uso da água mineral natural e outros meios complementares para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação ou bem-estar.

A palavra “termalismo” implica, desde logo, a indicação e utilização de uma água mineral natural com virtudes curativas reconhecidas pela classe médica, através dos seus efeitos químicos, térmicos e mecânicos (Ramos, 2008).

Silva e Umbelino (2017:291) “definem termalismo de uma forma bastante simples: como a ciência da utilização das águas termais ou mineromedicinais”.

Os altos e baixos do fenómeno termalismo

Segundo refere Alpoim (2010) o século XVII ficou marcado pela multiplicação das estâncias termais cuja frequência era dominada pela alta aristocracia e pelas classes sociais abastadas, ambas partilhando uma filosofia de vida onde se combinava harmoniosamente saúde com lazer. No século XVIII, a classe aristocrata juntamente com a emergente classe social – a burguesia – reabilitaram as estâncias termais, facto que fez com que surgissem novas cidades (Quintela, 2004; Franco, 2014).

No final do século XIX assiste-se a uma padronização ao nível do segmento termal entre os países do sul - onde as termas sempre tiveram um carácter popular - e os países mais desenvolvidos do norte. Os espaços termais passaram a compreender hotéis luxuosos, casinos, equipamentos para a prática de desporto e demais atividades de ócio relacionadas com o termalismo (Franco, 2014; Silva e Umbelino, 2017). Esta época dourada só viria a ser interrompida com a 1ª Guerra Mundial (Álvarez e Rodríguez, 2015). Ainda, no século XIX, a água era já considerada um importante recurso, reconhecido quer pela química quer pela medicina, levando, inclusive, ao surgimento de uma nova disciplina – a hidrologia médica (Leandro e Leandro, 2015; Siegel e Barros, 2015). O desenvolvimento da medicina hidrológica possibilitou a descoberta das potencialidades terapêuticas das águas minerais que até então só eram usadas pelos populares nas inúmeras mezinhas caseiras (Ferreira, 1995). Nesse sentido, também Quintela (2004) refere que o estudo da hidrologia permitiu o crescimento e a evolução do termalismo .

Contudo, a partir dos anos 30, as estâncias termais viram a sua clientela diminuir. Alpoim (2010) e Siegel e Barros (2015), referem que o fluxo de clientes termais diminuiu consideravelmente, devido ao advento da indústria farmacêutica que desenvolveu antibióticos e corticoides. Também, a concorrência crescente de novos segmentos de férias, nomeadamente, o segmento de sol e a praia terá estado na origem desta diminuição do fluxo às termas (Ferreira, 1995; Pinto, H. G., e Mangorrinha, J., 2009; Antunes, 2012; Leandro & Leandro, 2015).

Aos factos apontados anteriormente, Álvarez e Rodríguez (2015) referem, ainda: a queda do poder aquisitivo da população resultante do conflito mundial; a perda do cariz lúdico e recreativo do conjunto de atrativos dos balneários termais; a deterioração dos espaços e equipamentos termais; e a idade avançada característica dos então utilizadores das termas, propiciada pela génese do termalismo social; como sendo os grandes causadores da diminuição do número de utilizadores das estâncias termais.

Álvarez e Rodríguez (2015) referem que nas décadas de 20, 30 e 40 surge o termalismo social, fortemente apoiado pelos países, Itália, França, Alemanha, e mais tarde por Portugal e Espanha, e que vem revolucionar o tipo de clientela que passará a frequentar os balneários termais.

Entende-se por termalismo social o conjunto de práticas que permitem a utilização da crenoterapia, como forma de tratamento social – isto é, destinado a um universo mais fragilizado e economicamente debilitado (Ramos, 2005:119).

Álvarez e Rodríguez (2015) referem que o termalismo social se traduz num benefício estatal que visa privilegiar o acesso às estâncias termais das classes mais desfavorecidas da população (Ramos, 2005), e que vem complementar a assistência do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo Ferreira (1995) e Alpoim (2010), em Portugal, o regime democrático, instaurado em 1974, promoveu o uso das termas através da concessão de apoios financeiros aos tratamentos termais. Estes incentivos deram origem ao termalismo social. Estava dada a aprovação à terapia termal por parte do Estado, ficando esta em pé de igualdade com as terapias medicinais com base nos fármacos. Além disso, e não menos importante, o Estado promoveu o alargamento do uso das termas a todos os beneficiários da Segurança Social concedendo subsídios à sua utilização para tratamentos termais.

Ramos (2008) conclui que o benefício das águas teve sempre um duplo papel. Ora se na medicina e na prevenção foi durante muitos séculos o remédio de muitos males, no lazer

e no bem-estar contribuiu para que uma franja mais abastada da população pudesse desfrutar do lado lúdico e recreativo propiciado pelas estâncias termais e aproveitar dos vários prazeres daí resultantes. Também Ferreira (1995) usa do conceito “dupla especialização das termas” para descrever que clientes heterogêneos, isto é, uns com vocação terapêutica e os outros com vocação turística, vivenciam o período termal de modos distintos.

A influência do advento da Revolução Industrial na atividade de termalismo e na melhoria da qualidade de vida das classes sociais

Ao longo dos tempos as termas tiveram um duplo papel, serviam a finalidade da cura terapêutica e ao mesmo tempo, se não ainda com mais fervor, serviam os deleites sociais das classes sociais mais abastadas (Quintela, 2004).

Antunes (2012) manifesta a mesma opinião quando refere que as termas, no início, tinham como objetivo a cura, ou seja, os seus fins eram unicamente curativos. Todavia, a frequência constante com que as classes altas da sociedade ocorriam às termas, com o sentido de aí se divertirem e disfrutarem dos vários prazeres lúdicos, conferiram às estâncias termais o sinónimo de recreio da alta sociedade.

São as pessoas ricas e ociosas que procuram Baden ou Spa, como outras estas escolhem Mônaco ou o Cairo, como simples lugares de prazer e de jogo, com prazos anuais dados à moda, ao chic, ao amor fácil, à toilette ligeira (Ortigão,2000:24).

No século XVIII aconteceram as primeiras viagens preconizadas quer pelos estudantes ingleses, levados pela motivação de estudarem em escolas e universidades reconhecidas das grandes cidades da Europa, quer pelos viajantes com recursos e que tinham prazer em viajar, gosto pela cultura, pela arquitetura, pelas ruínas e pela contemplação das paisagens (Salgueiro, 2002). Estas viagens, denominadas de *Grand Tour* estão na origem do surgimento do turismo (Ramos,2008; Alpoim,2010). As viagens realizadas por estes grupos tinham como paragem obrigatória as estâncias termais, contribuindo para que a frequência das termas pelas classes sociais mais altas da sociedade fosse, ainda, mais elevada (Franco, 2014).

Franco (2014) refere que embora o aconselhamento de tratamentos terapêuticos nas termas tivesse origem médica, a debandada às termas extravasava o aconselhamento

médico e tornou-se um local de recreio com frequência restrita à realeza, à nobreza, aos artistas e às individualidades do momento.

No mesmo sentido, Álvarez e Rodríguez (2015) referem que o século XVI, em Itália e em Inglaterra, e o século XIX, em França, Alemanha, Suíça e Áustria, foram caracterizados por um termalismo aristocrático, onde o aspeto lúdico era o mais relevante. As estâncias termais eram frequentadas pela aristocracia poderosa e por uma burguesia que enriquecera devido à Revolução Industrial. Neste sentido, também Martins (2015) refere que só as classes altas da sociedade tinham oportunidade de desfrutar de todos os prazeres e benefícios que as termas tinham para oferecer, em detrimento das classes sociais desfavorecidas que tinham grande parte dos seus dias ocupados com as jornadas de trabalho e com as lides domésticas.

Contudo, no final do século XVIII é inventada a máquina a vapor, e com esta efeméride está dado início à Revolução Industrial. Nesta altura foram muitas as invenções que revolucionaram as técnicas de produção e alteraram o sistema de poder económico e social. Este acontecimento significou uma mudança sem precedentes nos fundamentos e nos propósitos relacionados com a produção. Todavia, não foi só ao nível da produção que se verificaram progressos pois, a par desta surgiu um novo modelo de organização social ditado e impulsionado pela classe operária que iria mudar o padrão de frequência das estâncias termais. Com a industrialização, os ritmos, as tarefas e os tempos, são subvertidos à inflexibilidade das máquinas, a jornada de trabalho passou a 16 horas por dia, não havia lugar a dias de descanso nem a férias, e o trabalho era monótono e mal remunerado (Franco, 2014). Os trabalhadores rurais habituados aos laços e às relações vividas em comunidade, sentiam agora, de forma exacerbada, a divisão existente entre a classe dos proprietários e a classe dos trabalhadores. Enquanto isso, a nobreza e a emergente classe burguesa deleitavam-se nos prazeres que a vida de vilegiatura e de ócio lhes proporciona (Ramos, 2008). Esta condição de injustiça levou a que os operários se unissem e passassem a organizar movimentos para demonstrarem a sua indignação e revolta. A luta resultou num novo modelo de organização social que estabeleceu: uma redução do horário de trabalho; o direito a dias de descanso; a atribuição de remuneração nas férias, entre outras melhorias nas condições laboriais e sociais reivindicadas pelos operários nessa altura. Este modelo de organização social que possibilitou a redistribuição dos tempos sociais irá concretizar o novo modelo trabalho/lazer (Corbain, 2001).

O dia a dia da classe operária começa a tornar-se melhor, pois passam a haver tempos livres e, conseqüentemente, momentos para o lazer. Este tempo de lazer era aproveitado

para a ida a banhos e assim puderem aproveitar para revigorar o corpo e a mente e, conseqüentemente, melhorarem a sua qualidade de vida. No final do século XIX, os banhos termais que tiveram na sua gênese a cura e que durante um longo período de tempo, apenas estiveram ao alcance de uma privilegiada franja da população, passaram a fazer parte dos momentos de lazer da classe operária, que viu melhoradas as suas condições de trabalho e, inclusive, conseguiu obter dias de descanso e de férias, e que aliados a outros fatores influenciaram a crescente prática dos banhos termais (Franco, 2014).

Segundo Ferreira (1995) a frequência das termas sempre foi segmentada. Num segmento estava a clientela mais próxima das classes populares que procuravam as termas, essencialmente, por razões terapêuticas. No outro segmento estava uma clientela proveniente das classes superiores e que tinha como principal objetivo aproveitar os momentos, lúdicos, de socialização e de lazer que as estâncias termais também ofereciam, secundarizando a função terapêutica.

A evolução do turismo de saúde

No passado, o termalismo foi associado a tratamentos ao nível da saúde baseados em recursos naturais caracterizados de elementos específicos, relativamente aos quais lhes era atribuída a função curativa. Foi esse facto que lhe conferiu a sua credibilidade e perpetuação até aos dias de hoje.

Contudo, o conceito de termalismo evoluiu e, hoje em dia, a definição de termalismo não se restringe ao local onde os doentes ingerem as águas com propriedades terapêuticas ou onde podem usufruir do equipamento fisioterápico (Alpoim, 2010). Atualmente, o termalismo faz parte de um conceito bastante abrangente - o turismo de bem-estar, estando este último agregado ao turismo de saúde.

Durante muitos anos a definição de saúde consistia num estado em que prevalecia a ausência de doenças físicas e mentais. Face a essa definição os serviços de saúde estavam organizados de forma a lidar e a extinguir as doenças, ou seja, predominava a ação médica e curativa. À medida que a sociedade foi evoluindo e tendo essa evolução progredindo nos demais aspetos, nomeadamente, nos psicossociais, estes passaram a integrar a definição de saúde coexistindo com os fatores biológicos (Surdi e Tonello, 2007;

Rodham, 2010). Essas alterações à visão do conceito de saúde focam, agora, aspetos positivos como a qualidade de vida (Fernandez-Ballesteros, 1998).

Face a estas alterações, também a Organização Mundial da Saúde (OMS) reviu o conceito de saúde e este passou a ser definido como “[...] um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

O turismo acompanhou esta nova determinação da OMS relativa ao conceito de saúde e, nesse sentido, evoluiu de forma a acompanhar e a satisfazer os seus propósitos. Aos já existentes segmentos de turismo: turismo de recreio; turismo de repouso; turismo cultural; turismo étnico; turismo de natureza; turismo de negócios; turismo hedonista; turismo religioso, entre outros (Cunha e Abrantes, 2013). Horner e Swarbrooke (2016) passa a fazer parte o segmento turismo de saúde, que abrange o turismo médico e o turismo de bem-estar.

O turismo de saúde é visto como uma atividade recente mas na realidade as práticas subjacentes à atividade de turismo de saúde remontam à época dos Romanos, onde já se registavam deslocações para os locais onde afluíam recursos naturais hídricos que propiciavam a cura (Paixão, 2007).

No início, o turismo de saúde não contemplava o conceito de saúde preventiva, apenas importava a cura. O turismo de saúde era um procedimento que apoiado na utilização de recursos hídricos e climáticos tinha como objetivo a cura para as maleitas físicas, acompanhado, sempre, de formas de entretenimento e lazer. Do conceito de turismo de saúde faziam parte, apenas, as infraestruturas sanitárias que utilizassem aquando do decorrer da prestação dos tratamentos os recursos naturais, climáticos ou hidrológicos (Antunes, 2012).

De acordo com Cunha (2004) o conceito de turismo de saúde terá sido apresentado pela primeira vez em 1972 pela então União Internacional dos Organismos Oficiais de Turismo, que o definiu como sendo o que “implica a utilização de equipamentos sanitários que façam uso de recursos naturais, climáticos e termias em particular”. A denominação dessa organização evoluiu para o que hoje conhecemos de Organização Mundial de Turismo (OMT) .

Mais tarde, em 2007 a OMT define o turismo de saúde como: “Turismo de saúde pode ser definido em termos gerais como as pessoas que viajam do seu local de residência por motivos de saúde. Isso inclui os visitantes de SPAs e de centros de saúde e fitness, bem

como as pessoas que viajam para receber tratamentos que requeiram intervenção médica mais específica, como a cirurgia médica” (UNWTO, 2007: 18).

Por sua vez, Cunha (2004) considera turismo de saúde como “as atividades desenvolvidas com vista a proporcionar cura e bem-estar com a utilização de recursos naturais e que implicam uma deslocação”. No mesmo sentido, a SAER (2005) considera que o turismo de saúde compreende as deslocações a locais ou a estabelecimentos onde prevalecem atividades que promovem o bem-estar físico e emocional baseadas em procedimentos e técnicas de relaxamento, cuidados de medicina, tratamento anti-stress e tratamentos de beleza, tudo isto num ambiente de grande conforto e acolhimento.

Antunes (2012) sintetiza o definido pelos autores anteriores, referindo que o turismo de saúde compreende a revitalização do equilíbrio físico e psíquico provocados pelo stress da vida moderna e a utilização de tratamentos que visam o cuidado com o corpo.

Por sua vez, Mueller e Kaufmann (2001) consideram que o turismo de saúde deve ser dividido em dois grandes grupos: de um grupo fazem parte aqueles que são movidos com o objetivo de alcançar a cura, ou seja, está subjacente um ato médico. No outro grupo estão representados aqueles que tem como motivação a prevenção, o bem-estar e a recuperação física.

Smith e Puczkó (2009) também separam o turismo de saúde em duas vertentes. Por um lado, a vertente do turismo de bem-estar que comporta a componente holística, espiritual, o ioga e meditação, e a chamada ‘nova era’; o lazer e recreação, tratamentos de beleza, desporto e *fitness* e ainda a prática de *pampering*. Na vertente de turismo médico estão incluídos os subprodutos: o turismo médico terapêutico, reabilitação associado a doenças, bem como a recuperação e cura; o turismo médico cirúrgico, a cirurgia cosmética, dentista e operações de várias tipologias.

Por sua vez, no relatório do Global Spa Summit (2011) é definido turismo médico como sendo o ato que envolve a viagem de um indivíduo para um local onde vai receber o tratamento para uma doença, cujos tratamentos e cuidados são diferentes e/ou melhores do que os que teria acesso no local onde reside. Por sua vez, turismo de bem-estar vem definido como sendo o ato que envolve a viagem feita por um indivíduo à procura de atividades que promovam a sua saúde e o seu bem-estar, baseado em experiências autênticas e não disponibilizadas no seu local de residência.

Santinha e Breda (2014) consideram que turismo de saúde inclui o turismo médico, que compreende a deslocação para locais onde existam tratamentos especializados, isto é, a

procura de cuidados de saúde; e o turismo de bem-estar compreende a procura por resorts, spas e termas, onde é promovido o bem-estar físico, psicológico e da saúde em geral.

Com outra visão acerca da divisão do turismo de saúde, o projeto *Healthy'n Portugal* da AEP (2014) refere que o turismo de saúde está subdividido em três segmentos. O segmento do turismo médico: que compreende os procedimentos necessários a um tratamento específico com a finalidade de curar uma doença; o segmento do turismo de bem-estar geral: que compreende um conjunto de procedimentos que visam o alcance do equilíbrio físico, espiritual, mental e emocional; e o segmento do turismo de bem-estar específico: onde se pretende alcançar o bem-estar físico e psíquico através de um tratamento específico.

Silva e Umbelino (2017) consideram que graças à dimensão do atual mercado de saúde, o turismo de saúde oferece uma panóplia de produtos e serviços muito significativa. Além dos já percebidos produtos da saúde, o turismo de saúde oferece serviços focados numa dimensão holística do corpo que contemplam desde a estada em termas, a frequência em spas para fruir de bem-estar, cirurgias médicas nos diferentes países especializados pelo mundo, entre outros, recorrendo, para o efeito, às diferentes culturas, rituais e inovações tecnológicas.

A relação entre o termalismo e a qualidade de vida

Os motivos da cura, socialização e espiritualidade que fazem parte da tradição do termalismo, continuaram na génese do spa e na evolução do turismo de saúde (Erfur-Cooper e Cooper, 2009) e os indivíduos ao procurarem experiências naturais nos ambientes de spa, esperam que os resultados dessa experiência estejam associados aos benefícios tradicionais do termalismo (GWI, 2014).

Na última década, as estâncias termais portuguesas, os spas e as outras unidades do setor foram renovadas e modernizadas, posicionando-se no mais alto nível quanto à qualidade e aos serviços prestados (PIMBIS SUMMIT, 2016). Estes equipamentos permitem a realização de tratamentos de prevenção, regeneração, promoção da saúde e qualidade de vida (Pinto e Mangorrinha, 2009). Para Silva *et al.* (n.d.) o termalismo e a talassoterapia, ambos componentes do segmento de turismo de bem-estar, têm contribuído na área de serviços de relaxamento e na área de melhorias na qualidade de vida.

O alcance de uma melhor qualidade de vida tornou-se uma exigência imperiosa e, por isso, a definição e compreensão deste conceito tem estado na ordem do dia e no âmbito

das mais diversas matérias desde a área da: psicologia, sociologia, passando pela filosofia, pelas diversas áreas da saúde, economia, entre outros (Costanza *et al.*, 2007).

Embora muitos estudos discutam o tema qualidade de vida o certo é que, ainda, não existe uma definição unanimemente aceita pelos estudiosos desta matéria (Dolnicar *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu Qualidade de vida, como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

Diener *et al.* (2006) e Camfield e Skevington (2008) consideram que o conceito de qualidade de vida é sinónimo de bem-estar. No entanto, Sirgy (1998) contradiz os demais autores por considerar que o conceito de bem-estar é uma parte integrante do conceito de qualidade de vida.

Pereira *et al.* (2012) concluíram que o conceito de QV pode assumir significados distintos de indivíduo para indivíduo, tornando-se um conceito de difícil avaliação e aplicação, pelo que a sua utilização deve sempre considerar as dimensões da ciência.

Para além dos esforços para se obter uma definição de QV, a sua quantificação e evolução ao longo dos anos, tem sido uma tarefa comum para os governos dos diferentes países e para as diversas organizações e instituições espalhadas por todo o mundo (Stratton, 2010). Também para o turismo, a compreensão e definição do conceito QV passou a assumir crucial importância (Moscardo, 2009).

Por seu lado, Weaver (2012) e Carneiro e Eusébio (2015) consideram que a qualidade de vida está intimamente ligada com a experiência completa de vida de cada indivíduo, mas quando relacionada com o turismo, está relacionada com a atratividade, competitividade, autenticidade e sustentabilidade.

Ferreira (1995) e Ramos (2008) consideram que no início dos anos 90 uma clientela distinta dos aquistas começou a modificar as listas de ocupação das estâncias termais e dos serviços de bem-estar.

Nesse sentido, também Silva *et al.* (n.d.) consideram que o serviço do termalismo continua a ter como principal característica o uso da água mineral nos tratamentos, mas deixou de estar estritamente associado à saúde, devido à grande procura verificada nos tratamentos diferenciados para melhoria na qualidade de vida.

As mudanças registadas no quotidiano profissional, social e familiar do indivíduo derivadas da concorrência nos empregos e ambição latente em construir uma carreira; a

cada vez maior diversidade de atrações que surgem no âmbito do convívio social; e a preocupação acrescida pelo bem-estar dos seus familiares, têm provocado desequilíbrios no seu bem-estar físico e psicológico. Tais agressividades têm levado o indivíduo a procurar formas que lhe restituam o bem-estar e que, conseqüentemente, melhorem a sua qualidade de vida (Karn e Swain, 2017).

Também Gustavo (2010) considera que perante um quotidiano tão absorvente, o tempo livre e de lazer adquire uma condição de exceção; o dia-a-dia do indivíduo fica confinado a esta rotina instrumentalizada e o corpo e a mente acabam por se ressentirem destas jornadas ininterruptas, sem descanso e sem descontração.

Cunha (1997) considera que o reconhecimento da importância dos fatores psicológicos e dos desequilíbrios psicofisiológicos provocados pela vida moderna, caracterizada pelo sedentarismo, pela monotonia, pela concentração urbana e pela agitação e tensão permanentes, levaram, no âmbito do conceito de turismo de saúde, ao alargamento dos programas que permitem aos turistas, durante a sua permanência no local de destino, melhorar os seus estados de saúde e prevenir os diferentes fatores de risco de saúde.

Kelly (2010) refere que o turismo de bem-estar tornou-se um fenómeno popular em todo mundo no século XXI, pelo facto de os turistas considerarem este segmento do turismo um meio eficaz de combater as sequelas derivadas do estilo de vida moderno e melhorarem o seu bem-estar.

Também Silva e Umbelino (2017) consideram que o turismo de saúde paralelamente com o conjunto das práticas da saúde, do lazer e do turismo reinventaram-se, granjeando, dessa forma, um número cada vez mais crescente de adeptos.

Loureiro e Almeida (2013) manifestam a mesma opinião que os autores anteriores quando referem que os serviços de bem-estar são promotores de uma mente e corpo sãos ao permitirem a prevenção de doenças, a eliminação do stress diário, a melhoria do equilíbrio mental e psicológico e o hedonismo, e por isso têm feito parte das escolhas dos indivíduos aquando da necessidade de revigorarem o seu estado quer físico quer psíquico, e assim melhorarem a sua qualidade de vida.

Atualmente, as rejuvenescedoras estâncias termais – SPA Termais – (Calçada, 2004) desenvolveram-se no sentido de dar resposta às necessidades cada vez mais exigentes e diversificadas da sua clientela (Antunes, 2008).

Alpoim (2010) refere que os espaços termais foram reconfigurados, e tornaram-se mais inclusivos, no sentido de acolherem mais produtos e serviços relacionados com o

relaxamento, a beleza, a estética, o fitness e bem-estar, indo assim, ao encontro de um mercado que anseia por momentos de tranquilidade e serenidade e que, ao mesmo tempo, pretende manter ou recuperar a sua forma física.

Também, os autores Koh, Yoo e Boger (2010) e Dimitrovski e Todorović (2015) concordam que as estâncias termais passaram a incluir o relaxamento, os tratamentos, a reabilitação e, recentemente, a sociabilização.

O termo SPA é um acrónimo de “salus per aquam” que significa “saúde pela água” (Frost, 2004; Thermae Bath Spa, 2018). A *International Spa Association* definiu SPA como sendo uma entidade que se dedica a promover o bem-estar geral do indivíduo, recorrendo a uma diversidade de serviços que incentivam a renovação da mente, do corpo e do espírito. Por seu lado o autor Miller (1996) refere que a palavra SPA deriva do hábito que a aristocracia romana tinha de utilizar as características das águas da estância hidromineral da cidade de Spa, localizada na Bélgica.

Ramos (2008) define spas como estruturas dotadas de equipamentos, tratamentos e outros cuidados, muito próximos dos utilizados no termalismo, na talassoterapia e na balneoterapia, relacionados com a revitalização do corpo e da mente, similares aos utilizados no termalismo.

Almeida e Loureiro (2012) descrevem spa como sendo uma estrutura capaz de proporcionar bem-estar geral através de meios e serviços que detêm e que permitem a revigoração do corpo, da mente e do espírito.

Por seu lado, Ramos (2008) refere que os spas existem de diversas formas: os spas que fazem parte dos complexos hoteleiros; os spas integrados nas estâncias termais; os spas de centros de desportos de inverno e os spas urbanos.

Pollock e Williams (2000, citados por Pereira, 2016) e Silva e Umbelino (2017) consideram que as empresas de turismo devem, em parceria com os destinos turísticos, desenvolver e promover programas turísticos que promovam o bem-estar.

O Plano Estratégico Nacional do Turismo - Revisão do plano de desenvolvimento do turismo no horizonte de 2015 refere que, em relação às termas existe a necessidade de reposicionar o produto termal no mercado. Para esse efeito fora já clarificado no Plano Estratégico Nacional do Turismo (PENT, 2007) que o modelo de negócio das estâncias termais deve ser alterado e deve promover, juntamente com os tratamentos terapêuticos, outros serviços e produtos que vão ao encontro dos utilizadores que procuram o bem-estar.

No mesmo sentido, Pollock e Williams (2000, citados por Pereira, 2016) defendem que os produtos e serviços devem ser posicionados no âmbito do turismo de saúde que incorporam o fitness, bem-estar, beleza, relaxamento, autoexpressão e aprendizagem, meditação, desenvolvimento espiritual e outros e, assim, irem ao encontro das necessidades de um nicho de mercado cada vez mais populoso e ao mesmo tempo mais fiel e adepto do ideal de bem-estar.

A tendência crescente do turismo de bem-estar

Dwyer, Edwards, Mistilis, Roman e Scott (2009) e Heung e Kucukusta, (2013) consideram que o facto de a população de trabalhadores das classes média e alta estarem cada vez mais alertados e conscientes da prevenção da saúde e mais expostos ao stress na sua vida profissional, levou a que o turismo de bem-estar passasse a integrar os mais procurados segmentos de turismo.

Guo *et al.* (2016) consideram que a procura por um estilo de vida saudável por parte dos viajantes preocupados com a saúde fez despontar uma nova tendência que agora surge destacada nos demais segmentos de turismo, como turismo de bem-estar (Wray *et al.*, 2010).

Também no relatório do GWI (2017) é referido que, cada vez mais, os turistas desejam incluir nas suas viagens níveis mais elevados de bem-estar fazendo, inclusive, com que o turismo de bem-estar esteja a crescer significativamente mais que o turismo em geral. Segundo o GWI (2014) o setor do bem-estar representava mundialmente cerca de 3,4 triliões de dólares em 2013.

Também Karn e Swain (2017) consideram que o turismo de bem-estar é um segmento apresenta uma tendência crescente (Silva e Umbelino, 2017) porque os indivíduos estão constantemente à procura de técnicas de relaxamento e de formas de rejuvenescer quer física quer psicologicamente.

Por sua vez, Horner & Swarbrooke (2016) referem que o aumento da preocupação com a saúde e beleza está ligada ao crescimento de novos tipos de resort, incluindo: peloterapia (tratamento de lama) e helioterapia (tratamento de sol) em Israel e a algoterapia (tratamento com algas) na Irlanda. Silva e Umbelino, (2017) acrescentam que: o aumento da esperança média de vida, a facilidade de mobilidade internacional e a dificuldade do serviço nacional de saúde em dar respostas em tempo útil, têm contribuído para que o segmento do turismo de saúde tenha registado um crescimento ao longo dos anos.

Conclusão:

É cada vez maior o número de estâncias termais e spas que oferecem programas complementares aos tratamentos clássicos, com vista a irem ao encontro das necessidades das pessoas em melhorarem a sua qualidade de vida. Não obstante o termalismo estar inserido no segmento de turismo de bem-estar, há uma parcela significativa da população que perpetua a ideia de que se trata de um nicho de mercado procurado pelos grupos etários mais elevados da população e por aqueles que padecem de sintomas do foro respiratório, reumático, digestivo, e outros, e que vêm nas águas termais a cura ou a atenuação dessas manifestações.

Por outro lado, a redefinição da abrangência e do conceito de turismo de saúde, onde está integrado o termalismo, vem posicioná-lo num patamar que o reveste de um carácter luxuoso, conferindo-lhe a ideia de que os benefícios deste só estarão ao alcance de poucas e determinadas carteiras.

O Plano Estratégico Nacional do Turismo - Revisão do plano de desenvolvimento do turismo no horizonte de 2015 (PENT) vem tentar desmistificar estas duas impopularidades: esclarece que ao nível do turismo de bem-estar é premente desenvolver e diversificar os produtos e serviços do âmbito deste segmento específico do turismo; e salienta a necessidade de se desenvolverem conteúdos informativos diferenciados e que os mesmos sejam disponibilizados em canais específicos de comunicação.

Creemos que quando a atitude dos indivíduos perante os preconceitos em torno do termalismo for revertida, ou seja, quando os indivíduos ficarem elucidados acerca da real envolvente social e económica associada ao termalismo, e passarem a usufruir das vantagens e benefícios do mesmo, verão melhorada a sua qualidade de vida.

Esta evidência será alvo de uma análise quantitativa a desenvolver brevemente.

Bibliografia

Almeida, M.M.C. & Loureiro, S.M.C (2012).” Estímulos influenciadores do prazer e do relaxamento: o contexto do SPA em hotel termal em Portugal”. *Revista Turismo e Desenvolvimento*. 17/18, 1481-1493.

AEP (2014), Associação Empresarial de Portugal/ Camara do Comércio e Industria / *Como entrar no mercado do turismo médico em 9 passos. Manual de Boas Práticas / HCP – Health Cluster Portugal / Healthy'n Portugal*.

Alpoim, M. (2010). *Análise à procura termal*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia.

Álvarez, L. A. & Rodríguez, C. L. (2015). “Agua y territorio”, Universidad de Jaén, Jaén, España, 8-11, julio-diciembre 2015 (pp. 8-11). issn 2340-8472 issne 2340-7743 doi 10.17561/at.v0i6.

Antunes, J. (2008), “Turismo de Saúde e Bem-estar em Portugal: estratégias para o seu desenvolvimento”, in *Proceedings do 14.º Congresso da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional*, Instituto Politécnico de Tomar, 4 e 5 de Julho, Tomar.

Antunes, J. (2012). ” O (re)posicionamento do termalismo como estratégia de desenvolvimento turístico. O caso da região Dão-Lafões (NUTS III)”. *Revista Turismo e Desenvolvimento*, N.º 17/18

Calçada, J. (2004) “Saúde e Termalismo – Contextos de renovação das tendências das clientelas termais” in *O Expresso*, 1643 (Dossiês Especiais), pp. 8-12.

Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). “On subjective well-being and quality of life”. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775.

Cantista, A. (2010). “O termalismo em Portugal”. *Anales de Hidrología Médica*, 2008-2010, vol. 3, 79-107.

Carneiro, M. J., & Eusebio, C. (2015). ”Host-tourist interaction and impact of tourism on residents' Quality of Life”. *Tourism & Management Studies*, 11(1), 25-34.

Corbin, A. 2001 (1995). *História dos tempos livres: o advento do lazer*. Lisboa:Teorema

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D., Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S., Rizzo, D., Simpatico, T. & Snapp, R. (2007). "Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being". *Ecological Economics*. 61, 267-276.

Cunha, F. A. X.(1999).”A água, medicina universal, e amato lusitano (1511 - 1568). *Medicina na Beira Interior – Da Pré-História ao século XX*”. Cadernos de Cultura, n.º 13, Novembro 1999. Publicações Periódicas, Lda.

Cunha, L., 1997, *Economia e Política do Turismo*, Ed. McGraw-Hill.

Cunha, L. (2004) “Turismo de Saúde – conceitos e mercados”, in *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologia*, 10, pp. 79-84.

Cunha, L. & Abrantes, A. (2013). *Introdução ao Turismo* (5ª ed.). Lisboa: Lidel.

Decreto-lei nº 142/2004, de 11 de Junho. DGS. <http://www.dgs.pt/saude-ambiental/areasde-intervencao/estabelecimentos-termais/estabelecimentos-termais.aspx> [12/07/2018].

Desconhecido (2018). “Uma breve história da filosofia”. *Revista Super Interessante*. Disponível em: <https://super.abril.com.br/especiais/uma-breve-historia-da-filosofia/> - Tales de Mileto.

Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). “Beyond the hedonic treadmill - revising the adaptation theory of well-being”. *American Psychologist*, 61(4), 305-314.

Dimitrovski D., Todorović, A. (2015). “Clustering wellness tourists in spa environment”. *Tourism Management Perspectives*, 16, 259-265.

Dolnicar, S., Yanamandram, V., & Cliff, K. (2012). “The contribution of vacations to quality of life”. *Annals of Tourism Research*, 39, 59–83.

Dwyer, L., Edwards, D., Mistilis, N., Roman, C., & Scott, N. (2009). “Destination and enterprise management for a tourism future”. *Tourism Management*, 30, 63–74.

Erfurt-Cooper, P. e Cooper, M. (2009). *Health and Wellness Tourism: Spas and Hot Spring*. Bristol: Channel View Publications.

Fernandez-Ballesteros R. (1998). “Quality of life: Concept and assessment”. In J Adair D Belanger, & K. Dion (Eds.), *Advances in psychological science: Social, personal and cultural aspects*, 387–406. Hove, UK: Psychology Press.

FERREIRA, C. (1995). *Ascensão e declínio das estâncias termais em Portugal: as termas da Curia e o turismo de elite*. In *Fortuna, Carlos, Turismo e cultura em Portugal: quatro estudos sobre mentalidades, práticas e impactos sociais*. Relatório de investigação. Faculdade de Economia e centro de Estudos Sociais, Coimbra.

Franco, A.C. (2014). “De núcleos de cura a destinos turísticos: A origem do termalismo e o desenvolvimento das estâncias hidrominerais na europa”. *Cad. Naturol. Terap. Complem* -Vol. 3, N.º 5 – 2014.

Frost, G.J. (2004) “The spa as a model of an optimal healing environment”. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (1), 85-92.

Global Spa Summit. (2011). *Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit?*

Global Wellness Institute. (2014). *Global spa & wellness economy monitor*.

Guo, Y., Guillet, B., Kucukusta, D., Law, R. (2016). “Segmenting Spa Customers Based on Rate Fences Using Conjoint and Cluster Analyses”. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 21:2, 118-136.

Gustavo, Nuno (2010). *Os Novos Espaços de Lazer, Turismo e Saúde em Portugal: O caso dos spa*. Tese de Doutoramento. Coimbra.

GWI. (2015) *The Global Wellness Tourism Economy Report 2013 & 2014*.

GWI. (2017) *The Global Wellness Economy Monitor*.

Heung, V., & Kucukusta, D. (2013). “Wellness tourism in China: Resources, development and marketing”. *International Journal of Tourism Research*, 15(4), 346–359. <http://dx.doi.org/10.1002/jtr.1880>.

Horner, S., Swarbrooke, J. (2016). *Consumer Behaviour in Tourism*, 3ª edição. Oxon: Routledge.

Karn, S. & Swain, K. (2017). “Health consciousness through wellness tourism: a new dimension to new age travelers”. *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, 6 (3).

Kelly, C. (2010). “Analysing wellness tourism provision: A retreat operators’ study”. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 17(1), 108–116. doi:10.1375/jhtm.17.1.108.

Koh, S., Yoo, J.J.-E., & Boger, C.A., Jr. (2010). “Importance-performance analysis with benefit segmentation of spa goers”. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(5), 718–735.

Leandro, M. E. & Leandro, A. S. S. “Da saúde e bem-estar/mal-estar ao termalismo”. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXX, 2015, pág. 75 – 96.

Lopes, A.L. 2002 *Águas minero-medicinais de Portugal*. Lisboa: IGM.

Loureiro, S.M.C., Almeida, M., & Rita, P. (2013). “The effect of atmospheric cues and involvement on pleasure and relaxation: The spa hotel context”. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 35–43.

Mangorrinha, J. (2002) *À volta das Termas*. Caldas da Rainha: Livraria Nova Galáxia.

Martins, M. (2015). “Entre o ócio e a sociabilidade: O papel das termas públicas na vida social de *Bracara Augusta*”. In: Silva, G. V. ; Leite, L. R.; Silva, E. C. M.; Neto, B. M. L. (Coords.) *Cotidiano e sociabilidades no império romano*. Vitória, Espanha. GM Editora, 2015, p. 13-30.

Miller, E.T. (1996). *Salonovations’ Day Spa Operations*, Milady Publication, New York

Moscardo, G. (2009). “Tourism and quality of life: towards a more critical approach”. *Tourism and Hospitality Research*, 9(2), 159-170.

Mueller, H., & Kaufmann, E. (2001). "Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry". *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 7–15.

Weaver, D. (2012). "Alternative tourism as a contestable quality-of-life facilitator". In Uysal, M., Perdue, R., & Sirgy, M. J. (Eds.). *Handbook of tourism & quality-of-life research*.

WHOQOL Group (1994). "Development of the WHOQOL: Rationale and current status". *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Ortigão, R. (2000). *Banhos de caldas e águas minerais*. Sintra: Colares Editora.

Paixão, D. L. D. (2007). "Thermaet Lud US: O início do turismo de saúde no Brasil e no mundo". *Turismo em Análise*, 18, 2, 133-147.

PENT (2013-2015) Plano Estratégico Nacional do Turismo: Horizonte 2013-2015, Gabinete do Ministro da Economia e do Emprego.

Pereira, É. F.; Teixeira, C. S.; Santos, A. dos S. (2012). "Qualidade de vida: abordagens, conceito e avaliação". *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, 26, (2), p. 241-250. abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

Pereira, J. I. A. (2016). *O Turismo de Saúde nos Açores: um estudo sobre o seu potencial e competitividade*. Dissertação de Mestrado. Estoril.

Pereira, T. A., Dias, C. A., Soares, M. M., & Correa, A. I. R. (2017). "A influência das atividades de turismo e lazer na melhoria da qualidade de vida, adesão à terapêutica e controle da pressão arterial de sujeitos hipertensos". *Anais*, 1-17.

PIMBIS - Cimeira Internacional de Negócios e Investimentos em Mineração de Portugal 2016 (PIMBIS), SUMMIT 2016

Pinto, H. G., & Mangorrinha, J. (2009). *O desenho das termas: história da arquitectura termal portuguesa*. Lisboa: Ministério da Economia e Inovação.

Pollock, A. & Williams, P. (2000). *Trends in Outdoor Recreation, Leisure and Tourism*. London: CABI Publishing.

Quintela, M. (2004) "Cura Termal: entre as práticas «populares» e os saberes científicos" in *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra, 16 a 18 de Setembro.

RAMOS, A. C. C. V. (2005). *O Termalismo em Portugal: dos factores de obstrução à revitalização pela dimensão turística*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Aveiro.

Ramos, A. (2008). "Lazer, Turismo e Termalismo. Inovação e Complementaridade no Turismo de Saúde". *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 9, 07-18.

- Rodham, K. (2010). *Health Psychology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- SAER (2005). “Reinventando o Turismo em Portugal. Estratégia de desenvolvimento turístico português no 1º quartel do século XXI”, in Confederação do Turismo Português, Lisboa.
- Salgueiro, V. (2002). “Grand Tour: uma contribuição à história do viajar por prazer e por amor à cultura”. *Rev. Bras. Hist.* [online]. 22, 44, pp.289-310. Acesso em: 29 Agosto 2018.
- Santinha, G., & Breda, Z. (2014).”Diretiva comunitária em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços: Uma oportunidade para o turismo de saúde na Região Centro? Uma reflexão à luz do discurso dos atores-chave”. *Revista Turismo & Desenvolvimento*, 21(22), 201-203.
- Santos, A. C. L. D. (2011). *Propriedades e aplicações dermatológicas das águas termais*. Porto.
- Silva, I. C. O. G., Mané, A. N. M., & Ferreira, L. V. F. (n.d.). “Turismo de Bem-estar: conceitos e fundamentos do Wellness”.
- Silva, F. & Umbelino, J. (2017). *Planeamento e Desenvolvimento Turístico*. Lidel – Edições técnicas, Lda
- Siegel, P. & Barros, N. F. (2015). “Adams JM. Healing with water. English spas and the water cure, 1840-1960”. *Manchester: Manchester University Press*; 1699-1700. doi: 10.1590/1413-81232018235.29822016
- Sirgy, J. M. (1998). “Materialism and quality of life”. *Social Indicators Research*, 43, 227-260.
- Shackman, G., Liu, Y. and Wang, X. (2005). “Measuring quality of life using free and public domain data”. *Social Research Update*,47. <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU47.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.
- Silva, F. e Umbelino, J. (2017). *Planeamento e desenvolvimento turístico*. Lidel, Lisboa.
- Smith, M., Puczkó, L. (2009). *Health and wellness tourism*. EUA: Elsevier Ltd.
- Stratton, A. (2010). “David Cameron aims to make happiness the new GDP: Prime minister acts on pledge to find out what makes the nation contente”, *The Guardian*, Dom, 14 Nov 2010. Disponível em: <https://www.theguardian.com/politics/2010/nov/14/david-cameron-wellbeing-inquiry>. Acesso em 30 Agosto 2018.
- Surdi, A. César & Tonello, J. (2007). “Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas”. *Visão Global*. Joaçaba, 10, (2), p. 201-228, jul-dez, 2007.
- UNWTO. (2007) *A Practical Guide to Tourism Destination Management*. Madrid: UNWTO.

Thermae Bath Spa. (2018). Thermae Bath Spa Website. Visualizado em 25/09/2018
<https://www.thermaebathspa.com/>

TP [Turismo de Portugal] (2007) Plano Estratégico Nacional do Turismo – para o desenvolvimento do turismo em Portugal. Lisboa: Turismo de Portugal.

Wray, M., Laing, J., Voigt, C. (2010).” Byron Bay: an alternative health and wellness destination”. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, vol. 17, no. 1, 158-166.