

O Impacto do Turismo na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Turista

Resumo

Apesar do turismo constituir atualmente uma das atividades económicas de maior crescimento a nível mundial, os seus benefícios não devem ser reduzidos aos meramente económicos devendo-se nomeadamente aprofundar a relação entre o turismo, a qualidade de vida e o bem-estar daqueles envolvidos na experiência turística. Este estudo pretende avaliar o impacto do turismo na qualidade de vida e no bem-estar do turista em Portugal. Para realizar esta análise foi utilizado um questionário, a partir dos instrumentos WHOQOL-BREF e EBP, tendo estado *on-line* durante o período de um ano para quem quisesse responder voluntariamente. Foram obtidas 1059 respostas válidas.

Os resultados demonstraram que o turismo pode afetar positivamente a qualidade de vida e o bem-estar, sendo esta relação significativa no que respeita a algumas das dimensões da qualidade de vida e do bem-estar. Este estudo vem demonstrar que os gestores da área devem promover serviços que valorizem experiências pessoais satisfatórias, que gerem afetos positivos e que estes efeitos sejam duradouros, uma vez que podem gerar lealdade com o destino, vontade de gastar mais e de recomendar quando se volta a casa.

Palavras-chave: turismo, qualidade de vida, bem-estar.

Abstract

Although tourism currently constitutes one of the fastest growing economic activities worldwide, its benefits should not be reduced to economic. In particular, it should deepen the relationship between tourism, quality of life and well-being of those involved in the tourist experience. This study aims to assess the impact of tourism on quality of life and well-being of tourists in Portugal. To perform this analysis, we used a questionnaire based on the WHOQOL-BREF and EBP, which was online for a year to anyone who would respond voluntarily. 1059 responses were obtained. The results showed that tourism can positively affect the quality of life and well-being, and this significant relationship with regard to some dimensions of quality of life and well-being. This study demonstrates that managers should promote services that enhance personal experiences satisfactory, that generate positive affect and that these effects are lasting, since it can generate loyalty with destiny, desire to spend more and recommend when it returns to house.

Keywords: tourism, quality of life, well-being.

Introdução

A investigação realizada no âmbito do impacto do turismo na qualidade de vida tem-se tradicionalmente centrado nas atitudes dos residentes face ao turismo. No caso do contributo do turismo para o bem-estar a investigação tem sido relativamente escassa (Benckendorff et al, 2009). Tradicionalmente têm-se examinado as atitudes dos residentes, destacando-se a avaliação do seu grau de aceitabilidade de iniciativas de turismo, a natureza das preocupações dos residentes face ao desenvolvimento e a importância do investimento económico e espacial entre os intervenientes na comunidade (Wang & Pfister, 2008) como aconteceu com os estudos de Akarapong (2006) na Tailândia, Huh & Vogt (2008) no Alasca, Wang & Pfister (2008) nos EUA e Aref et al (2009) no Irão. Em Portugal temos o estudo pioneiro da Região Autónoma dos Açores (INE, 2005) e do Algarve (Guerreiro et al, 2008).

Muita da pesquisa efetuada tem-se centrado também na satisfação dos turistas sobretudo a partir das teorias situacionais; teorias disposicionais e teorias interativas (utilizando uma interação entre as facetas pessoais e situacionais) (Sirgy, 2010).

Todavia, esta investigação centra-se na satisfação a curto prazo e não nos efeitos mais duradouros da satisfação, aqueles que têm a capacidade de aumentar a qualidade de vida ou o bem-estar (Neal et al, 2007). Este aspeto é fundamental uma vez que a satisfação gerada (aquele tipo de satisfação que aumenta a qualidade de vida e bem-estar do turista) irá muito provavelmente gerar lealdade, repetição e transmissão de informação favorável entre indivíduos (Sirgy, 2010), aspetos fundamentais para o sucesso no turismo.

O turismo deverá providenciar para que se ofereça um conjunto de experiências com reflexos sobre a qualidade de vida e o bem-estar daqueles envolvidos na experiência turística. Uma experiência satisfatória num dado momento, pode mudar o bem-estar a longo prazo (Liburd & Derkzen, 2009).

Como referido, têm surgido vários estudos a considerar as atitudes dos residentes face ao turismo e os impactos que gerados na comunidade. Apesar de estar implícita a percepção de que o turismo influencia a qualidade de vida das pessoas na comunidade, existem poucos estudos que tenham investigado diretamente a percepção dos residentes sobre o impacto do turismo na sua qualidade de vida (Andereck & Nyaupane, 2011).

Vários estudos têm também focado a satisfação com a viagem, mas não estabelecem uma ligação entre esta e a satisfação com a vida em geral, considerada por muitos como um indicador subjetivo da qualidade de vida (Sirgy et al, 2011). Uma exceção será o estudo de Sirgy que concluiu que a satisfação com os serviços de turismo contribui para a satisfação no lazer, e por sua vez contribui para a satisfação com a vida sendo esta relação mais evidente nos turistas que têm estadas mais longas (Sirgy et al, 2011).

Outros autores defendem que uma experiência turística poderá contribuir para a satisfação com a vida dos turistas pela capacidade de gerar aspetos positivos, de permitir o relaxamento e descanso (Sirgy et al, 2011).

Também Enea e Tanasoiu (2009) defendem que o turismo pode aumentar a qualidade de vida através do descanso, relaxamento, recreação, desenvolvimento do conhecimento, etc. Defendem inclusive que o descanso em casa, no ambiente habitual, não gera uma recuperação total.

Pensa-se que viajar possa aumentar o bem-estar. Segundo Smith e Puczko (2009) a antecipação de uma viagem ou o reviver das memórias por ela proporcionadas, podem contribuir para o bem-estar, especialmente se viajar for uma atividade regular e constante na vida da pessoa.

Milan (1997, *in* Sirgy et al, 2011) explorou o impacto da experiência de turismo no bem-estar psicológico de turistas seniores que viajavam em grupo, mas não obteve resultados estatisticamente significativos. Já Gilbert e Abdullah (2004, *in* Sirgy et al, 2011) encontraram

diferenças entre um grupo de pessoas que viaja e um grupo de pessoas que não viaja, sendo que o primeiro apresentou um nível de bem-estar superior. O mesmo estudo comprovou que o tempo de lazer desempenha um papel importante na satisfação com a vida em geral.

Viajar pode valorizar os aspetos relacionados com a saúde se forem considerados os benefícios físicos e mentais do descanso e relaxamento, os aspetos sociais do contacto com outros turistas e gentes locais, e a estimulação intelectual que pode resultar da aprendizagem sobre novos locais (Smith & Puczko, 2009). Algumas viagens podem ter um foco de saúde específico, enquanto outras podem permitir benefícios indiretos.

Os turistas que experienciam níveis mais elevados de prazer durante as suas viagens têm níveis mais elevados de satisfação e demonstram intenções comportamentais favoráveis em termos de lealdade e vontade de pagar mais (Hosany & Gilbert, 2010).

Apesar da existência de alguns estudos que defendem uma relação entre turismo, qualidade de vida e bem-estar, nenhum deles demonstra objetivamente essa relação.

Este estudo pretende responder à seguinte pergunta: o turismo tem impactos na qualidade de vida e bem-estar do turista?

As hipóteses a testar são:

H1: O turismo influencia positivamente a qualidade de vida e os seus vários domínios: físico, psicológico, social e ambiental.

H2: O turismo influencia positivamente o bem-estar nos domínios de bem-estar subjetivo, material e laboral.

Revisão da literatura

Sensivelmente, a partir dos anos 50 o turismo passou a deter um peso que antes estava principalmente apenas destinado à agricultura e à manufatura (Crouch, 1999) tendo registado desde aí um crescimento médio anual de 6,5% e um crescimento superior a 1,3 vezes ao produto mundial bruto (Duterme, 2009).

Entre 2000 e 2011 o turismo recetor passou à escala mundial de 674 milhões para 983 milhões a que corresponde um aumento de 46%. Na Europa o aumento foi de 31% (de 390 milhões para 504 milhões).

Quadro 1: Chegadas internacionais de turistas por região (milhões)

Região/Anos	2000	2005	2011	2012
Europa	385.1	438.7	502.8	504
Ásia e Pacífico	110.1	153.6	216	217
Américas	128.2	133.3	156.2	157
Médio Oriente	24.1	36.3	55.4	55
África	26.5	35.4	49.8	50
Mundo	674	797	980	983

Fonte: Organização Mundial de Turismo (2012a)

Em Portugal, a balança turística apresentou uma evolução positiva em 2010 tendo as receitas do turismo crescido 10.2% e as despesas turísticas 8.9% (INE, 2011). Aproximadamente 4 milhões de portugueses fizeram em 2010 pelo menos uma deslocação em que passaram uma ou mais noites fora da sua localidade de residência habitual, sendo que 89.5% destas foram realizadas dentro do território nacional (INE, 2011).

O Algarve, Lisboa e a Madeira continuam a ser os principais destinos turísticos de Portugal, tendo ultrapassado os 70% das dormidas. Os hotéis são os líderes quanto ao tipo de estabelecimento preferido, principalmente os de 4 estrelas. Seguem-se os hotéis-apartamento e os apartamentos turísticos (INE, 2011).

Como se viu, o turismo tem evoluído de tal forma que é atualmente considerado como uma das atividades de maior importância estratégica sendo mesmo esperado que a economia deste século se baseie nos três super serviços: telecomunicações, tecnologias da informação e nas viagens e turismo (Viegas, n.d.). No entanto, o turismo é ainda um privilégio exclusivo a

cerca de um sétimo da humanidade. Só este número de pessoas está em posição económica, cultural e política de visitar os restantes seis sétimos (Duterme, 2009).

Neste contexto, há então que aprofundar a importância da ligação entre a psicologia e o turismo, analisando de forma mais aprofundada a relação entre este e a qualidade de vida e o bem-estar, conceitos que são explicados de seguida.

Qualidade de vida vs. bem-estar

Embora as investigações sobre a Qualidade de Vida remontem a 1920, referindo-se às condições de trabalho e suas consequências para o bem-estar dos trabalhadores, só após a 2ª Grande Guerra se começou a utilizar este termo com preocupações científicas levantando a necessidade de desenvolver medidas que a pudessem qualificar (Wood-Dauphinee e Kuchler, 1992).

O primeiro padrão para avaliar a qualidade de vida foi proposto num relatório da *Commission on National Goals*, da responsabilidade do presidente Eisenhower em 1960 (Ribeiro, 1994 e 2009). Na década de 70 começaram a ser publicados os primeiros estudos sobre este tema. Liu (1975) propôs a criação de vários indicadores facilmente quantificáveis através de uma componente objetiva (social, económico, político e ambiental) e outra subjetiva (psicológica, qualitativa, dependente da perceção individual). Esta última não era possível de ser mensurada naquela época.

Embora o termo qualidade de vida tenha sido tradicionalmente muito utilizado na literatura médica associado à saúde, Ware (1991) veio defender que devia ser um conceito mais abrangente.

Nos últimos anos, este conceito tem-se tornado num tópico de discussão de âmbito mais alargado, embora a sua definição seja bastante difícil pois é um conceito subjetivo que depende das perceções e sentimentos individuais. Apesar de existirem inúmeras definições e modelos, há convergência quanto ao facto de ser um constructo multidimensional e interativo,

que abrange diversos aspetos da vida das pessoas e dos seus ambientes (Schalock, 1996, *in* Andereck et al, 2007). Inúmeros conceitos têm sido utilizados como sinónimos de qualidade de vida como o bem-estar, felicidade, satisfação com a vida.

De seguida iremos tipificar algumas das principais perspetivas. Fallowfield (1990), (*in* Ogden, 2004) defende a existência de quatro dimensões na qualidade de vida: psicológica (humor, sofrimento emocional, adaptação à doença); social (relacionamentos sociais, atividades de lazer); ocupacional (trabalho) e física (mobilidade, dor, sono e apetite). Cramer (1993 e 1994) define-a como o bem-estar físico, mental e social para além da ausência de doença. Já para Churchman (1992) a qualidade de vida tem a ver com o juízo que o indivíduo faz sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos diferentes domínios da vida. Patrick e Ericson (1993, *in* Ogden, 2004) defendem que a qualidade de vida é o valor atribuído à duração de vida, uma vez que este é modificado por incapacidades, estados funcionais ou oportunidades sociais.

Em 1976, Campbel, Converse e Rodgers identificaram doze domínios: saúde, casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, atividades de lazer, situação financeira e participação em organizações. Defenderam que apesar de as pessoas viverem em ambientes objetivos, cada uma delas “lê” este ambiente de modo diferente e conseqüentemente fazem avaliações diferentes. Ribeiro (1994) defende que a qualidade de vida depende de domínios como a saúde, o trabalho, a família e o desafogo económico, etc. Flanagan (1982) identificou quinze domínios distintos: bem-estar físico, material e social, relações sociais, desenvolvimento e realizações pessoais, atividades cívicas e comunidade, e recreação. Cummins (2000, *in* Liburd & Derkzen, 2009) defende que a qualidade de vida se refere à satisfação do indivíduo com a sua vida tendo em conta um conjunto de indicadores: nível de vida, saúde, relações sociais, segurança, comunidade onde se está inserido, espiritualidade/religião, objetivos de vida. A qualidade de vida pode variar ao

longo do tempo e à medida que vão ocorrendo alterações na vida. Enea e Tanasoiu (2009) referem que a qualidade de vida implica a existência de um conjunto de condições materiais e sociais como: condições de trabalho, quantidade e qualidade de serviços disponíveis, condições que vão de encontro às necessidades espirituais, atividades de lazer, liberdade política, ambiente entre outras. Já Sirgy (2002) inclui este conceito dentro do conceito de bem-estar subjetivo, sendo este usado para expressar os aspetos subjetivos da qualidade de vida como a felicidade ou a satisfação com a vida.

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que está inserido e em relação às suas expectativas, objetivos e preocupações (OMS, 1997). Acrescenta ainda, que é um conceito complexo afetado por aspetos como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais.

Smith e Puczko (2009) defendem a existência de indicadores de qualidade de vida objetivos (esperança de vida; situação profissional; estado civil; educação; trabalho semanal; condições da habitação; criminalidade; nível de pobreza; acesso a cuidados de saúde e direitos legais) e subjetivos (felicidade; satisfação com a profissão; sentimento de pertença; relações familiares; relações sociais; níveis de *stress*; tempo de lazer; espiritualidade; segurança e férias).

Apesar das inúmeras definições e dos elementos valorizados como contribuidores para a qualidade de vida poderem variar e de ser considerado um valor universal (Andereck & Nyaupane, 2011), é comumente aceite que a qualidade de vida inclui três características principais: é multidimensional; baseia-se na percepção individual e varia com o tempo (Ribeiro, 2009).

Conceito de bem-estar

Até ao final do século XX, a investigação em Psicologia centrou-se quase exclusivamente sobre os aspetos negativos do ser humano. Mais recentemente, foi

influenciada por uma nova perspectiva, designada por Psicologia Positiva, que emerge da preocupação em desenvolver as qualidades positivas do ser humano, para além de “reparar” o que está errado e concentrando-se em aspetos como o bem-estar, a satisfação, a felicidade, o otimismo, a esperança, a coragem, a capacidade para amar, a capacidade para perdoar, a perseverança, a espiritualidade, a sabedoria, a responsabilidade, o altruísmo ou a tolerância (Jesus & Rezende, 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O bem-estar tem sido objeto de uma aprofundada investigação através de duas perspectivas (Novo, 2005). O bem-estar subjetivo que se centra numa perspectiva hedónica, na identificação do grau de satisfação e felicidade do indivíduo, procurando identificar as condições sócio-demográficas, políticas e culturais que lhe estão associadas. A felicidade é considerada como critério de bem-estar. O bem-estar psicológico centra-se na perspectiva da *eudaimonia*¹ e procura o crescimento pessoal numa ótica de gratificação diferida. Já o bem-estar subjetivo centra-se na gratificação imediata, sendo a felicidade uma componente que acompanha o desenvolvimento e o funcionamento positivo nas diferentes áreas da vida.

Vejamos agora mais em pormenor as diferenças entre ambas as perspectivas.

Bem-estar subjetivo

A relação entre o bem-estar e a felicidade e prazer hedónico é bastante antiga. Já Aristippus, filósofo grego do século IV AC, ensinava que o objetivo da vida era experienciar o máximo de prazer possível, e que a felicidade correspondia à soma dos momentos hedónicos do indivíduo (Ryan & Deci, 2001).

A partir da década de 60 desenvolveu-se uma considerável investigação em torno do conceito de bem-estar subjetivo, sobretudo nos Estados Unidos. Desde então, apesar da qualidade de vida dever incluir as condições de vida e a experiência de vida (Simões et al.,

¹ A *Eudaimonia* surge no contexto da filosofia aristotélica e refere-se à necessidade das pessoas viverem de acordo com o seu *daimon*, isto é, segundo as suas mais elevadas capacidades e talentos, de forma a atingirem a perfeição e a realização pessoal. A felicidade aparece como resultado do processo de descoberta (Novo, 2003).

2000), têm-se utilizado vários sinónimos (por exemplo, felicidade, moral, satisfação com a vida).

A experiência de vida é um domínio do bem-estar subjetivo, enquanto as condições de vida se referem a um conjunto de fatores (rendimento, estado civil, nível de instrução) que influenciam o modo como os indivíduos avaliam a própria vida. Logo, a qualidade de vida seria um conceito mais abrangente. É aceite que o bem-estar subjetivo terá duas dimensões (Simões et al., 2000). Uma dimensão afetiva representada pela afetividade negativa (tendência para experimentar sentimentos desagradáveis) e pela afetividade positiva (tendência para experimentar sentimentos agradáveis). A dimensão cognitiva é representada pela satisfação com a vida. Diener e Diener (1995, *in* Simões et al., 2000) concluíram que o bem-estar subjetivo é uma reação avaliativa que os indivíduos fazem à sua própria vida, quer em termos de satisfação (avaliação cognitiva), quer em termos de afetividade (reações emocionais). As pessoas terão elevados níveis de bem-estar quando sentem muitas emoções positivas e poucas emoções negativas, quando estão envolvidas em atividades interessantes, quando vivenciam muito prazer e pouco sofrimento e quando estão satisfeitas com a própria vida (Novo, 2003). Nos últimos anos surgiram várias teorias sobre o bem-estar subjetivo, havendo uma distinção entre teorias base-topo (encaram o bem-estar como resultado do efeito cumulativo de experiências positivas nos vários domínios da vida, ou seja, uma vida agradável seria o resultado do acumular de momentos agradáveis) e teorias topo-base. Estas abordagens enfatizam o indivíduo como ser ativo e organizador da sua experiência de vida e defendem que as experiências não são objetivamente agradáveis ou desagradáveis. A interpretação do indivíduo é que as torna como tal (Simões et al., 2000; Jesus & Rezende, 2009).

Alguns estudos (*in* Simões et al. , 2000) chegaram a conclusões interessantes sobre o bem-estar subjetivo:

- A personalidade explica 4% da variância do bem-estar subjetivo (DeNeve & Cooper, 1998).
- O bem-estar subjetivo varia acentuadamente dos países ricos para os países pobres (Diener & Diener, 1995).
- 40% da afetividade positiva e 55% da afetividade negativa são explicadas por fatores genéticos (Tellegen et al., 1988).
- O espaço de tempo dentro do qual os acontecimentos de vida afetam o bem-estar subjetivo é inferior a 6 meses (Suh et al., 1996).
- Só em idades avançadas (acima dos 80) é que se começam a verificar decréscimos no bem-estar subjetivo (Smith et al., 1999).
- A relação entre rendimento e bem-estar subjetivo é pequena mas significativa (Haring, Sack & Okun, 1984).
- Existe uma correlação positiva entre o bem-estar subjetivo e a condição de casado (Wood, Rhodes & Whelan, 1989).
- A educação não é um forte preditor do bem-estar subjetivo (Diener, 1984).
- Há investigações que não encontraram diferenças de género (Neto, 1999), outras revelaram diferenças em favor dos homens (Simões, 1992), enquanto outras revelaram que os homens seriam ligeiramente mais infelizes que as mulheres (Haring, Stock & Okun, 1984).

Bem-estar psicológico

Muitos investigadores discordam da visão anterior alegando que a felicidade não pode ser o principal critério do bem-estar defendendo que atingir o bem-estar requeria a distinção entre necessidades/desejos que são apenas sentidos subjetivamente e cuja satisfação leva ao prazer momentâneo, daquelas necessidades que estão enraizadas na natureza humana e cuja realização conduz ao crescimento pessoal e produz *eudaimonia* (Ryan & Deci, 2001).

O conceito do bem-estar psicológico foi proposto por Carol Ryff nos anos 80 como distinto do bem-estar subjetivo sendo uma concepção que enfatiza as características do crescimento e desenvolvimento humano. Segundo Ryff (1995, *in* Leite et al, 2002) o bem-estar psicológico integra seis componentes: (i) ter uma atitude positiva perante si próprio e a vida passada; (ii) ter metas e objetivos que confirmam significado à vida; (iii) estar apto a lidar com as exigências da vida; (iv) ter um sentido de desenvolvimento contínuo; (v) possuir vínculos afetivos e confiar nos outros; e (vi) estar apto a seguir as próprias convicções. Nesta perspectiva, o bem-estar é concebido como resultado de um conjunto de processos cognitivos, afetivos e emocionais. Para se viver bem, a vida tem de ter um sentido, a pessoa tem de estar envolvida em projetos que deem dignidade e significado à existência e que permitam o desenvolvimento da personalidade de cada um (Novo, 2003).

Seguem-se alguns resultados de estudos sobre o bem-estar psicológico, apesar da investigação ser menor quando comparada com o bem-estar subjetivo (*in* Fernandes, 2007):

- Os fatores demográficos explicam pouca variância das dimensões do bem-estar psicológico (3 a 24%), havendo uma oscilação entre os valores de acordo com as orientações culturais e com as idades das amostras usadas (Ryff, 1989).
- Frazier et al. (2005) verificaram que níveis mais elevados de envolvimento em comportamentos religiosos estavam associados a níveis mais elevados de bem-estar psicológico.
- Ryff (1989) verificou que a dimensão financeira é uma variável importante na determinação do bem-estar psicológico.
- Níveis mais elevados de educação e emprego levam a níveis superiores de bem-estar psicológico (Keyes & Ryff, 1998).
- Indivíduos que referem relações pessoais mais favoráveis tendem a demonstrar maiores níveis de bem-estar psicológico (Heidrich & Ryff, 1993).

- Ryff et al. (2004) verificaram na sua amostra com mulheres idosas, que aquelas que apresentavam níveis maiores de bem-estar psicológico, tinham um menor risco cardiovascular, menor resposta inflamatória e maiores períodos de sono REM (*rapid eye movement*).

Independentemente da perspetiva utilizada, o bem-estar é sempre uma expressão pessoal e subjetiva, uma avaliação feita em função de valores e padrões pessoais (Novo, 2005). Assim, o modelo de bem-estar psicológico mostra-se mais adequado à exploração do conceito de bem-estar devido às suas bases teóricas e à metodologia de avaliação que preconiza (Novo, 2003). Todavia, outros investigadores referem que o bem-estar é melhor estudado e percebido se incluir aspetos de ambas as perspetivas (Ryan & Deci, 2001). Assim, na sequência do exposto, optámos por utilizar uma medida de bem-estar psicológico para avaliação do bem-estar.

Qualidade de vida vs. bem-estar

A sobreposição destes conceitos tem sido visível, quer através da sua utilização sinonímica, quer através da inclusão de um no outro.

Smith e Puczko (2009) referem que a qualidade de vida é muitas vezes expressa como sendo mais objetiva, descrevendo as circunstâncias de vida de uma pessoa, e não a reação da pessoa a essas circunstâncias. No entanto, chamam a atenção para o facto de outros autores definirem a qualidade de vida de modo mais abrangente, incluindo também as perceções, pensamentos, sentimentos e reações individuais a essas circunstâncias.

Sirgy (2002) inclui a qualidade de vida dentro do conceito de bem-estar subjetivo, usando este termo para designar os aspetos subjetivos da qualidade de vida.

Por outro lado, Falce & Perry (1995) e Fernandes (2007) definem o bem-estar como componente da qualidade de vida. Para estes autores, a qualidade de vida do indivíduo compreende uma apreciação global do bem-estar pessoal que engloba indicadores objetivos e

subjetivos das dimensões física, material, social, produtiva, emocional e cívica, que são avaliados de acordo com os valores individuais. Também Huges (1993) defende que a qualidade de vida é um conceito mais abrangente ao incluir a experiência de vida (domínio do bem-estar) para além das condições de vida (rendimento, estado civil, etc.). Ribeiro (1998, *in* Jesus & Rezende, 2009) defende que o bem-estar é parte integrante do conceito de saúde e a saúde é a melhor variável para explicar a qualidade de vida.

Tendo em atenção as várias perspetivas perante os conceitos apresentados, optou-se por utilizar ambas, defendendo que eles se complementam e que essa inclusão poderá enriquecer a análise em curso.

Metodologia de estudo

A avaliação do impacto do turismo na qualidade de vida e bem-estar do turista em Portugal recorreu inicialmente a uma revisão do estado da arte nas áreas que se pretendiam estudar, tendo-se utilizado tanto fontes primárias como fontes secundárias.

Relativamente aos dados primários, é de salientar que foram contactados os responsáveis pela validação de duas escalas para Portugal (WHOQOL-BREF e EBP), no sentido de se obter a autorização para o seu uso. Obtida esta autorização para utilização dos dois questionários, juntou-se aos mesmos uma página de caracterização sociodemográfica. Os questionários estiveram disponíveis *on-line* durante um período de um ano (de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2012), tendo-se em termos de amostragem pedido às pessoas que encaminhassem o *link* para outros contactos, criando assim um efeito de bola de neve.

WHOQOL-BREF

A Organização Mundial de Saúde criou o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) a partir de 15 centros espalhados pelo mundo (Serra et al., 2006a) e apoiando-se numa significativa pesquisa ao longo de vários anos, de forma a se garantir uma avaliação que pudesse ser o mais fíavel possível (OMS, 1997).

O WHOQOL-100 é autoadministrado e contempla seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais). A versão original é composta por 24 facetas específicas e 1 faceta geral de avaliação global da qualidade de vida. À versão portuguesa foi acrescentada uma faceta adicional relacionada com o poder político (Serra et al., 2006a).

Verificou-se que em algumas situações o WHOQOL-100 era demasiado longo o que podia limitar o alcance das respostas, tendo o WHOQOL-BREF surgido da necessidade de criação de um instrumento que tivesse um rápido preenchimento e que integrasse características psicométricas igualmente satisfatórias. Esta versão abreviada tem 26 itens. Inclui um item de cada uma das 24 facetas e 2 itens da faceta geral da qualidade de vida do WHOQOL-100 (OMS, 1996). Avaliaram-se 4 domínios com várias facetas: físico, psicológico, social e ambiental. Nesta investigação optou-se por utilizar esta versão mais curta do WHOQOL².

Quadro 2 – Domínios do WHOQOL-BREF

Domínios	Facetas
Físico	Atividades do dia-a-dia Dependência de medicação ou apoio médico Energia Mobilidade Dor e desconforto Sono e repouso Capacidade de trabalho

² Ambas as versões foram validadas para Portugal em 2006 por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona e Tiago Paredes.

Psicológico	Imagem corporal Sentimentos negativos Sentimentos positivos Autoestima Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Relações Sociais	Relações pessoais Apoio social Atividade sexual
Ambiente	Recursos financeiros Liberdade e segurança Cuidados de saúde: disponibilidade e qualidade Ambiente do lar Oportunidades para aquisição de informação Oportunidades de lazer e recreação Ambiente físico Transportes

Fonte: Organização Mundial Saúde (1996)

Na validação do WHOQOL-BREF para Portugal participaram 604 indivíduos. O instrumento apresentou bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto de domínios (alpha de Cronbach de 0.79) e os 26 itens (alpha de Cronbach de 0.92). As correlações entre os domínios do WHOQOL-100 e do WHOQOL-BREF foram todas estatisticamente significativas. Assim, este instrumento apresenta-se como uma alternativa válida à sua versão longa, especialmente em estudos com amostras grandes ou que incluem outros instrumentos (Serra et al., 2006b) embora haja quem critique o WHOQOL pelo fato de

ter apenas 6 domínios da qualidade de vida e por omitir outros domínios como o material e o emprego/produtividade (The Scottish Government, 2006).

EBP

A escala de Bem-Estar Psicológico (EBP) foi desenvolvida por Sánchez-Cánovas em 1988 e validada para português por Carochinho em 2006. Integra 65 itens que abordam diferentes facetas do bem-estar psicológico: bem-estar subjetivo (30 itens), bem-estar material (10 itens), bem-estar laboral (10 itens) e bem-estar com o parceiro (15 itens). A subescala do bem-estar subjetivo engloba itens que apelam à satisfação com a vida e aos afetos positivos; a subescala de bem-estar material apela a aspetos económicos e materiais; a subescala bem-estar laboral engloba itens relacionados com o trabalho e com as funções psicossociais que este pode ter para o indivíduo; a subescala de bem-estar com o parceiro baseia-se no conceito de ajuste conjugal. Todos os itens são respondidos numa escala de Lickert com 5 opções que variam entre “nunca” e “sempre”. As escalas podem ser usadas isoladamente ou em conjunto. O processo de adaptação para português ocorreu ao longo de 3 anos, com a participação voluntária de 600 indivíduos (Carochinho, 2006). A escala apresentou um alpha de Cronbach de 0.91 o que demonstra uma boa fidelidade.

Nesta investigação optou-se por não incluir a subescala de bem-estar com o parceiro por esta incluir aspetos bastantes íntimos que, apesar de poderem ser importantes para o estudo de outras problemáticas, não nos pareceram relevantes para este caso.

Durante o período de tempo que esteve *on-line*, foram recolhidas 1.059 respostas aos questionários, das quais 659 são indivíduos do sexo feminino e 399 do sexo masculino, com uma média de idades de 33 anos e um desvio padrão de 12 anos (ver quadros 3 e 4).

Quadro 3: Caracterização da amostra (%)

Género	Idade	Estado Civil	Habilitações	Relação	Distrito
			Literárias	Profissional	Residência

F: 62.2	< 20:	Solteiro: 58.3	1º CEB	Desempregado: 8.2	Porto: 26.5
	15.6		0.5		Lisboa: 26.3
	21-30:		2º CEB		Aveiro: 8.2
	36.1		0.8		Viseu: 7.6
	31-40:		3º CEB		Leiria: 7.2
	24		4.1		Faro: 5.2
	41-50:		Secundário		Faro: 5.2
	13.4		37.7		Braga: 4.2
	51-60:		Bacharelato		Setúbal: 3.8
	7.3		2.3		V. Castelo: 2.5
> 60:	Viúvo: 0.8	Licenciatura	Trabalhador	Santarém: 2.5	
3.5	4.7	33.8	Independente: 7.8	Coimbra: 2.2	
M: 37.7	União de Facto: 6.5	Pós-Graduação	Reformado: 3.0	Madeira: 1.1	
	Outro: 0.3	7.2	Estudante: 20.1	Guarda: 1.0	
		Mestrado	Outro: 5.8	Vila Real: 0.7	
		9		Beja: 0.4	
		Doutoramento		Évora: 0.3	
		4.5		C. Branco: 0.2	
				Bragança: 0.1	
				Portalegre: 0.1	

Quadro 4: Caracterização da amostra (continuação) (%)

Preferência	Número Viagens	Número Noites	Motivos da
Destino	Lazer por Ano	por Estada	Viagem

Nacional 52.3	0: 7.6	Até 4: 30.3	Eventos culturais: 14.9
	1: 38.7		Passeio: 56.9
Internacional 38.8	2: 30.8	5-8: 46.8	Compras: 3.3
	3: 11	9-14: 11.3	Saúde: 0.7
	4: 3.2	Mais de 15: 2.7	Património: 18.1
	Mais de 4: 8.4		Religião: 1.3
			Natureza: 20.5
			Desporto: 7.1
			Sol e Praia: 46.7
			Visitar Familiares e Amigos: 27.5
			Outros: 3.5

Da observação destes quadros pode-se de imediato concluir:

- Responderam mais mulheres que homens (com uma diferença de quase 25%).
- A distribuição de idades demonstra o predomínio da faixa etária dos 21-30 anos.
- Houve predomínio da escolaridade acima do ensino secundário.
- Quanto à relação profissional, predominam indivíduos efetivos e estudantes.
- As zonas do país de onde se obtiveram mais respostas foram Lisboa e Porto.
- Evidenciou-se uma preferência do destino nacional sobre o internacional.
- Houve predomínio da realização de 1 a 2 viagens de lazer por ano com uma média de noites de estada de 5 a 8.
- Os respondentes referiram que os principais motivos das viagens são: passeio, sol e praia e visitar familiares e amigos.

Para testar as hipóteses formuladas foram aplicados alguns métodos estatísticos.

Inicialmente avaliou-se o tipo de distribuição dos dados obtidos tendo-se concluído que a distribuição dos dados não assume uma curva normal ($p = 0$).

Quadro 5 – Teste de normalidade da distribuição

		Kolmogorov-Smirnov		
		Valor	gl	Significância
Domínios da Qualidade de Vida	Total	0,079	1037	0,000
	Físico	0,112	1054	0,000
	Psicológico	0,114	1052	0,000
	Social	0,177	1055	0,000
	Ambiental	0,112	1045	0,000
Bem-estar	Total	0,057	931	0,000
	Subjetivo	0,063	972	0,000
	Material	0,062	980	0,000
	Laboral	0,074	950	0,000

A ausência de normalidade da distribuição é relativamente comum em amostras grandes e na investigação na área das ciências sociais devido à natureza dos constructos medidos (Pallant, 2001). Tendo em conta este resultado, utilizaram-se medidas não-paramétricas para testar as hipóteses. Seguidamente utilizou-se o alfa de Cronbach para testar a consistência interna das escalas.

Quadro 6 – Consistência interna das escalas

	Número de itens	Alfa de Cronbach
WHOQOL	26	0,898
EBP	50	0,957

De acordo com Pallant (2001) o valor ideal do alfa de Cronbach de uma escala deve ser superior a 0,7, pelo que se pode concluir que ambas as escalas apresentam um bom valor de consistência interna.

Discussão dos resultados

Numa primeira fase, ir-se-á começar-se por apresentar um resumo dos dados obtidos relativamente aos domínios da qualidade de vida e bem-estar, através do uso da estatística descritiva.

Quadro 7 – Estatística descritiva: respostas obtidas nos diferentes domínios

		Nº	Valores possíveis	Mínimo obtido	Máximo obtido	Média	Desvio Padrão
Domínios da Qualidade de Vida	Total	1037	26-125	47	124	97,11	10,68
	Físico	1054	7-35	15	35	28,99	3,46
	Psicológico	1052	6-30	9	30	23,40	3,38
	Social	1055	3-15	3	15	11,75	2,11
	Ambiental	1045	8-40	8	39	28,63	4,10
Bem-estar	Total	931	50-250	88	243	173,21	28,95
	Subjetivo	972	30-150	49	145	105,93	18,19
	Material	980	10-50	10	50	32,07	8,51
	Laboral	950	10-50	12	50	34,87	6,93

Para testar as hipóteses formuladas nesta investigação utilizou-se uma medida que pretende explorar o tipo de relação entre duas variáveis (correlação). Tendo em conta que pretendemos relacionar duas variáveis métricas e se irá recorrer a testes não-paramétricos, utilizou-se o ró de Spearman como medida de correlação.

Para testar a primeira hipótese formulada: H1: O turismo influencia positivamente a qualidade de vida e os seus domínios (físico, psicológico, social e ambiental), escolheram-se

as seguintes variáveis: qualidade de vida total, domínio físico da qualidade de vida, domínio psicológico da qualidade de vida, domínio social da qualidade de vida, domínio ambiental da qualidade de vida, número de viagens de lazer realizadas por ano e duração média das estadas.

Quadro 8: Relação entre a qualidade de vida e os seus domínios e o número de viagens de lazer por ano e a duração média da estada

			Número viagens ano	Duração estada
	Domínios da Qualidade de vida	Total	Correlação	0,262*
Sig.			0,000	0,000
N			1035	951
Físico		Correlação	0,147*	0,015
		Sig.	0,000	0,649
		N	1052	964
Psicológico		Correlação	0,227*	0,097*
		Sig.	0,000	0,003
		N	1050	961
Social		Correlação	0,155*	0,035
		Sig.	0,000	0,284
		N	1053	962
Ambiental		Correlação	0,280*	0,123*
		Sig.	0,000	0,000
		N	1043	957

Nota: *: Correlação significativa ao nível 0,01.

Seguindo as orientações de Cohen (1988, *in* Pallant 2001), valores de correlação entre 0.10 e 0.29 representam uma correlação baixa, valores entre 0.30 e 0.49 representam uma correlação média e valores entre 0.50 e 1 representam uma correlação forte. No entanto,

Pallant (2001) chama a atenção para o facto de correlações baixas em amostras grandes poderem ser estatisticamente significativas como se verifica neste estudo.

Foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas entre: o número de viagens e o valor total de qualidade de vida ($r = 0.262, p < 0.01$); o número de viagens e o domínio físico da qualidade de vida ($r = 0.147, p < 0.01$); o número de viagens e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r = 0.227, p < 0.01$); o número de viagens e o domínio social da qualidade de vida ($r = 0.155, p < 0.01$); o número de viagens e o domínio ambiental da qualidade de vida ($r = 0.280, p < 0.01$); a duração da estada e o valor total da qualidade de vida ($r = 0.116, p < 0.01$); a duração da estada e o domínio psicológico da qualidade de vida ($r = 0.097, p < 0.01$); a duração da estada e o domínio ambiental da qualidade de vida ($r = 0.123, p < 0.01$).

Estes resultados demonstram uma relação positiva entre o número de viagens e todos os domínios da qualidade de vida. Demonstram também que a duração da estada não parece influenciar os domínios físico e social da qualidade de vida. No entanto, poder-se-á concluir que o turismo afeta positivamente a qualidade de vida.

A segunda hipótese formulada foi: H2: O turismo influencia positivamente o bem-estar e os seus domínios (bem-estar subjetivo, material e laboral).

Para testar esta hipótese selecionaram-se as variáveis: bem-estar (total, subjetivo, material e laboral), número de viagens de lazer realizadas por ano e duração média das estadas.

Quadro 9: Relação entre os domínios de bem-estar número de viagens de lazer por ano e duração média da estada)

Bem-estar			Número viagens ano	Duração estada
	Total	Correlação	0,217**	0,109**

		Sig.	0,000	0,001
		N	930	857
	Subjetivo	Correlação	0,176**	0,078*
		Sig.	0,000	0,019
		N	971	893
	Material	Correlação	0,251**	0,116**
		Sig.	0,000	0,000
		N	978	898
	Laboral	Correlação	0,146**	0,036
		Sig.	0,000	0,295
		N	948	870

Nota: *: Correlação significativa ao nível 0,05; **: Correlação significativa ao nível 0,01.

Encontraram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre: o número de viagens e o valor total de bem-estar ($r = 0.217, p < 0.01$); o número de viagens e o bem-estar subjetivo ($r = 0.176, p < 0.01$); o número de viagens e o bem-estar material ($r = 0.251, p < 0.01$); o número de viagens e o bem-estar laboral ($r = 0.146, p < 0.01$); a duração da estada e o valor total do bem-estar ($r = 0.109, p < 0.01$); a duração da estada e o bem-estar subjetivo ($r = 0.078, p < 0.05$); a duração da estada e o bem-estar material ($r = 0.116, p < 0.01$).

Estes resultados demonstram uma relação positiva entre o número de viagens e todos os domínios do bem-estar. Demonstram também que a duração da estada não parece influenciar o bem-estar laboral. Também aqui se poderá concluir que o turismo influencia positivamente o bem-estar.

Com o objetivo de melhor testar estas hipóteses, optou-se por dividir a amostra em dois grupos (indivíduos que viajam vs indivíduos que não viajam), e compará-los no que respeita aos valores de qualidade de vida e bem-estar. Para esta comparação utilizou-se o teste

Mann-Whitney. É, no entanto, de realçar que devido ao processo de recolha de dados não foi possível controlar a variável relativa ao número de viagens realizadas, tendo-se obtido dois grupos com grandes diferenças quanto ao número de sujeitos.

Quadro 10: Comparação dos dois grupos quanto ao número de sujeitos

Viajam	QVt	QVf	QVp	QVs	QVa	BEt	BEs	BEm	BEl
Não	75	79	79	81	76	65	70	71	69
Sim	960	973	971	972	967	865	901	907	879
Total	1035	1052	1050	1053	1043	930	971	978	948
Comparação entre grupos (viajam e não viajam) quanto aos valores da qualidade de vida, bem-estar e seus domínios, utilizando o teste Mann-Whitney									
Z	-6,76	-4,37	-6,02	-3,74	-6,97	-6,34	-5,58	-6,27	-4,73
Sig	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Nota: QVt: qualidade de vida total; QVf: qualidade de vida domínio físico; QVp: qualidade de vida domínio psicológico; QVs: qualidade de vida domínio social; QVa: qualidade de vida domínio ambiental; BEt: bem-estar total; BEs: bem-estar subjetivo; BEm: bem-estar material; Bel: bem-estar laboral.

Os resultados obtidos apontam para uma tendência importante de referir já que o nível de significância é nulo, o que indica haver diferenças significativas entre as pessoas que viajam e as que não viajam quanto aos valores de qualidade de vida e bem-estar e de seus domínios.

Conclusão

A economia mundial tem vindo a mudar nos últimos anos e essa alteração tem imposto novas exigências traduzidas na necessidade de se reforçar as experiências pessoais ao invés de apenas se centrar nos serviços (Kim et al., 2012). Vários estudos têm demonstrado que os

novos consumidores querem mais do que apenas bons produtos e uma compra satisfatória, querem outro tipo de experiência. Atualmente sabe-se pouco sobre os fatores experienciais que influenciam as intenções comportamentais futuras (Kim et al, 2012).

Os responsáveis e os profissionais do turismo não se podem alhear desta constatação, e particularmente os gestores devem estar atentos e promover serviços que valorizem experiências satisfatórias. Esta satisfação no tempo de lazer pode, por sua vez, contribuir para a satisfação com a vida em geral, logo promover a qualidade de vida e o bem-estar individual cuja relação é ainda mais evidente em estadas longas (Neal, Sirgy e Uysal, 2007).

Este estudo demonstrou a existência de uma relação positiva entre o turismo e a qualidade de vida e bem-estar e concluiu que estadas mais longas estão positivamente relacionadas com a qualidade de vida e o bem-estar.

Quando se comparou um grupo de pessoas que viajam com um grupo de pessoas que não viajam, tornou-se evidente a existência de diferenças significativas quanto à qualidade de vida e o bem-estar. Assim, parece evidente a importância que o turismo tem na vida do turista em Portugal. Tendo em conta as dificuldades que o país atravessa, estes momentos de lazer podem ser cruciais na geração de afetos positivos.

É importante ter em conta também, que a melhoria das experiências de lazer (e conseqüente satisfação com a vida) pode gerar a lealdade com o destino, a vontade de gastar mais dinheiro no local e a vontade de recomendar o destino quando se volta a casa.

Este estudo contribuiu também para adicionar alguma informação ao perfil do turista em Portugal. Podemos constatar que preferem o destino nacional, que fazem em média uma a duas viagens de lazer por ano, com uma duração de 5 a 8 noites, e que viajam principalmente por passeio, em busca do sol e praia e para visitar familiares e amigos.

Esta preferência demonstrada pelo destino nacional, chama a atenção para a necessidade dos programas de marketing incidirem mais no turista em Portugal.

Bibliografia

Akarapong, U. (2006). Attitude of local resident on tourism impacts: a case study of Chiang Mai and Chiang Rai, Thailand. Comunicação apresentada no 12th Asia Pacific Tourism Association & 4th Asia Pacific CHRIE Joint Conference: Hospitality & Tourism Education: Trends & Strategies. Em www.maesariang.com/lanna/pdf/ResidentOpinion.pdf.

Andereck, K. ; Valentine, M. ; Vogt, A.; Knopf, C. (2007). A Cross Cultural Analyses of Tourism and Quality of Life Perceptions. *Journal of Sustainable Tourism*, 15 (5), 483-502.

Andereck, L.; Nyaupane, P. (2011). Exploring the Nature of Tourism and Quality of Life Perceptions among Residents. *Journal of Travel Research*, 50 (3), 248-260.

Aref, F.; Redzuan, M.; Gill, S. (2009). Community Perceptions toward Economic and Environmental Impacts of Tourism on Local Communities. *Asian Social Science*, 5 (7), 130-137. Em www.ccsenet.org/jornal.html.

Benckendorff, P.; Edwards; D.; Jurowski, C.; Liburd, J.; Miller, G.; Moscardo, G. (2009). Exploring the future of tourism and quality of life. *Tourism and Hospitality Research*, 9 (2), 171-183.

Campbell, A. ; Converse, P. ; Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.

Carochinho, A. (2006). Tradução, Adaptação e Validação de um Conjunto de Escalas de Bem-estar Psicológico. In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Ed.), XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Atas. Braga: Psiquilibrios Edições.

Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10 (3), 3-9.

Cramer, J. (1993), Assessment of quality of life in epilepsy. Comunicação apresentada no 20th International Epilepsy Congress, Noruega.

Cramer, J. (1994). Quality of Life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12 (1), 1-13.

Crouch, G.; Ritchie, J. (1999), Tourism Competitiveness, and Societal Prosperity, *Journal of Tourism Research*, (44), pp.137 – 152.

Duterme, B. (2009). *Turismo Internacional*. Em: www.cetri.be/spip.php?article117.

Enea, C.; Tanasoiu, G. (2009). The Impact of Tourism in Enhancing the Quality of Life. *Review of International Comparative Management*, 10 (2).

Falce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.

Fernandes, H. (2007). *O Bem-Estar Psicológico em Adolescentes, Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese de doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/63/1/phd_hmgfernandes.pdf.

Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life: current state of art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Guerreiro, M.; Mendes, J.; Valle, P.; Silva, J. (2008). Análise da Satisfação dos Residentes com o Turismo: o caso de uma área-destino no Algarve. *Turismo em Análise*, 19 (3), 488-504. Em <http://143.107.93.222/ojs/index.php/turismo/article/view/81>.

Hosany, S.; Gilbert, D. (2010). Measuring Tourists' Emotional Experiences toward Hedonic Holiday Destinations. *Journal of Travel Research*, 49(4), 513-526.

Huges, B. (1993). Gerontological approaches to quality of life. In J. Johnson; R. Slater (Eds.), *Aging and later life*. Londres: Sage Publications.

Huh, C; Vogt, C. (2008). Changes in Resident's Attitudes toward Tourism over Time: A Cohort Analytical Approach. *Journal of Travel Research*, 46, 446-455.

Instituto Nacional Estatística (2007). *Estudo sobre as atitudes dos Residentes face ao Turismo nos Açores 2005*. Região Autónoma dos Açores. Em <http://srea.ine.pt>.

Instituto Nacional Estatística (2011). *Estatísticas do Turismo 2010*. Em: www.ine.pt.

Jesus, S.; Rezende, M. (2009). Saúde e Bem-estar. In J. Cruz, S. Jesus & C. Nunes (Ed.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida. Contributos da Psicologia da Saúde*. Alcochete: Textiverso.

Kim, J., Ritchie, J.; McCormick, B. (2012). Development of a Scale to Measure Memorable Tourism Experiences. *Journal of Travel Research*, 51 (1), pp 12-25.

Leite, A., Paúl, C.; Sequeiros, J. (2002). O Bem-estar Psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 113-118.

Liburd, J; Derkzen, P. (2009). Emic perspectives on quality of life: The case of the Danish Wadden Sea Festival. *Tourism and Hospitality Research*, 9 (2), 132-146.

Liu, B. (1975). Quality of Life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34 (1), 4-13.

Ministério da Economia, Inovação e Desenvolvimento (2009), *Anuário das Estatísticas do Turismo 2009*, Turismo de Portugal.

Neal, J., Uysal, M.; Sirgy, M. (2007). The effect of Tourism Services on Travellers' Quality of Life. *Journal of Travel Research*, 46, 154-163.

Neto, V. (2009). *Crise e Turismo. Transporte Aéreo e novas Rotas*. Em: <http://issuu.com/assis.coelho/docs/evolucao-turismo-mundo-e-portugal-2009>.

Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia. O Bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Novo, R. (2005). We need more than self-reports... Contributo para a reflexão sobre estratégias de avaliação de bem-estar. *Psicologia, Educação e Cultura*, IX (2), 477-495.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Mundial de Turismo (2012a). *World Tourism Barometer*, 10. Em: www.unwto.org.

Organização Mundial de Turismo (2012b). *UNWTO Tourism Highlights 2012*. Em: www.unwto.org.

Organização Mundial Saúde (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Em: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

Organização Mundial Saúde (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of life*. Em: www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual*. Buckingham: Open University Press.

Pearce, P. (1982). *The Social Psychology of Tourist Behaviour*. Oxford: Pergamon Press.

Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

Ribeiro, J. (2009). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. In J. Cruz, S. Jesus; C. Nunes (Ed.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida. Contributos da Psicologia da Saúde*. Alcochete: Textiverso.

Ryan, R. Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Seligman, M.; Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.

Serra, A.; Canavarro, M.; Simões, M., et al. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 31-40.

Serra, A.; Canavarro, M.; Simões, M., et al. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), pp. 41-49.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. (2000). O Bem-Estar Subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV (2), 243-279.

Sirgy, M. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Sirgy, M. (2010). Toward a Quality-of-Life Theory of Leisure Travel Satisfaction. *Journal of Travel Research*, 49 (2), 246-260.

Sirgy, M.; Kruger, P.; Lee, D.; Yu, G. (2011). How Does a Travel Trip Affect Tourists' Life Satisfaction? *Journal of Travel Research*, 50 (3), 261-275.

Smith, M.; Puczko, L. (2009). *Health and Wellness Tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

The Scottish Government (2006). Quality of Life and Well-Being: Measuring the Benefits of Culture and Sport, *Literature Review and Thinkpiece*. Em: www.scotland.gov.uk/socialresearch.

Viegas, M. (n.d.). *As Estatísticas do Turismo e a Uniformização de Conceitos*. Em: www.ine.pt.

Wang, Y.; Pfister, R. (2008). Residents' Attitudes Toward Tourism and Perceived Personal Benefits in a Rural Community. *Journal of Travel Research*, 47, 84-93.

Ware, J. (1991). Conceptualizing and Measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67 (3), 774-779.

Wood-Dauphinee, S; Kuchler, T. (1992). Quality of Life as a Rehabilitation Outcome: are we missing the boat? *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (1), 3-12.

www.publitoris.pt