

***O Impacto das Férias na Esperança, Bem-estar e
Florescimento do Doente Oncológico - Programa de
Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos***

Marcelo Alexandre Silva Chagas

2018

***O Impacto das Férias na Esperança, Bem-estar e
Florescimento do Doente Oncológico - Programa de
Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos***

Marcelo Alexandre Silva Chagas

**Projeto para obtenção do Grau de Mestre em Marketing e Promoção
Turística**

Projeto de Mestrado realizado sob a orientação do Doutor Nuno Almeida

2018

***O Impacto das Férias na Esperança, Bem-estar e
Florescimento do Doente Oncológico - Programa de
Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos***

Copyright Marcelo Alexandre Silva Chagas / Escola Superior de Turismo e
Tecnologia do Mar e Instituto Politécnico de Leiria

A Escola Superior de Turismo e Tecnologia do Mar e o Instituto Politécnico de Leiria têm o direito perpétuo e sem limites geográficos de arquivar e publicar este projeto através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de divulgar com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Dedicatória

A todas as vítimas de cancro, suas famílias e todos os cuidadores.

Agradecimentos

As minhas principais palavras de agradecimento são para o Doutor Nuno Almeida. Não só por ter abraçado com entusiasmo este projeto desde o início, mas também por estar sempre disponível para responder a todas as questões em tempo útil e de forma acertiva e motivadora.

A todos os que ajudaram a concretizar este projeto. Aos profissionais de saúde e de turismo, aos agentes regionais, autarcas e professores que por se terem mostrado disponíveis para entrevistas, para uma simples troca de ideias ou sugestões de melhoria do trabalho, o meu muito obrigado.

A toda a família pelo apoio dado em toda esta grande jornada, que não acaba aqui.

Resumo

Apesar de o cancro ser uma área bastante estudada na procura do tratamento e mecanismos de prevenção, ainda há poucos estudos relacionados com o envolvimento do doente oncológico em atividades de férias. Este trabalho pretende saber quais os mecanismos promotores de esperança, bem-estar e florescimento pessoal mais adequados para os doentes que tenham já ultrapassado a fase de tratamento.

O crescimento do turismo vem cada vez mais justificar a necessidade do setor se reinventar e de apostar na sua sustentabilidade. As segmentações do Turismo de Saúde foram estudadas tendo em conta a perspetiva do Turismo de Bem-estar e de Turismo Médico numa ótica holística e de reabilitação, respetivamente.

Após o diagnóstico da doença há um envolvimento diferente no planeamento de férias, desde a escolha dos destinos às atividades a participar, dependendo do estado físico e psíquico do doente. A resposta varia de pessoa para pessoa, fazendo com que as atividades deste programa de férias de recuperação tenham de se adequar às suas motivações e necessidades. Haverá, portanto, uma aproximação aos conceitos do Turismo Acessível, permitindo a pessoas com necessidades de acesso, mobilidade ou dimensões cognitivas, funcionarem de forma independente através da disponibilidade universal de produtos, serviços e ambientes.

A pesquisa de agentes na região Centro de Portugal relacionadas com o Turismo Acessível foi importante para se perceber a intenção em se apostar neste mercado diferenciador para incentivar e desenvolver a economia local.

Os redutores de *stress*, a recuperação da paz interior, a remoção de barreiras físicas e emocionais para ativar o potencial de cura do corpo promovidos por terapias complementares e implementadas num território sensível em apostar nos turistas com necessidades especiais é o contributo que este projeto quer dar para ajudar a ultrapassar o sofrimento emocional e diminuir as consequências da tragédia que se abateu sobre a vida do doente oncológico.

Palavras-Chave: Cancro, Turismo, Turismo Acessível, Turismo Saúde, Terapias Holísticas, Esperança.

Abstract

Although cancer is a well-studied area in the search for treatment and prevention mechanisms, there are still few studies related with oncological patient's involvement in holiday activities. This work aims to know which are the mechanisms that promote hope, well-being and personal flourishing are most appropriate for patients who have already overtaken their treatment stage.

The growth of tourism is increasingly justifying the need for the sector to reinvent itself and to risk on its sustainability. The segmentations of Health Tourism were studied taking into consideration the perspective of Wellness Tourism and Medical Tourism in a holistic perspective and of rehabilitation, respectively.

After the diagnosis of the disease, there is a different involvement when planning vacations, from the choice of destinations to the activities to participate, depending on the patient's physical and psychological state. The answer varies from person to person, making the activities of this vacation recovery program to suit their motivations and needs. There will therefore be an approach to the concepts of Accessible Tourism, enabling people with access needs, mobility or cognitive dimensions to function independently through the universal products availability, services, and environments.

The search for entities in the central region of Portugal related to accessible Tourism was important to understand the intention to bet on this differentiating market to encourage and develop the local economy.

Stress reducers, recovery of inner peace, removing of physical and emotional barriers to activate the body healing potential, promoted by complementary therapies and implemented in a sensitive territory to invest in tourists with special needs, this is the contribution that this project wants to give to help overcome emotional distress and reduce the consequences of the tragedy that has settled in the life of the oncological patient.

Keywords: Cancer, Tourism, Accessible Tourism, Health Tourism, Holistic Therapies, Hope.

Índice

Introdução	1
i. Objetivos e Finalidades do Estudo	3
ii. Estrutura da Investigação	4

Capítulo I

1. Cancro e Turismo	6
1.1. Cancro.....	6
1.2. Turismo	7
1.2.1. Procura Turística	7
1.2.2. Oferta Turística.....	9
1.2.3. O “novo-turista”.....	11
1.3. Segmentação do Turismo de Saúde.....	12
1.3.1. Metodologias de segmentação para o Turismo de Saúde	12
1.3.2. Processo prático de segmentação.....	14
1.3.3. Elementos para um processo de segmentação de sucesso	15
1.3.4. Turismo de Saúde: duas subcategorias.....	16
1.4. Terapias Alternativas	23
1.5. Ciclo de Vida do Turismo Médico - A relação entre a participação em férias e a saúde	25
1.6. Motivadores de Viagem	28
1.7. Inibidores de Viagem	29
1.8. Barreiras à Participação.....	30
1.8.1. Barreiras Intrínsecas.....	31
1.8.2. Barreiras ambientais.....	33
1.8.3. Barreiras Interativas.....	34
1.8.4. Barreiras económicas	34
1.8.5. Barreiras de informação	35
1.9. Benefício de Férias.....	35
1.10. Esperança.....	38

Capítulo II

2. Bem-estar Subjetivo	41
2.1. A Qualidade de vida e o Turismo.....	43
2.2. Bem-estar Hedónico e Eudemónico	46
2.3. A influência do Turismo Social na Qualidade de Vida.....	48
2.4. A Psicologia Positiva e o Bem-estar	48
2.5. O impacto da natureza no Bem-estar	51

Capítulo III

3. Metodologia de Investigação	53
3.1. Objetivos da Investigação	53
3.2. Delimitação da Pesquisa	54
3.2.1. Entrevistas e sua validação	55
3.2.2. Benchmarking	56
3.2.2.1. Tipos de benchmarking	56
3.2.2.2. Tratamento e Análise de Dados	57

Capítulo IV

4. Resultados da Investigação	59
4.1. Doentes Oncológicos inseridos no Turismo Acessível	59
4.1.1. Turismo Acessível	59
4.1.2. Projeto BRENDAIT	59
4.1.3. Entrevistas	60
4.1.4. Programas de férias para doentes oncológicos	75
4.2. Justificação de atividades de programas para doentes oncológicos	86

Capítulo V

5. Concretização do Projeto	94
5.1. Planos de Ação	96
5.2. Conclusão	99
5.3. Limitações Estudo	102
5.4. Recomendações para Investigações Futuras	103
6. Bibliografia	105
7. Anexos	119

Índice de Figuras

Figura 1.1 Processo segmentação	15
Figura 1.2 Origem do conceito wellness (bem-estar)	21
Figura 1.3 Dimensão do turismo de bem-estar	22

Índice de Tabelas

Tabela i Estrutura da Dissertação.....	4
Tabela 1.1 Diferenças entre o Antigo e o Novo Turista	11
Tabela 1.2 Tipos de Turismo de Saúde	19
Tabela 1.3 Técnicas complementares mais procuradas e motivações para tratamentos não científicos	25
Tabela 1.4 A relação entre a participação em férias e a saúde	27
Tabela 4.1 Resumo das entrevistas do Projeto BRENDAIT	63
Tabela 4.2 Resumo respostas de participantes do programa de férias do “Olha-te” ...	79
Tabela 5.1 Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos	95
Tabela 5.2 Plano de Ação I – Turismo Acessível e Inclusivo	96
Tabela 5.3 Plano de Ação II – Programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos.....	97

Abreviaturas

BE - Bem-Estar

BES - Bem-Estar Subjetivo

FD - First Descents

GCF - Gawler Cancer Foundation

HH - Harmony Hill

IRF - Image Reborn Foundation

QV - Qualidade de Vida

MBSM - Meditação de Calma Baseada na Atenção

CVTM - Ciclo de Vida do Turismo Médico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OMT - Organização Mundial de Turismo

TA - Turismo Acessível

TCP - Turismo Centro de Portugal

TBS - Turismo de Bem-Estar

TS - Turismo Saúde

TSBE - Turismo de Saúde e Bem-Estar

TM - Turismo Médico

Introdução

O cancro – responsável pela morte de 8 milhões de pessoas por ano - não é mais que uma tragédia na vida daqueles que atinge. Este grupo de doenças criado por células anormais que crescem acima dos seus limites e ataca qualquer parte do corpo, provoca no seu hospede um trauma que o leva a encarar a vida, a família e tudo o resto de forma diferente. A filosofia de vida muda, os hábitos diários alteram-se e a capacidade de resposta aos desafios do dia a dia são altamente diferentes antes de lhe ser diagnosticada a doença. Mas este “papel” de doente não pode ser permanente.

As receitas da atividade turística em Portugal subiram 16,6% em 2017 face ao ano anterior para 3,39 mil milhões de euros, registando-se 20,6 milhões de hóspedes e 57,5 milhões de dormidas. Estes números justificam o crescimento de uma “ferramenta” que o cidadão comum utiliza para fugir à rotina diária e ao *stress* do cotidiano, quer precise de um tempo longe do trabalho ou da azafama da cidade. Se estas situações de vida normal nos causam constrangimento físico e psicológico, o nível destas complicações para um paciente oncológico pode criar limitações inimagináveis¹.

Tendo em vista responder às motivações de férias e necessidades de natureza física e psicológica dos doentes que possam ser satisfeitas pelas ofertas turísticas de saúde e bem-estar, propõe-se o programa de atividades de “Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos”.

A inclusão dos doentes oncológicos no âmbito do Turismo de Saúde e Bem-Estar alicerçados no panorama do Turismo Acessível não prevê uma cura milagrosa através de terapias alternativas em detrimento das terapias convencionais, mas sim um mecanismo para melhorar a esperança e qualidade de vida do doente.

Ao longo dos anos, o turismo sempre se soube reinventar e crescer de modo a ir ao encontro da procura dos consumidores. Surgiram vários segmentos turísticos, e a implementação do programa de “Férias para Doentes Oncológicos” pode ir ao encontro de um novo nicho de mercado: doentes oncológicos que tenham já recuperado alguma mobilidade, independentemente do seu estado de tratamento, e queiram aumentar a sua esperança e qualidade de vida.

Aqui atribuímos à esperança o poder de ser capaz de modificar a vida através de uma relação forte entre a psique e o físico, integrando uma forte componente motivacional, o sentido de vida e da própria existência (Alberoni, 2002; Bento XVI, 2007; Eliott, 2005;

¹ <https://www.publico.pt/2018/02/14/economia/noticia/receitas-do-turismo-crescem-166-em-2017-1803057> consultado a 16/02/2018 consultado a 16/02/2018

Frankl, 2010; Groopman, 2003). Mas é simultaneamente um processo de transcendência caracterizado pelo reavaliar da esperança à luz da doença e o encontro de possibilidades positivas (Duggleby et al., 2012). Mais do que um limite temporal, a esperança reflete-se na intenção de dar um novo significado e propósito de vida.

O Turismo de Saúde, segmentado no Bem-Estar e Médico, focado na recuperação, relaxamento e sem intervenções cirurgicascirúrgicas é alicerçado na terapia e cura, bem como nos pilares medicinais, espirituais e religiosos. Com este programa de atividades é proporcionado ao doente oncológico uma nova avaliação otimista da própria vida, incluindo o contentamento, as emoções positivas, o comprometimento e o propósito de vida, seguindo assim a linha do bem-estar eudemónico.

Ao incluir esta atividade no âmbito do Turismo Acessível queremos que estas pessoas com necessidades especiais de mobilidade ou cognitiva funcionem de forma independente, com justiça e dignidade através da disponibilidade universal de produtos, serviços e ambientes. Deste modo podemos proporcionar experiências emocionais agradáveis para aumentar a probabilidade de encarar a vida como algo desejável e positivo (Diener, 1994).

Para além de analisar as potencialidades turísticas de infraestruturas, equipamentos e serviços adequadas aos doentes oncológicos, há que ter em atenção a oferta primária de um determinado lugar, como a natureza, e a oferta derivada, como os monumentos adequados às necessidades especiais, de modo a proporcionar o "florescimento" do indivíduo através da experiência de emoções positivas, sentimentos de otimismo, autoestima, resiliência, vitalidade, autodeterminação ou relações positivas (Huppert & So, 2009).

As atividades com doentes oncológicos são comuns pelo mundo fora, principalmente quando se assinala o Dia Mundial da Luta Contra o Cancro. Apesar de se encarar as férias como um escape à vida normal, não há registo de grande atividade neste sector para os doentes oncológicos. Após várias pesquisas, em Portugal, onde existem 400 mil sobreviventes de cancro, apenas a semana de férias promovida pela associação "Olha-te" se assemelha ao projeto a realizar neste trabalho. Mas, para aplicar o Benchmarking e a melhor adequação para as atividades a realizar, foram utilizados programas de fundações, empresas de animação turística, associações, centros de retiro não médico dos Estados Unidos da América e Austrália.

i.Objetivos e Finalidades do Estudo

Com o turismo em franca expansão, é fácil perceber a necessidade de encontrar novos segmentos de mercado para criar uma maior sustentabilidade ao setor. Com a diversidade de oferta no nosso país e a forte procura de que tem sido alvo nestes últimos anos, a implementação de um nicho de mercado dirigido aos doentes oncológicos seria uma mais valia não só para a economia como também para os doentes, que aqui teriam oportunidade de melhorar a sua capacidade física e mental, através de atividades holísticas promotoras de esperança, bem-estar, florescimento pessoal e com exercício físico adequados à sua condição aquando do momento da viagem.

Transpondo a importância que este nicho pode vir a representar para determinados *players* foi impreterível durante toda esta investigação colocar o meu foco num tema muito sensível, mas que pode vir a dar respostas não só a doentes, mas também ao próprio turismo. Assim, o objetivo central deste trabalho é a criação de um programa de atividades de férias para doentes oncológicos apropriado à sua condição aquando da viagem.

De forma a tornar o objetivo exequível foi necessário traçar objetivos específicos, tanto de carácter teórico como prático, tais como:

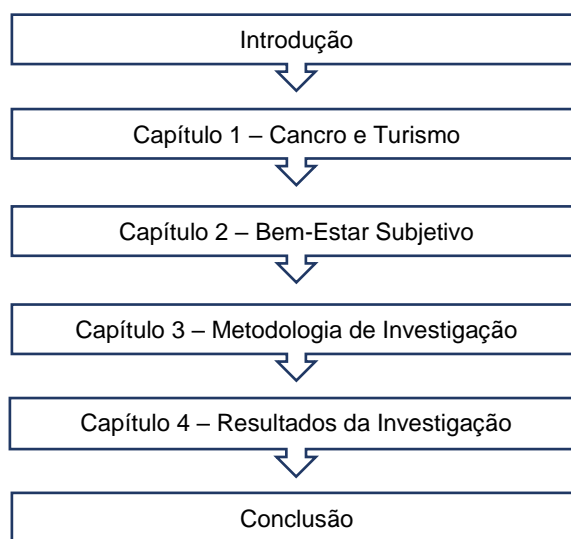
- Análise das melhores práticas (atividades) para aplicar no programa de férias;
- Análise da melhor fase do Ciclo de Vida de Turismo Médico para se fazer férias;
- Quais os motivadores e inibidores à participação num projeto de atividades de férias por doentes oncológicos;
- Quais os benefícios que um programa de férias pode trazer;
- Estruturar o programa como promotor de esperança, BE e florescimento pessoal;
- Encontrar método de conjugação entre as atividades de saúde e bem-estar com as necessidades dos doentes oncológicos;
- Perceber a forma como a oferta do Turismo Acessível se adequa ao programa de Férias para Doentes Oncológicos;
- Perceber se este programa tem potencial para ser mais uma aposta para a promoção turística nacional e regional;
- De que forma os agentes fora do âmbito turístico podem contribuir com atividades e conhecimento para o programa de Férias de Recuperação para Doentes oncológicos;
- Analisar a performance de doentes que já utilizaram programas idênticos.

A finalidade desta investigação passa por criar um projeto onde a oferta englobe tudo aquilo que o local de destino tem para oferecer aos turistas oncológicos, sendo representada por uma gama de atrações, bens e serviços que determinarão a preferência do visitante.

ii. Estrutura da Investigação

A presente investigação está dividida em duas secções teóricas e outras duas práticas, apresentando a seguinte estrutura:

Tabela i Estrutura da Dissertação



O primeiro capítulo do projeto dedica-se a explicar alguns conceitos básicos do cancro e a abordar o conceito de Turismo. Estes são depois abordados em conjunto de modo a retratar a do Turismo de Saúde em responder às necessidades e motivações dos doentes em participar num programa de férias. O segundo foca-se na justificação teórica da promoção do Bem-Estar (BE) nos indivíduos, principalmente nos doentes oncológicos. O impacto das férias na Qualidade de Vida (QV), a procura de resiliência e do florescimento pessoal são fins a justificar através da promoção de atividades turísticas promotoras do BE eudemónico. O terceiro capítulo explica a metodologia de investigação para o trabalho, apresentando a forma como foram levados a cabo os objetivos práticos do trabalho, quais os procedimentos efetuados para a recolha de dados, nomeadamente a construção do guião das entrevistas e o porquê da escolha dos entrevistados. No último capítulo são apresentados os dados das entrevistas e

pesquisas para observar a intenção em apostar neste nicho de mercado. São apresentados planos de ação com o objetivo de reconhecer o que poderá ser potencializado no projeto final neste nicho em Portugal, e especificamente na zona Centro. Na conclusão estão as ideias recolhidas para responder aos objetivos inicialmente traçados, as suas limitações do processo e as recomendações para investigações futuras.

1. Cancro e Turismo

1.1. Cancro

A Organização Mundial de Saúde define o cancro como um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. A rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais podendo invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos é uma das principais características do cancro. O último processo é referido como metástase e é uma das principais causas de morte por cancro (Plummer M, et al. 2016).

O diagnóstico de cancro tem um efeito profundo sobre os doentes, evocando até imagens de morte iminente, gerando reações negativas. Mesmo para os que não consideram a condição de vida ameaçada, o diagnóstico tem um profundo impacto, gerando sentimentos de medo e desânimo. Hunter-Jones (2003) afirma que não é apenas o conhecimento de ter uma doença potencialmente fatal, mas também os métodos de tratamento e os potenciais efeitos colaterais deixam muitas pessoas com um sentimento esmagador de pavor e desalento.

Este diagnóstico provoca também nos doentes uma mudança na maneira de ver o mundo: um dos lemas de vida é viver o presente (Hunter-Jones, 2005). Esta nova filosofia de vida é significativa, pois corrobora com o argumento proposto por Torkildsen et al (1999), onde a participação em atividades de lazer é valiosa para as pessoas da sociedade menos favorecidas.

O cancro é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com aproximadamente 14 milhões de novos casos em 2012 (Ferlay J, et al. 2012) e o número de novos casos deverá aumentar cerca de 70% nas próximas duas décadas. O cancro é a segunda causa de morte global e foi responsável por 8,8 milhões de mortes em 2015. Globalmente, representa cerca de 1 em cada 6 mortes (70% das mortes registam-se em países de baixos e médios rendimentos).

Cerca de um terço das mortes por cancro devem-se aos cinco principais fatores riscos: alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e vegetais, falta de atividade física, consumo de álcool e de tabaco. Sendo o tabagismo responsável por aproximadamente 22% das mortes por cancro. O envelhecimento é outro fator fundamental para o desenvolvimento do cancro (GBD, 2015).

O impacto económico do cancro é significativo e está a aumentar. O custo económico anual total relacionado com o tratamento de cancro em 2010 foi estimado em aproximadamente US \$ 1,16 trilhões. (Stewart & Wild 2014).

Em Portugal, foram detetados 24 327 novos casos de cancro nas populações do Sul de Portugal e Madeira num ano. Número que equivale a 66,6 diagnósticos de tumores malignos por dia i.e. 2,7 por hora. Os dados dizem respeito a 2011 e fazem parte do mais recente retrato das populações de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e região autónoma da Madeira. No Norte, os últimos dados disponíveis referem-se ao ano de 2010 e apontam para 16 616 novos casos de cancro diagnosticados na região. Já no Centro foram detetados 6671 tumores.²

No nosso país há 400 mil pessoas que já tiveram uma doença oncológica e sobreviveram, continuando, ou não, em tratamentos. 200 mil já tiveram uma doença oncológica e estão livres de tratamentos há mais de cinco anos.³

Através de atividades inseridas em programas turísticos, este projeto quer dar aos doentes oncológicos, numa fase de pós-tratamento, a hipótese de recuperarem o seu BE e o florescimento pessoal.

1.2. Turismo

O turismo é, atualmente, uma das indústrias mais importantes do ponto de vista sociocultural e económico a nível mundial (Ferreira, 2011a). Pode ser definido pelo tempo não consagrado ao trabalho e um fenómeno socioeconómico historicamente diferenciado, tendo uma relação direta com os lazeres e um conjunto de atividades de pessoas que viajam e/ou recebem em locais fora do seu habitat natural, por um período não superior a 1 ano, por motivos de lazer, negócios ou outros (Carvão, 2009).

1.2.1. Procura Turística

Este sector está em contínuo crescimento e hoje é um pilar da economia mundial por gerar milhões de divisas. Há indivíduos a investir o seu orçamento (individual e/ou familiar) nesta indústria ao comprar viagens e todos os seus complementos. Para muitos

² <http://www.dn.pt/sociedade/interior/tres-novos-cancros-detetados-por-hora-no-sul-do-pais-5685375.html> consultado a 22/01/2018

³ <http://www.dn.pt/sociedade/interior/estar-vivo-depois-de-um-cancro-e-cada-vez-mais-comum-ha-400-mil-em-portugal-5647595.html> consultado a 22/01/2018

autores, o turismo e a procura turística chegam a ser sinónimos, mas tal facto não acontece, pois, a procura é apenas uma componente desta indústria (Bento, 2014).

Do ponto de vista económico, a procura turística traduz diversas quantidades de bens e serviços que os visitantes, residentes e não residentes, adquirem num dado momento. Assim, a procura turística é o conjunto dos bens e serviços que as pessoas que se deslocam na qualidade de visitantes adquirem para realizar as suas viagens, expressos em termos de quantidade (Cunha, 2013).

A procura turística internacional só teve, num período de sessenta anos, recessão em três anos (1982, 2003 e 2009). Durante todos os outros, o mundo conheceu episódios de alteração e estagnação em muitos setores, mas o turismo soube adaptar-se e apresentar uma evolução positiva.

A OMT apresentou no passado dia 15 de janeiro de 2018, em Madrid, os números do setor do turismo em 2017. O turismo mundial cresceu 7% face ao ano anterior, e atingiu máximos de sete anos. O mais recente barómetro da agência das Nações Unidas dá conta de que houve 1.322 milhões de viajantes. A chegada de turistas internacionais à Europa atingiu os 671 milhões em 2017, tendo aumentado 8% comparativamente a 2016. “O crescimento foi impulsionado pelos resultados da Europa do Sul e do Mediterrâneo (+ 13%)”, refere o documento, sublinhando: “a Europa Ocidental (+ 7%), a Europa do Norte e a Europa Central e a Oriental (ambos + 5%) também apresentaram um crescimento sólido”. A previsão do principal organismo internacional turístico aponta para um novo crescimento do turismo mundial em 2018, na ordem dos 4% e 5%, ainda que a um ritmo “mais sustentável” depois de oito anos de expansão constante⁴.

A indústria turística representa 10% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial, terceiro setor exportador no mundo que emprega 1 em cada 10 pessoas, de forma direta ou indireta. O crescimento sustentável do turismo possibilita oportunidades de BE económico e de desenvolvimento, mas também numerosos desafios relacionados com segurança, alterações nos mercados, digitalização e limites dos recursos naturais, referiu na apresentação o novo secretário-geral da Organização Mundial de Turismo (OMT), Zurab Pololikashvili⁵.

O turismo na região Centro voltou a crescer mais do dobro da média nacional em novembro último, segundo dados preliminares do Instituto Nacional de Estatística (INE), revelou a 15 de janeiro de 2018 a Entidade Regional Turismo do Centro. "O aumento

⁴ <http://www.jornaleconomico.sapo.pt/noticias/turismo-mundial-cresce-7-em-2017-e-atinge-maximos-de-sete-anos-256033> consultado a 22/01/2018

⁵ <https://www.dn.pt/lusa/interior/turismo-mundial-cresceu-6-em-2017-impulsionado-por-turistas-chineses---omt-9036850.html> consultado a 22/01/2018

da procura não dá sinais de abrandar, apesar dos incêndios que afetaram a paisagem em junho e outubro [de 2017]", garante a Entidade presidida por Pedro Machado: "o Centro de Portugal entrou definitivamente nos roteiros turísticos internacionais". O total de dormidas na região Centro cresceu mais de 20%, em comparação com novembro de 2016, em linha com os números dos meses anteriores. A Turismo Centro considera este resultado "um número notável", tendo em conta que, no mesmo período, as dormidas no país aumentaram em média 8,8%. No total, contabilizaram-se mais de 310 mil dormidas em novembro no Centro de Portugal, mais 50 mil do que no mesmo mês em 2016. O número tem vindo a aumentar desde 2014. O mercado estrangeiro continua a ser o grande impulsionador do crescimento turístico da região. Entre novembro de 2016 e novembro de 2017, as dormidas de estrangeiros aumentaram quase 50%.

Os fatores que influenciam os turistas são variados, mas todos acabam por ser decisivos. Estes fatores podem ser explicados e divididos em três categorias: fatores exógenos - situação económica do país, características sociais, densidade populacional, regime político; fatores endógenos - variáveis demográficas como a idade, sexo, emprego, etnias, nível educacional, rendimentos e estilo de vida; fatores diversos como os preços, distância, transportes, características e qualidade do alojamento (Abranja et al., 2012 e Cunha, 2006). Estes elementos traduzem o desejo do turista para a sua viagem. Esses desejos e necessidades irão afetar a procura turística e, deste modo, irá influenciar a escolha dos visitantes para um determinado lugar.

1.2.2. Oferta Turística

O turismo é visto em muitos países como um meio para ajudar a equilibrar as balanças nacionais devido à quantidade de receitas gerada. No entanto, esta interação só resulta caso existam vantagens planeadas e devidamente consideradas para todos os intervenientes no processo. O turismo cria uma relação, a vários níveis, entre a comunidade visitada e os visitantes (Almeida, 2003).

A complexidade e a diversidade dos motivos de férias exigem uma variedade e complementaridade dos fatores de atração. As potencialidades turísticas de qualquer destino só podem ser desenvolvidas mediante a existência de infraestruturas, equipamentos e serviços que complementem, na realidade, a verdadeira oferta turística. De um modo geral, a oferta turística engloba tudo aquilo que o local de destino tem para oferecer aos seus atuais e potenciais turistas, sendo representada por uma gama de atrações, bens e serviços que determinarão a preferência do visitante (Abranja et al., 2012). Não basta um hotel para haver uma oferta turística, é necessário conferir ao

turista um conjunto de bens e serviços que o façam permanecer no local mais de 24 horas e correspondam à motivação da sua deslocação e das necessidades específicas de cada um.

Para a OMT (1998), os recursos turísticos podem ser considerados como todos os bens e serviços que por intermédio da atividade humana, tornam possível a atividade turística e satisfazem as necessidades da procura (Silva, 2009). A existência de boas e modernas infraestruturas e equipamentos, dotados de software cientificamente evoluído, permitirá um acolhimento altamente qualificado e capaz de suportar as exigências dos mercados especializados, e segundo considerando que a competitividade supõe a capacidade de alcançar benefícios superiores à média num ou em vários nichos de mercado e de gerar uma procura para as suas novas ofertas, um produto ou empresa é competitivo quando mantém uma alta capacidade de inovação e garante a qualidade dos seus produtos ou serviços (Almeida, 2003).

O conjunto de fatores que determina a oferta de uma região pode ser dividido em oferta primária/original ou oferta derivada/constituída. A oferta primária define-se como os “bens” naturais de um determinado lugar, como rios, montanhas, fauna, entre outros. Enquanto a oferta derivada, com intervenção do homem, são os monumentos, parques, campos de golfe, entre outros. Estes dois tipos de oferta são importantes para as regiões e cada turista tem preferência por uma. Embora se houver a conjugação de ambas, a oferta turística será mais forte e terá mais força para captar turistas. Pois, esta oferta deve reunir três condições: ser atraente, acessível e permitir a estadia dos turistas.

Os elementos que compõem a oferta turística revelam um carácter de imobilidade, porque não podem ser armazenados nem transportados para outro local. Para usufruir de uma determinada oferta turística o turista tem de estar fisicamente presente no destino. A oferta turística apresenta um padrão complexo no mundo, porque se localiza em ambientes diversos e em contextos económicos e sociais diferentes. De facto, o sucesso económico dos equipamentos turísticos depende das respetivas localizações e das características naturais ou culturais das regiões onde se situam, pelo que a oferta turística está ligada à existência de recursos locais que, sendo fatores de atração, justificam a construção de equipamentos, de infraestruturas e de unidades de acolhimento, o que lhe concede um carácter endógeno (Silva, 2009).

De acordo com Cunha (2006), os residentes também acabam por aceder aos serviços e equipamentos criados com o interesse de satisfazer a procura turística (Silva, 2009) o que significa que esta oferta acaba por ser positiva não só para os turistas como também para os próprios residentes que têm ao seu dispor bens e serviços que podem suprir as suas necessidades.

1.2.3. O “novo-turista”

O mundo deixou de estar organizado e a sociedade acompanhou o ritmo de mudança surgindo o conceito de “novo-turista”. Este é fruto de alterações existentes a partir da década de 90, alicerçadas nas mudanças sociodemográficas, da existência e proliferação das tecnologias da informação e da comunicação, do aumento do nível educacional e de informação à disposição do turista, dos mercados e do aumento do número de operadores turísticos. Assim, hoje o turista é altamente informado e participativo. A satisfação a alcançar pelo novo consumidor pertence a um componente de eudemonismo, de novas experiências e de autorrealização. A satisfação deixou de ser genérica, padronizada e generalizada e passou a ser específica, segmentada e personalizada (Pires, 2004).

O “novo turista” está mais apto a estabelecer comparações, é flexível, procura qualidade, bom nível de serviços, os seus valores levam-no a consumir o produto turístico de forma ética e orientada para o ambiente, o que reflete também uma mudança no seu estilo de vida (Costa, 2011).

Tabela 1.1 Diferenças entre o Antigo e o Novo Turista

Antigo Turista	Novo Turista
- Procura Sol	- Experiências diferentes
- Segue as massas	- Independência
- Apenas mostra que esteve no destino	- Ver e gozar, sem destruir
- Superioridade	- Compreensão
-Gosto por atrações	- Atividade física
- Cuidadoso	- Come fora do hotel
- Come no hotel	- Heterogéneo
- Homogéneo	- Menos fiel
	- Procura conveniência

Fonte: Adaptado de Poon (1993) e Carvão (2009)

Através da tabela anterior é possível verificar que o turista se torna independente e autónomo, querendo viver novas experiências. Fogem do turismo de massas e tentam

encontrar novos locais, novas culturas fora do espaço do hotel. Distanciam-se do turismo de massas e querem férias cada vez mais “customizadas” e inovadoras.

1.3. Segmentação do Turismo de Saúde

A necessidade de segmentação do mercado resulta da constatação que a procura por bens ou serviços não é regular na população como um todo, existem minorias ou nichos que apresentam um padrão de consumo focado em produtos ou serviços específicos.

Para Kotler e Bloom (1984), este processo é fundamental para a agregação da procura em grupos, maximizando a homogeneidade no seio de cada grupo e procurando definir o máximo de heterogeneidade entre os diferentes segmentos. Como salienta Plog (2006), uma vez efetuada a segmentação, será mais fácil elaborar uma estratégia marketing e adaptá-la às necessidades específicas do segmento e personalizar a oferta para atrair e fidelizar mais procura. Esta estratégia permite agrupar a procura por um determinado destino em segmentos, e segundo Kotler e Keller (2006) isso permite desenvolver produtos e serviços adaptados, definir com clareza os segmentos e as vantagens competitivas.

1.3.1. Metodologias de segmentação para o Turismo de Saúde

Woodward e Seaton (2007) apresentam a primeira técnica de segmentação na análise ao tipo de viagem realizada. O processo é executado com base nos fundamentos pelos quais é realizada a viagem, por exemplo: lazer ou férias, trabalho, visitar a família ou amigos, educação ou religião, eventos especiais ou saúde. Este método visa definir com precisão a natureza da viagem, uma vez que diferentes incentivos podem determinar alterações ao nível do tempo médio da estadia, despesas médias, tipo de alojamento, atividades complementares procuradas e definição dos serviços essenciais que devem ser garantidos. Em termos de Turismo de Saúde (TS), esta metodologia é a mais indicada para o Turismo de Bem-estar (TBE). Uma potencial limitação prende-se com o eventual receio, por parte dos turistas, em definir motivos de saúde aquando do inquérito, uma vez que podem existir constrangimentos pessoais (ao nível da privacidade) ou ser motivo para desencadear burocracia adicional ou, em alguns casos, eventuais restrições à entrada no país.

Uma outra metodologia visa executar a segmentação em função do padrão e estrutura da viagem, desde a vontade à execução. Existem múltiplas variáveis, como a recolha

da informação, a execução da reserva, locais a visitar ou gastos. A progressiva introdução de um maior número de variáveis irá permitir identificar segmentos particulares. No caso do TM é extremamente válido na obtenção de uma avaliação qualitativa; ao nível do TBE a definição do itinerário é um elemento de extrema utilidade.

O benefício obtido mediante a aquisição de um determinado bem ou serviço pode ser outra metodologia utilizada. A extensão ao setor do turismo é motivada pela necessidade de conhecer os benefícios extraídos pelos diferentes segmentos. O mesmo destino poderá atrair segmentos com características díspares, mas os benefícios podem ser igualmente distintos.

A diversidade das metodologias existentes é de tal forma ampla que é possível introduzir um método para identificar os aspetos de motivação. Podem ser atribuídas motivações de cariz positivo (*pull fatores*): atração por um determinado local ou cultura; ou os incentivos podem ser impulsionados por aspetos negativos (*push fatores*): desejo de afastamento de um local stressante e cansativo e, como tal, procura de um refúgio.

Um nicho de mercado é um pequeno mercado. O TBE e o TM ainda são mercados muito específicos, como tal será útil recorrer a um processo de segmentação por nicho de mercado. Na promoção de um nicho de mercado é necessário reposiciona-lo numa primeira fase. Numa segunda fase há que trabalhar em conjunto com operadores turísticos, grupos de *lobby* e media especializados. Relativamente a nichos de mercado mais desenvolvidos, é ainda necessário que as “agências” no estrangeiro sejam capazes de facultar informações, dados relevantes e de qualidade de forma a atrair mais turistas e obter protagonismo nos media internacionais.

Uma última metodologia pertinente de ser salientada é B2B (*business to business*), segundo Woodward e Seaton (2007), esta técnica é útil quando se trabalha diretamente com a indústria e os distintos *stakeholders* que colaboram na definição de um determinado destino. O vasto leque de *stakeholders* vai desde distribuidores (tais como agências de viagens ou operadores turísticos) até promotores de oferta (tais como as unidades hoteleiras), podem ainda ser incluídos elementos da comunicação social, meio académico, entre outros. Este tipo de segmentação é importante para que o utilizador final não seja o elemento decisor (dai a relevância em identificar e trabalhar de forma direta com os intermediários). Aqui é fundamental identificar todos os *stakeholders*, posteriormente existirá um trabalho coordenado (por exemplo em termos de *marketing*).

Em suma, executar um processo de segmentação poderá resultar de diferentes objetivos, como tal é fundamental identificar com exatidão o que se pretende de forma

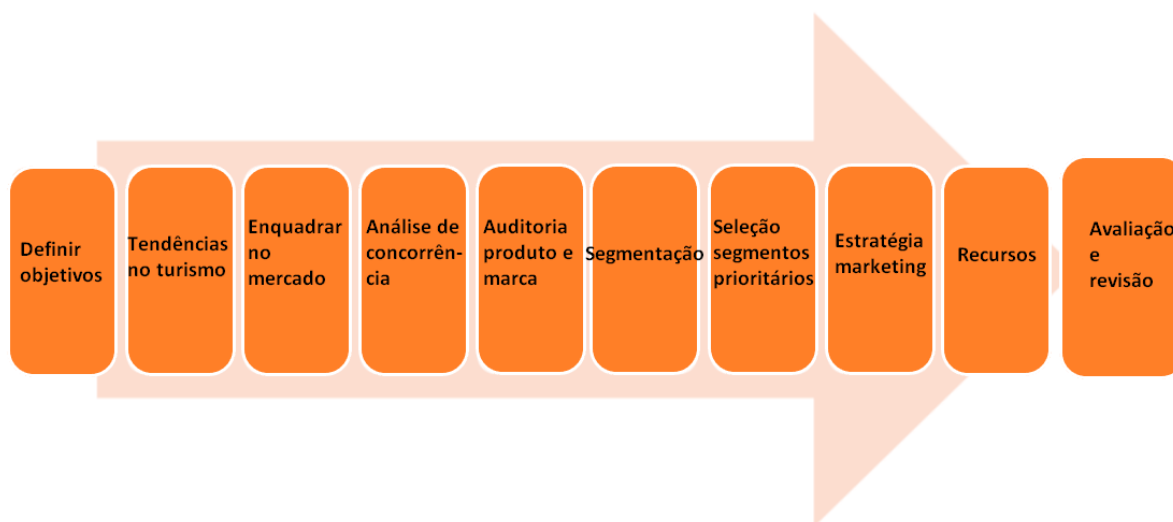
a selecionar a metodologia, entre as diferentes anunciadas e que possa ser considerada como a mais adequada.

1.3.2. Processo prático de segmentação

Além da pertinência em selecionar a metodologia que melhor se adapta ao objetivo para a introdução de um processo de segmentação, é ainda fundamental ser rigoroso no processo de implementação prática dessa mesma metodologia. Os autores Woodward e Seaton (2007) definiram um esquema com base em 10 etapas sequenciais:

Definir objetivos claros e expressos em valor, volume ou definindo um horizonte temporal para a sua realização; analisar as tendências internacionais do turismo com recurso a estudos qualitativos e quantitativos; enquadrar o mercado, analisar os elementos macroeconómicos condicionantes de um destino turístico, seguindo-se uma análise estratégica das organizações, recorrendo ao método PEST (políticos, económicos, sociais e tecnológicos); estudar a concorrência de forma a mesurar a sua intensidade. Esta etapa permitirá ainda definir um *benchmark* (para efeitos de comparação de desempenho e identificar pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades); atenção ao produto ou serviço, com relevo central relativamente ao que é necessário executar para um processo de segmentação; concretização da segmentação com base no tipo de viagem, tempo médio da estadia, gastos médios, características sociais e demográficas dos turistas; seleção dos segmentos prioritários (quão atrativo é um segmento?; a sua atracção é fácil ou difícil?; quais os recursos necessários?); implementação de uma estratégia *marketing* detalhada e adaptada a cada segmento; definição do tempo, meios e recursos disponíveis (tais como por exemplo os recursos humanos e os recursos técnicos); avaliação e revisão através de um mecanismo de controlo, é importante rever o processo de segmentação, devido à sua dinâmica.

Figura 1.1 Processo segmentação



Fonte: Woodward e Seaton, 2007

1.3.3. Elementos para um processo de segmentação de sucesso

De forma a evitar um processo de segmentação incorreto e sem resultados positivos, é fundamental identificar os principais elementos de risco a um processo de segmentação com sucesso. Para ter sucesso, a segmentação tem de ser significativa para os turistas e não apenas na ótica empresarial. Um segundo problema prende-se com a excessiva ênfase concedida aos detalhes teóricos (demasiada informação teórica e estatística) em detrimento de ações concretas. Um outro risco prende-se com a qualidade dos elementos estatísticos, quer na credibilidade das fontes quer na qualidade técnica de utilização dos dados disponíveis. Uma visão restritiva de curto-prazo deverá ser substituída por uma visão a longo prazo de modo a apresentar resultados duradouros. Um exemplo prático é o recurso à segmentação e *marketing* para colmatar decréscimos na procura por um determinado serviço turístico no imediato (Ferreira, 2011b).

Para facilitar a aplicação de uma metodologia, é essencial uma definição clara dos objetivos e uma análise prévia a determinados elementos: consumidores, concorrência, aspetos fortes e fracos e análise ao meio envolvente com repercussões no negócio em análise. A utilização das informações e dados estatísticos disponíveis deverá ser

cuidadosa. Em termos do processo específico de segmentação, é necessário um plano organizado em 3 fases (antes, durante e depois), definindo para cada uma das etapas as respetivas prioridades. Finalmente, é necessário identificar as limitações e fraquezas do setor, do destino turístico em si e da empresa/entidade ativa na oferta de produtos ou serviços turísticos (Ferreira, 2011b).

1.3.4. Turismo de Saúde: duas subcategorias

O TS é um conceito vasto e engloba duas subcategorias: TBE e TM. Este último resulta da opção de viajar para um outro país para usufruir de serviços de saúde: realizar um diagnóstico, uma cirurgia ou efetuar um tratamento. Por seu turno, o TBE combina uma ampla variedade de conceitos médicos, científicos, de carácter preventivo e assume com frequência uma visão holística. De forma sucinta, TBE prende-se com a decisão em viajar com o intuito de promover uma saúde plena e atingir uma sensação de BE.

1.3.4.1. Turismo Médico

O TM ainda é uma opção perante a qual os turistas demonstram algumas reservas, nomeadamente a existência de diferentes padrões de prática clínica (quer dos hospitais quer em termos de procedimentos médicos). O TM era entendido como uma tentativa, por parte de instalações hoteleiras, ou até de um destino de férias, de atrair turistas pela promoção dos seus serviços de BE (Caballero et al., 2007). Há uma ligação de que o Turismo de Saúde e Bem-estar (TSBE) era TM, mas estes dois conceitos são distintos e assumem formas diferentes.

O TSBE refere-se a tratamentos em SPA's, um acrónimo do latim *salus per aqua*, que significa "saúde através da água" (Frost, 2004), sendo o principal objetivo a recuperação e o BE físico e psíquico. Portanto, a cirurgia não está envolvida neste tipo de tratamento nem nesta vertente turística. Por sua vez, a indústria do TM engloba todos os tratamentos que melhoram um estado de BE, tanto de forma externa como interna, a partir de *spas* e tratamentos de relaxamento, de cirurgias estéticas e/ou essenciais (Caballero et al., 2007).

O TM é definido e distinguido do TBE devido à combinação de viagem para um destino de férias para uma experiência de turismo com acesso a uma intervenção médica específica (Lagiewski, 2008). De acordo com Horowitz, Rosenweig e Jones (2007) os

turistas médicos procuram tratamentos de saúde modernos a preços acessíveis em países de diferentes níveis de desenvolvimento.

Para além destes fatores, existe a conjugação entre cuidados médicos, turismo e lazer. A maioria destes turistas provêm de países industrializados onde os seus hospitais detêm grande equipamento no que toca na questão da qualidade e qualificação dos profissionais de saúde, mas mesmo assim preferem deslocarem-se para países em desenvolvimento, onde há a tal qualidade e qualificação e onde é possível desfrutar desses recursos endógenos. Estes países são conhecidos por serem exóticos, tornando-se numa mais-valia para quem ambiciona realizar este tipo de viagem.

São várias as propostas para a definição de TS encontradas na literatura. Bennett et al. (2004) citam Goodrich e Goodrich (1987) que, dando ênfase ao ponto de vista da oferta, define TS como a tentativa por parte de uma instalação de turismo, como um hotel, ou um destino, para atrair turistas através de uma promoção deliberada dos seus serviços de saúde e das suas acomodações, para além dos seus equipamentos turísticos. Pelo ponto de vista da procura, citando Hall (1992), explicam como este encara o TS como compreendendo três elementos: o ficar longe de casa; a saúde como o primeiro motivo e por fim o que ocorre em ambiente de lazer.

Contudo, Bennett et al. (2004), referem que para se poder formular uma definição compreensiva de TS, terão que ser levados em consideração fatores como:

- As peregrinações a rios, importantes para a limpeza física e espiritual;
- Viagens a climas quentes por razões de saúde;
- Cruzeiros que oferecem tratamentos de saúde específicos;
- O encorajamento por partes dos governos para o uso dos serviços médicos locais, pelos visitantes internacionais, tal como aconteceu em Cuba e Havai;
- Os centros de talassoterapia para tratamentos com água quente do mar;
- “*Sanitourism*” que envolve o *catering* de centros hospitalares não só para os doentes, mas que simultaneamente oferecem acomodações, programas de redução de *stresse* e afins para as suas famílias;
- Visitas a *resort* de saúde relacionadas com a saúde ou tratamentos médicos.

Em conclusão, Bennett et al. (2004) referem que qualquer turismo orientado para o prazer que envolva um elemento libertador de *stresse*, pode ser de forma liberal considerado como uma forma de TS.

O esquema da figura1 explica que o TM pode ser entendido como um subsistema do TS, que se forma através da confluência de componentes particulares dos três fatores

e particulariza exemplificando mesmo que se o consumo de medicamentos for decorrente de uma intervenção cirúrgica, então deverá ser classificado como TM.

Assim, TS é definido por Carrera (2006) como “a viagem organizada para fora do ambiente local para a manutenção, melhoria ou restabelecimento do BE individual do corpo e mente”. De igual forma define TM: “viagem organizada para fora da jurisdição de saúde de cada um para melhoria ou restabelecimento da saúde individual através de intervenção médica”. Das duas definições de Carrera (2006) podemos aferir uma diferença importante. No que diz respeito ao TM, pressupõe-se que exista intervenção médica no sentido da obtenção da melhoria ou restabelecimento do estado de saúde.

Veerasoontorn et al (2011) clarifica a terminologia e os diferentes tipos de viajantes. TM refere-se a uma motivação turística para viajar, juntando serviços médicos a atividades recreativas no estrangeiro, ou vice-versa. Por outro lado, a viagem médica, está cada vez mais associada ao tratamento invasivo de condições sérias de saúde, como tratamento de cancro, cirurgias cardíacas, transplantes, neurocirurgia e próteses da anca e joelho. O termo TM deve ser usado apenas quando o valor recreativo da viagem é de maior importância, enquanto na viagem médica existe uma motivação primária e explícita de busca de tratamento médico em países estrangeiros, destacando-se como uma categoria por si só distinta do turismo, requerendo assim uma conceptualização distinta.

Kesar e Rimac (2011) dão maior atenção aos conceitos que descrevem uma abordagem holística à saúde em que as pessoas tentam o equilíbrio entre fatores inter-relacionados, o físico, social, psicológico, emocional, espiritual e ambiental, que influenciam as suas vidas no sentido de conseguirem uma existência harmoniosa. Cada elemento assume contribuição de igual importância para a saúde, uma vez que um elemento exerce efeito nos restantes. Adianta também que o TM implica viagens e visitas a *resorts* de saúde e outros destinos cujo objetivo principal é o tratamento de saúde, variando entre o tratamento terapêutico de várias doenças até aos programas de relaxe.

Tabela 1.2 Tipos de Turismo de Saúde

Tipos de Turismo de Saúde				
Bem-Estar		Médico		
Holístico	Laser e recreativo	Bem-Estar Médico	Médico (terapêutico)	Médico (cirurgias)
Espiritual	Tratamentos de beleza	Recreação terapêutica	Reabilitação	Cirurgias cosméticas
Yoga e meditação	Desporto e fitness	Reabilitação (relação com estilo de vida)	Cura e recuperação	Dentistas
Rejuvenescimento	Mimos	Bem-Estar ocupacional		Operações
		Talassoterapia		
		Programas nutricionais e de detox		
Tipos de Instalações de Turismo de Saúde				
Retiro	Spas			Hospitais e clínicas
Ashram	Hotéis e resorts			
Festivais	Centros de laser			
Cruzeiros				

Fonte: Kesar e Rimac, 2011

Ao analisar a tabela, concluímos que o programa de férias para doentes oncológicos se ajusta ao TM, na promoção de atividades de reabilitação e recuperação, onde não existe a necessidade de intervenções médicas e ao TBE na capacitação de atividades holísticas, espirituais e de lazer, como o Yoga, meditação e atividade física, entre outros.

A inovação é um elemento fundamental no desenvolvimento de um *cluster*, uma vez que é através da inovação que se permite criar valor. Schumpeter (1911) define 5 formas de promoção de inovação:

- Introdução de um novo produto, com o qual os consumidores não estejam familiarizados: redefinição da saúde como um sentimento de BE, ao contrário do que era generalizado anteriormente como ausência de doença;

- Introdução de um novo método de produção baseado numa descoberta científica: formas originais de comercialização;
- Conquista de uma nova fonte de matéria-prima, como o surgimento de hospitais especializados em serviços de saúde para idosos ou doenças crónicas;
- Abertura de novos mercados; estipular novos parâmetros de consumo;
- Estabelecimento de uma nova forma de organização, como a criação de uma posição de monopólio ou fragmentação de um monopólio existente.

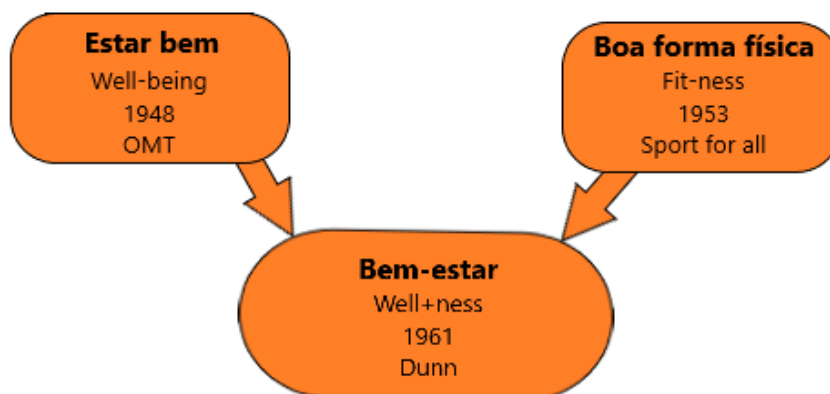
1.3.4.2. Turismo de Bem-estar (Wellness)

Uma subcategoria do “Turismo de Saúde” é o “Turismo de Bem-estar”, ou utilizando o termo anglo-saxónico “*Wellness Tourism*”. Alguns autores não incluem o TBE no TS (antes preferem designa-lo como uma categoria específica), no entanto não pode ser descurado que muitos destes centros “holísticos” já dispõem de condições para efetuar cirurgias de beleza menos complexas e/ou tratamentos odontológicos.

O TBE é uma indústria que não é facilmente descrita. Na realidade combina uma ampla variedade de conceitos médicos, científicos, de carácter preventivo da saúde e uma visão holística, o que dificulta uma definição única. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este segmento prende-se com “conceito positivos: enfatizando recursos pessoais, sociais e aspetos físicos”.

O termo de BE surge de uma complementaridade entre o estar bem (saúde + prazer: *well-being*) e a boa forma física (com realce para uma importante componente estética e *fitness*), resultando num novo conceito: o *wellness*.

Figura 1.2 Origem do conceito wellness (bem-estar)



Fonte: Dunn, 1959

Adams (2003) refere-se a quatro grandes princípios de BE:

1. O BE é multi-dimensional;
2. As pesquisas devem ser orientadas no sentido de identificar as causas do BE ao invés de causas da doença;
3. É uma questão de equilíbrio;
4. O BE é relativo, subjetivo ou percentual.

Alguns aspetos geram consenso, nomeadamente o BE não deriva exclusivamente das meras questões físicas, existe ainda uma dimensão espiritual, psicológica e holística em forma de complemento, como veremos no capítulo seguinte. Como destaca o quadro seguinte, o TBE assume características muito específicas, nomeadamente resulta de diferentes motivações (por exemplo poderá ser motivado por uma componente espiritual, mais estética ou desportiva/física).

Figura 1.3 Dimensão do turismo de bem-estar

Motivação	Localização típica/atividades	Referência
Médica/Cosmética	Ex: Hospitais, clínicas	Connell
Físico/Corporal	Ex: SPAs, massagem, yoga	Lehto, Brown, Chen e Morrison; Puczkó e Bachvarov
Relaxamento/Escape	Ex: Praia, SPA, montanhas	Puczkó e Bachvarov; Pechlaner e Fischer
Experiência	Ex: Festivais	Pernecky e Johnston
Existencial	Ex: centros Holísticos	Smith e Kelly; Steiner e Reisinger
Espiritual	Ex: Peregrinação, retiro yoga...	Devereux e Carnegie; Pernecky e Johnston; Lehto, Brown, Chen e Morrison
Orientado para a comunidade	Ex: Voluntariado, caridade, centros holísticos...	Devereux e Carnegie; Smith e Kelly

Fonte: adaptado Smith e Kelly, 2008

Ardell (1977) redefiniu o conceito de BE: uma forma de cada indivíduo melhorar o seu nível de saúde e destacou ainda 5 etapas para a concretização desse objetivo:

1. Responsabilidade;
2. Consciência alimentar;
3. Boa forma física;
4. Boa gestão do stress;
5. Sensibilidade com o meio ambiente.

Um exemplo de vitalidade na promoção do turismo de saúde é a Suíça, sendo um exemplo das melhores práticas, com uma estratégia global e promovendo a criatividade e inovação, realçando aspetos locais da cultura (tais como materiais ou alimentação local) e impondo padrões de alta qualidade.

Alguns destinos emergentes optaram por alinhar a sua oferta turística com um complemento ao nível do TBE. De realçar Singapura, Malásia e Tailândia e Croácia. Os destinos mais clássicos ao nível do turismo de bem-estar, na Áustria, Hungria e Itália, o recurso a fontes termais é frequente para aliviar doenças específicas e também aliviar o *stress*. A talassoterapia, ou seja, o uso medicinal da água do mar, é praticada em destinos do Mediterrâneo e na Irlanda. Este tipo de terapia é benéfico quando se pretende alívio das dores articulares e problemas de circulação. Nos países asiáticos, como Tailândia e no Sri Lanka, o yoga, a meditação e massagens são fortemente integradas em tratamentos de bem-estar médico. Estes países têm uma abordagem global holística, criando um equilíbrio entre o espiritual, a mente e os aspetos físicos. Na

Índia, destaque para a tradição *ayurveda*, de uma forma sucinta utilizando massagens e a nutrição como forma de incremento do bem-estar.

1.4. Terapias Alternativas

Apesar do aumento do interesse nas terapias alternativas, os investigadores da universidade norte-americana de Yale (Johnson et. al. 2018) garantem que trocar a quimioterapia e a cirurgia por plantas medicinais, vitaminas ou uma dieta alternativa no tratamento de um cancro, tem um efeito comprovado: aumenta mais de duas vezes a probabilidade de morte, pode ler-se no artigo do semanário Expresso (Arreigoso, 2017).

“Atrasar ou recuar o tratamento oncológico convencional – quimioterapia, radioterapia, cirurgia e/ou hormonoterapia – pode ter implicações sérias na sobrevivência dos doentes com cancro”, afirmam os autores. O risco de morrer é de 2.2, duas vezes superior, nos tumores frequentes para os doentes que só recorrem a terapêuticas não convencionais.

Em Portugal, médicos e terapeutas não convencionais subscrevem os resultados norte-americanos, com 840 doentes com cancros com potencial de cura, sem metástases. “A diferença na expectativa de vida é impressionante. A dimensão do grupo de doentes que opta somente pela terapêutica alternativa é desconhecida no nosso país, mas quando chegam para tratamento convencional, frequentemente esgotaram as expectativas de cura”, explica Luís Costa, investigador do Instituto de Medicina Molecular de Lisboa e diretor de Oncologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte.

“A utilização de vários tipos de tratamentos como métodos complementares é frequente”, afirma o coordenador do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Nuno Miranda. A complementaridade é a palavra de ordem dos terapeutas não convencionais. “Jamais deverá ser insinuada a utilização exclusiva da terapêutica não convencional no tratamento do cancro, muito menos como alternativa à abordagem convencional”, alerta Miguel Fernandes, presidente da União das Medicinas Naturais.

Além do cálculo sobre o risco de não resistir à doença, é analisada também a sobrevivência durante cinco anos. Estavam vivos 54,7% dos doentes que escolheram uma abordagem não científica e 78,3% dos que optaram por tratar-se numa unidade hospitalar. “As diferenças de sobrevivência são suficientemente amplas para conferirem confiança à conclusão de que as pessoas submetidas a tratamento convencional vivem mais tempo; um resultado que está de acordo com a razão teórica: é mais eficaz tratar do que não tratar”, salienta o diretor clínico do IPO-Lisboa, João Oliveira.

Mas a incapacidade de as técnicas não científicas curarem o cancro não as coloca totalmente de parte. “Alguns destes tratamentos podem ser complementares, como a meditação, o yoga ou as técnicas de relaxamento, e melhoram a tolerância psicológica à doença e aos restantes tratamentos”, diz o oncologista Nuno Miranda. O terapeuta Miguel Fernandes concorda: “A medicina de base natural pode ser um forte aliado na promoção da cura, na recuperação, no controlo dos efeitos secundários, no fortalecimento mental e gestão do stress ou até mesmo no conforto quando o que resta são os cuidados paliativos.”

João Beles, autor do livro “A Natureza a Curar a Natureza”, dá outros exemplos. “Existem muitos estudos a comprovar os maiores benefícios da medicina complementar. Algumas plantas medicinais são as mais estudadas e utilizadas nos doentes oncológicos, como os aloes, o ginseng, o gengibre ou o açafrao-da-índia.” E adianta: “Muitas vezes temos de convencer os doentes que somente a naturopatia ou a medicina tradicional chinesa não são suficientes.”

Contudo, existe um contraponto: Isabel Abreu, assessor da direção clínica do IPO-Porto, reconhece que “algumas práticas terão bons resultados se adjuvantes”, mas é preciso “discutir o assunto para que os doentes o façam na posse de toda a informação”. Afinal, nada é inócuo. “Temos um estudo feito pela Faculdade de Farmácia de Coimbra onde tentamos encontrar os efeitos da associação da quimioterapia com os produtos ditos naturais, como chás ou xaropes e onde identificamos que não só potenciam os efeitos secundários como alteram a sua eficácia”, revela a presidente do Colégio de Oncologia Clínica da Ordem dos Médicos, Helena Gervásio.

“É muito importante que seja dado a conhecer ao doente o que podemos alcançar com os tratamentos convencionais e, se a cura é um objetivo possível, o doente deve compreender que a utilização simultânea de outros tratamentos que desconhecemos pode interferir”, defende Luís Costa. “Infelizmente, conheci doentes que optaram por se deslocar a outros países para tratamento com células dendríticas. É possível cativar os doentes para tratamentos muito dispendiosos, sem qualquer evidência de eficácia até ao momento e com uma aparência de oferta tecnológica avançada (pseudociência). De todas as vezes que solicitei, nunca recebi um relatório escrito por parte do centro que realizou esta medicina alternativa...!”

Johnson et al (2018) revela que são os mais jovens, informados e com mais instrução que optam pelos tratamentos não científicos. “Em situações de desespero as pessoas tentam milagres”, explica o responsável da Associação de Luta Contra o Cancro do Pulmão, António Araújo. Há ainda a capacidade de pagar os tratamentos, o receio dos

efeitos secundários ou a falta de abertura dos médicos.

Tabela 1.3 Técnicas complementares mais procuradas e motivações para tratamentos não científicos

Técnicas complementares mais procuradas	Motivações para tratamentos não científicos
<ul style="list-style-type: none">- Dietas alternativas e suplementos vitamínicos;- Homeopatia;- Naturopatia e fitoterapia, para alimentação mais saudável e tratamento com plantas medicinais;- Acupuntura, para reduzir a dor oncológica;- Medicina Tradicional Chinesa;- Células dendríticas, consideradas fortalecedoras do sistema imunitário.	<ul style="list-style-type: none">- Falta de eficácia da medicina convencional;- Efeitos secundários do tratamento médico do cancro: quimioterapia, radioterapia, cirurgia e/ou terapia hormonal;- Confiança nas vantagens dos produtos tidos como naturais;- Crença numa conotação mágica do que não é científico;- Falta de diálogo e de receptividade do médico para discutir múltiplas opções de tratamento;- Procura de um complemento não farmacológico;- Desejo de alívio mais rápido e eficaz dos sintomas;- Pressão familiar e falta de esperança e de confiança na cura prometida pelo médico.

Fonte: Adaptado de Expresso 2017

Luís Costa acrescenta à lista de motivações para o tratamento não convencional “a necessidade de preenchimento do espaço da esperança na cura”. António Pereira, diretor clínico da Fundação Champalimaud, afirma que “as terapêuticas alternativas surgem quando as portas se fecham”. E explica: “É comum nas sociedades intelectuais sofisticadas, as pessoas que conhecem bem o calvário da quimioterapia optarem por alternativas mesmo sabendo que morrem mais cedo.”

Neste artigo, o Expresso apresenta ainda algumas das técnicas alternativas ou complementares mais procuradas e as motivações dos doentes oncológicos para tratamentos não científicos.

1.5. Ciclo de Vida do Turismo Médico - A relação entre a participação em férias e a saúde

Hunter-Jones (2005) elaborou o Ciclo de Vida do Turismo Médico (CVTM) para refletir sobre os diferentes padrões de atividade turística através do ciclo de um diagnóstico de

cancro. O objetivo deste ciclo é distinguir os estágios da doença e determinar os fatores (motivações e comportamentos) influenciadores das intenções de viagem. As necessidades são refletidas pelas características de dois grupos distintos, o participante passivo (fase dois e três) e o industrialista (fase quatro).

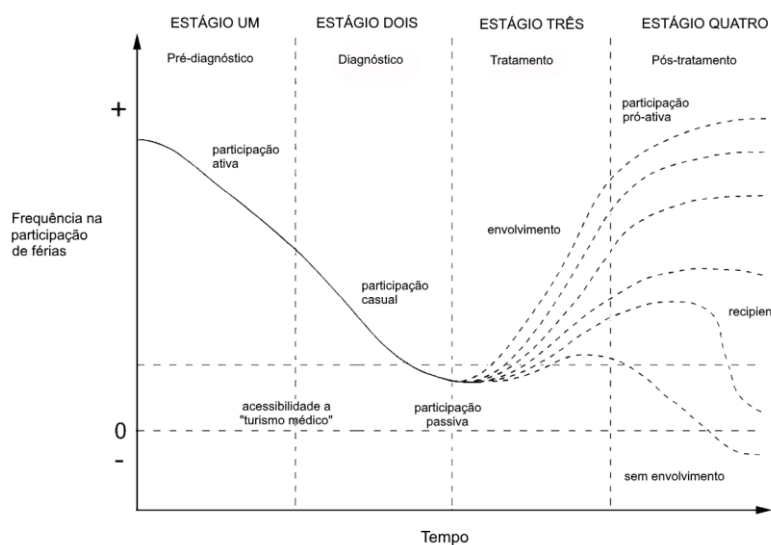
A primeira fase começa durante o pré-diagnóstico/tratamento, considerando os fatores subjacentes à tomada de decisão de férias, a frequência e a natureza do produto selecionado. Na sua maioria, as férias representaram uma atividade significativa. Primeiro, representa uma oportunidade para passar tempo com a família, segundo dá oportunidade de explorar novos ambientes, especialmente internacionais e de longo curso, e finalmente, oferece uma chance de escapar aos desafios da vida cotidiana. Nesta fase, não eram necessários produtos de férias de saúde especiais.

A segunda fase traduz-se na participação casual. Estes podem ser categorizados em três áreas, a ordem que indica o seu nível de importância: física (como mobilidade reduzida e fadiga crónica), psicológica (depressão e perda de autoconfiança) e prática (incapacidade de trabalhar continuamente e cobertura de seguro de ganho). Embora os primeiros sinais da doença comessem a aparecer, os doentes nem sempre estão convencidos da sua condição ou mesmo o porquê, mas alguns começaram a assumir um papel de menor importância no planeamento de férias, incluindo a tomada de decisão, como, quando e onde ir. Alteraram-se também os padrões de compra, como a escolha de viagens em pacote, domésticas, e visita a amigos e parentes.

A ligação entre a segunda e terceira fase do CVTM caracteriza-se pelo diagnóstico e tratamento da doença, tornando-se o doente agora um agente passivo, sendo profundamente afetado pelo seu diagnóstico. Mesmo os que não consideram a sua condição de vida ameaçada, nenhum viaja neste período.

A partir do estado três do CVTM, os estágios de tratamento são caracterizados novamente pelo envolvimento. A atividade varia de acordo com o bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Alguns tentam retomar a vida "normal", enquanto outros estão limitados pelo regime de tratamento. As viagens são feitas para locais domésticos e organizadas por familiares. Todas as atividades foram influenciadas pelo estado de saúde do doente e planeadas tendo em conta a disponibilidade e a proximidade de instalações médicas, incluindo hospitais, clínicas gerais e alojamentos equipados com frigoríficos para armazenar os medicamentos.

Tabela 1.4 A relação entre a participação em férias e a saúde



FONTE: adaptado de Hunter-Jones, 2005

Na quarta e última fase, o participante é caracterizado como pró-ativo, recetor e sem envolvimento na atividade turística. A referência cruzada das formas e a taxa de sucesso dos tratamentos com reações individuais demonstra como a forma não forneceu um indicador claro sobre como os participantes respondem à doença. Esta fase é explicada através do desenvolvimento de uma Tipologia de TM. Isso baseia-se não só nos dados empíricos, mas também no trabalho de Greer, Morris e Pettingale (1979), que categorizou as atitudes mentais de pacientes com cancro de mama em cinco grupos diferentes.

Turista Médico Tipo A: Supressor, onde a doença é negada. As principais características incluem o aumento da propensão ao turismo, a melhoria de saúde como motivador e a busca de novos destinos, reconhecendo as férias como oportunidade para passar tempo com a família longe do regime de tratamento, no pós-diagnóstico.

Médico Turista Tipo B: Explorador aceita a doença. As principais características incluem a propensão ao turismo como antes do diagnóstico, a saúde não é um motivador e os destinos visitados são os mesmos que no pré-diagnóstico, ou seja, não são afetados pelo seu estado de saúde e continuam a fazer os planos como antes.

Médico Turista Tipo C: Inovador. As principais características incluem a propensão ao turismo como no pré-diagnóstico, a saúde como motivador e os destinos escolhidos tendo em conta as unidades de saúde. Aqui, o turismo mantém o seu significado depois do diagnóstico. As férias pós-tratamento com a família e os amigos tornaram-se significativas, bem como a vontade de experimentar novos destinos e de longo curso. Para este grupo, qualquer queda na atividade pode estar ligada a limitações financeiras.

Médico Tipo Turista D: Destinatário. As principais características incluem uma propensão turística reduzida, onde a saúde e as despesas agem como inibidores. Aqui, os padrões de férias alteraram-se significativamente após o diagnóstico. No pré-diagnóstico, os doentes tinham desfrutado do planeamento de viagens independentes para locais internacionais. A seleção de produto pós-diagnóstico foi alterada, não por meio de escolha, mas sim como consequência da alteração da saúde e do *status* financeiro. Os doentes começam a fazer mais férias domésticas e viajam somente para locais em excursões de pacote.

Médico Turista Tipo E: As características-chave do turista Industrial incluem uma propensão reduzida ao turismo, sendo a saúde e despesas os principais inibidores e a atividade doméstica. Os doentes usufruíram de férias internacionais no pré-diagnóstico, mas no pós-diagnóstico tanto a frequência como a natureza da atividade sofreram alterações devido às limitações financeiras impostas pela incapacidade de trabalho. Nesta fase, os doentes estão preocupados com pensamentos sobre doenças recorrentes, defendendo a necessidade de ter viagens organizadas para eles, particularmente por membros da família com quem eles se sentiam confiantes. Uma tendência para visitas repetidas a locais antes da doença também é uma opção.

Médico Turista Tipo F: Não Viajante, sem nenhuma atividade turística, sem motivação e má reação ao diagnóstico.

1.6. Motivadores de Viagem

Hunter-Jones (2005) aplicou também as questões motivacionais de viagem para os doentes de cancro, onde identifica duas categorias: o turismo e saúde. Na primeira, independentemente da saúde, há a definição destes fatores através de declarações como "mudança de cena", "relax" ou "viajar para um clima mais quente e mais ensolarado". Esses motivadores não são exclusivos deste estudo e correlacionam-se estreitamente com os resultados de um número considerável de trabalhos motivacionais, incluindo o trabalho de Dann (1976) e Krippendorf (1987). Inversamente, os motivadores de saúde são suscetíveis de ter surgido como uma consequência direta da alteração dos padrões de saúde. Embora estimulando a participação de alguns, estes padrões podem muito bem ter a capacidade de inibir outros que, ao se encontrarem confrontados com uma situação de saúde semelhante, podem ser menos capazes de "negociar" (Jackson, Crawford e Godbey, 1993). Agora sentem a necessidade de "ter uma rutura com o regime de tratamento", "reconstruir a confiança" ou "lutar contra a depressão". Claramente, os motivadores de saúde assumiram uma maior importância.

1.7. Inibidores de Viagem

O trabalho de Hunter-Jones (2005) adianta-nos que os inibidores dos doentes oncológicos não estavam unicamente relacionados com a atividade turística, mas refletem um ambiente mais amplo. Significativamente, assim como a forma não foi um indicador de propensão pós-diagnóstico, tão pouco foi necessariamente a razão para alterar os padrões de férias. Existe uma considerável literatura sobre restrições à participação em lazer, cujos aspetos principais são resumidos em Jackson e Burton (1999): as restrições provocadas por doenças graves, em particular, foram negligenciadas. As principais restrições podem ser agrupadas em seis áreas: saúde, atitudes, isolamento social, financeiro, jurídico e de comunicação. Existe alguma correlação entre essas áreas e as identificadas pelo estudo de Smith (1987) sobre turistas com deficiência, que identificou 11 fatores que minaram a liberdade e o controle pessoal de turistas com deficiência, categorizando-os em três áreas. Primeiro, barreiras intrínsecas, ligadas ao funcionamento cognitivo, físico e psicológico (saúde, atitudes ou isolamento social, por exemplo). Em segundo lugar, barreiras ambientais, consequência de limitações externas (tais como financeiras ou legais). Terceiro, barreiras interativas, decorrentes da interação entre o destino e o convidado (por exemplo, comunicação).

Problemas físicos e psicológicos surgem como consequência do tratamento e da fadiga crónica. Lembrando-se de umas férias na Flórida, realizada especificamente com a intenção de "desenhar uma linha sob a doença", uma participante do estudo de Hunter-Jones (2005) comentou: "aquela primeira viagem depois de estar doente era diferente de outras férias habituais. Normalmente, estamos em todo o lado, passando alguns dias aqui e ali. Nessa ocasião acabamos por ficar num *resort* na praia sem fazer nada, foi muito estranho". As complicações psicológicas manifestam-se de várias maneiras, como o medo de não terem capacidade de lidar com a doença, ilustrando a falta de autoconfiança. Contudo, embora numerosos estudos, particularmente aqueles que refletem sobre a pesquisa motivacional, reconheçam a contribuição positiva que o turismo faz ao autodesenvolvimento e à autoconfiança (Crompton, 1979, Pearce, 1982), os doentes raramente têm a autoconfiança necessária para viajar.

As atitudes e percepções de outros povos revelaram-se uma área contenciosa, onde o doente sente uma série de tensões redutoras da sua confiança e capacidade de desfrutar de ambientes novos e desconhecidos, sentindo-se parte de um grupo minoritário. O estudo de Stephenson (1997) sobre questões relacionadas ao turismo minoritário no contexto da etnicidade descobriu que a cor da pele atuava como um

inibidor intrínseco. De forma semelhante, os sinais visuais como a perda de cabelo e cicatrizes cirúrgicas, atuam como inibidores, especialmente no sexo feminino.

O estudo de Thomas (1998) sugere que o estigma do cancro pode levar ao isolamento social. Especialmente os doentes mais jovens e solteiros sentem que os amigos continuam com as suas vidas e que não podem parar tudo por causa deles. Em contrapartida, os doentes mais maduros tendem a compensar as alterações ao estilo de vida realizando mais atividades com os membros da família. De facto, a diminuição da atividade durante o pós-diagnóstico/tratamento para este segundo grupo está relacionada com as circunstâncias financeiras, e não sociais.

A perda de rendimentos consequentes da doença são um inibidor comum, revelaram os participantes do estudo de Hunter-Jones (2005). Os problemas financeiros resultantes do diagnóstico podem retirar muitos dos luxos da vida, uma vez gozados e muitas vezes considerados como concedidos por uma família, resultado da incapacidade de um paciente em trabalhar ou de padrões de trabalho perturbados, causando um profundo efeito sobre a qualidade de vida.

O ambiente jurídico constituiu também um obstáculo. Especificamente a obtenção de seguro pós-diagnóstico parece ser um problema, e até onde a cobertura está disponível, invariavelmente há custos de prémio adicionais anexados, custos que, se podem estender a qualquer pessoa que viaje com eles.

A comunicação é um dos fatores determinantes para a seleção dos destinos por parte dos doentes. Na verdade, a falta de fontes de informação é destacada como uma causa contributiva da redução da participação. Uma das razões é a falta de ajuda disponível para encontrar acomodação apropriada ou o desconforto com a falta de informação detalhada da cobertura médica em destinos estrangeiros.

Os doentes de cancro sentem a necessidade de visitar países onde o inglês é falado ou claramente entendido. Neste contexto, os pacotes assumiram um significado maior, uma vez que os doentes entenderam novamente que eles ofereciam uma segurança inalcançável através de férias organizadas de forma independente.

1.8. Barreiras à Participação

Ao estudar a relação entre os jovens, as férias e o cancro, Hunter-Jones (2004) identificou mais barreiras à participação de férias por parte dos doentes. Embora todos concordassem que a mudança do seu estado de saúde tinha impacto nos seus padrões

de participação, nenhum aceitou que a doença tenha alterado a sua motivação para viajar. Na verdade, há um maior interesse em experimentar novas atividades.

Os jovens doentes encaram as barreiras como consequência direta da doença que afetou não apenas os padrões de férias, mas também o seu cotidiano. Essas barreiras estão relacionadas com os grupos intrínsecos, ambientais e interativos de Smith (1987).

1.8.1. Barreiras Intrínsecas

Hunter-Jones (2004) afirmou haver uma notória falta de consciência sobre as oportunidades de viagem disponíveis para os doentes de cancro. As questões psicológicas e de saúde física apresentaram, em muitas ocasiões, inibição em participar em viagens. Os problemas psicológicos mais comuns incluíam sentimentos de raiva, solidão, depressão, infelicidade, desespero, vulnerabilidade e insegurança, além de falta de energia, entusiasmo, otimismo e autoconfiança. Porém, são os sinais visuais do cancro que geraram mais tensão, como a perda de cabelo, cicatrizes e aumento de peso através da medicação.

Um participante no estudo de Hunter-Jones (2004) na relação entre os jovens, as férias e o cancro, revelou que a tomada de férias foi consciente e subconscientemente considerada fora do alcance, muito por culpa do isolamento: "pessoas da minha idade [dezoito anos] desaparecem com seus companheiros e não com os seus pais. E como posso eu? Eu quase já não vejo os meus amigos." Ou a fadiga induzida através do tratamento, revelou outra jovem vítima de cancro: "eu simplesmente não tenho mais energia, tentamos férias em Kent, mas não gostei. Suponho que foram os efeitos da radioterapia". Mas foram os sinais visuais do cancro que geravam mais tensão. Problemas mais citados incluem a perda de cabelo, como adiantou um participante: "sendo diferente, careca, está realmente a me afetar", cicatrização cirúrgica: "eu realmente gostava de nadar, mas agora não posso encarar isso. Tenho estas cicatrizes que você vê e não quero que ninguém as veja", e ganho de peso através de medicação: "parece apenas que continuo a ganhar peso. Eu não gosto de parecer uma baleia enalhada".

Em termos físicos, as dificuldades de mobilidade levam a um maior ou menor grau da necessidade de uma cadeira de rodas. Esta dependência é encarada como um inibidor, embora a questão não fosse muitas vezes a dependência em si, mas a dependência imposta devido ao fraco acesso a lugares para pessoas com deficiência (Smith, 1987). Uma jovem participante de cadeira de rodas, aos 18 anos, estava a atingir a idade onde

desejava viajar com amigos, no entanto, a sua falta de mobilidade desestabilizou esses planos: "eu realmente gostaria de viajar para o exterior, mas conhecer um lugar quente e relaxado o tempo todo é difícil com minhas pernas, os folhetos de viagem também não são muito úteis. Alguma vez viu uma cadeira de rodas nas fotos?"

As frustrações geradas pela dependência física foram enunciadas por um doente com um tumor da coluna vertebral. Ela não conseguiu andar sem suporte: "isto deixa-me chateada porque tenho de confiar noutras pessoas para me levar a lugares". As frustrações geradas pela dependência física tornam-se uma doença da doença, como um doente demonstrou: "estou disposto a ir a Londres para uma curta pausa. Estou pronto para ir agora, mas tenho de esperar até que alguém tenha tempo para me levar".

Há estudos (Eiser, 1993) onde se refere que, para os pacientes com cancro, a situação é agravada pela terminologia negativa associada à condição invariavelmente equiparando a doença com a morte. Faulkner et al. (1995) também argumentaram que as famílias em si muitas vezes não ajudam a situação citando exemplos onde algumas famílias com membros doentes mais jovens entraram num estado de "duelo antecipado": "passo a vida com a família nos dias de hoje, não me consigo afastar [vida familiar e familiar] o que torna a doença ainda pior".

Para criticar as reações da família, não se leva em conta a complexidade do papel de carinho que as famílias têm de lidar. Conversas separadas com dois cuidadores chamaram a atenção para isso. Um discutiu o impacto que a doença teve sobre outros membros da família em geral: "foi muito difícil para eles ver o irmão doente". Outro cuidador descobriu que lidar com as necessidades de uma "criança hospitalizada" e cuidar de crianças em casa, às vezes, deixou culpa na família: "eu ia com Susan aos exames e não sabia se ela lá ficaria ou não, se ela ficasse então queria estar com ela, mas então tinha de deixar a irmã em casa e ficaria preocupada". Assim como a culpa por deixar o seu "cuidado" ir de férias, os cuidadores muitas vezes acham difícil fazer uma pausa, mesmo se o apoio estiver disponível, por medo do impacto que tal ação possa ter. No entanto, considerando a provisão de cortes curtos como suporte para o cuidado na comunidade, Weightman (1996) argumenta que todos precisam escapar da sua rotina. A tomada de férias é realizada para proporcionar uma oportunidade de escapar para um mundo de fantasia, cujos cuidadores podem ter uma necessidade maior do que aqueles que eles cuidam.

1.8.2. Barreiras ambientais

A pesquisa de Stephenson (1997) que determinou os inibidores e facilitadores de viagens para uma comunidade afro-caribenha argumentou que o medo do desconhecido, os sentimentos de ser visível, solitário e isolado em certos habitats, as comunidades do campo especificamente, tinham a capacidade para gerar um "conflito secreto" interno que impediu a participação plena. Para os três participantes no estudo, o acesso mental além do ambiente doméstico para participar de atividades relacionadas ao lazer ou ao turismo foi igualmente prejudicado. Embora, neste caso, devido principalmente à doença, os sentimentos que isso gerou, conforme articulado por um participante, coincidem com os achados de Stephenson (1997): "é como se você parasse de sair, bem além de seus companheiros, você não sabe como as pessoas serão".

Uma série de participantes no estudo sugeriram que as reações ao cancro podem ser o reflexo de um problema mais amplo de preconceito e intolerância contra aqueles que não "combinam com o que a sociedade percebe ser normal", acrescentou um dos jovens. Os comentários de um cuidador lidando com uma filha presa à cadeira de rodas resumiram muito do sentimento: "as pessoas podem ser tão intolerantes quando você for a algum lugar e sabe que as pessoas estão impacientes à sua volta porque você demora mais para fazer as coisas". Se essa situação representa intolerância ou é realmente mais um reflexo da ignorância é questionável, como os comentários feitos por outro doente: "por que é que quando você está doente as pessoas pensam em mandar-te saltar de um penhasco ou nadar num rio? Parece-me apenas que apenas por ter cancro, então há que se atirar de uma montanha para provar que está bem!" Descrevendo-se como um "bum da praia", indicou em várias ocasiões, que "o sol e a praia" eram o seu "tipo de férias" e que "o cancro, não importa o quão ruim, não vai mudar isso".

Optando por uma opção de semana de pacote de férias, um casal dirigiu-se a um agente de viagens e ao lado da reserva de férias foram informados sobre a necessidade de comprar um seguro de viagem. A política "interna" foi promovida inicialmente. No entanto, após questionamento adicional, verificou-se que, por razões de saúde, a política era inadequada e ela teria que buscar arranjos alternativos. Ela relatou reagir fortemente a isso "lá, está a se tentar se sentir normal e fazer coisas normais que todos acreditam e, de repente, é [cancro] jogado na tua cara novamente". Ela sentiu que o assunto tinha sido tratado com uma coisa qualquer, exceto sensibilidade, perturbado não tanto pelo inconveniente de ter que encontrar um seguro alternativo, ou mesmo o

potencial fator de custo adicional envolvido, mas sim pela conclusão de que aqueles que lidam com o cancro “não são considerados normais por agentes de viagem”.

1.8.3. Barreiras Interativas

Os doentes de cancro não criam conscientemente, coletiva ou singularmente, barreiras interativas, questões de comunicação ou barreiras linguísticas, por exemplo, como inibidor dos seus hábitos de férias. No entanto, muitos confiam subconscientemente nos membros da família para comunicar ideias e respostas. Tal situação não é incomum para um grupo de jovens, tanto como Faulkner et al. (1995) e Eiser (1993) já haviam estabelecido, o primeiro no contexto da família que comunica com médicos e profissionais de saúde em nome do seu "filho", refletindo mais tarde sobre a dependência psicossocial das jovens vítimas de doenças. Ambos os estudos focalizaram primeiramente na dependência diária da "necessidade", nem se considerou em que medida essa dependência se poderia estender a outros ambientes, como as experiências de lazer e de férias. No entanto, conversando com doentes, ficou evidente que muitos não tinham a necessária confiança para viajar sem apoio: “eu adoraria ir para o exterior novamente com meus companheiros e estamos esperando para voltar para Espanha novamente, mas não tenho certeza se eu posso lidar com isso sozinho [sem família]”. Tal situação não seria incomum para esta faixa etária em qualquer caso, mas é sem dúvida composto para aqueles que lidam com a experiência da doença.

1.8.4. Barreiras económicas

Muitas pessoas com deficiências desejam viajar, mas são estrangidas não apenas pelo estado de saúde ou a presença de barreiras ambientais, mas também por barreiras financeiras (Shaw & Coles, 2004). Uma opção para ultrapassar estas barreiras foram os estudos concentrados no conceito de TS, que traz uma dimensão moral ao conceito mais amplo de TA. O objetivo principal é incluir pessoas economicamente desfavorecidas no turismo (Haulot, 1981; Minnaert et al., 2009; Shaw & Coles, 2004). O TS é uma medida potencial na luta contra a exclusão social, tal como recentemente apoiado pelo Comité Económico e Social Europeu. Está ligado a um conjunto de benefícios que incluem a melhoria do BE, o desenvolvimento pessoal dos beneficiários, reconhecimento do direito às férias e expressão da necessidade de maior acessibilidade (acessibilidade física, económica e social). Não é por coincidência que essas pessoas,

mais do que não deficientes, procurem instalações de alojamento mais baratas longe do turismo de fluxos como residências, casas de férias ou institutos religiosos.

1.8.5. Barreiras de informação

As atividades não são apenas encontradas no prazer do feriado, mas também na organização da viagem ou na recuperação de informações sobre a localização. Por um lado, a existência de facilidades acessíveis constitui um dos pré-requisitos fundamentais para a participação da deficientes no turismo, por outro, a divulgação de informações sobre a acessibilidade é uma variável igualmente significativa (Cavinato & Cuckovich, 1992; Fodness & Murray, 1997). A maioria dessas pessoas não viaja nem escolhe o destino desejado quanto à falta de informações confiáveis. Portanto, a informação é a principal barreira na fase de planejamento e organização da viagem (Fodness & Murray, 1997). É essencial fornecer informações confiáveis e oportunas, dados sobre as condições de acessibilidade no destino. Esta informação deve ser: detalhada, perceptível e acessível (Yau, McKercher, & Packer, 2004).

Williams, Rattray e Grimes (2007) acreditam que a internet não está a aproveitar o seu enorme potencial para melhorar e ampliar a vida das pessoas com deficiência no planejamento de suas atividades de férias. Apesar da Internet ser o sistema mais popular usado para disseminar informações, apenas um usuário com deficiência em três confia nela. Este é parcialmente explicado pelo fato de que 24% deles têm dificuldade em navegar na net porque esta é inerentemente antipática para a deficiência (ISTAT, 2012), e em parte pelo fato de que a informação, em 37% dos casos, não é considerada confiável (C.A.R.E., 2005). Neste sentido, a Lei Stanca n.4 de 9 de janeiro de 2004 é a única medida legislativa que promulgou políticas para abordar questões de acessibilidade para pessoas com deficiência para um melhor acesso à tecnologia da informação. De ressaltar que não aborda diretamente os transtornos cognitivos e está mais focado em deficiências, como o visual, motoras ou auditivas. No entanto, este direito de acesso é regido unicamente a favor dos serviços de mídia e de TI da administração pública e para serviços de utilidade pública. Para sites corporativos e privados, nenhuma legislação foi projetada para a acessibilidade.

1.9. Benefício de Férias

A literatura sobre os benefícios de saúde nas férias abrange uma larga área de estudo que inclui benefícios espirituais (Raju, 1994), educacionais e culturais (Towner, 1996),

psicológicos (Clark e Clift, 1994, 1996), sociais (Hall e Brown, 1996) qualidade de vida e bem-estar (McCarthy e Morrell, 1993).

Raju (1994) identifica uma série de motivações primárias tradicionalmente associadas a peregrinações, relatando o *El Camino Frances*, um longo trilho, considerado uma das mais antigas rotas de peregrinação do mundo ocidental, para melhorar a saúde espiritual e pagar os erros da vida atual, são sugeridos como motivos centrais, relevantes não só para esta peregrinação, mas também para outras viagens sagradas.

Os benefícios psicológicos das férias têm sido a característica de numerosos estudos, incluindo dois projetos empíricos concluídos por Clark e Clift (1994, 1996). Realizando dois inquéritos sobre turistas britânicos em Malta, o primeiro em 1993 (Clark e Clift, 1994) e o segundo em 1994 (Clark e Clift, 1996), estes autores identificaram uma série de implicações positivas das férias em relação à saúde – divertimento, crescimento e desenvolvimento pessoal, bem-estar e liberdade de stress.

Hall e Brown (1996) alegam que as férias e viagens de lazer fornecem a base para o BE físico, elevação espiritual, educação ou simples *relax*, fatores usados para montar uma campanha para o desenvolvimento de um foco de bem-estar para o turismo. Pode assim ser possível para aqueles que estão em maior risco de não-participação em férias esperar uma libertação mais profunda do tédio ou uma experiência mais ampla quando surgirem oportunidades de viagens do que aqueles destinados a viagens regulares.

A contribuição que as férias podem fazer para a QV e BE também se destaca nas fontes da literatura geral. Clough (1999) afirma que em alguns casos tirar férias pode atuar como um trampolim para melhorar a vida em geral, enquanto McCarthy e Morrell (1993) concentraram-se no aspeto de fantasia e escape das viagens. Apresentando um relato das suas esperanças como reféns no Líbano durante o final da década de 1980, Keenan e McCarthy (1999) mostram como, ao longo de seu encarceramento, mantiveram uma mente ativa, discutindo, entre outras coisas, os seus históricos de viagem e os futuros planos de viagem. A liberdade e o escape que tal atividade oferecia eram tão significativos que, cinco anos depois da sua libertação, completaram uma jornada que planearam durante o encarceramento, viajando pelo Chile de cima para baixo. Essa jornada, detalhada em trabalhos posteriores (Keenan e McCarthy, 1999), sugere que os efeitos psicológicos das férias podem estender-se além do próprio ato e podem ser tão significativos na fase de planeamento e antecipação da atividade.

Huntes-Jones (2003) identificou uma série de efeitos benéficos das férias nos doentes oncológicos na saúde pessoal, eficácia social, identidade pessoal e recuperação da independência. Possivelmente, o maior benefício foi a capacidade de oferecer viagens

para lugares quentes e ensolarados. Mesmo doentes que eram inflexíveis e que não se exponham ao sol, responsabilizam os climas quentes pelo seu fator de BE. Não por causa do sol em si, mas o clima quente ajudou a aumentar a autoconfiança.

Contudo, a exposição solar pode representar uma atividade complexa. Refletindo sobre o argumento de Rojek (1993) de que o significado de um bronzeado pode estar ligado ao "lazer", ao "vigor" e à "sofisticação", Stephenson (1997) sugeriu que esse pensamento seja uma representação e pode também passar sinais de "brancura". Do lado oposto, pode também transmitir sinais de saúde. Quando se fez referência ao bronzeado, a atividade representa uma parte favorável da experiência de férias. Tais observações não estavam muito distantes dos comentários de Mackie e Brattles (1999), equiparando um bronzeado com um bom aspeto. Em ambos os estudos, o bronzeado era visto como personificação de "saúde e BE", a fachada por trás da qual o "flagelo" do cancro poderia ser disfarçado ou temporariamente esquecido.

Pode-se especular que aqueles que já foram vítimas de cancro podem desejar a todo custo prevenir tais complicações e evitar a superposição ao sol. No entanto, em vez disso, um bronzeado pode representar um meio de alcançar a "normalidade" e uma das poucas atividades que exteriormente impedem sentimentos de discriminação e isolamento de pessoas doentes das suas contrapartes "saudáveis". Contudo, a atividade de banhos de sol não é universal. Há também os riscos inerentes à saúde, não só por causa da possibilidade de cancro de pele, mas também por causa de problemas da sua própria imagem decorrentes da cirurgia. Para quem recupera de cancro da mama, por exemplo, os banhos de sol tornam-se intimidatórios.

Além do fator de BE, as férias aliviam o *stress* do diagnóstico e do regime de tratamento, demonstrando o impacto que uma mudança de ambiente pode ter na melhoria das perspetivas e do otimismo dos doentes. As viagens de férias ou mesmo passeios de um dia são significativos para proporcionar uma oportunidade de conhecer e interagir com novas pessoas, reforçando a sua eficácia social.

Também para os familiares, as férias são importantes e encaradas como uma pausa, onde podem, durante esse período, voltar à normalidade. Embora o mais comum é o paciente ser o foco central da investigação, um diagnóstico de cancro pode ter um impacto sobre cada pessoa envolvida com o paciente de maneiras muito diferentes.

Uma consequência positiva das férias é que, de volta a casa, os níveis de energia dos doentes são impulsionados pelo desafio de como eles próprios se poderiam ajudar a si mesmos através da doença. As férias, em variados graus, incutem novas esperanças, otimismo e novas ideias de como avançar com a vida. Embora não haja um padrão

distintivo de autoajuda no estudo de Hunter-Jones (2003), podemos considerar várias abordagens que se ligam às terapias físicas e psicológicas de Barron (1996). Na categoria das terapias físicas podemos incluir exercícios como a acupuntura/acupressão, aromaterapia, homeopatia, herbalismo, massagem, naturoterapia/hidroterapia, terapia nutricional, reflexologia, yoga e tai chi para proporcionar um maior bem-estar aos doentes oncológicos.

O "Gentle Approach To Cancer Association" utiliza terapias alternativas de autoajuda, como reflexologia, aromaterapia e terapias nutricionais, descritas por Brohn (1987) como "não primariamente sobre curas", mas para recuperar a saúde e encontrar o caminho certo para uma vida saudável e serena "construída sobre terapias nutricionais, físicas e mentais" de modo a promover a "força interna" necessária para tratar de problemas de saúde a longo prazo.

Um dos caminhos para lidar com a doença está relacionado com as artes, onde se podem destacar as aulas práticas. As atividades de lazer podem ser realizadas de forma *ad hoc*, como a natação, ou por programas mais estruturados a fim de recuperar a independência e adicionar estrutura às suas vidas quotidianas, como o programa *General Practitioner* para o lazer, um esquema onde ao invés da prescrição de medicamentos, os pacientes são encaminhados para os centros de fitness para um curso específico de atividade física estruturada (Kerfoot, 1994).

O aspeto mais significativo a retirar destes benefícios é que, ao longo das descobertas empíricas, há uma perceção de que as férias oferecem um veículo para lidar com os problemas associados à doença oncológica. Embora os efeitos das férias variem de doente para doente, e a distância para a qual os efeitos identificados podem ter consequências a longo prazo, isto não quer dizer que não sejam significativas. Na prática, podem ser interpretados como expressões de esperança.

1.10. Esperança

Querido (2012), na sua tese de Doutoramento "Promoção da Esperança em Fim de Vida - Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva", defende a esperança nos doentes enquanto força interior promotora de vida, facilitadora da transcendência da situação presente e transição para uma nova consciência e enriquecimento do ser (Herth, 2005). A esperança é assim um exceder de possibilidades envolvendo um processo de transcendência – traduzido pelo alcançar interior e exteriormente, pela busca de sentido

e significado de vida, e um outro de reapreciação positiva - reavaliar a esperança à luz da doença e encontrar possibilidades positivas (Duggleby et al., 2012).

A esperança, do Latim *sperantia*, é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja, uma expectativa. De um modo geral, é uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da esfera pessoal que requer uma certa perseverança quando se trata de acreditar que algo é possível, mesmo quando há indicações do contrário.

Não obstante a diversidade, há aspetos constantes e comuns ao longo do tempo, sendo um deles, o significado da esperança. Eliott (2005) relembra que a esperança está presente na história do ser humano desde a mitologia grega e da caixa de Pandora, até à mitologia moderna invocada na trilogia *Matrix* - que aponta a esperança como a maior força e a maior fraqueza do ser humano, integrando as histórias que contamos sobre nós próprios, com significações e simbolismo próprios. Parece assim, que a esperança faz parte do que acreditamos ser a nossa existência, relevando o que de melhor e pior existe em nós. Neste aparente paradoxo, assume-se então que é possível a coexistência de esperança e desespero ao longo da vivência humana, implicando um dinamismo da esperança no sentido de facilitar a passagem da impossibilidade, à possibilidade (Alberoni, 2002).

À esperança é atribuído o poder de ser capaz de modificar a vida através de uma relação forte entre a psique e o físico, integrando um marcado componente motivacional, e o sentido de vida e da própria existência (Alberoni, 2002; Bento XVI, 2007; Eliott, 2005; Frankl, 2010; Groopman, 2003). Neste ponto de vista, se por um lado a esperança é uma força que se dirige ao futuro e simultaneamente um impulso interior que nos leva a agir, por outro, é a esperança que nos dá a coragem e orienta o nosso agir.

A literatura também realça a importância da esperança nas pessoas doentes enquanto força interior promotora de vida, facilitadora da transcendência da situação presente e transição para uma nova consciência e enriquecimento do ser (Herth, 2005). A esperança é assim um transcender de possibilidades envolvendo um processo de transcendência – traduzido pelo alcançar interior e exterior, pela busca de sentido e significado de vida, e um outro de reapreciação positiva - caracterizado pelo reavaliar da esperança à luz da doença e encontrar possibilidades positivas (Duggleby et al., 2012). Constitui uma expectativa de um futuro mais brilhante, embora seja uma combinação complexa e multifacetada entre esperança e desespero (Kylma, Vehvilainen-Julkunen & Lahdevirta, 2001), influenciada por quem lhes presta cuidados (Penson, 2000).

2. Bem-estar Subjetivo

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que a definição de saúde não fosse apenas uma mera ausência de doenças, mas um estado de bem-estar. Entretanto, o bem-estar tem sido descrito de várias maneiras, como a avaliação otimista individual da própria vida, incluindo contentamento, emoção positiva, comprometimento e propósito de vida (Diener & Seligman, 2004).

Hanlon et al., (2013) defende uma tendência na literatura onde o bem-estar foi usado indistintamente com outras palavras como saúde, qualidade de vida, saúde pública e satisfação com a vida e BE. O conceito de bem-estar tem uma história enraizada na terapia e cura, bem como conotações medicinais, espirituais e religiosas (Voigt & Pforr, 2014). O bem-estar foi definido como um mistério dos termos bem-estar e capacidade (Bushell & Sheldon, 2009; Konu, Tuohino, & Komppula, 2010; Nahrstedt, 2004; Puczko & Bachvarov, 2006; Voigt & Pforr, 2014) e onde a indústria do turismo adotou essa expressão.

O BE pode ser conceituado como um descanso contínuo entre âncoras 'reativas' e 'pró-ativas'. No que diz respeito ao bem-estar de pesquisa, este está dentro do conceito pró-ativo de como o turismo pode ser considerado saudável na natureza e orientado pelo indivíduo (Travis & Ryan, 1981).

McCabe (2013), afirma que o conceito do Bem-Estar Subjetivo (BES) trata da medida em que a vida tem sentido próprio, às vezes referida como vida autêntica, o "viver bem" ou "boa vida". Essencialmente, o BES tenta entender o que faz as pessoas felizes, contentes com a vida (Diener, 1984). O interesse pelo BES desenvolveu-se devido aos reconhecidos elos fracos entre circunstâncias objetivas e níveis de felicidade (Layard, 2006).

Há uma necessidade de entender o que impulsiona o BE, porque as percepções negativas de bem-estar foram atribuídas à depressão e ansiedade, *stresse* e necessidade de terapia e as positivas à felicidade, satisfação no trabalho e na vida (Steger, Frazier, Kaler, & Oishi, 2006). Assim, as medidas objetivas e subjetivas de bem-estar sobrepõem-se, por exemplo, em relação à saúde, à habitação e à educação.

A felicidade é mais comum ser medida por uma variante da Balança de Afeto de Bradburn (1969), que mede a extensão das emoções positivas e a ausência de emoções negativas para determinar os níveis de felicidade. A felicidade pode ser considerada como uma contribuição para o BES emocional (afetivo), enquanto que o

BES cognitivo é medido largamente através de inventários de satisfação com a vida e funcionamento positivo. Alguns estudos concentram-se mais no BES afetivo com ênfase no equilíbrio de afeto (Gilbert & Abdullah, 2004). É também visto como a extensão onde os sentimentos positivos superam os negativos (Bradburn, 1969). Noutras palavras, a felicidade é um estado ou humor afetivo (Bowling 1995).

McCabe (2013) defende a existência de conexões entre o conceito de BES e conceitos relacionados ao BE que foram examinados em pesquisas sobre os efeitos do turismo nos estados subjetivos e afetivos dos indivíduos (Dolnicar et al., 2012, McCabe, Joldersma & Li, 2010; Nawijn, Marchand, Veenhoven, & Vingerhoets, 2010; Neal, Uysal, & Sirgy, 2007). No entanto há a necessidade de esclarecer o BES e as potenciais aplicações para o turismo. A experiência do turismo é muitas vezes considerada como uma atividade de consumo de alto envolvimento com potencial de contribuir para o crescimento pessoal e o autodesenvolvimento (Li, 2000; Richards, 1999), ligando-se ao conceito eudemónico. Além disso, o BES oferece um conceito mais integrador, oferecendo maiores possibilidades de explorar como as experiências de turismo interagem com diferentes aspetos do bem-estar.

Existem três características específicas do BES. Primeiro, sendo subjetivo, Campbell (1976) aponta para a experiência dentro do indivíduo. Segundo, não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também inclui medidas positivas. Em terceiro lugar, inclui uma avaliação global e não apenas uma avaliação estreita do domínio da vida (Diener, 1984). Outro aspeto útil é o de que os humanos são considerados não só capazes de avaliar eventos, circunstâncias da vida e de si mesmos, mas fazem-no continuamente, para além de situações específicas (Diener 1994). De acordo com a teoria de Lazarus (1991), tais avaliações são vistas como um caminho a reações emocionais, que podem ser agradáveis ou desagradáveis. Assim, uma pessoa que tem experiências emocionais agradáveis é mais provável que encare a vida como sendo desejável e positiva. Tal avaliação é baseada numa preponderância de avaliações positivas dos seus eventos e circunstâncias da vida, ao contrário de pessoas infelizes que avaliam uma maioria dos fatores na sua vida como prejudiciais ou bloqueadores de objetivos (Diener, 1994).

Gilbert (2004) defende que as férias influenciam ou afetam o BES ou o sentimento de bem-estar dos turistas, pois experimentam uma maior quantidade de sentimentos agradáveis após os seus dias de férias. No entanto, os turistas continuam a sentir praticamente o mesmo em relação aos amigos, família, casa e vizinhança antes e depois das férias. Uma das causas para o efeito positivo das férias turista é atribuído

à satisfação sentida durante esse período que gera humor positivo para melhorar a sensação de bem-estar de um indivíduo. Isto encaixa-se com a visão de que as pessoas viajam porque foram motivadas por necessidades de natureza psicológica que só podem ser satisfeitas pela atividade turística. Portanto, as motivações representam os principais objetivos a serem alcançados no final das férias. Se o turista sentir que a maioria das expectativas (motivações) foi satisfeita, as férias serão avaliadas satisfatoriamente.

Esta satisfação pode ajudar os indivíduos a aumentar o seu sentido de felicidade. Isso é baseado na premissa de que ir de férias representa uma rutura distinta de eventos normais, o que resultou numa experiência com efeito positivo para alterar os níveis normais no que respeita ao bem-estar subjetivo (Gilbert, 2004).

O bem-estar traduz quase 2\$ triliões na indústria global com 289 milhões de consumidores de bem-estar em todo o mundo (SRI International 2012). As respostas dos consumidores, quando questionados sobre o que fariam para melhorar ou manter o bem-estar, demonstram que "tirar férias ou retiros" ocupa o quarto lugar, atrás do exercício, comer melhor e visitar um spa. Estes resultados mostram o valor percebido que os consumidores colocam no turismo na contribuição para o seu bem-estar. Poder-se-ia argumentar que o exercício, comer melhor, e visitar um spa também proporcionam uma oportunidade para o turismo e o bem-estar de fundirem produtos e serviços para abranger a satisfação, alimentação saudável e opções de spa, adicionando receita adicional para um destino (Stanford Research Institute, 2012).

2.1. A Qualidade de vida e o Turismo

Várias pesquisas têm como objetivo demonstrar o impacto das férias sobre a QV (Dolnicar et al., 2012). As férias são posicionadas como atividades de lazer "equilibradas" (Kelly, 1985), em oposição às leituras de "estrutura", caracterizadas como domésticas, regulares, familiares e, portanto, distintas em termos de sua contribuição para a QV. Mas a maior parte da pesquisa na área de QV e turismo é direcionada para entender as implicações do desenvolvimento do turismo na QV para os residentes de destinos (Perdue, Long, & Allen, 1990; Uysal et al., 2012).

A importância do turismo para a QV depende do valor que as pessoas atribuem aos objetivos relacionados ao turismo (Sirgy, 2010). Algumas pessoas dão mais valor às experiências de turismo, e por isso é provável que sejam suscetíveis de priorizar o consumo de turismo. Sirgy aponta que as decisões de turismo são orientadas por metas. O princípio da meta-valência afirma que a satisfação do turismo será melhorada quando

os objetivos turísticos forem selecionados, para os quais a obtenção desses objetivos é suscetível de induzir um elevado efeito positivo em vários domínios de vida. As experiências de turismo podem produzir efeitos positivos em relação ao domínio do lazer e, indiretamente, noutros domínios de vida, como a vida amorosa, a vida social, a vida familiar, espiritual e laboral (Sirgy, 2010).

O BES é frequentemente usado para medir os resultados e benefícios de um projeto, intervenção ou atividade. Gilbert e Abdullah (2004) mediram o BES em dois grupos, os que tiraram férias e os que não participaram em qualquer atividade. O BES foi medido em três componentes separadas: afeto positivo e negativo, condições de vida e satisfação com a vida. O grupo de férias apresentou aumentos das componentes positivas em comparação com os não-turistas.

O BES tem sido muitas vezes operacionalizado como uma avaliação individual da satisfação com a QV como um todo ou a qualidade dos aspetos ou domínios da vida (Cummins, Eckersley, Pallant, van Vugt, Misajon, 2003, Diener & Suh, 1997). A satisfação com a vida pode ser definida como o grau em que um indivíduo julga a qualidade geral da sua vida como um todo (Veenhoven, 1991). A satisfação com a vida é, portanto, um processo cognitivo que consiste numa avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa de acordo com os critérios escolhidos pelo indivíduo, juntamente com os aspetos hedónicos mais importantes.

Os indivíduos julgam haver na vida aspetos mais importantes do que os outros, portanto, também é importante compreender quais os domínios da vida que contribuem para uma maior satisfação com a vida. Por exemplo, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu a QV como a “perceção da posição dos indivíduos no contexto de seu sistema cultural e de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e das relações com as características mais salientes do seu ambiente (The World Health Organization Quality of Life Group 1998).

A contribuição das férias para a satisfação com a vida tem atraído pesquisas substanciais. Richards (1999) argumentou há muito que as férias podem proporcionar repouso e relaxamento físico e mental, um espaço para o desenvolvimento pessoal e a busca de interesses pessoais e sociais, e ser usadas como forma de consumo simbólico. Oppermann & Cooper (1999) também argumentaram a ligação entre o indivíduo e experiências memoráveis e significativas, tais como férias, em vez de consumir bens materiais, como contributos significativos para o BES.

Há a salientar também que o impacto da experiência de férias na QV pode depender de diferentes estágios na vida e de outras variáveis de fundo que podem influenciar o grau de importância da viagem. As viagens turísticas contribuem para o afeto positivo em muitos domínios da vida, tais como vida de lazer, vida social, vida familiar, vida profissional, vida espiritual, vida culinária, vida conjugal, vida cultural, para citar apenas alguns. Tais experiências turísticas que contribuem para a satisfação em vários domínios da vida também contribuem para a satisfação geral da vida.

Muzaffer et al. (2016) constatou também que a sensação de BE é significativamente aumentada no planeamento e na antecipação da viagem, talvez também para as experiências reais durante a viagem. Estadias prolongadas parecem acentuar ainda mais o efeito positivo e sensação de BE do que as férias de curta duração.

Chun-Chu (2016) avança para as intenções comportamentais no pós-compra, onde a satisfação do turismo também tem sido identificada como um determinante da satisfação geral com a vida. Não é surpreendente que as férias possam fazer as pessoas felizes (Nawijn, 2011). Gilbert e Abdullah (2004) descobriram que, ao irem de férias, as pessoas experimentaram maior satisfação com a vida do que aquelas que não o fizeram, tanto antes como depois das suas viagens.

A viagem de lazer não só aumenta a felicidade individual, como tem sido usada para melhorar o BES dos turistas e a QV global de uma comunidade (McCabe & Johnson, 2013). Dolnicar, Yanamandram e Cliff (2012) também encararam as férias como um domínio vital que contribuiu para a qualidade de vida. Embora as férias não fossem tidas como tão importantes como a saúde, dinheiro e família, a sua importância era comparável ao lazer e às pessoas. Alegaram, assim, que as férias não deveriam ser consideradas como uma subcategoria do lazer.

Nawijn (2011) descobriu que embora as pessoas estivessem geralmente mais felizes quando estavam de férias do que na vida cotidiana, fatores como a atitude e o *stress* das férias podem influenciar seus níveis diários de felicidade e, em geral, não encontraram melhoria significativa na satisfação de vida.

Neal et al. (1999) desenvolveu uma escala para medir a satisfação das viagens de lazer e examinar como ela se relaciona com a satisfação com a vida. Usando um modelo de hierarquia para explicar como a satisfação com o lazer poderia derramar-se verticalmente para a satisfação geral da vida, descobriu que tanto as reflexões quanto a satisfação com os serviços de viagem têm um impacto direto na satisfação com a vida. O autor apresenta também a contribuição das reflexões após a viagem. A sensação de liberdade de controlo e do trabalho são duas delas, podendo até dividir-

se em duas categorias de liberdade, uma em que o turista fica livre de programar a viagem e até de a fazer sem qualquer tipo de programação. A excitação acaba também por ser um elemento vital nestas reflexões. Esta refere-se à excitação interna, estimulação, alegria ou inspiração. A excitação pode ocorrer a partir da antecipação do planeamento da viagem (Hammit, 1980), da excitação de se aproximar do local de destino (Hammit, 1980), ou de conhecer pessoas e experimentar coisas novas durante a viagem, por exemplo. Neal et al. (2007) explorou ainda o efeito de moderação do tempo de permanência na relação entre satisfação com serviços turísticos e qualidade de vida. Encontrou efeitos moderadores significativos entre a satisfação com as experiências turísticas e a satisfação com a vida de lazer, e entre a satisfação com a vida de lazer e a satisfação geral com a vida.

Mais recentemente, Sirgy (2010) propôs uma teoria alternativa sobre a relação entre a satisfação de viagens de lazer e qualidade de vida, incorporando a teoria de objetivos num quadro conceitual. Ele supôs que a escolha de objetivos de viagem de lazer (por exemplo, intrínseco *versus* extrínseco, abstrato *versus* concreto) é importante, porque aqueles com objetivos de viagem mais atraentes e atingíveis e aqueles que tomam ações para implementar os seus objetivos são mais propensos a experimentar níveis mais elevados de bem-estar subjetivo como consequência de suas viagens de lazer.

2.2. Bem-estar Hedónico e Eudemónico

O turismo não só influencia o BE, como também afeta a economia. O turismo contribui para o desenvolvimento económico dos respetivos destinos, pois os gastos dos consumidores criam novas oportunidades de emprego, contribuem para o PIB e, por conseguinte, impactam positivamente os negócios locais (VisitBritain 2014, World Travel & Tourism Council 2014 e Deloitte, 2013).

Os organismos de saúde pública e de turismo provêm de diferentes culturas de fundo e de negócios, têm opiniões divergentes, falam em línguas diferentes e podem ter opiniões diferentes sobre a definição de bem-estar. Independentemente destas variações, onde as duas partes poderiam encontrar um terreno comum está sob o efeito de bem-estar do turismo. Os princípios do turismo sustentável têm sido usados para fornecer evidências adicionais sobre como a integração de princípios de saúde pública na gestão e política de destino pode trazer resultados positivos (Hartwell et al., 2012).

Mais uma prova da mistura entre os setores da saúde pública e do turismo em torno do bem-estar reside nas antigas raízes gregas desse conceito que podem ser

caracterizadas de duas maneiras: eudemónica e hedónica (McMahan & Estes, 2010). O bem-estar eudemónico ocorre quando se experimenta sentido e autocumprimento na vida, enquanto o bem-estar hedónico surge da busca da felicidade e do prazer (Ryan & Deci, 2001; Waterman, Schwartz & Conti, 2008). De acordo com essa linha de raciocínio Hartwell et al. (2012) sugere o avanço da sociedade para uma filosofia de reutilização, reorientação e maior sustentabilidade, onde o bem-estar se encaixa num posicionamento eudemónico e oferece a oportunidade para formar uma relação única e colaborativa entre turismo e saúde pública.

O grau em que os indivíduos definem o BE em termos hedónicos e eudemónicos tem grandes implicações práticas e provavelmente influencia o comportamento em vários domínios de funcionamento, particularmente aqueles que são relevantes para a experiência de BE (Ryan e Deci, 2001). Implícito na teorização sobre abordagens hedónicas *versus* eudemónicas ao BE é a suposição de que essas abordagens estão associadas de maneira diferente com o funcionamento psicológico positivo. Especificamente, as teorias eudemónicas sustentam que muitos resultados prazerosos podem não ser necessariamente bons para o indivíduo e, portanto, não promovem o BE (Ryan e Deci, 2001). Como exemplo, jantar num restaurante de luxo e participar numa maratona podem render experiências de uma qualidade hedónica similar, tal como a experiência do prazer. No entanto, correr uma maratona provavelmente oferece mais oportunidades para o crescimento pessoal, autodesenvolvimento e sentimentos de competência do que jantar num restaurante fino e, assim, provavelmente produzir maior BE. Além disso, as abordagens eudemónicas ao BE, porque envolvem atividades inerentemente boas para o indivíduo, estão associadas ao BE duradouro, enquanto a sensação de BE derivada da experiência de prazeres simples provavelmente se dissipa no curto prazo (Steger et al., 2006). Em apoio, o prazer físico está associado à satisfação com a vida a curto prazo, mas não a longo prazo (Oishi et al., 2001). Além disso, os efeitos positivos da atividade eudemónica durante um único dia estão associados a relatos subsequentes de BE ao longo de vários dias (Steger et al., 2006).

As ofertas turísticas orientadas para o desenvolvimento humano poderiam ser apresentadas como mais adequadas com os objetivos do setor de saúde pública (Hartwell et al., 2012). Há estudos a reiterarem que o turismo pode oferecer aos indivíduos uma satisfação de longo prazo, uma vida sustentável e um funcionamento positivo, bem como um prazer extremo a curto prazo, para alcançar experiências hedónicas (McCabe & Johnson, 2013). Controversamente, pode-se argumentar que uma oferta de produtos/serviços turísticos hedónicos é categorizada por comportamento excessivo, como comer e beber, e é menos agradável aos padrões da sociedade e ao

campo da saúde pública. Alternativamente, os visitantes que experimentam um produto turístico eudemónico, como ciclovias ou trilhos para caminhadas, podem obter benefícios para sua própria saúde (mental e física). Além disso, os residentes locais expostos às disposições físicas e culturais associadas ao turismo eudemónico têm a oportunidade de experimentar vantagens semelhantes para a saúde.

2.3. A influência do Turismo Social na Qualidade de Vida

Dann (2001, 2012) aponta que, numa série de contextos, os pesquisadores têm procurado compreender as ligações entre turismo e QV nos membros mais desfavorecidos da sociedade, como os cidadãos mais velhos, com deficiência (Lord & Patterson, 2008), pacientes com cancro (Hunter-Jones, 2004) e outros.

Os estudos do potencial do turismo como ferramenta de política social têm-se concentrado nos benefícios sociais e de saúde e em implicações sociais mais amplas que o turismo pode trazer para indivíduos desfavorecidos ou excluídos (McCabe, 2009).

Na análise de Sirgy (2010), o turismo é posto como um bom consumidor discricionário, complementando a teoria geral da tomada de decisões em turismo, argumentando que a escolha se baseia na otimização da utilidade (Sirakaya e Woodside, 2005).

No entanto, em diferentes momentos do ciclo de vida, ou em resposta a circunstâncias particulares ou fatores situacionais, os turistas podem ter necessidades e objetivos diferentes e, portanto, teoricamente, em algumas circunstâncias, os objetivos básicos poderiam gerar maiores níveis de satisfação ou pontuações de BES.

2.4. A Psicologia Positiva e o Bem-estar

A psicologia positiva é um ramo da psicologia que explora o que faz com que as pessoas floresçam, compreendendo os aspetos positivos, adaptativos, criativos e emocionalmente cumpridores do comportamento humano (Seligman, 1998).

Apesar dos apelos para mover o turismo para além da pura busca do prazer, a nossa compreensão da psicologia positiva no turismo ainda está na sua infância (Pearce, 2009). Mais especificamente, poucos estudos que têm considerado os princípios psicológicos positivos podem ser incorporados na conceção de experiências de viagem para alcançar resultados completos de bem-estar. Até ao momento, pouco foi feito para identificar os mecanismos (por exemplo, programas ou projetos) que apoiam

diretamente o BE dos indivíduos, apesar do crescente reconhecimento deste como componente central da sustentabilidade social (O’Riordan, 2013).

As experiências de viagem bem concebidas são uma parte importante da estratégia de turismo sustentável, não só porque movem o turismo para além da busca de prazer simplista e abordam aspetos de sustentabilidade social e especialmente de bem-estar. A necessidade de relacionar o turismo sustentável com experiências de visitantes mais satisfatórias foi entendida por muitos dos pioneiros do assunto nos anos 80, notadamente por Krippendorf (1987). o seu livro, *the holiday makers*, abre com a seguinte citação: “É preciso uma mudança de alma, em vez de uma mudança de clima. deve deixar de lado os fardos da mente; até que isso aconteça, nenhum lugar irá satisfazê-lo”. Driver (2008) observa que para projetar experiências de viagem para desenvolver o BE é necessária uma gestão focada em resultados.

Podemos entender o “florescimento” da pessoa como uma combinação de sentir-se bem e de funcionamento pessoal de forma eficaz. A fim de serem considerados como “florescentes”, os indivíduos devem experimentar emoções positivas, como comprometimento e propósito, bem como alto interesse em pelo menos uma das seguintes características: um sentimento de otimismo, autoestima, resiliência, vitalidade, autodeterminação ou relações positivas (Huppert & So, 2009). Florescer é, portanto, entendido como um processo ativo, considerando uma representação maior que a mera ausência de doença mental. Na verdade, as contribuições dos psicólogos positivos no reino do florescimento são tão relevantes para as pessoas com doenças mentais quanto para as pessoas sem doença mental (Slade, 2010, p.28).

Nos estudos de Keyes são utilizados levantamentos em grande escala de adultos americanos, os resultados sugerem que menos de 20% dos adultos se enquadram na categoria florescente, enquanto outros 51% da amostra apresentaram saúde mental moderada e nenhuma doença mental (Keyes, 2007). Os seus resultados sugerem que 8 em cada 10 adultos poderiam beneficiar de estratégias nacionais de saúde de florescimento pessoal.

O trabalho de psicólogos positivos sugere esforços deliberados para prosseguir o caminho do florescimento como a forma mais elevada de BE ou estado completo de saúde mental, implicando assim mais produtividade, criatividade e contribuições para a sociedade, melhor saúde física, maior expectativa de vida e diminuição dos custos dos cuidados de saúde (Huppert & So, 2013; Keyes, 2007). As intervenções psicológicas positivas, ou seja, as intervenções que ajudam as pessoas a se tornarem mais felizes

(Seligman, Parks & Steen, 2004), são particularmente relevantes para este trabalho. As intervenções psicológicas positivas baseiam-se na crença de que certas atividades e programas podem influenciar até 50% dos níveis de felicidade da pessoa, facilitando emoções positivas, criatividade, relacionamentos, satisfação e outras consequências desejáveis (Layous & Lyubomirsky, 2012; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005). No entanto, atualmente os pesquisadores têm pouca compreensão de como mudar os níveis de felicidade e BE (Lyubomirsky et al., 2005).

Alguns trabalhos empíricos sobre o sucesso de intervenções positivas indicam que cinco intervenções de felicidade têm um impacto positivo na felicidade (Emmons & McCollough, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005): (1) realizar visitas de gratidão, (2) refletir sobre "eu no meu melhor", (3) identificar os pontos fortes pessoais, (4) usar essas potencialidades de uma maneira nova e diferente e (5) coisas boas sobre a vida. Os dois últimos parecem ter os efeitos mais duradouros sobre a felicidade. Este trabalho sobre intervenções psicológicas positivas pode ser aplicado a um contexto turístico para estimular o bem-estar individual e subsequente sustentabilidade social se compreendermos os processos subjacentes às intervenções psicológicas positivas e como elas se podem sobrepôr ao desenho de experiências de turismo.

Evidências de estudos psicológicos positivos sugerem que um estado completo de saúde mental, ou seja, florescente, está ligado a uma maior sustentabilidade social, promovendo altos níveis de funcionamento psicossocial (baixo desamparo, objetivos claros na vida, alta resiliência), altos níveis de produtividade e diminuição da incidência de doenças crônicas (Keyes, 2007). Assim, as experiências de viagem que podem promover o florescimento devem desempenhar um papel no desenvolvimento da sustentabilidade social à medida que os indivíduos utilizam as suas próprias capacidades. Transportar o turismo para uma maior sustentabilidade, prestando atenção específica à dimensão da felicidade, foi destacado por Ram et al. (2013), defendendo a busca da felicidade como força matriz por trás de padrões de mobilidade insustentáveis, particularmente a prevalência de viagens de longo curso, estadias curtas, pegadas de carbono elevadas e viagens frequentes. Eles sugerem que, para mover o caminho para um padrão de mobilidade mais sustentável, é necessária uma mudança para "colocar a felicidade dos turistas, em vez de sua consciência ou racionalidade, no centro da análise" (Ram Et al., 2013).

2.5. O impacto da natureza no Bem-estar

A natureza, definida como os elementos do mundo natural, tem sido associada em muitas medidas de BE, incluindo redução de *stress*, falta de atenção, depressão e ansiedade, diminuição do tempo de recuperação de doenças, melhorias nas perspectivas positivas de vida e produtividade (Maller, Townsend, Pryor, Brown, St. Leger, 2005). Alguns autores afirmam que essas descobertas estão fundamentadas num sentido intuitivo, se não numa necessidade genética dos seres humanos estarem conectados com a natureza (Kellert & Wilson, 1993). Outros acreditam que os seres humanos possuem um "inconsciente ecológico" inerente que prospera ou diminui consoante a profundidade à qual os seres humanos estão em contato e conectados à natureza (Roszak, 1992). Ambas as teorias foram comprovadas por uma abundância de literatura interdisciplinar (Wilson, Ross, Lafferty, & Jones, 2008).

O BE tem sido definido como "um modo de vida orientado para uma saúde e bem-estar ótimos, onde corpo, mente e espírito são integrados pelo indivíduo para viver a vida mais plenamente dentro da comunidade humana e natural (Myers, Sweeney, & Witmer, 2000). Por exemplo, verificou-se que a observação da natureza melhorou as pontuações dos alunos no desempenho acadêmico (Tennessen & Cimprich, 1995), diminui os sintomas de doença (Kaplan & Kaplan, 1989) e de *stress* (Grahn & Stigsdotter, 2003). Ulrich (1984) descobriu que os pacientes pós-cirurgia com uma vista para a natureza (jardim) do seu quarto de hospital passavam menos tempo no hospital e precisavam de menos analgésicos comparados com pacientes com vista para uma parede de tijolos.

Quando compararam indivíduos sentados numa cadeira confortável, a caminhar na natureza e a andar no meio urbano, Hartig, Mang e Evans (1991) descobriram que a fadiga mental era mais aliviada quando os indivíduos caminhavam na natureza. Kaplan e Kaplan (1989) descobriram que o aumento da felicidade com a casa, o trabalho e a vida em geral coincidiam com o fato de estarem na natureza por causa dos efeitos restauradores dos ambientes naturais sobre a concentração. Adiantaram que a visualização da natureza (floresta ou paisagem verde) ou estar na natureza (caminhar numa floresta) provoca uma fascinação "suave" que restaura o foco e a concentração. O fascínio suave proporciona o alívio do fascínio "duro", que é a atenção direcionada para atividades ou tarefas que requerem atenção e esforço para manter a concentração (como assistir a um programa de televisão ou trabalhar no escritório).

3. Metodologia de Investigação

Uma investigação empírica é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar (Hill et. al., 2002).

Numa dissertação, a metodologia de investigação torna-se essencial, pois é ela que demonstra o caminho percorrido desde a parte teórica até à apresentação de dados através da informação recolhida. Neste capítulo serão definidos os objetivos práticos da investigação, a justificação dos guiões das entrevistas, da amostra recolhida e da realização de planos de ação.

3.1. Objetivos da Investigação

O tema deste projeto está relacionado com a atividade turística para doentes oncológicos, pois atualmente há falta de opções e informações sobre este nicho de mercado. Para além de uma nova abordagem teórica sobre o assunto, é essencial apresentar um projeto concreto a ser posto em prática, de modo a concretizar o objetivo deste projeto e concretizar um programa de atividade de férias para doentes oncológicos

De modo a executar o ponto anterior, é importante perceber as formas de atuação de determinados *players* que já trabalham com doentes oncológicos (em regime de férias ou noutras valências), os promotores de programas de férias adequadas a estes doentes e os agentes interessados em aproveitar esta oportunidade.

Para tal, torna-se essencial definir objetivos claros de modo a obter a melhor contribuição para o desenvolvimento do projeto final, logo é necessário perceber:

- O modo como a oferta do Turismo Acessível na zona Centro se adequa ao programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos;
- A performance de doentes que já utilizaram programas de férias idênticos;
- A ação dos intervenientes nacionais e internacionais promotores de programas para doentes oncológicos e adequa-los ao objetivo deste projeto;
- De que modo os agentes fora do âmbito turístico podem contribuir com atividades e conhecimento para o este programa;
- Se este programa tem potencial para ser mais uma aposta para a promoção turística nacional e regional;
- Os pontos fortes e as dificuldades da implementação do projeto;
- Criar um projeto final de atividades adequadas aos doentes oncológicos.

3.2. Delimitação da Pesquisa

Nesta fase é necessário definir quem é a nossa amostra e a população. A distinção entre amostra e população resume-se quando a amostra se dedica a reunir o conjunto de informação extraída proveniente da população, a população é o conjunto de pessoas entrevistadas devido ao seu envolvimento no tema em questão.

Ficha técnica da investigação:

- **Universo da amostra:** Pessoas com cargos em entidades com potencial para colaborar no programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos.
- **Procedimento:** Entrevistas e Benchmarking
- **Trabalho de campo:** de 01 de março de 2017 a 19 de março de 2018
- **Censo populacional:** População finita
- **Tipo de amostra:** Não probabilística
- **Tamanho da amostra:**
 - 11 parceiros e empresas parceiras do projeto BRENDAIT e Sara Duarte, consultora e formadora da Accessible Portugal;
 - 6 participantes do programa de Férias para Doentes Oncológicos da Associação Olha-te;
 - 10 programas de 5 empresas promotoras de atividades para doentes oncológicos ou que se adequam a esta patologia;
 - Entrevista a Filomena Pinheiro – Diretora de Departamento de Operações Turísticas do TCP;
 - Entrevista a Gonçalo Gomes - técnico do Núcleo de Apoio a Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico do TCP;
 - Entrevista a Luís de Melo Jerónimo – Diretor-Adjunto do Programa Gulbenkian Coesão e Integração Social.
 - Entrevista a Dra. Ana Querido, Doutorada em Enfermagem e autora da tese “A Promoção da Esperança em Fim de Vida – Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva”;
 - Entrevista a Philippa Hunter-Jones – Professora com PHD em Marketing na Universidade de Liverpool Management School (ULMS), no Departamento de Marketing e Gestão de Operações.

3.2.1. Entrevistas e sua validação

Para validar a parte prática deste trabalho de investigação foi necessário proceder à realização de entrevistas (ver anexos) junto de entidades com interesse no âmbito do TS e Turismo Acessível (TA), profissionais ligados à oncologia e académicos para adequar da melhor maneira as atividades às necessidades destes doentes.

O ponto de partida deste projeto é a atividade de férias da associação Olha-te. Para além da apresentação e análise do próprio programa, foram entrevistadas as seis participantes do projeto de férias do ano de 2017 promovido pela associação de Caldas da Rainha. Não obstante da disponibilidade, foram pedidas pelas organizadoras perguntas simples e em número reduzido, para evitar o possível aprofundamento dos pensamentos negativos na viagem.

Depois da apresentação do formato e objetivo do projeto BRENDAIT, promovido pela Accessible Portugal, entre outras entidades, foram enviadas via e-mail entrevistas para todos os 80 participantes deste programa de promoção do TA na zona Centro de Portugal. Para além destas empresas, Sara Duarte, consultora e formadora da Accessible Portugal, foi também entrevistada, para se perceber a possível inclusão dos doentes oncológicos no modelo do TA e o interesse dos agentes em trabalhar com eles.

A participação do TCP no Projeto BRENDAIT é explicada por Filomena Pinheiro, Diretora de Departamento de Operações Turísticas daquele órgão. São também escrutinadas as estratégias e motivações do TCP em relação à implementação do TA e as suas perceções em relação ao projeto de férias para doentes oncológicos.

Gonçalo Gomes, técnico do Núcleo de Apoio a Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico do TCP foi questionado sobre os interesses da principal entidade reguladora do turismo na região na aposta no TA na zona Centro.

A entrevista a Luís de Melo Jerónimo, Diretor-Adjunto do Programa Gulbenkian Coesão e Integração Social, pretende saber de que modo há capacidade para este programa se inserir na área do social e de que modo se conseguirá financiar, já que esta será uma das áreas será intervenção no panorama social, mais não seja pelo esforço financeiro ou pelos efeitos de isolamento ou incapacidades de relacionamentos causados pelos tratamentos.

A Dra. Ana Querido, Doutorada em Enfermagem e autora da tese “A Promoção da Esperança em Fim de Vida – Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção

em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva”, esclarece o modo mais adequado de promover a esperança nos doentes através deste programa.

Philippa Hunter-Jones – Professora com PHD em Marketing na Universidade de Liverpool Management School (ULMS), no Departamento de Marketing e Gestão de Operações. Autora de artigos diretamente relacionados com o Cancro e o Turismo.

3.2.2. Benchmarking

Os agentes de atrações turísticas, turistas e até mesmo analistas de turismo compartilham um potencial interesse no tema da avaliação comparativa. Para cada grupo, a avaliação do desempenho de uma atração turística é mais compreensível em comparação com outras operações. Por si só, as comparações e as considerações competitivas não constituem benchmarking, mas quando o desempenho de qualquer unidade é ajustado contra um padrão de indústria líder, então a comparação e a avaliação do concorrente são avaliadas como benchmarking (Watson, 1992).

3.2.2.1. Tipos de benchmarking

Wober (2002) aponta à existência de quatro versões da atividade. O benchmarking interno onde as funções, departamentos ou projetos da mesma empresa ou organização são comparados e benchmarking externo, subdividido em três elementos. O primeiro é o benchmarking de melhores práticas, onde outra organização, independentemente da localização, é identificada como padrão "ouro" a ser examinado pelas práticas exemplares. Segue-se o competitivo, onde outras operações no mesmo domínio comercial ou organizacional são analisadas. Um terceiro tipo de benchmarking externo é o do setor. Este é identificado (como todos os pequenos hotéis em vez do setor de hotelaria) e uma forma mais precisa de benchmarking competitivo é alcançada.

Fuchs e Weiermair (2004) defendem três tipos de benchmarking: processo, desempenho e estratégia. O seu desempenho e as abordagens estratégicas parecem combinar as noções de melhores práticas setoriais e competitivas de Wober (2002), mas a adição de uma dimensão estratégica à abordagem é algo novo. Fuchs e Weiermair resumem o valor total do benchmarking como um "catalisador" para aprendizagem rápida, estabelecendo assim uma ligação inicial para o interesse atual na gestão do conhecimento das atrações.

O benchmarking pode também ser considerado como a medição contínua e de melhoria do desempenho de uma organização para obter informações sobre novos métodos de trabalho noutras organizações. Como Watson (1992) diz, o conceito de benchmarking deve ser visto como um processo de adaptação, não adoção. Não é apenas copiar o trabalho dos outros, o poder do benchmarking vem da partilha de ideias.

Para a avaliação das atividades a aplicar neste projeto, os processos mais indicados serão o benchmarking competitivo e o de setor, onde as atividades comparadas advêm de empresas e associações que trabalham já com doentes oncológicos.

Para construir o programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos a pesquisa de empresas com atividades para estes doentes teve por base o plano de férias de recuperação promovido pela associação “Olha-te”. Foi analisada uma empresa de animação turística na Austrália e três nos Estados Unidos da América num total de 10 programas associados a doentes oncológicos, dos quais serão aplicadas neste projeto as melhores práticas a usar neste projeto.

3.2.2.2. Tratamento e Análise de Dados

Nesta fase do trabalho, é fulcral explicar como a forma dos dados recolhidos através das entrevistas e análise de benchmarking serão trabalhados. O procedimento a efetuar na parte prática desta dissertação é através de “dados primários”, descrevendo a informação recolhida para um determinado propósito. (Bradley, 2010).

Numa primeira fase, proceder-se-á à análise dos dados numa perspetiva geral de forma a perceber a utilidade e concretização do projeto. Com a observação de cada participante é possível compreender a ação de cada um, analisar o mercado a trabalhar e alcançar a visão que cada um tem para este nicho turístico. Posteriormente à análise de dados é importante definir os caminhos a seguir para a concretização do projeto final.

4. Resultados da Investigação

4.1. Doentes Oncológicos inseridos no Turismo Acessível.

4.1.1. Turismo Acessível

Darcy e Dickson (2009 p.32) definem o TA como a permissão a que as pessoas com necessidades de acesso, mobilidade, visão, audição e dimensões cognitivas, funcionem de forma independente, com justiça e dignidade através da disponibilidade universal de produtos, serviços e ambientes. Os autores estimam que 30% de população terá necessidades de acessibilidade em algum momento da vida.

4.1.2. Projeto BRENDAIT

Como tem sido evidenciado até aqui, é perceptível a necessidade de inclusão dos doentes oncológicos numa perspetiva de turistas com necessidades especiais pelas suas limitações psíquicas e físicas apresentadas durante e após os tratamentos.

O recente Projeto BRENDAIT (Building a Regional Network for the Development of Accessible and Inclusive Tourism), apresentado em março de 2017, pode ser uma ferramenta à inclusão de doentes oncológicos em atividades turísticas. A PERFIL - Psicologia e Trabalho, Lda., empresa de Consultoria, Estudos e Formação, esteve na origem do projeto e lidera o consórcio, juntamente com o Turismo Centro de Portugal, a Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril, a Associação da Hotelaria de Portugal e a European Network of Accessible Tourism.

O Projeto BRENDAIT consiste na criação e aplicação de uma metodologia piloto de dinamização da transformação de um território num destino turístico acessível e inclusivo. O Projeto “assenta no desenvolvimento de uma parceria regional que envolve diversos agentes (públicos e privados) da cadeia de valor turística (hotéis, restaurantes, transportes, postos de informação turística, etc.) assim como organizações do setor social”. Os promotores do projeto pretendem “contribuir para a constituição de uma Rede Regional de Turismo Acessível e Inclusivo que preste serviços de qualidade a turistas com necessidades especiais, ou seja, turistas que, no decurso das suas viagens, apresentam necessidades decorrentes de vários tipos de limitações relacionadas com as suas condições gerais de saúde, como deficiência, processo de envelhecimento, alergias e intolerâncias respiratórias e alimentares, sequelas de diversas patologias, características físicas excecionais e situações pontuais de redução

de mobilidade”. Apesar de não constarem concretamente nas anteriores definições, estas são condições similares aos doentes oncológicos.

O Projeto BRENDAIT tem como objetivo “conceber e ensaiar a implementação prática de uma estratégia de desenvolvimento de um destino turístico acessível para todos, num âmbito regional, conduzindo à formulação de um modelo de intervenção facilitador da ultrapassagem dos principais obstáculos ao desenvolvimento do TA e Inclusivo sinalizados em estudos da Comissão Europeia, como o desconhecimento e desinteresse de grande parte dos atores locais e regionais pelo tema, a pequena dimensão das empresas que compõem a cadeia do turismo e a indispensável abordagem holística intrínseca ao conceito de destino turístico”.

O Projeto BRENDAIT decorreu num território teste localizado em oito municípios do litoral oeste, nomeadamente Alcobaça, Batalha, Caldas da Rainha, Lourinhã, Nazaré, Óbidos, Peniche e Torres Vedras, e teve a duração de 18 meses (de 19/09/2015 a 19/03/2017) estando dividido em 4 fases:

- Produção do Quadro Conceptual e Metodológico do Projeto BRENDAIT;
- Constituição da Parceria Regional e aprovação do Plano de Ação;
- Implementação do Plano de Ação da Parceria Regional;
- Disseminação do Projeto e dos seus resultados.

O Projeto, no montante global de € 210.000, foi co-financiado pelo Programa COSME da União Europeia ao abrigo do Grant Agreement SI2.710593, pelo Turismo de Portugal, pela Turismo do Centro de Portugal e pela Associação da Hotelaria de Portugal.

4.1.3. Entrevistas

4.1.3.1. Entrevista a Sara Duarte

Accessible Portugal

Apesar da intenção de várias entidades em contribuir para o crescimento do TA ainda há um longo caminho a percorrer para a sua implementação. Sara Duarte, consultora e formadora da Accessible Portugal, defende que “em termos de legislação e direitos das pessoas com deficiência tem-se evoluído bastante. No entanto, a mudança de mentalidades demora...” Em resposta a entrevista adiantou um conjunto de bases legais e normativas integradas no âmbito do “Turismo para Todos”, como o Artigo 7º Código Ética da Organização Mundial de Turismo (1999): “a possibilidade de aceder, direta e pessoalmente, à descoberta das riquezas do planeta, é um direito aberto a todos os habitantes do mundo. A participação cada vez mais alargada no turismo nacional e

internacional deve ser considerada como uma das melhores expressões possíveis do crescimento contínuo do tempo livre, e não deve ser obstaculizada.” Enuncia também a Convenção da ONU – Direitos das Pessoas com Deficiência Ratificada por Portugal em Julho de 2009, a Norma ISO: 21542 (2011) - Acessibilidade e usabilidade dos espaços construídos e sua envolvente e o Accessibility ACT (2015/2016) – a Proposta de Diretiva Comunitária, “a fim de maximizar a sua utilização previsível por pessoas com limitações funcionais, nomeadamente as pessoas com deficiência e as pessoas com dificuldades relacionadas com a idade, os produtos e serviços devem ser concebidos e prestados para que sejam acessíveis a todas as pessoas, assegurando a máxima autonomia possível, de acordo com as suas necessidades especiais.”

No enquadramento nacional menciona a Constituição da República Portuguesa (1976), o DL 163/2006, que define as “condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais”, a Norma Portuguesa 4523/2014, julho de 2014, Turismo acessível em Estabelecimentos Hoteleiros, o Programa **All For All** – Turismo de Portugal – 2016, e a Estratégia Turismo 2027 (**ET 27**), que inclui no ponto 5: “**Acessibilidades** - Reforçar a acessibilidade ao destino Portugal e promover a mobilidade dentro do território”.

“Os doentes oncológicos podem inserir-se” na categoria de TA “se beneficiarem de apoios nas banheiras, ou duches mais acessíveis (ou outros equipamentos que facilitem o acesso a espaços ou serviços). Se tiverem necessidade de mais lugares de descanso e sombras, e um serviço que permita às pessoas se sentirem incluídas, independentemente da sua doença (não receber olhares com estranheza ou pena exagerada, para uma pessoa que está careca, por causa dos tratamentos oncológicos...)”. Recorre ao conceito de “Turismo para Todos”, para explicar que o objetivo é tornar “os recursos turísticos na sua essência preparados para integrar qualquer pessoa, independentemente das suas limitações, doenças, crenças, etc. O turismo acessível e inclusivo, existe nesta fase, pois sabemos que o turismo ainda não está totalmente preparado para as pessoas com limitações ou necessidades especiais, e é necessário um trabalho de qualificação da oferta turística para integrar estas competências e adaptações de infraestruturas”. Seguindo esta lógica de raciocínio, na apresentação do Projeto BRENDAIT, em março de 2017, em Coimbra, o presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Turismo e Hotelaria do Estoril, Jorge Umbelino mencionou que é preciso “desligar da necessidade das rampas das cadeiras de rodas”, reclamando mais ação para além das alterações de infraestruturas.

Comentando um artigo já foi mencionado na revisão bibliográfica deste trabalho - a Constituição da OMS, 1948 – “a saúde é um estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não apenas a ausência de doenças”, Sara Duarte assume que a atividade turística existe para “prestar serviços de qualidade de maneira que as pessoas se sintam bem e usufruam da experiência de um local ou atividade diferente do seu dia-a-dia de uma maneira positiva. As pessoas não pensam tanto em doenças quando estão concentradas noutras atividades e por isso acredito que o turismo pode ser benéfico também neste sentido”. Acrescenta que “a felicidade pode ser construída de momentos felizes, e o turismo proporciona momentos distintos dos comuns (vividos na rotina do dia-a-dia), que vividos com intensidade podem ser marcos de felicidade e experiências positivas na vida das pessoas”.

Depois da apresentação deste Projeto destinado para a região Oeste, Sara Duarte foi confrontada com a possível aplicação prática deste trabalho. “Foram envolvidas quase 80 entidades, umas mais motivadas que outras (públicas, privadas e sociais) e de diferentes atividades turísticas (alojamento, restauração, atividades de animação turística, cultura, espaço público, etc.) que já iniciaram o processo de qualificação da oferta, e que estão disponíveis para trabalhar este segmento de mercado”.

4.1.3.2. Entrevista Parceiros Projeto BRENDAIT

De modo a conhecer o real interesse dos 80 parceiros do Projeto BRENDAIT (Anexo) em trabalhar com o Programa de Férias para Doentes Oncológicos, todos foram contactados via e-mail com questões referentes às razões da inclusão no Projeto BRENDAIT, à possibilidade da implementação de atividades para doentes oncológicos e quais as valências dessa aposta para a região.

Foram recebidas 11 respostas (Tabela) de parceiros nas áreas do alojamento (Hotel Real Abadia, Casa da Avó Gama, Casa do Lago Holiday Villa, Casa de Repouso de Santa Bárbara), institucional (Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça, ESCO - Escola de Serviços e Comércio do Oeste, CERCIPENICHE), autárquico (Câmara Municipal de Peniche) e de empresas turísticas (Grutas da Moeda – Fátima, CIBA – Centro de Interpretação da Batalha de Aljubarrota e Charretes do Oeste – Óbidos).

Tabela 4.1 Resumo das entrevistas do Projeto BRENDAIT

	Motivos na participação no Projeto BRENDAIT?	Participação em atividades com doentes oncológicos, ou outros?	Que valências a sua entidade podia fornecer a estes turistas?	Que mais valias para a região?
Grutas da Moeda - Fátima	Proximidade com Fátima, local frequentado por pessoas com necessidades especiais	Trabalho com agências estrangeiras especialistas no segmento do turismo acessível	Continuação de visitas interativas e sensitivas	Captação de segmento de mercado em crescimento
CEERIA – Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça	Turismo deve estar adequado às necessidades. Investimento na capacitação das pessoas	Não	Como um local de estadia, de atividades e transportes adaptados	Novas oportunidades de negócio inexploradas
CIBA – Centro de Interpretação da Batalha de Aljubarrota	Defesa da democratização e inclusão do turismo	Não	Através da capacidade estrutural do espaço e funcionários sensibilizados para turistas com necessidades especiais	Promoção de um turismo que assegure a igualdade de oportunidades a todos
Hotel Real Abadia	Colmatar uma falha no segmento de mercado: oferta integrada de serviços turísticos	Não	Através de infraestruturas adequadas, ajudas técnicas gratuitas e serviços externos de fisioterapia e bem-estar	Aumento das taxas de ocupação, diminuição da sazonalidade e revitalização da economia
Câmara Municipal de Peniche	Contribuição para uma Rede Regional de Turismo Acessível e Inclusivo	Não	Não sabe	*argumentação com o relatado no Projeto BRENDAIT
ESCO - Escola de Serviços e Comércio do Oeste	Necessidade de resposta a agentes do turismo inclusivo	Não	Prestação de serviços de formação aos profissionais de turismo	Implementar uma estratégia de inclusão para crescer em qualidade e potenciar experiências turísticas
Casa da Avó Gama	Proporcionar a todos os clientes serviços de qualidade	Não	Não sabe	Não sabe
Casa de Repouso de Santa Bárbara - Lourinhã		Papel de cuidadores	Aposta no sector com a participação no Salão Sénior de Paris	Não respondeu

	Motivos na participação no Projeto BRENDAIT?	Participação em atividades com doentes oncológicos, ou outros?	Que valências a sua entidade podia fornecer a estes turistas?	Que mais valias para a região?
Casa do Lago Holiday Villa	Alojamento com capacidade de turistas até 2 pessoas com cadeiras de rodas	Não	Aposta no turismo acessível para encher calendário	Não respondeu
Charretes do Oeste - Óbidos	Intenção de adaptação de uma charrete	Não	Com passeios de charrete e atividades com alimentos na horta biológica	Enriquecimento da atividade turística,
CERCIPENICHE	Projeto mobilizador de sinergias para fomentar oportunidades no turismo acessível	Não. Apenas com outras patologias.	Através da unidade residencial como apoio para situações pontuais	Entrada num nicho de turismo especializado com um grande mercado nacional e internacional

Os principais motivos para a incrementação no Projeto BRENDAIT estão relacionados com a proximidade a zonas frequentadas por turistas com necessidades especiais (ex: Fátima), a intenção de adequar serviços de turismo a essas necessidades, a defesa da democratização, inclusão e oferta variada da atividade turística, vontade da criação de sinergias entre várias entidades e adaptação de equipamentos.

Das onze entidades, apenas duas já realizaram atividades com doentes oncológicos, quer no trabalho com agências especializadas, a nível nacional e internacional, no segmento do turismo acessível (Grutas da Moeda – Fátima), quer como no papel de cuidadores (Casa de Repouso de Santa Bárbara). Contudo, o interesse em promover atividades para doentes oncológicos é um denominador praticamente comum entre as entidades. As intenções de participação centram-se praticamente na disponibilização de infraestruturas, serviços e transportes já adaptados para o turismo acessível.

Há também a perceção coletiva de que este investimento na seria uma mais valia para agentes e doentes, essencialmente na captação de um segmento de mercado especializado em crescimento, levando assim à abertura de novas oportunidades de negócio inexploradas, valorizando a oferta e experiências turísticas. Deste modo, a promoção de um turismo de igualdade e inclusivo seria importante para aumentar as taxas de ocupação e diminuição da sazonalidade, revitalizando assim a economia.

4.1.3.3. Entrevista a Filomena Pinheiro

Diretora de Departamento de Operações Turísticas do Turismo Centro de Portugal

Depois da revisão da entrevista com a consultora da Accessible Portugal percebermos que o doente oncológico se insere no âmbito do TA, e de na análise aos parceiros do Projeto BRENDAIT se ter concluído que há vontade e vantagens para a região na aposta neste nicho de mercado, veremos agora os interesses da principal entidade reguladora do turismo na região, o TCP, na aposta neste tipo de turismo.

Filomena Pinheiro, Diretora de Departamento de Operações Turísticas do TCP explicou que a participação no Projeto BRENDAIT deve-se à promoção e desenvolvimento de “produtos turísticos diferenciadores, mas com acento tónico no turista e atrair para o território aquele que procura experiências únicas, que se envolva com o território e que o território se deixe envolver por ele.” A diretora apresentou também uma estratégia: “criar uma região Centro acessível e inclusiva. É claro que conhecemos as nossas dificuldades, primeiro pela extensão do território, mas também muito pela nossa ainda imaturidade em termos de produtos turísticos diferenciadores. Nós, com alavancas ou ancoras turísticas muito dispersas e muito conhecidas - património, turismo religioso -, para desenvolver este produto, acabamos por ter de optar por uma ação muito no território e muito nas comunidades, porque tem de se fazer com todos para todos.”

Às respostas positivas onde o projeto de atividades de férias para doentes oncológicos seria uma aposta benéfica para a região, a diretora defende que este tipo de projetos vem “promover o desenvolvimento sustentado do território, cria outra forma de estar no território para as comunidades locais e cria oportunidades de negócio. Criando esta cultura do acessível e do inclusivo nas unidades, achamos que temos condições para atrair este tipo de cliente, que sabemos estar a crescer no mundo, e não existem assim muitos destinos no mundo inclusivos e acessíveis. E por isso, nós que sofremos com a sazonalidade, temos tudo a ganhar com o aproveitamento deste produto, sendo certo que também estamos interessados em que as comunidades aproveitem esta integração. Porque todos nós precisamos desta cultura.”

Esta entrevista foi feita à margem do Congresso Internacional de Turismo Religioso e Peregrinação, no Centro Pastoral Paulo VI, em Fátima, e Filomena Pinheiro contou um pouco da intervenção do secretário-geral da OMT, quando relatava a diferenciação no nosso acolhimento. “Nós em Portugal, e referiu muito esta zona de Fátima, somos um povo completamente diferente em termos de acolhimentos, nós somos naturalmente acolhedores, eles [turistas] não precisam de vir até nós, nós vamos até eles. E ele

próprio teve essa experiência como turista. Ninguém o conhecia e ele achou extraordinário. Nós já temos essa capacidade.” Para além da característica inata dos portugueses, apontou também “excelentes condições naturais em termos de recursos endógenos que nos permitem criar condições para criar um destino acessível e inclusivo. A nossa região tem 24 estâncias termais, 18 ativas e com capacidade para acolher, temos excelentes parques, praias acessíveis, o clima é maravilhoso e para isso temos condições para que isso aconteça.”

Aproveitando a característica espiritual de Fátima, Filomena Pinheiro aprova a sua utilidade para o turista com necessidades especiais. “Há a necessidade de as pessoas estarem consigo próprias e com o seu próprio deus. Porque muitas vêm e não são católicos, mas vêm com a mesma fé, com a fé em si.”

Reforçando a capacidade do território em implementar o turismo acessível juntamente com outras experiências, explicou os principais alicerces: “primeiro fazer com que as comunidades sejam sensíveis a esta realidade e acolhedoras, mas nós também já começamos há muitos anos no turismo sénior e na região Centro já há muitas ofertas nesse sentido e não é por acaso, é porque já existe uma abertura para ser e acolher de maneira diferente. Se já temos esta oferta é porque já temos sensibilidade para isso.”

Na defesa da implementação da acessibilidade no turismo, Filomena Pinheiro concorda que é preciso mais que rampas de acesso a instalações. “É a forma como os outros encaram as rampas, porque às vezes o acessível pode ter dois degraus e o não acessível pode ter rampas incríveis. O acolhimento, a forma como toda a comunidade está para aceitar o outro com estas diferenças é que é o cerne da questão. Porque todos nós, em qualquer altura da vida temos problemas, as pessoas da minha idade e mais velhas tem várias dores e às vezes não se pode com as portas do Hotel porque são pesadas. Há as mães que não conseguem aceder com as cadeiras de bebés... E quer no público, quer no privado, tem de se criar condições.”

Apesar do projeto ir ao encontro dos doentes oncológicos, a diretora abrange o leque de respostas. “Nós queremos transformar um destino turístico, não é? E o doente tem os seus cuidadores ou as famílias, e é preciso criar condições para que a família esteja junta e tenha condições para que uns e outros tenham ofertas que lhes proporcione umas excelentes férias. Aí somos inclusivos e acessíveis. O objetivo não é só pensar no que faz bem aquele, mas ter naquele território respostas para a família, que as crianças se sintam bem, não se sintam prejudicadas porque na família existe alguém com um determinado problema, e que essa pessoa não se sinta mal porque está a sujeitar a família, e assim todos têm uma resposta adequada.”

E qual seria a melhor forma de sustentabilidade deste tipo de projetos? Através de donativos, como são financiados a maior parte dos projetos de outros países? [como veremos adiante] ou a Liga Portuguesa Contra o Cancro? Filomena Pinheiro é pragmática: “Eu tenho um conhecimento profundo para não acreditar nisso, nós Portugueses somos muito de reação e não temos uma educação que permita este tipo de garantia para uma fundação. Infelizmente, e falando como Filomena e não como TCP, quem gere estes fundos não costumam ser as pessoas com mais formação pessoal e interior para o fazer. Nesses países nórdicos existe uma responsabilidade social muito grande por parte das empresas.” E responsabiliza o Estado: “é uma obrigação para com os doentes oncológicos e para com as famílias. Eles custam muito dinheiro, e porque não, em vez de financiar as depressões de toda a famílias, apostar na parte da prevenção e garantir condições para que não fiquem depressivos? Seria mais natural, mais óbvio.” Óbvio seria também assumir as férias como algo mais sério. “É isso que temos de alterar, não deve ser caridade, tem de ser natural. Estas famílias deviam ter condições para que, imagine, quando chega a altura de termos um familiar ou necessidade de cuidados paliativos ainda temos a capacidade de olhar à nossa volta e ter a capacidade de perceber que estamos a prejudicar e envolver a família. Se tivéssemos condições, se a comunidade criasse condições para que fossem tratados com normalidade, ficava leve para toda a gente. Era normal que acontecesse e todos nós fazemos parte da resolução do problema, as famílias deviam ter direito a ter alguém que podia cuidar do seu familiar. Não podemos esquecer que estas pessoas vivem 365 dias por ano com a doença.”

Filomena Vieira assume que tem de haver complementaridade entre os vários agentes. “Um pouco pelo território já existe esta abertura. Primeiro porque temos uma qualidade em termos de unidades hospitalares muito grande, embora ancorados nos Hospitais Centrais da Universidade de Coimbra, todas as unidades estão muito bem equipadas e abertas. E para a nossa região é fácil porque havendo a abertura por parte dos hospitais e profissionais, as unidades escusam de ter recursos técnicos nas suas instalações. Depois também temos muitas IPSS que pela forma como funcionam estão muito abertas a estas novas dinâmicas e fazem a ponte entre uma coisa e outra, como nos transportes, na disponibilização de pessoal menos qualificado tecnicamente, mas bem qualificado a nível pessoal a nível de carinho e afeto.”

4.1.3.4. Entrevista a Gonçalo Gomes

Técnico do Núcleo de Apoio a Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico Turismo Centro de Portugal

Gonçalo Gomes, técnico do Núcleo de Apoio a Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico do TCP, dá-nos a perceção para a aplicação deste projeto a região Centro.

O programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos é para o técnico “extremamente vantajoso para a região Centro de Portugal”, visto se puderem aproveitar diversas valências e entidades existentes na região com capacidade em desenvolver estes programas. Relativamente às vantagens, defende “a existência da possibilidade de gerar vantagem competitiva em relação a outros destinos concorrentes com oferta semelhante. De uma forma geral a diversificação de atividades, devidamente promovida, é sempre geradora de ganhos para a economia local, pois maiores fluxos gerarão mais consumos por parte dos turistas, de forma direta ou indireta.”

Defendeu a possibilidade de se complementar a oferta já existente de mar e sol com o exemplo da Nazaré, onde “a talassoterapia foi desenvolvida com sucesso em complemento à oferta tradicional instalada com benefícios para todas as empresas turísticas. O turismo acessível e as suas componentes podem-se aplicar a todas as áreas de atividade, o investimento nesta área é benéfico por si só, mas também o é para o turismo de massas, pois pode representar uma vantagem competitiva determinante relativamente a outros destinos de sol e mar.” Argumentando este raciocínio com a possibilidade de investir em turismo acessível de saúde e bem-estar, apesar da atual prospeção do turismo de surf (com a aposta em *hostels* e *surf houses* por exemplo), Gonçalo Gomes defende que “nenhum destino se deve centrar apenas numa atividade ou produto, ainda que possam existir, naturalmente, áreas de especialização em determinados territórios. No entanto é fundamental que os destinos diversifiquem as suas atividades, até porque neste caso específico estamos a falar de um produto de forte sazonalidade e fortemente dependente de condições climatéricas.”

4.1.3.5. Entrevista a Luís de Melo Jerónimo

Diretor-Adjunto do Programa Gulbenkian Coesão e Integração Social.

Uma das áreas deste programa de férias será a intervenção no panorama social, mais não seja pelo esforço financeiro ou pelos efeitos de isolamento ou incapacidades de

relacionamentos causados pelos tratamentos. Tentaremos descobrir com o Diretor-Adjunto, Luís Jerónimo, se há capacidade para este programa se inserir nesta área.

Apesar de numa recente entrevista ao semanário Expresso a presidente da fundação, Isabel Mota, ter referido o reforço na intervenção social, através do impacto e inovação, Luis Jerónimo esclarece: “quando foi criada em 1956 tinha quatro grandes áreas de atividade: arte, ciências, educação e beneficência”, e foi através das coleções de arte deixados pelo fundador, pelos edifícios e até pela orquestra que a vertente cultural se destacou, mas o papel social sempre esteve presente: “quando estes conceitos começaram a emergir, de inovação, empreendedorismo social, a fundação começou a adota-los naturalmente, não que fosse uma novidade mas mais porque já ecoavam no que a fundação de uma forma mais orgânica começava a fazer”. O diretor afirma que um dos atuais focos de atenção são os cuidadores informais, e na convergência de serviços: “por uma questão de gestão de risco é compreensível que o Estado não assuma esse papel de inovador, mas depois numa fase posterior deve criar condições para crescer. Dos projetos mais conseguidos nesta matéria é o “Cuidar de Quem Cuida”, focado nos cuidadores do público envelhecido. E um dos pontos é permitir aos cuidadores que pudessem ter férias, porque às vezes era impossível levar os cuidados com eles e assim era disponibilizado um lar onde as pessoas pudessem lá ficar com todos os cuidados e os cuidadores irem de férias. E não é só o impacto social e de benefícios quer para os doentes e cuidadores como algum impacto económico associado como por exemplo a diminuição da ida ao hospital de consumo de medicamentos...”. E fala em relação à importância do Programa de Férias de Recuperação para doentes Oncológicos: “Que este tipo de respostas, como o deste projeto, são cada vez mais válido e necessário, sem duvida alguma, se é algo que a fundação integra esta visão, face ao que é o desenho dos projetos da casa, não diria que fosse prioritário, mas ressalvo a importância destas questões que tem muitas semelhanças com o que já temos feito.”

Uma das mais valias para um estudo científico feito a este tipo de atividades é a validação das suas respostas “especialmente a longo prazo. Porque é aí que conseguimos validar os impactos. O feedback que temos está muito próximo da intervenção, o que obviamente faz com que haja melhorias desde o inicio da intervenção até ao seu termo, mas a questão é: finalizada a intervenção, até que ponto essas melhorias se mantêm ou não. Falando no seu caso, se estivermos a falar no programa de um mês, medimos no inicio os indicadores de bem-estar e logo no final do mês lógico que vai melhorar, mas a questão é até que ponto se consegue manter e aqui é onde a ciência pode atuar.” Luis Jerónimo apontou outro fator importante: “é fundamental

perceber o impacto numa lógica não tanto de julgar a intervenção, mas de a perceber e de melhorar. Não tanto o que se pode atribuir à intervenção, como no clássico das avaliações: atribuição vs contribuição. E nós não podemos atribuir, porque as pessoas são sistemas muito complexos que não conseguimos fazer nexos de causalidade. Depois de um ano desta atividade a pessoa melhorou o seu bem-estar, e a atividade pode não ser o responsável exclusivo, mas contribuiu. E só esse facto é importante, positivo e válido. O que não podemos fazer é excessivas apropriações.”

Em relação à possibilidade de garantir financiamento para este tipo de projetos, o diretor afirma tratar-se de “um grande desafio. Muito do que se percebe é que cada vez mais há dificuldades na acessibilidade, cada vez mais há mais e melhores tratamentos, mas cada vez mais se percebe que vão ser mais caros. O estado terá mais dificuldade em pagar esse tipo de cuidados e que tem possibilidades paga e que não pode não vai ter acesso a eles, e isso vai vincar cada vez mais os extratos. Até como na criação do seu modelo de negócio são questões importantes a ter em conta.” E dá uma ajuda na análise desta questão com a ferramenta de financiamento “Social Impact Bonds”: Tipicamente o que há são dois tipos de modelos de negocio consoante as pessoas que podem ou não pagar os serviços. Quando as pessoas podem pagar, há fontes e receita claras, pois a pessoa paga e o modelo de negócio fica mais perto do negócio tradicional, e depois há as variações da distribuição de lucros, mas aqui entramos já nas Empresas Sociais, que é algo que ainda não existe no nosso país. Quando o beneficiário final não consegue pagar pelos serviços, aí é que temos de arranjar ferramentas alternativas, há os mais tradicionais que são os donativos, mas aí, em termos de longo prazo não é seguro, e depois há os novos instrumentos, os “Social Impact Bonds”, que podem dar outra previsibilidade em termos de resultados e outra segurança em termos de financiamento. Isto é um instrumento de financiamento específico, em que funciona como, mais aproximadamente uma parceria publica/privada (sem comparar aqui à conotação que teve no nosso país) onde o risco está todo nos privados e não no publico, em que para uma determinada intervenção há uma série de financiamentos privados que financia a intervenção e onde o Estado, caso os resultados sejam verificados e atingidos, reembolsa e em alguns casos também remunera até para premiar o risco assumido, e isso cria incentivos. É um modelo bastante desenvolvido no Reino Unido, em Portugal está a começar a dar os primeiros passos.” Mas isso não quer dizer que outro tipo de financiamento deva ser feito desta forma, “o que é importante é incluir este mecanismo no portfolio de instrumentos disponíveis no Instituto da Segurança Social principalmente. Quando se fala nestas novas ferramentas do setor social não quer dizer

que tudo o que esteja para trás está mal, não, há casos em que os donativos fazem todo o sentido.”

onde há um risco assumido pelos privados e depois há o reembolso do Estado. Há uma formação na área digital com desempregados em que somos avaliados não pela formação, mas pela inserção no mercado de trabalho, onde o Estado só reembolsa se os participantes arranjam emprego nos primeiros 3 meses, porque é o que interessa, pois não interessa ter 30, 60 ou 100 horas. E é muito esta mudança que ainda está por fazer, e importa fazer.

Há capacidade de alterar a nossa cultura de social reativa (ajudar depois de crises) para uma mais proactiva (de responsabilidade social)? “Eu não sei se conseguimos ou não, mas vamos ter de a arranjar. Porque isso significa melhores respostas e equilíbrio nos recursos financeiros disponíveis, porque nós não vamos ter recursos para pagar nos sistemas de saúde e de pensões. É uma questão de necessidade, mas tenho esperança que as coisas possam melhorar, nos vários sectores temos pessoas com perfis diferenciados e mais atentos, principalmente as gerações novas, como a sua, têm vontade de encontrar um maior equilíbrio entre a sua atividade profissional e algum propósito, e eu acho isso muito positivo. Volta e meia participo numas aulas na Universidade Nova e cada vez mais há vontade de participar e ter um papel ativo nos problemas da sociedade, e são movimentos mais alargados e não acontecimentos isolados. E não há que ter medo da mudança, porque depois as coisas mudam quando não estamos à espera e não reagimos”.

4.1.3.6. Entrevista a Dra. Ana Querido

Doutorada em Enfermagem e autora da tese “A Promoção da Esperança em Fim de Vida – Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva”

Analisadas as características e intenções das entidades em participar nas atividades com doentes oncológicos, podemos agora avaliar quais as atividades e o modo mais adequado a serem implementadas no programa de férias para estes doentes e a Dra. Ana Querido esclarece o melhor método para implementar a esperança nestes doentes.

Ao contrário do que se pode pensar, a inclusão da esperança no tratamento dos doentes oncológicos não se restringe ao limite temporal de vida. A Dra. Ana Querido defende que o seu trabalho se projeta para o doente “viver com esperança. Ou seja, o objetivo é promover o viver um dia de cada vez e dar importância a cada momento tornando as

experiências ricas, conciliá-las com a vida e fazer os pacientes viver para além da doença. São traçados os objetivos de vida que o paciente quer atingir no prazo mais ou menos curto que sabe que tem para viver”. Nos projetos com os pacientes, a sua equipa não se centra no prazo, nas pessoas que têm prognóstico de seis meses, nove meses... “até porque as pessoas que são muito esperanças vivem para além desse prazo que os médicos identificam como sendo o prazo de vida médio. Não se trata do objetivo de ultrapassar o limite de vida, mas sim de aproveitar o tempo que foi dado”.

A Dra. Ana Querido concorda que uma viagem pode ser considerada uma esperança realista para o doente oncológico: “para trabalhar a esperança no seu máximo, a pessoa envolve todo o seu esforço e energia, e a de quem está à sua volta, na programação da viagem, faz a viagem e acaba por reportar o momento. Isso é importante, seja com fotografias, imagens, sons (...)”. Assim, mais do que só estar de férias, “vai mostrar o que aquela atividade representa, o que é importante na sua própria esperança, qual é a memória de esperança que guarda, e se deixa para si ou partilha com os outros”. A dimensão do grupo é um ponto importante neste projeto: “a pessoa empresta a esperança e pede-a emprestada ao outro, e se está a viver uma situação difícil e há quem já a experienciou, o doente pode usa-la como modelo, e esses exemplos são importantes. Mesmo que [a doença e sintomas] não vá passar, se alguém disser que compreende aquilo que essa pessoa está a passar, tem um poder enorme no grupo.”

Este processo de comunhão vai depois refletir-se na atitude do próprio doente perante a vida: “eu tenho uma limitação, sou doente oncológico, tenho uma boa razão pela qual posso morrer, mas há coisas na minha vida que fazem muito sentido. Posso fazer as mesmas coisas que as outras pessoas, com algumas limitações, mas posso”. E este pensamento é fundamental para realizar um programa de férias. O doente “acaba por observar a natureza com outros olhos, com outra importância. Dá mais importância ao pormenor, ao detalhe e às relações, aos momentos e à intensidade que passam com as pessoas. É a diferença entre a pessoa viver assumindo que é um ser íntegro, válido e que apesar de perder capacidades ainda vale a pena cá estar ou então é dizer que já não vale a pena e o melhor é vir aí a eutanásia. Estes projetos também são válidos para as pessoas que não podem estar à espera que o cancro passe, mas que ao mesmo tempo seja importante fazerem projetos interessantes com outras pessoas, e ter projetos de vida para além da doença. Às vezes as pessoas percebem que têm tratamentos para fazer e pensam que agora entram nesta vida, já não largam mais o hospital e a vida é assumir o papel de doente. E isso é provavelmente das coisas mais tristes e deprimentes que elas podem ter, porque a vida tem outras facetas e outros papéis que as pessoas também dão valor e as fazem tornar pessoas completas, e não

só o papel de doente. Esse papel é muito limitativo, e para o contrariar pode planejar as suas atividades de férias e começa a perceber que mesmo estando doente, e o facto de ir para outro país, podendo ter o mesmo apoio, sensibilidade e recursos, estar emono-deprimida e ter dificuldade com várias coisas, é interessante”.

As atividades ligadas à natureza, segundo a Dra. Ana, “permitem uma ligação espiritual, pensar sobre o sentido da vida, sobre o nosso papel no mundo, a nossa relação com os seres, permite treinar alguma capacidade de relaxamento com imaginação guiada e seriam interessantes no contexto natural. As atividades em grupos, com a consequente partilha, como já foram mencionadas, são imprescindíveis. A descoberta e promoção dos atributos de cada um que podem ser postos à disposição do grupo ou que o grupo descobriu e que esse doente ainda não tenha dado conta. Na sequência de ‘viver a vida um dia de cada vez’, são precisas ser trabalhadas as emoções positivas ao final do dia, o que pode ser feito através dos aspetos marcantes do dia, e isso pode ser feito através de experiências culturais, de enriquecimento cultural, porque essas experiências estéticas são extremamente importantes, como a visita a museus, mas ao mesmo tempo uma ida ao cinema que seja interessante ou importante e que permita a partilha, tudo o que são experiências estéticas são essenciais”. As experiências espirituais podem ser utilizadas também no contexto estético, “não têm forçosamente que ser religiosas, mas se o forem é importante explorarem esse aspeto, a questão do bem-estar é essencial.” Quanto às experiências holísticas, a Dra. Ana Querido afirma ser “importante ter algum bem-estar físico associado aquilo que é relacionado com experiências estéticas”, mas há que ter “um cuidado com a gestão de esforço porque estas pessoas têm um nível de fadiga alto e para compensar os níveis de fadiga alto tem que se proporcionar o exercício, porque se isso não acontecer a fadiga cresce. Agora tem que ser um exercício controlado, mais ou menos gerido”. Outra experiência que considera muito interessante é a dança, por ser “uma experiência universal. Pode ter um aspeto étnico, partilhar a cultura, mas ao mesmo tempo partilhamos e reforçamos a relação entre as pessoas, e isso é importante, não é preciso conhecer a língua porque as barreiras aí esbatem-se”.

“O Selligman, que estudou as emoções e o efeito das emoções positivas na saúde estudou que, com muita frequência o nosso cérebro regista as emoções negativas com mais intensidade do que as positivas. E quando faço balanços ao final do dia temos mais tendência em ir buscar o que não correu bem ou menos bem, para fazer face a uma emoção negativa tenho de jogar com três positivas para a neutralizar, e eu só consigo retirar o efeito positivo da experiência quando neutralizo a emoção negativa. O poder das emoções positivas é importante, mas eu tenho de perceber quantas é que eu tenho de focar”, explicou a Dra. Ana Querido.

Pelas características da nossa zona, as idas à praia podem ser opções para programas de férias. Mas os doentes oncológicos têm características especiais, como a “fotossensibilidade e a maioria deles não pode apanhar sol direto”, afirma a Dra. Ana Querido, que numa ida à praia sugere “sempre um protetor total para a pele, porque o sol direto influencia a hiperpigmentação da pele, a textura e a secura, mas não influencia a síntese da vitamina D, que é a parte positiva da experiência”. Para isso aconselha a “gestão do sol do início do dia até às 11h00 e o final da tarde, com um bom protetor solar, com um bom chapéu, agora isso não evita a pessoa de apanhar luz, que é onde está o efeito terapêutico do sol”.

A construção do Brazão da Esperança pode ser uma atividade de grande importância para o doente oncológico. A Dra. Ana Querido afirma que esta é “uma experiência de esperança interior para o doente, de uma pessoa que lhe deu esperança no passado, uma sensação. Com o que a pessoa se retrata com a esperança, se for uma sensação iremos trabalhar esse símbolo. Explicar o que é a esperança é muito difícil, e por isso pedimos que escolha um símbolo para essa esperança e pedimos que o explique.” O resultado da criação deste símbolo pode até servir como amuleto, porque se alguém estiver em baixo, agarra-se ao símbolo e aquilo é a esperança, vai buscar os seus recursos internos para fazer face à situação e, “nós sabemos que a desesperança está muito associada à vontade de morrer. Quando eu perco a esperança, rapidamente fico com vontade de antecipar a morte”.

Um dado curioso é perceber que “as pessoas com doença oncológica são extremamente esperanças, o que é estranho. Porque aparentemente pode ser estranho se nós pensarmos em experiência de vida não tem muita lógica, mas faz toda a diferença porque nós não vemos a esperança de vida”. A criação de pequenas coleções, fazendo “álbuns de esperança, sobre o que a atividade representou para a pessoa durante a atividade. Podem ser imagens, ou como por exemplo as mensagens dos pacotes de açúcar podem ser guardadas e escrever que memórias de esperança foram despertadas. Nós trabalhamos muito o ‘não há coisas por acaso’, e os detalhes contam”.

4.1.3.7. Entrevista a Philippa Hunter-Jones

Professora com PHD em Marketing na Universidade de Liverpool Management School (ULMS), no Departamento de Marketing e Gestão de Operações e autora de estudos que relacionam Cancro e Turismo.

Nas suas respostas, a autora defende sempre a ideia de que os “pacientes com cancro não são homogéneos”. E isso deve-se ao facto de os próprios tipos de cancro serem variados. “As respostas das pessoas também variam.” Mas na generalidade dos casos as férias podem causar “um senso de normalidade numa situação caótica. Elas permitem um veículo para se afastar da doença, um tempo afastado de ser identificado como alguém com doença.” Esta viagem para além da doença pode também levar ao fortalecimento da capacidade física e psicológica do paciente com cancro, através das “oportunidades de participação e permitir o envolvimento com a ‘normalidade’.”

Essa viagem pessoal promovida pelo turismo faz com que estas atividades sejam encaradas como mecanismos de esperança. “Ele permite escapismo, um tempo para refletir, um tempo para recuperar a força, etc. Todas essas oportunidades são partes integrantes de se tornarem esperançosas.”

As diferentes respostas dos doentes em relação à doença são também evidentes nas suas motivações de viagem, na incapacidade de viajar devido à diminuição da capacidade física ou falta de confiança em si mesmo e em que estado do CVTM deve participar em atividades turísticas. Philippa Hunter-Jones defende que apesar de não serem obrigatórias as atividades de BE e holísticas, estas devem ter um carácter opcional. “O cancro é uma experiência única. Toda a gente lida de maneiras diferentes. Para fazer algo obrigatório, sugere que todos tenham as mesmas necessidades. E eles não têm.” Nesta diferença de necessidades, distingue dois tipos de pacientes: “alguns pacientes vão querer testar os seus limites e, na verdade, podem se tornar mais ativos do que anteriormente. Outros simplesmente procuram o descanso e relaxamento.”

Philippa Hunter-Jones defende que as “necessidades que podem resultar das deficiências físicas ou mentais” causadas pela doença, faz com que os doentes oncológicos se possam inserir no panorama do turista acessível.

4.1.4. Programas de férias para doentes oncológicos

4.1.4.1. Olha-te

Esta dissertação tem como base o projeto da Associação Olha-te, “Programa de Férias de Recuperação - Turismo Emocional”, para doentes oncológicos, que começou em parceria com a Segurança Social da Bélgica, e mais tarde com uma associação daquele país que apoia mulheres com cancro da mama.

O projeto Olha-Te nasceu em outubro de 2010, em Caldas da Rainha, Portugal, e tem como missão apoiar gratuitamente doentes oncológicos e seus familiares diretos, proporcionando os mecanismos necessários ao seu desenvolvimento pessoal e social, através da realização de atividades expressivas promotoras de bem-estar físico e emocional. O Olha-te envolve também a comunidade nas suas iniciativas no âmbito da prevenção primária, na área da cultura, educação, desporto, lazer e bem-estar.

Na sua apreciação sobre a doença oncológica, a associação assegura que “após um problema oncológico o indivíduo fica afetado física e emocionalmente. Existe sempre um processo de transformação pessoal perante a “catástrofe individual”. O ritmo sofre alterações e é necessário um período de tempo para restabelecer as forças físicas e emocionais”.

Programa

O Olha-te propõe que as férias sejam uma fase de regeneração e de reposicionamento nos vários domínios da vida de uma pessoa. Este programa inclui várias atividades expressivas e artísticas que favorecem o bem-estar, como caminhadas, cuidado na alimentação, visitas culturais, acompanhamento psicológico, atividades para o desenvolvimento da auto estima e a valorização do indivíduo, yoga, massagens, poesia e arte, atenção plena, respiração profunda, entre outras. No ponto seguinte é apresentado o programa de atividades das férias de recuperação do passado mês de maio, com seis mulheres belgas diagnosticadas com cancro. As participantes deste programa apresentam à altura da atividade melhorias na sua capacidade física e psíquica, tendo já recuperado a mobilidade e capacidade psicológica necessária para participar nestas férias.

Plano de atividades das Férias de Recuperação de 15-05 a 21-05-2017

Alojamento na Residencial Carvalho, em São Martinho, Caldas da Rainha.

Dia 15: chegada a Lisboa e passeio na cidade, seguido de almoço em Belém. Ao jantar foram entregues dois desafios para a semana, um para o dia da música e o outro para o último dia.

Dia 16: caminhada em São Martinho. Meditação e relaxamento. Pilates na praia e dança. Pintura de espelho de pasta de papel e pintura de mandalas (círculo mágico ou concentração de energia, é o símbolo da integração e da harmonia).

Dia 17: Caminhada em Alcobaça, junto à praia. Visita de cariz histórico à vila e ao Mosteiro. Aula de iniciação de desenho a carvão.

Dia 18: Caminhada da espiga em Salir do Porto, sessão de alimentação saudável com almoço vegetariano, música ao vivo de flauta com músicas universais, sessão de reflexologia e karaoke. Dança e cântico.

Dia 19: Passeio na Nazaré, almoço em restaurante típico e aula de tai chi à tarde.

Dia 20: Visita às Caldas da Rainha, caminhada, contemplação de música.

Dia 21: Visita a Óbidos, caminhada, escrita criativa sobre a experiência de férias. Workshop de maquilhagem e sessão de fotos. Jantar de despedida com conclusão dos desafios.

Os almoços e jantares são momentos de interação e trabalho individual.

Feedback da atividade

Depois da realização deste programa, foi pedido às seis participantes belgas que respondessem a um pequeno questionário sobre o Programa de Férias de Recuperação, ao qual elas davam o nome de “Férias de Mimos” (Tabela 4.2). As entrevistas foram entregues à mediadora da atividade entre o Olha-te e as turistas belgas, que depois de responderem em flamão, traduziu para português, enviando-as posteriormente via e-mail.

A única participante desta atividade a ser identificada é Lou Cabanier, promotora destas férias a partir da sua casa de repouso para doentes oncológicos na Bélgica. Lou teve conhecimento do programa da Olha-te precisamente por uma doente que frequentou as atividades na sua casa e no programa do Olha-te, e lhe recomendou esta atividade em Portugal. Todas as outras participantes tiveram conhecimento da atividade através da Lou, que ao propor as férias, esgotou rapidamente as cinco vagas restantes.

As principais perspetivas em relação à viagem eram sobretudo ansiedade e nervosismo, contudo, as participantes sentiam-se felizes e com energia para realizarem as atividades.

Das motivações que as levaram a viajar constam a possibilidade de viajar e contactar com pessoas na mesma situação e conhecer o país. A maioria das inquiridas não tinha passado férias na condição de doente oncológica, mas todas elas admitiram que

passaram férias antes da doença, quer em viagens para o estrangeiro ou até em campismo.

Todas elas concordam com a possibilidade de poder voltar a repetir este programa de férias e até que os contactos feitos – quer com as outras doentes quer pelas voluntárias do projeto – se mantenham. A recomendação do programa a outros doentes oncológicos é também uma variante presente a todas as inquiridas.

Tabela 4.2 Resumo respostas de participantes do programa de férias do “Olha-te”

Como conheceu a atividade?	Quais as perspetivas?	O que a levou a viajar?	Já viajou nestas condições?	Passava férias com familiares?	Repetia este programa?	Recomenda a experiência a outros doentes?
Outra participante do programa de férias do Olha-te	Sentia-me alegre e ansiosa para participar	Ex-participante. Experiência com colegas, e a paralisação do marido impede férias com ele.	Não	Tenho uma casa de férias na Bélgica, antigamente fui a França e alugávamos uma casa ou ficámos num B&B	Foi muito agradável e fico com boas lembranças	Com certeza!
Lou	Estava feliz por poder participar	Lou.	Sozinha.	Parque de férias na Bélgica com os filhos, mas ultimamente não fomos de férias	Sim, era espetacular	Sim
Lou	Estava contente para poder participar e sentia-me com energia	Ter companhia de pessoas na mesma situação. E conhecer Portugal	Não é possível	Com o marido	Espero que sim	A todos os pacientes de cancro!
Lou	Estava nervosa e contente Agora (no final) sinto-me cansada	Cuidar de mim. Natureza, liberdade, espaço	Sozinha	Junto com a família numa tenda	Espero que o contacto continue porque tiveram uma boa influencia no meu bem estar	Sim
Lou	Feliz	Conhecer Portugal. como viúva e não querendo ir sozinha, foi uma boa proposta ir com colegas e conhecer Portugal	Apenas esta com colegas, não com família	Caravana e férias com voo.	Estar com colegas cria um laço muito forte, mesmo as de Portugal são para lembrar sempre.	Vou recomendar, achei super bem!
Lou	Um belo acolhimento por parte da organização e todos deram muito amor!	Estar com colegas com cancro, com a mesma mentalidade. As atividades, passear e conhecer outras pessoas.	Não. Esta viagem é tão especial por causa dos contactos pessoais.	Campismo e B&B ou Hotel, de carro ou de avião.	Sim, estas férias nunca vou esquecer: criámos laços para sempre!	SIM

4.1.4.2. Gawler Cancer Foundation

A fundação localizada na Austrália oferece apoio a pessoas diagnosticadas com cancro, esclerose múltipla ou que queiram alcançar um maior nível de BE. Promove uma abordagem holística e integradora da saúde e BE com o objetivo de melhorar os resultados de recuperação e a QV das pessoas, como referem no site da fundação.

Serão aqui apresentados os programas adequados a doentes diagnosticados com cancro, tal como as atividades, os promotores e os custos. O valor dos programas por pessoa inclui acomodação, alimentação e atividades, excluindo o transporte e terapias de massagem. O valor pode ser reduzido pelas doações que facilitam a oferta de financiamento de bolsas adicionais (dependendo de vários critérios de seleção). Os membros recebem 5% de desconto nas segundas e subsequentes reservas de retiros.

Programas

Durante os programas, os alojados recebem formação sobre os chamados 7 Elementos Essenciais, a espinha dorsal destes programas de retiro, e o suporte personalizado na implementação dessas práticas de estilo de vida, que a GCF defende serem baseadas em pesquisas, para incentivar o potencial de cura inato do corpo e ajudar na conexão a uma sensação de profunda paz interior.

Life & Living Cancer Retreat: tem a duração de 11 dias e 10 noites e os participantes podem partilhar os pensamentos, sentimentos e experiências. O objetivo é promover a cura, aumentar a imunidade, reduzir o *stress* e criar sanidade mental, desenvolvendo uma prática de meditação estimulante imune, e promovendo a exploração de técnicas naturais de manipulação de dor e de relaxamento. Promove também a descoberta de alimentos integrais orgânicos para uma alimentação saudável. Ajuda na recuperação da paz interior e na ativação do potencial de cura do corpo. Programa indicado a quem foi recentemente diagnosticado ou concluiu o tratamento.

O programa, que a GCF afirma poder suportar qualquer tratamento médico ou terapias complementares escolhidas como parte do plano de tratamento, inclui classes de grupo com terapeutas e facilitadores numa variedade de áreas relacionadas ao cancro, nutrição, medicina mente-corpo e bem-estar, com tempo para discussão e interação e meditações guiadas diariamente no santuário de meditação. O custo é a partir de 1.351€, mas a taxa total do programa é de 2.703€ por pessoa.

Num dos testemunhos apresentados no site, uma doente diagnosticada com cancro afirmou: “a maravilhosa alimentação e a meditação foram exatamente o que o meu corpo precisava. Conheci as pessoas mais notáveis e dedicadas e fiz algumas amizades para toda a vida”.

Cancer Fundamentals: duração de 4 noites para aprender os fundamentos da cura mente-corpo. O foco é a redução do *stresse* e remoção das barreiras físicas, emocionais e mentais para ajudar o corpo a se curar. É projetado para complementar os tratamentos médicos ou terapias complementares. A participação de acompanhante/cuidador é aceite para uma aprendizagem prática de modo a melhorar a condição futura dos, como o uso medicinal da nutrição, experimentação de conceitos básicos de meditação e a capacidade de proporcionar um impacto positivo no sistema imunológico. Há também a oportunidade de partilha de pensamentos, medos e experiências com um grupo com outros participantes. O custo é a partir de 702€, mas a taxa vai até 1.405€ por pessoa.

Cancer & Beyond Follow Ups: denominado como “o caminho contínuo para a saúde, cura e bem-estar”, estes retiros de acompanhamento de 4 noites são adaptados a quem já participou num programa da GCF, podendo ter uma nova dinâmica de grupo, um conteúdo estendido do anterior programa e uma oportunidade para aprofundar as práticas já adquiridas. Uma oportunidade de integração numa combinação de relaxamento, meditação, nutrição terapêutica, sessões de instrução para consolidação pessoal e construção sobre o que foi adquirido.

No início deste programa os participantes são convidados a responder a um questionário de forma a ajustar o conteúdo do programa aos requisitos específicos do grupo:

- Clarificação de aspetos práticos do programa Gawler, por exemplo: nutrição, exercício, gestão de *stresse*, meditação, cura acelerada, balanceamento de opções médicas e assim por diante. Quanta atenção a estas coisas é aconselhável para alguém na fase ativa da cura? E quando está em remissão? E a família? O que o Pensamento Positivo lhe trouxe a longo prazo?;
- Lidar com contratempos. O que funciona melhor nos tempos difíceis?;
- Sustentar as intenções. Muitas pessoas começam a abordagem aos programas com compromisso e dedicação. Alguns continuam, outros terminam por uma variedade de razões. Este programa é uma oportunidade para reavivar o entusiasmo e redefinir prioridades;
- O que é a vida como doente oncológico e o que ajuda o doente a se tornar um sobrevivente alegre a longo prazo?

Estes programas são orientados por Ian Gawler OAM, fundador da GCF e pioneiro da meditação e outras técnicas de corpo-mente no mundo ocidental. Defensor de um estilo de vida saudável, cofundou os primeiros grupos de autoajuda de cancro e de esclerose múltipla do mundo. Dra. Ruth Gawler MBBS, MGPPsych, FASPM tem um interesse especial em medicina corpo-mente, yoga e meditação, e em como a mente determina as escolhas que fazemos, as reações e as formas como processamos informações e energia. O custo é a partir de 583€, mas os subsídios podem reduzir os custos.

Mindful Self-Compassion Retreat: retiro de 4 noites focado no treino consciente de autoconfiança que ensina a desenvolver a presença de acolhimento (“warm-hearted”) necessária durante momentos de dificuldade. Inclui meditação, exercícios práticos e discussões em grupo, bem como yoga matinal. O retiro é liderado por dois professores de autocuidado certificados na Austrália. Kathleen Cator é Psicóloga Clínica e ex-enfermeira com mais de 20 anos de experiência em terapias baseadas na atenção plena nas configurações públicas, educacionais e de saúde. Tina Gibson é uma professora experiente em Atenção e Competência Integrada, que tem orientado programas dentro do sistema educacional, apoio ao cancro, saúde das mulheres e comunidade em geral. Este retiro é adequado para profissionais de saúde, cuidadores e qualquer outra pessoa que queira desenvolver e praticar habilidades em atenção plena e compaixão. O custo é a partir de 1.405€ por pessoa.

Weekend Meditation Retreat: Desenvolvimento da prática de meditação simples e profunda. Há uma série de ensinamentos detalhados sobre como meditar, e uma sequência de sessões de prática de meditação. Este retiro é adequado para iniciantes e meditadores experientes. O custo é a partir de 540€ por pessoa.

4.1.4.3. First Descents

Situada no estado de Colorado, Estados Unidos da América, esta empresa de animação turística oferece a jovens adultos com cancro experiências ao ar livre. Cada sessão de acampamento é limitada a 15 campistas de modo a garantir cuidados individualizados e atenção médica. Todas as refeições, acomodações e atividades são gratuitas, e poderão ser atribuídos subsídios para cobrir os custos de viagem. FD coloca o foco na experiência de cada indivíduo e dá o apoio certo para atingir os objetivos durante a atividade. A experiência é projetada para permitir que a cura aconteça naturalmente - sem conversas forçadas nem sessões de grupo estruturadas ou terapias.

Programas

FD1: A experiência original é um programa de vários dias centrado em caiaque em águas brancas, escalada ou surf, e é elegível a todos os jovens adultos (18-39) diagnosticados com cancro. Há também o programa FD40 + 40, semelhante ao programa FD1, mas direcionado para doentes dos 40-49 anos.

4.1.4.4. Harmony Hill

É um centro de retiros não médicos situado no estado de Washington, Estados Unidos da América. Nenhuma avaliação médica ou tratamento é fornecido pelos membros da direção ou voluntários. A HH oferece retiros de bem-estar de três dias com grupos de apoio diário, e outros redutores de *stress*, como o yoga, massagem prática de atenção plena através do movimento, meditação, compartilhamento, silêncio, expressão criativa e conexão com o ambiente natural. Os participantes têm direito a refeições integrais e terapias complementares, envolvidos na tranquilidade dos jardins, trilhos naturais, praia e vista para as montanhas. As refeições, hospedagem e serviços são fornecidos sem custo graças a doações, os participantes apenas têm os encargos de organização e de transporte. Pode haver uma lista de espera.

Programas

Retiros Gerais de Cancro: oferece retiros de três dias aos indivíduos afetados pelo cancro de modo a refletir e explorar os desafios físicos, emocionais e espirituais do diagnóstico através de sessões de grupo e atividades como yoga, meditação, poesia e arte. Um companheiro/cuidador pode participar, juntamente com num grupo de cerca de 20 indivíduos, mas grupos de apoio menores incentivam a partilha pessoal.

Women's Cancer Retreat: para mulheres diagnosticadas com cancro. Um companheiro/cuidador pode participar, juntamente com num grupo de cerca de 20 indivíduos, mas grupos de apoio menores incentivam a partilha pessoal.

Promoção de workshops sobre Recursos de Saúde e Bem-Estar.

- **Círculos de cura:** é desenvolvido para os sobreviventes de cancro acederem à saúde, cura e à conexão com o direito à vida nas suas próprias comunidades com a participação de hospitais e clínicas de oncologia a patrocinar.

- **A Arte de Cura de Diário para Insight e Bem-Estar:** criação de um diário para curar o sofrimento emocional do cancro. Aberto a qualquer pessoa com diagnóstico de cancro, companheiros, cuidadores e sobreviventes. As oficinas incluem discussões em grupo de apoio, jornalismo e artes criativas para promover o autocuidado e mudanças positivas.
- **Workshops:** programas para dar resposta ao *stress*: desenvolver habilidades de conscientização e relaxamento. Envolvimento na cura do sofrimento emocional do cancro, são programas desenvolvidos para nove meses;
 - Atenção plena na vida cotidiana: exploração e envolvimento na cura do sofrimento emocional do cancro;
 - Crescendo com Emoções: contactar com o outro, rastreando e fazendo amizade com a paisagem de emoções em constante mudança;
 - Stress e Distress Emocional: identificação do *stress* pessoal e exploração de novas maneiras de adquirir resiliência.
 - Movimentos suaves: aprendizagem do movimento consciente e as práticas respiratórias para aumentar a energia e a calma e diminuir a tensão e a ansiedade;
 - Atenção plena: capacitação dos corpos, mente e espíritos através de práticas conscientes de viver.
 - A arte curativa da colagem: acesso à orientação de cura através da expressão visual da criação de colagem.

4.1.4.5. Image Reborn Foundation

Fundação situada no estado de Utah, EUA oferece retiros de cura para mulheres diagnosticadas com cancro da mama para capacitá-las a viver para além da doença. Foi fundada por uma sobrevivente de cancro da mama e um cirurgião plástico reconstrutivo de mama. A IRF é dedicada ao rejuvenescimento do espírito das mulheres que enfrentam cancro da mama. Os retiros são projetados e facilitados por uma equipa profissional com antecedentes e experiência em abordar as preocupações especiais das mulheres com esta patologia. Não há custos pelo programa que inclui mimos, educação e discussões, camaradagem, redução de *stress* e outras atividades.

4.1.4.6. The Art of Living

Fundada em 1981 pelo Sri Sri Ravi Shankar, The Art of Living é um movimento educacional e humanitário envolvido em iniciativas de gerenciamento de *stress*. A organização opera globalmente em 152 países e atingiu a vida de mais de 370 milhões de pessoas. Os programas são guiados pela filosofia de paz de Sri Sri: "A menos que tenhamos uma mente livre de *stresse* e uma sociedade sem violência, não podemos alcançar a paz mundial". Para ajudar os indivíduos a se livrar do *stresse* e experimentar a paz interior, The Art of Living oferece programas de eliminação de *stresse*. Esta apresentação feita no site diz também que o movimento Art of Living espalhou a paz entre as comunidades através de diversos projetos humanitários, incluindo resolução de conflitos, alívio de desastres, desenvolvimento rural sustentável, capacitação das mulheres, reabilitação de prisioneiros, educação para todos e sustentabilidade ambiental.

PROGRAMA

Happinnes

Voluntários da Art of Living promoveram este programa após os incêndios de junho de 2017 em Pedrógão Grande, Portugal, com a população afetada por este infortúnio. Luís Bomtempo, elemento do movimento, disse que "o programa consistiu na passagem de um conjunto de técnicas de respiração que permitem de forma natural libertar a mente de traumas vividos e passar a ter um dia mais pleno e alegre". Após considerar que a experiência de cancro é também um trauma, defendeu que a Art of Living teria intenção de trabalhar com estes doentes. "Há inclusive vários casos de cura de cancro pela prática da Sudarshan Kriya. Podemos fazer programas de mais dias também com várias práticas e técnicas desde yoga, meditação e técnicas de respiração. Temos capacidade de adaptar desde 3-9 dias dependendo das necessidades que se deseja implementar." E apresenta a proposta: "Um Happiness de 3 horas no primeiro dia e 3.5 horas no segundo e terceiro, entre as 10h00 e as 13h30. Dependendo da hora, deve haver antes uma refeição leve e sem álcool. Poder-se-ia também fazer yoga opcional das 7h-8h no segundo e terceiro dias, e assim podem tomar o pequeno almoço entre sessões." O valor varia entre os 120€ e 170€.

4.2. Justificação de atividades de programas para doentes oncológicos

As associações, empresas e instituições enunciadas no ponto anterior justificam as suas atividades de modo a informar os doentes oncológicos (e de outras patologias) quais os benefícios a curto e a longo prazo na sua saúde e bem-estar.

A estrutura dos 7 Elementos Essenciais da Gawler Cancer Foundation será utilizada como referência base para a fundamentação das atividades a incrementar no Programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos, que será complementada com as informações dadas também por outras entidades promotoras das atividades.

GCF – 1º Elemento: Meditação Regular

Este elemento ajuda na recuperação do corpo no seu estado natural de equilíbrio - a condição ideal para o corpo aproveitar ao máximo a sua capacidade inerente de cura. A GCF defende que as técnicas de meditação são usadas há milhares de anos são derivadas da prática tradicional, a Meditação de Calma Baseada na Atenção (MBSM). Segundo Jon Kabat-Zinn, professor emérito de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts, a atenção plena envolve "prestar atenção de uma maneira particular: com propósito, no momento e sem julgamento". A GCF usa os quatro passos do MBSM - preparação, relaxamento, atenção e quietude. No seu estado natural, o corpo é desenhado para se curar, mas o seu equilíbrio é muitas vezes comprometido pelo *stress*, estilo de vida e fatores ambientais. A GCF afirma que muitos estudos de pesquisa apoiam o papel da meditação na cura e prevenção de desequilíbrios causados pelo *stress*, depressão e diminuição da imunidade que levam a doenças. O caso da meditação regular é ainda fundamentado na prática clínica atual. Jon Kabat-Zinn e Dr. Craig Hassed, clínico geral e chefe do Departamento de Prática Geral da Universidade de Monash na Austrália, introduziram com sucesso a meditação de atenção na terapia de pacientes e agora é uma das terapias complementares mais amplamente aceites por médicos australianos.

A GCF defende que a meditação ajuda a transformar o corpo num estado de equilíbrio, permitindo que a cicatrização ocorra mais facilmente. A meditação regular pode reduzir a frequência cardíaca e a pressão arterial, melhorar o sono e a sua eficácia, reduzir as hormonas que produzem o *stress* e ter uma influência positiva no sistema endócrino. Ao desenvolver a paz mental e reduzir o medo e a ansiedade, o doente pode aumentar o seu sistema imunológico e criar as melhores condições para que o corpo se cure.

HH - Meditação e relaxamento:

A HH defende a aprendizagem no foco da mente para ganhar mais consciência acerca de cada um e dos padrões criados ao longo da vida. Ao alimentar essa consciência e fomentar o autoconhecimento há uma transformação natural na maneira de encarar os desafios. O praticante aprende algumas técnicas para lidar com *stress* e a viver o dia-a-dia de uma forma mais tranquila e equilibrada. A prática de consciência pode trazer uma variedade de benefícios físicos, psicológicos e sociais.

Olha-te

A associação usa a meditação para alimentar a consciência e fomentar o autoconhecimento, alterando a encarar os desafios é totalmente diferente. O praticante vai aprender algumas técnicas que o ajudarão a lidar com *stress* e a viver o dia-a-dia de uma forma mais tranquila e equilibrada.

Art of Living – Happiness

Este é um curso transformador onde se aprende Sudarshan Kriya, uma técnica de respiração libertadora do *stress* acumulado no sistema. O curso inclui técnicas de Mindfulness (respiração e meditação), gestão de mente, redução de stress e ansiedade. É aprendida uma técnica de respiração muito poderosa, a Sudarshan Kriya. Uma técnica de respiração única que nos leva ao ritmo do nosso Ser. A nível celular, cada célula é rejuvenescida com energia e liberta de impurezas. Como resultado desintoxica, limpa o corpo das tensões acumuladas e a mente fica mais clara, calma e focada permitindo mais produtividade e eficiência, energia, saúde e bem-estar geral.

A Arte of Living apresenta também os benefícios deste programa:

- Libertação de tensões físicas, emocionais e mentais
- Maior alegria e entusiasmo
- Aumento da eficiência e da produtividade
- Maior concentração e atenção
- Mais auto-confiança
- Saúde e bem-estar melhorados
- Melhoria das capacidades interpessoais

GCF – 2º Elemento: Boa Alimentação

A fundação constrói uma dieta baseada em plantas orgânicas, criando um ambiente alcalino não amigável às células cancerígenas para sustentar o processo de cura natural do corpo. A premissa é direta: os nossos corpos precisam de alimentos para sobreviver e nós convertemos o que comemos em energia e células. Parece clichê, mas somos o que comemos. Se colocarmos a melhor comida nos nossos corpos, temos mais hipóteses de estes permanecerem saudáveis.

As recomendações dietéticas do Fundo Mundial de Pesquisa de Cancro, segundo a GCF, em relação ao cancro incluem ser o mais magro possível, restringir calorias, comer mais de uma variedade de vegetais, frutas, grãos integrais, além de limitar o consumo de sal, álcool e evitar a todo o custo a carne processada. A OMS afirma que pelo menos 50% dos cancros estão relacionados com a dieta e ao estilo de vida. A má alimentação e a baixa atividade física estão diretamente relacionadas com o risco de cancro.

Os princípios-chave da alimentação saudável são apresentados com informações e pesquisas sobre alimentos, óleos e suplementos anticancerígenos, particularmente a vitamina D. Os participantes experimentarão diariamente uma dieta baseada em plantas e sumos. Demonstrações culinárias práticas mostrarão como adotar com confiança essa dieta e estilo de cozinhar em casa.

HH

Na **Harmony Hill**, ensinam-se os conceitos fundamentais de uma dieta de prevenção do cancro com a explicação básica da associação entre alimentos e cancro. Há a discussão das principais características de uma dieta de prevenção do cancro, cobrindo temas como alimentos de origem animal e vegetal; a atividade anti-inflamatória de gorduras essenciais; o papel do açúcar na saúde; o valor de fito nutrientes coloridos e superalimentados altamente antioxidantes; a importância dos alimentos cultivados organicamente na redução da ingestão de toxinas. Este centro de retiros defende que o nosso ambiente continua a tornar-se mais tóxico através dos alimentos, do ar e do abastecimento de água cheios de contaminantes que podem causar cancro.

São fornecidas pela HH dicas para comer com consciência. Com a falta de tempo no nosso dia-a-dia, muitas vezes come-se “a correr”, demais, emocionalmente ou simplesmente não se come. Nas atividades fala-se sobre os benefícios de comer com atenção e conscientização, juntamente com a forma como se pode começar a comer de

ingredientes que fornecem mais energia e ajudam a estar mais em sintonia com o corpo. Este centro promove também a desintoxicação nutricional através de alimentos.

IRF

São fornecidas refeições personalizadas e educação nutricional para promover uma abordagem positiva sobre os alimentos.

GCF – 3º Elemento: O poder da mente

A fundação promove a reavaliação de crenças, valores fundamentais e a aplicação prática do pensamento positivo para auxiliar o processo de cura do corpo. Já em 400 a. C., explica a GCF, Sócrates disse: "Não se deve tentar curar o corpo sem a alma, pois este é o grande erro dos nossos dias no tratamento do corpo humano, onde os médicos separam o corpo da alma". Acreditam também que o poder da mente pode ter um efeito positivo no sistema imunológico do corpo. A GCF avança que pesquisas atuais na nova subsecção de biologia chamada psiconeuroimunologia suportam a sabedoria antiga, reconhecendo que o corpo e a mente não são entidades separadas. A mente está conectada através dos sistemas nervoso e endócrino ao sistema imunológico e o processo do pensamento não se limita ao cérebro. Como o Dr. Craig Hassed observa no seu livro, *The Essence of Health*, cada parte do nosso corpo comunica com todas as outras partes e as células imunes espelham estados emocionais.

Nas atividades da fundação são exploradas as diferentes maneiras pelas quais a mente pode afetar a capacidade do corpo em se curar, especialmente através do seu impacto no sistema imunológico. Os participantes são ensinados a usar o poder da mente consciente para se concentrar e definir metas claras, fazer escolhas bem informadas e desenvolver um sentido crucial da auto-capacitação no seu caminho para a cura. Nestes programas aprendesse a usar imagens para conversar com o subconsciente corporeamente e imprimir novas mensagens positivas para estimular uma resposta de cura.

GCF – 4º Elemento: A cura emocional

Envolve o processo de libertação de dores do passado e a resolução de emoções negativas para libertar energia emocional e física para aumentar a imunidade. Abrir o coração para experiências positivas e emoções suporta a cura. Emoções saudáveis

como alegria, gratidão, risos e perdão não nos fazem apenas sentir bem como estimulam os processos naturais de cura do corpo e fortalecem o sistema imunológico.

As pessoas com diagnóstico de doença crónica lidam frequentemente com emoções negativas com capacidades destrutivas. O Dr. David Spiegel, diretor do Centro de Stresse e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, concluiu que, embora a depressão crónica e grave esteja associada a uma maior propensão de cancro, há evidências mais fortes de que a depressão acelera a progressão do cancro depois de diagnosticado. Isto porque as emoções negativas afetam o córtex pré-frontal do cérebro prejudicando assim o nosso foco, motivação e capacidade de tomar decisões. Libertar e resolver emoções difíceis pode trazer a paz que vem do encerramento e melhorar a sua qualidade de vida, mesmo se o doente estiver num estágio avançado de cancro. Nos programas é examinada a conexão entre emoções e o BE físico, mental e emocional. É observada a influência das emoções no sistema imunológico e os participantes podem identificar e libertar barreiras que são causadas por padrões emocionais negativos. A natureza e o poder transformador do perdão são um foco importante nessas sessões onde é estudada a maneira de quebrar a história da culpa e usar o perdão para transformar o medo e emoções difíceis, através de técnicas de meditação específicas.

Olha-te

Escrita Criativa: a associação utiliza a expressão escrita como um mapa de ideias, experimentação de sensações e emoções. Através da exploração do potencial criativo e da dimensão lúdica contida na palavra, pretende-se criar um campo aberto à experimentação e ao jogo de ideias na escrita, em clima de confiança, de troca e diálogo.

Olha-Te na Arte: *"A lógica leva-te de A a B, a imaginação leva-te a todo o lado"* Albert Einstein. Neste espaço pretende-se resgatar o potencial criativo, buscando a psique saudável e estimulando a autonomia e transformação interna para a reestruturação do ser. A busca denominada pela associação "Terapia da Arte" é uma maneira simples e criativa para resolução de conflitos internos, é a possibilidade da catarse emocional de forma direta e não intencional.

Ginásio da mente: esta atividade tem o objetivo de resgatar e aprimorar capacidades que são muitas vezes afetadas pelos processos de tratamento das doenças

oncológicas. As capacidades de memorização, concentração, criatividade, vocabulário, raciocínio numérico são treinadas com exercícios simples.

Contemplar música: entre a música clássica e temas ligeiros, neste espaço de tempo sente-se a música e ouve-se uma breve história acerca dela. São feitos apelos para se escutar e perceber certos estados em cada um e como a música pode ser benéfica.

GCF 5º Elemento: A Quest for Meaning

Esta busca e o propósito na vida podem compensar os medos e preocupações da própria mortalidade e ajudar a manter um estado de espírito positivo. A doença grave coloca a morte diretamente nos rostos e, como tal, frequentemente há uma busca pessoal por um significado e propósito mais profundos. Para sobreviver ao cancro ou a outra doença crónica este é um objetivo em si, mas identificar o propósito na sua vida e a razão de viver pode ter um impacto significativo na experiência de vida. Em várias sessões, a fundação convida os participantes a refletir e compartilhar as suas ideias e crenças sobre tópicos relacionados com significado, propósito e espiritualidade: as causas da doença, a jornada de cura e morte onde o foco é expor e abordar o medo que se assenta em torno de um diagnóstico de cancro. A paralisia e o *stress* que isso pode causar afetam a qualidade de vida e comprometem a cura. Os participantes são levados através de um processo para chegar a um acordo com a sua própria mortalidade. O objetivo da GCF é ajudar os participantes a desfrutarem de uma boa qualidade de vida, independentemente de quanto tempo isso possa ser. Esta abordagem é estritamente não-denominacional e não está alinhada com nenhuma religião específica. No entanto, as crenças religiosas que os participantes individuais podem ter são respeitadas.

GCF 6º Elemento: O Exercício moderado.

Este pode ajudar a prevenir e melhorar as taxas de sobrevivência para pessoas com cancro. Serve de apoio na gestão da dor, aumenta a vitalidade, a imunidade e a saúde mental. O World Cancer Research Fund declarou a inatividade física como um fator de risco para o cancro. Muitos tipos de exercícios oferecem uma grande variedade de benefícios e existe uma relação consistente entre o exercício físico regular e a redução do risco de morte durante um determinado período. O exercício moderado regular ajuda a prevenir uma gama de cancros e prolonga a sobrevivência para aqueles já

diagnosticados com a doença. Alguns dos casos específicos incluem o da mama, cólon, pulmão, endométrio e próstata.

A GCF recomenda diferentes períodos de tempo ideais de exercício semanal de modo a obter o máximo benefício. Segundo a fundação, o World Cancer Research Fund recomenda pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias. Outras organizações sugerem pelo menos 4-5 vezes por semana durante 30 minutos para reduzir o cancro de mama, intestino e próstata em 50-60%, incluindo alguma atividade de alta intensidade. A eficácia do exercício está relacionada à sua quantidade, portanto, manter um regime de exercícios regular é crucial. O GCF analisa os casos durante os retiros e programas e são introduzidas uma série de opções para os participantes experimentarem, incluindo yoga e caminhadas.

Olha-te

Pilates na praia é um método completo com inúmeros benefícios para o corpo e para a mente. O objetivo, segundo a associação, é tornar o corpo mais forte e tonificado e ajudar também na libertação de *stress* e da tensão. Corrige e melhora a postura, o alinhamento e consciência corporais, melhora a flexibilidade e a força e trabalha a resistência e a respiração.

FD

Promove desafios ao ar livre para que os participantes superem os seus limites e enfrentem os seus medos, sendo assim capazes de recuperar a sua autoconfiança perdida para o cancro.

RIF

Promove exercícios de movimento suaves e alongamentos através do yoga. As atividades ao ar livre, como caminhadas na natureza são muito promovidas.

GCF: 7º Elemento: Apoio eficaz

É essencial para ajudar as pessoas a lidar com os desafios e incertezas de doenças graves e trabalhar através de estratégias de cura. O apoio de um parceiro é essencial para qualquer pessoa diagnosticada com cancro. A doença traz consigo muitos desafios e incertezas e o apoio apropriado pode influenciar a gravidade e o resultado da doença.

Do ponto de vista prático, defende a fundação, todos reconhecemos que ter apoio pode ajudar a manter um estado mental positivo, reduzir o *stress* e adotar melhores práticas de enfrentamento. O isolamento social, por outro lado, predispõe a toda uma série de doenças, incluindo cancro, e está associado a uma maior taxa de mortalidade.

Durante os retiros e programas os participantes são convidados a analisar o que os apoia no momento de crise para considerar a eficácia das suas redes médicas, sociais e apoio familiar. As sessões de pequenos grupos são incorporadas no programa para fornecer um espaço seguro para briefing, abordar de forma construtiva as dificuldades e desenvolver estratégias, não só para aqueles com cancro, mas também para os seus cuidadores. Participar com um companheiro/cuidador é recomendado. Isso promove a oportunidade de usufruir de algum tempo juntos, abordar questões que enfrentam no papel de cuidar e compartilhar essa experiência. A GFC defende que um dos benefícios dos retiros é que os participantes estão ligados numa experiência comum e compartilhada que modela os benefícios do suporte efetivo.

HH

A Harmony Hill promove grupos de retiro com cerca de 20 indivíduos para participarem em muitas atividades em conjunto. Os grupos de apoio menores incentivam a partilha pessoal, onde os companheiros/cuidadores participam juntos na maioria das atividades.

IRF

Promove grupos de discussão para redescoberta do senso de poder pessoal através de experiências compartilhadas. As discussões em pequenos grupos proporcionam a oportunidade aos participantes a oportunidade de compartilhar experiências, episódios de coragem e compreensão, permitindo que redescubram a sensação de poder pessoal. Esta fundação promove também a oportunidade de visitar em pequenos grupos profissionais de saúde nas áreas dos relacionadas com o tratamento, fisioterapia ou reconstrução pessoal.

5. Concretização do Projeto

Após a análise teórica, como os benefícios das atividades de férias, e a prática, como as melhores ações a implementar, podemos agora concretizar a intenção de criar um Programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológico

Este programa de férias terá a duração de 5 dias, será criada uma agência de turismo/ empresa de animação turística especializada que atuará na zona Centro e é destinado a doentes oncológicos que tenham já adquirido alguma mobilidade/independência com possível inclusão de cuidador/familiar.

Como visto no ponto anterior, as atividades analisadas e a aplicar foram realizadas em Portugal, Austrália, Estados Unidos da América e em mais 152 países onde a organização Arte de Viver está inserida. Sem conseguir perceber o número exato, os beneficiários destes programas foram essencialmente doentes oncológicos, em várias etapas do CVTM, jovens vítimas de cancro, mulheres com cancro da mama e cuidadores/familiares. Foram promovidos por médicos, ex e atuais enfermeiros, psicólogos clínicos, professores de atenção e competência integrada, fundações, empresas de animação turística, associações, centros de retiro não médico e movimentos. O período de atividades entre os 3 dias e os 9 meses. Entre os programas, existia lista de espera e alguns eram promovidos gratuitamente ou com descontos.

Entre as atividades estudadas foi fácil perceber a necessidade de inclusão de vários tipos de exercício físico redutor de *stress*, mas com impacto no BE e florescimento do paciente. De seguida enunciamos as atividades a implementar:

- O **exercício físico**, como as caminhadas na natureza, serve de apoio na gestão da dor, aumenta a vitalidade, a imunidade e a saúde mental;
- A **meditação** é entendida como ferramenta para que o corpo recupere o seu estado natural de equilíbrio. Ao desenvolver a paz mental o doente pode aumentar o seu sistema imunológico e criar as melhores condições para que o corpo se cure. Liberta tensões físicas, emocionais e mentais, aumenta a eficiência e a produtividade, a concentração e atenção e a autoconfiança;
- O **Pilates e Yoga** são tidos como redutores de *stress* e de tensão, corrigem e melhoram a postura, o alinhamento e consciência corporais, melhora a flexibilidade e a força e trabalha a resistência e a respiração. A atividade física deve também ser tida em conta nos percursos e duração das visitas culturais, pois devem respeitar os níveis de fadiga;

- A **expressão criativa** é tida também como processo importante para o florescimento pessoal através da contemplação e criação de arte, brasões, pintura, diário e colagens, escrita criativa, poesia, música, dança e uma sessão de fotografias no final do programa;
- Um dos mecanismos para manter um estilo de vida saudável é o **cuidado com a alimentação**, as sessões para o uso medicinal e terapêutico da nutrição foi um ponto importante nos diversos programas de atividades. Mas concretamente no aprofundamento da alimentação consciente, desintoxicação nutricional e em dietas de prevenção do cancro;
- A **partilha** é uma das chaves para o sucesso de um programa de atividades para doentes oncológicos. Não só pelo facto de evitar o isolamento social e todas as complicações que lhe são inerentes, as experiências de partilha proporcionam a oportunidade de partilhar experiências, episódios de coragem e compreensão.

Tabela 5.1 Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos

	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	
7h - 8h	Chegada a Lisboa e Passeio/Almoço Lisboa	Meditação	Caminhada na praia com pilates e almoço	Dia Livre	Meditação	Meditação	
9h - 10h		Ida a Fátima			Centro Interpretativo de Aljubarrota	Ida às Grutas da Moeda - Fátima	Visita Museu José Malhoa
11h - 12h							
13h - 14h							Jantar e sessão de dança
15h - 16h	Sessão de descompressão (caminhada/pilates)	Contemplação de música	Sessão de Yoga		Jantar e conclusão do Brasão de esperança		
17h - 18h	Ao jantar serão entregues os desafios para a criação do brasão de esperança/outras memórias					Jantar	
19h - 20h							
21h - 22h							

5.1. Planos De Ação

Os planos de ação destinam-se a identificar problemas que o nosso país e região Centro apresentam enquanto destino que pretende introduzir-se no mercado de turistas oncológicos. Servem também para identificar potencialidades a apostar para se tornar um destino forte e diferenciador.

Tabela 5.2 Plano de Ação I – Turismo Acessível e Inclusivo

Plano de Ação I – Turismo Acessível	
O que fazer	<ol style="list-style-type: none">1. Promover na região Centro a cultura de Turismo Acessível e Inclusivo;2. Desenvolver parcerias com intermediários nos países desses turistas para que a vinda seja mais facilitada;3. Apresentar todas as valências da região (gastronomia, história, património...)4. Apresentar as capacidades da região para receber turistas com necessidades especiais;5. Associar a cadeia de valor turística e social à causa acessível e inclusiva;6. Constituir uma Rede Regional de Turismo Acessível e Inclusivo
Como	<ol style="list-style-type: none">1. Formular um modelo de intervenção facilitador da ultrapassagem dos principais obstáculos ao desenvolvimento deste tipo de turismo;2. Promover e desenvolver produtos turísticos diferenciadores, mas com acento tónico no turista;3. Conceder privilégios fiscais às empresas que apostam no TA;4. Financiamento para os turistas;5. Sensibilizar as comunidades ao acolhimento acessível
Responsável	Entidades Governamentais (TCP; TP), municipais e privadas
Quando	Contínuo
Orçamento	A definir

O Turismo Acessível define-se como a permissão a que as pessoas com necessidades de acesso, mobilidade, visão, audição e dimensões cognitivas possam funcionar de forma independente e com acesso universal de produtos, serviços e ambientes. Este mercado está a tornar-se interessante para Portugal, pois as entrevistas e a pesquisa realizada sobre o Projeto BRENDAIT apresentam a intenção em trabalhar com este mercado. A anterior aposta das diferentes entidades públicas e privadas da região Oeste no Turismo Sénior facilitam a inclusão deste tipo de turistas com diversas limitações.

O principal responsável pela divulgação deste mercado será o Governo, como já o faz com os vídeos promocionais do TCP. Cabe-lhe também a decisão em conceder benefícios a empresas e ajudas aos turistas com necessidades especiais. Poderia também promover o TA em parceria com privados de modo a que seja divulgado também o trabalho feito nas adaptações para este público. Estas adaptações devem responder a toda uma estrutura de facilitadores de mobilidade, inclusivos e de programas para este mercado. Deverão ter programas adequados a atividades para os turistas com necessidades especiais e de resposta a eventuais contratemplos.

Os mercados a apostar para este segmento são o Centro e Norte da Europa pela questão económica e cultura de responsabilidade social. O seu crescente interesse em Portugal pode ser uma mais valia. Destes, fomentar-se-ia a vinda de belgas, holandeses, alemães, ingleses, suíços, franceses, italianos, espanhóis e escandinavos.

Tabela 5.3 Plano de Ação II – Programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos

Plano de Ação I – Programa de Férias para Doentes Oncológicos	
O que fazer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criação de uma empresa de animação turística/agência de viagens especializada nesta atividade 2. Promover a região Centro como destino para doentes oncológicos; 3. Desenvolver parcerias com intermediários nos países desses doentes para que a vinda seja mais facilitada; 4. Apresentar todas as valências da região (gastronomia, história, património...) 5. Desenvolver novas ideias e capacidades para a região receber turistas oncológicos; 6. Associar a cadeia de valor turística e social ao panorama do turista oncológico; 7. Adequar programas turísticos às reais necessidades dos doentes oncológicos.
Como	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formular um modelo de intervenção facilitador da ultrapassagem dos principais obstáculos ao desenvolvimento deste tipo de turismo; 2. Conceder privilégios fiscais às empresas que apostam em programas de férias para doentes oncológicos; 3. Financiamento para os turistas acederem aos programas; 4. Promover as condições hospitalares e de saúde da região.
Responsável	Entidades Governamentais (TCP; TP), hospitalares e privadas; Entidades internacionais
Quando	Contínuo
Orçamento	A definir

Para criar uma base onde se possam desenvolver estes programas de atividades, é necessário criar uma empresa de animação turística/agência de viagens especializada

nesta atividade. Os doentes oncológicos ainda são um público pouco explorado no que toca às atividades de férias. Contudo, pelas definições que nos foram surgindo, integram-se na categoria do TA. A falta de experiência neste nicho de mercado é, sem dúvida, um ponto fraco do programa, mas é também uma oportunidade para desenvolver novas ideias, conteúdos e infraestruturas adequadas a estes turistas.

Também é referido pelos entrevistados do Projeto BRENDAIT que a aposta no Programa de Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos será uma mais valia para a região. O esforço financeiro feito pelos doentes durante os tratamentos e a legislação que promove o direito de viagem e lazer a todas as pessoas são dois pontos fulcrais para que sejam encontradas, principalmente pelo Governo, formas de financiamento das atividades. Este “investimento” sério nos programas de férias poderia depois reduzir os custos em outros tratamentos, como a depressão, que em muitos casos não se cinge apenas no doente, mas também aos seus cuidadores e familiares.

Há que procurar entidades parceiras de outros países que possam também eles divulgar estes programas de férias aos seus doentes. Estes países alvo terão de ter uma elevada responsabilidade social de modo a que seja fácil entender a necessidade de proporcionar aos doentes oncológicos uma experiência de férias, e entre estes países encontra-se a Holanda, Finlândia, Dinamarca.

Há a necessidade de estar presente nas redes sociais. Um desses mecanismos é a presença na TUR4all Portugal, uma Plataforma e Aplicação móvel (Android e iOS) de informação e divulgação da oferta turística acessível em Portugal, a qual contribuirá para captar novos segmentos da procura, melhorar a experiência turística das pessoas com necessidades especiais, para além de concorrer para o desígnio de Portugal como destino turístico.

O carácter social desta atividade é talvez um dos papéis com maior importância. Durante todo o processo pós-diagnóstico o doente sofre um enorme esforço financeiro, e para este programa deveram ser encontrados mecanismos que atenuem (ou evitem) o custo deste programa de férias

5.2. Conclusão

De forma a ser possível responder aos objetivos definidos nesta dissertação, foi necessário ter em conta as questões teóricas e práticas que foram desenvolvidas ao longo do trabalho. Ao longo do trabalho são dadas respostas para a concretização eficiente do objetivo de criar um projeto de férias para doentes oncológicos onde o destino englobe uma gama de atrações, bens e serviços adequados às necessidades específicas para estes turistas.

Ao analisar as melhores práticas a aplicar neste programa de férias, as atividades complementares aos tratamentos convencionais como a meditação, yoga, caminhadas são altamente recomendadas, mas nunca descorando as terapias tradicionais. É de salientar que este é um programa de férias, não um programa de tratamento, no máximo podemos ter um papel preponderante na saúde mental do doente durante a fase prematura do pré-diagnóstico com a contribuição de uma “luz ao fundo do túnel”, uma nova esperança, a quando da preparação da viagem. As atividades redutoras de *stress* e promotoras de florescimento pessoal acompanhadas de atividade física adequada às condições destes turistas são o caminho a seguir. Esta oferta deve ser feita através de pacotes de viagem, o que permite ao doente ter uma maior segurança em relação às férias organizadas individualmente.

Depois de recuperar de alguma mobilidade e independência, o doente pode participar neste programa de férias. Na primeira instância da concretização deste projeto, a atividade seria dirigida aos doentes que já estavam curados da doença. Contudo, a conclusão é a de que apesar de muitos não ficarem 100% livres da doença conseguem, nas várias fases do ciclo de vida do turismo médico, ter já algum nível de capacidade (independência, mobilidade) em participar num programa de férias, quer na sua preparação – um ponto importante para dar um novo objetivo e propósito de vida -, quer na participação nas atividades.

As principais motivações para um doente oncológico participar numa atividade de férias podem centrar-se em duas frentes. A perspetiva turística, na mudança de ambiente, no relaxamento ou em viajar para um clima mais quente; e na saúde, na busca de uma rutura com o regime de tratamento, na reconstrução da confiança ou a luta contra a depressão. Podemos depois apontar as restrições em diferentes áreas: saúde, atitudes, isolamento social, financeiro, jurídico e de comunicação. Encontramos assim as barreiras intrínsecas, diretamente ligadas ao funcionamento cognitivo, físico (perda de cabelo e cicatrizes cirúrgicas) e psicológico, as barreiras ambientais, consequência de

limitações externas; e as barreiras interativas, decorrentes da interação entre o destino e o turista.

A pesquisa teórica e prática apresentou-nos como benefícios de viagem as melhorias espirituais, educativas e culturais, psicológicas, sociais, de identidade pessoal, qualidade de vida e bem-estar e na recuperação da independência e confiança. Também o divertimento, crescimento e desenvolvimento pessoal e redução de *stress* são objetivos a procurar a quando de uma atividade de férias, fornecendo também bases para o bem-estar físico e a elevação espiritual. A sensação de liberdade/fantasia e de normalidade no meio do caos promovida pela programação da viagem implica que os efeitos psicológicos das férias possam estender-se além do próprio ato e sejam tão significativos na fase de planeamento e antecipação da atividade, com a inclusão de novas esperanças, otimismo e ideias de como avançar com a vida. A criação de álbuns de recordações sobre a atividade de férias (fotografias, brasões) pode descrever e relembrar ao doente as mensagens de esperança que os momentos vividos durante o programa lhe trouxeram. Mas o principal benefício das férias será a concretização dos motivadores de viagem de cada doente.

À esperança é atribuído o poder de ser capaz de modificar a vida através de uma relação forte entre a psique e o físico, integrando uma forte componente motivacional, e o sentido de vida e da própria existência. Deve ser influenciada por quem lhe presta serviços/cuidados. Não é o aumento do limite de vida, mas um instrumento promotor da qualidade de vida, o que, por si só, em muitos casos, ultrapassa o limite de vida estipulado pelo médico. O objetivo é promover o viver um dia de cada vez e dar importância a cada momento tornando as experiências ricas, conciliá-las com a vida e fazer os doentes viverem para além da doença. Dar a oportunidade de ter a capacidade para fazer as mesmas coisas que as outras pessoas, como uma atividade de férias. Se os outros podem, eu não posso porquê? É a diferença entre viver de forma integra ou entregar-se ao destino fatal.

Por não haverem muitos estudos referentes à ligação entre os doentes oncológicos e as atividades turísticas, tive de fazer uma pesquisa mais alargada para encontrar um método de conjugação entre eles. Ao analisar as condições e limitações de uma vítima de cancro, procedi depois à ligação desses resultados com as condições de doentes com outras patologias – como o público alvo do Turismo de Saúde e Bem-Estar e do Turismo Acessível. Percebi também que a promoção do Bem-Estar Subjetivo aponta para a avaliação global do indivíduo, não apenas a ausência de fatores negativos à saúde, mas também a promoção de medidas positivas, de prevenção. E sendo o ser

humano capaz de avaliar permanentemente as circunstâncias da vida e de si mesmo, é lógico proporcionar ao turista oncológico experiências emocionais agradáveis de modo a aumentar a probabilidade para encarar a vida como sendo algo desejável e positivo.

A fim de serem considerados como "florescentes", os indivíduos devem experimentar emoções positivas como comprometimento e propósito, otimismo e resiliência. Devemos encarar este processo ativo como uma representação maior que a mera ausência de doença mental.

Se antes de lhe ser diagnosticada a doença o doente oncológico valorizava a experiência turística, com este projeto pode-lhe ser dada a oportunidade de voltar ativamente à experiência turística, à percepção de uma vida normal, podendo aumentar a sua qualidade de vida. Como se percebeu ao longo do trabalho, as concretizações das motivações de viagem dependem também de fatores como a satisfação com os serviços de viagem, as reflexões de viagem, as diferentes fases da mesma, o tempo de permanência e os objetivos de lazer. Para corresponder a estes objetivos, as atividades têm de ir ao encontro do bem-estar eudemónico, ou seja, indo ao encontro de oportunidades para o crescimento pessoal, autodesenvolvimento e sentimentos de competência, em detrimento do prazer meramente momentâneo.

Devido às suas características, é possível inserir os doentes oncológicos na esfera do Turismo Acessível, se tiver, por exemplo, necessidade de mais locais para descanso e de acessibilidade, tal como um serviço que permita aos doentes se sentirem incluídos (sem receberem olhares de estranheza ou pena devido aos sinais deixados pelos tratamentos). Mas há também a necessidade de um maior trabalho de qualificação da oferta turística para integrar estas competências, para se ir além das "rampas de cadeiras de rodas". Contudo, há a vantagem da capacidade de acolhimento do povo português e a sensibilidade para o inclusivo, como exemplo das ofertas no turismo sénior.

A nível regional, este programa tem potencial para ser uma aposta turística. Ao longo do trabalho foi revelada esta intenção por todos os intervenientes. O programa de férias para doentes oncológicos não só leva à criação de um novo nicho de mercado como também a possibilidade de criar mais opções para o problema da sazonalidade – fora dos meses de verão. Apesar de o sol ser benéfico para os doentes oncológicos, a exposição em demasia não é, de todo, aconselhada, e o nosso clima permite ter sol e temperaturas amenas durante praticamente todo o ano, o que seria também uma mais valia para estes turistas. Mas há que ir mais além e não pensar só nos doentes, mas também nas famílias. Estas têm de se sentir bem e não serem prejudicadas pelo

problema de um dos familiares, e que esse membro não se sinta mal por estar a limitar a família. A resposta tem de ser adequada a todos.

Este trabalho pode ser tido como um fator diferencial em relação a outros destinos similares (como de sol e mar) promovendo assim um desenvolvimento sustentado do território que tem já excelentes condições naturais em termos de recursos endógenos para criar um destino acessível e inclusivo. O desenvolvimento de produtos turísticos diferenciadores com foco no turista deve ser tido em conta de modo a atrair para o território aquele que procura experiências únicas.

Ao investigar as atividades da Associação Olha-te e de empresas de promoção turística foi possível observar o melhor tipo de programas a adequar aos doentes oncológicos – quer o tipo de atividades, duração e localização. O estudo do projeto BRENDAIT deu-nos uma perceção da oferta de Turismo Acessível que existe na região e o modo pelo qual os parceiros podem ser úteis a este programa de férias – quer pela sua prestação de serviços e disponibilização de infraestruturas adequadas. A também colaboração com a Accessible Portugal e o Turismo do Centro de Portugal permitiu-nos reforçar a real intenção de apostar neste novo nicho de mercado na nossa região.

O feedback de quem já participou nestas atividades foi francamente positivo. Apesar do nervosismo antes das férias, a felicidade dava energia às turistas para participarem na atividade da Olha-te. A participação neste programa deu-lhe oportunidade de voltar a fazer férias, pois não tinham realizado nenhuma atividade do género pós diagnóstico. Para além da intenção de repetirem uma atividade de férias, a recomendação a outros doentes oncológicos foi um denominador comum entre as participantes.

5.3. Limitações Estudo

Tal como em qualquer trabalho, existem sempre limitações intrínsecas e/ou extrínsecas a nós, embora com níveis diferentes. Este trabalho também possui as suas, mas esperemos que possam ser retificadas em estudos futuros.

A sensibilidade do tema. A invasão da privacidade do doente será sempre uma limitação a ter em conta em trabalhos deste tipo. Falar do cancro é mexer num trauma pessoal, o remexer em emoções negativas da pessoa. À conclusão deste trabalho terão sido adquiridas ferramentas para que de futuro se possa fazer uma abordagem mais extensa ao programa de férias feito por doentes oncológicos, mas sempre sem se interiorizar demasiado nas emoções negativas do doente.

A falta de trabalhos teóricos sobre a temática cancro e turismo foi a principal limitação, mas ao mesmo tempo o grande tónico. Os artigos científicos relacionados com o turismo e saúde, que se possam caracterizar com a temática dos doentes oncológicos, são antiquados. Teve de se fazer uma análise às características dos doentes oncológicos e conjuga-las com as necessidades de outras patologias. A falta de atividade similar em Portugal dificultou a pesquisa, quer para o próprio programa, como na perceção dos doentes em termos de participação (caso excecional é a atividade anual promovida pela associação “Olha-te”, que foi o ponto de partida para este trabalho).

O próprio estado embrionário na implementação do projeto BRENDAIT levou à conseqüente falta de informação dos próprios intervenientes sobre o impacto que esta atividade lhes poderia trazer diretamente (apesar de concordarem que seria uma boa aposta de mercado).

5.4. Recomendações para Investigações Futuras

De todas as perceções de que ficamos do que se pode fazer tendo como ponto de partida este trabalho, uma investigação mais extensa, profunda e madura da experiência de férias para doentes oncológicos é um trabalho considerado obrigatório.

Devemos entender de forma aprofundada as motivações, barreiras, necessidades e intenções dos doentes oncológicos quando viajam, através da entrevista a turistas internacionais que fazem programas de férias similares nos seus países e fora deles.

Tendo em conta esta última recomendação, creio ser justo afirmar que um programa deste género demora tempo a amadurecer. Avaliar os efeitos das férias nos participantes a médio prazo é essencial para desenvolver o projeto de forma adequada e sustentada. Criando relatórios sobre o participante logo no término da viagem e passados seis meses ou um ano, será uma boa opção para recolher dados sobre a influência das atividades deste programa nos doentes oncológicos que nele participam.

Podemos também perceber as intenções de entidades em abraçar projetos de férias para doentes oncológicos pelo território nacional, e adequar as diferentes ofertas dos territórios às necessidades dos doentes oncológicos. A intenção do Instituto Português de Oncologia, Fundação Champalimound – e outras organizações – em promover e aprofundar este tipo de programas.

Trabalhar também ao nível das alterações que este programa pode trazer aos cuidadores/familiares dos doentes oncológicos, na perspetiva em que o doente viaja e a família descansa, e na possível criação de um programa de atividades de férias para o doente e as famílias, onde nem a família fique prejudicada pelas “incapacidades” do doente, nem o doente melindrado pelas limitações que causa à família.

Pesquisas futuras podem investigar os efeitos de moderação de outras variáveis do tipo institucional, tais como viagens onde o turista tem que percorrer viagens curtas ou longas para chegar ao destino, viagens de diferentes tipos (cruzeiros versus viagens de praia), entre outros.

Uma das provas da validade deste projeto e a necessidade da sua continuação são as seleções de que já foi alvo. Ao ser escolhido entre os 10 finalistas do concurso “Empreend’Oeste”, promovido pela associação empresarial Óbidos. Com a ideia de projeto irá receber apoio na elaboração do plano de negócios e plano de marketing, assim como apoio na criação e constituição da empresa, apoio e disponibilização de página internet e correio eletrónico e acompanhamento técnico, jurídico e contabilístico, integrando o projeto “Oeste Mentoring”. A fase inicial decorre até final no mês de maio de 2018.

A candidatura ao Tourism Creative Factory foi também aprovada. Este projeto promovido pelas Escolas de Turismo de Portugal insere-se na iniciativa Tourism Training Talents, premiada pela Organização Mundial do Turismo em 2018 e é uma iniciativa de aceleração, criada pela Rede de Escolas do Turismo de Portugal. A primeira etapa do processo de capacitação e de desenvolvimento dos projetos é o *Bootcamp* a realizar durante o mês de abril.

Foi também válida a candidatura à 3ª edição do Prémio José Manuel Alves, promovido pela Entidade Regional do Turismo do Centro de Portugal. Este Concurso de Empreendedorismo Turístico, está destinado à deteção e apoio a projetos inovadores no setor do Turismo com implementação na região Centro de Portugal, através do qual se pretende consagrar a melhor ideia de negócio no setor.

Este projeto foi também selecionado para uma apresentação em Roterdão, na Holanda, a decorrer no mês de abril de 2018, no âmbito do projeto de Empreendedorismo Social para a Jovens Europeus (Social Enterprenership for Youth In Europe), divulgado na região Oeste pela AIRO – Associação Empresarial da Região Oeste.

6. Bibliografia

ABRANJA, N., ALCÂNTARA, A., A.; BRAGA, C. N., MARQUES, A. P., e NUNES, R. (2012). *Gestão de Agências de Viagens e Turismo*; Editora Lidel;

ALBERONI, F. (2002). *A Esperança*. (Tradução de J. Valente). Lisboa: Betrand Editores;

ALMEIDA, P. J. S. (2003). *A Contribuição da Animação Turística para o Aumento das Taxas de Ocupação de Uma Região*; Dissertação de Mestrado Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro;

ARDELL, D. B. (1977). *High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease*. Emmaus, PA. Rodale Press;

ARREIGOSO, V., (2017, agosto 19). Terapêuticas não convencionais duplicam risco de morte por cancro. *Expresso*, 22.

BARRON, P. (1996). *Cancer. A Comprehensive Guide to Effective Treatment*. Element Books Limited: Dorset;

BENNETT, M., KING. B., MILNER L. (2004). *The Health Resort Sector in Australia: A Positioning Study*. *Journal of Vacation Marketing* 10(2): 122–137;

BENTO XVI (2007). *Salvos na Esperança. Carta Encíclica de Bento XVI*. 2ª ed. Prior Velho: Paulinas Editora;

BENTO, L. (2014). *Turismo Médico em Portugal: oportunidade vs desafio*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Turismo e Tecnologia do Mar;

BOWLING, A. (1995) *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, 2nd edn, Open University Press, Milton Keynes;

BRADBURN, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Alpine;

BROHN P. (1987). *The Bristol Programme*. Centur. London;

BUSHELL, R., & SHELDON, P. J. (2009). In R. Bushell, & P. J. Sheldon (Eds.), *Wellness and tourism: mind, body, spirit, place* (p. c2009). Elmsford, NY: Cognizant Communication;

C.A.R.E. (2005). *Turismo Accessibile e Cliente con Bisogni Speciali. Strumenti di comunicazione per il mercato*. Interreg IIIB area Cades;

- CABALLERO, S. D., e MUGOMBA, C. (2007). *Medical Tourism and its entrepreneurial opportunities – A conceptual framework for entry into the industry*, Göteborg University, School of Business, Economics and Law, Master Thesis;
- CAMPBELL, A. (1976). Subjective measures of well-being', *American Psychologist*, Vol. 31, No. 2, pp. 117-124;
- CARRERA, P.M., and BRIDGES, J.F.P., (2006). *Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism*. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), pp. 447-54;
- CARVÃO, S. (2009). *Tendências do Turismo Internacional*; OMT;
- CAVINATO, J. L., & CUCKOVICH, M. L. (1992). *Transportation and Tourism for the Disabled: An Assessment*. *Transportation Journal*, 31(3), 46–53;
- CLARK, N., & CLIFT. S., (1994). *A Survey of Student Health and Risk Behavior on Holidays*. *Abroad. Travel, Life-styles and Health Working Paper No. 3*, Canterbury Christ Church College;
- CLARK N, & CLIFT S. (1996). *Dimensions of holiday experience and their health implications. A study of British tourists in Malta*. In *Health and the International Tourist*, Clift S, Page S f. (eds). Routledge: London; 108-133.;
- CLOUJ. J., (1999). Give them the break of their lifetime. *Telegraph Travel* 1 May T11;
- COSTA, S. I. S. S. da (2011). *Certificação da Qualidade no Turismo – Estágio na Sociedade Geral de Superintendência (SGS)*. Relatório de Estágio de Mestrado apresentado à Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril;
- CUMMINS, R. A., ECKERSLEY, R., PALLANT, J., VAN VUGT, J., & MISAJON, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian unitywellbeing index. *Social Indicators Research*, 64, 159–190;
- CUNHA, L. (2006). *Turismo de Saúde – conceitos e mercados*; *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Estudos e Ensaios*, nº10, p. 79-84, Universidade Lusófona;
- CUNHA, L. (2013). *Economia e Política do Turismo*; 3º Edição, Lidel;
- CHUN-CHU, C., PETRICK, J.F., SHAHVALI, M. (2016). *Tourism Experiences as a Stress Reliever: Examining the Effects of Tourism Recovery Experiences on Life Satisfaction*. *Journal of Travel. Research* 2016, Vol. 55(12) 150-160;

- CROMPTON, J. (1979). *Motivations for Pleasure Vacations*. *Annals of Tourism Research* 6:408–424;
- DANN, G. (1976). *The Holiday was Simply Fantastic*. *The Tourist Review* 31(3):19–23. 1997. Anomie, Ego-enhancement and Tourism. *Annals of Tourism Research* 4:184–194;
- DANN, G. M. S. (2001). *Senior tourism and quality of life*. *Annals of Tourism Research*, 28, 235–238;
- DANN, G. M. S. (2012). *Tourist motivation and quality-of-life: In search of the missing link*. In M. Uysal, R. R. Perdue, & J. M. Sirgy (Eds.), *the handbook of tourism and quality of life research* (pp. 233–250). Dordrecht: Springer;
- DELOITTE. (2013). *Tourism: jobs and growth. The economic contribution of the tourism economy in the UK* (London, United Kingdom)
- DIENER, E. (1984). *Subjective well-being*. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575;
- DIENER, E. (1994). *Assessing subjective well-being: Progress and opportunities*. *Social Indicators Research*, 31, 103–157;
- DIENER, E., & SELIGMAN, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 1 (1);
- DIENER, E., & SUH, E. (1997). *Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators*. *Social Indicators Research*, 40, 189–216;
- DOLNICAR, S., YANAMANDRAM, V., & CLIFF, K. (2012). *The contribution of vacations to quality of life*. *Annals of Tourism Research*, 39(1), 59–83;
- DRIVER, B.L. (2008). Why outcome-focused management is needed. In B.L. Driver (Ed.), *Managing to optimize the beneficial outcomes of recreation* (pp. 1—17). State College, PA: Venture;
- DUGGLEBY, W., HICKS, D., NEKOLAICHUK, C., HOLTSLANDER, L., WILLIAMS, A., CHAMBERS, T., et al. (2012). *Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1211-1223;
- DUNN, H. L. (1959). What High-level Wellness Means, *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 50, pp. 447-457⁰;
- EISER, C. (1993). *Growing up with a chronic disease. The impact on children and their families*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd;

- ELLIOTT, J. (2005). *What have we done with hope? A Brief History*. In: J. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary Perspectives on Hope*. (1^a ed., pp. 3-45). New York: Nova Science Publishers;
- EMMONS, R., & MCCOLLOUGH, M. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective wellbeing in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377—389;
- FAULKNER, A., PEACE, G., & O'KEEFE, C. (1995). *When a child has cancer*. London: Chapman & Hall;
- FERLAY, J., SOERJOMATARAM, I., ERVIK, M., DIKSHIT, R., ESER, S., MATHERS, C., et al. (2012). GLOBOCAN^gbd v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013;
- FERREIRA, T. Z. D. (2011a). *Turismo Internacional – Uma Tendência de Globalização?* Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Lisboa;
- FERREIRA, R. (2011b). *Turismo de Saúde em Portugal: Turismo médico e turismo de bem-estar*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa. ISCTE Business School;
- FODNESS, D., & MURRAY, B. (1997). *Tourist Information Search*. *Annals of Tourism Research*, 24, 503–523;
- FRANKL, V. E. (2010). *Em busca de sentido* (Traduzido por W.O. Schlupp e C. Aveline). 29^a ed. (ed. Rev.). Petropolis: Vozes. (Original publicado em 1984);
- FROST, G.J., (2004). *The spa as a model of an optimal healing environment*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10 (1), 85–92;
- FUCHS, M. & WEIERMAIR, K. (2004). Destination benchmarking: An indicator-system's potential for exploring guest satisfaction. *Journal of Travel Research*, 42, 212-225;
- GILBERT, D., & ABDULLAH, J. (2004). *Holidaytaking and the sense of well-being*. *Annals of Tourism Research*, 31(1), 103–121;
- GLOBAL BURDEN DISEASES. (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724;
- GOODRICH, JN., GOODRICH, GE. (1987). *Health care tourism, an exploratory study*. *Tourism Management* 8(3): 217–22;

- GRAHN, P., & STIGSDOTTER, U. A. (2003). Landscape planning and stress. *Urban Forestry and Urban Greening*, 2, 1–18. doi:10.1078/1618- 8667-00019;
- GREER, S., T. MORRIS, AND PETTINGALE, A. (1979). Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. *Lancet* 2(8146):785–787;
- GROOPMAN, J. (2003). *The Anatomy of Hope. How people prevail in face of illness*. New York: Random House, Inc;
- HALL, CM. (1992). Adventure, Sport and Health Tourism. In Special Interest Tourism Weiler B, Hall CM (eds). Bellhaven Press: London; 141–158;
- HALL, D. & BROWN, P. (1996). *Towards a welfare focus for tourism research*. Progress in Tourism and Hospitality Research 2: 41-57;
- HANLON, P., CARLISLE, S., & HENDERSON, G. (2013). *Consumerism: Dissatisfaction guaranteed understanding well-being* (pp. 1e11). Glasgow, United Kingdom: Glasgow University;
- HARTIG, T., MANG, M., & EVANS, G. W. (1991). Restorative effects of natural environment experiences. *Environment and Behavior*, 23, 3–26. doi:10.1177/0013916591231001;
- HARTWELL, H., HEMINGWAY, A., FYALL, A., FILIMONAU, V., & WALL, S. (2012). *Tourism engaging with the public health agenda: can we promote 'wellville' as a destination of choice?* *Public Health* (Elsevier), 126(12), 1072 e 1074;
- HAMMITT, E. (1980). *Outdoor Recreation: Is It a Multiphase Experience?* *Journal of Leisure Research* 12 (1980): 107–115;
- HAULOT, A. (1981). *Social tourism: Current dimensions and future developments*. *International Journal of Tourism Management*, 2(3), 207–212;
- HERTH, K (2005). State of the Science of Hope in Nursing Practice: Hope, the nurse, and the patient. In: Elliot, Jacklin (Ed) *Interdisciplinary Perspectives on Hope* (pp.169-211). New York: Nova Publishers;
- HOROWITZ, M. D., ROSENSWEIG, J., and JONES, C. A. (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *Mindscape Gen. Med.* 9(4):33;
- HUNTER-JONES, P. (2003). *The Perceived Effects of Holiday-taking Upon the Health and Wellbeing of Patients Treated for Cancer*. *International Journal of Tourism Research* 5:183–196;

- HUNTER-JONES, P. (2004). *Young People, Holiday-Taking and Cancer: An Exploratory Analysis*. *Tourism Management* 25:249–258;
- HUNTER-JONES, P. (2005). *Cancer and Tourism*. *Annals of Tourism Research*, Vol.32, No 1, pp.70-92, 2005;
- HUPPERT, F.A., & SO, T. (2009, July). *What percentage of people in Europe are flourishing and what characterizes them*. In IX ISQOLS Conference. Florence;
- HUPPERT, F., & So, T. (2013). "Flourishing across Europe: Application of a new conceptual frame- work for defining wellbeing". *Social Indicators Research*, 110(3), 837—861;
- ISTAT (2012). *Inclusione sociale delle persone con limitazione dell'autonomia personale*. Roma: Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- JACKSON, E., D. CRAWFORD, AND G. GODBEY. (1993). *Negotiation of Leisure Constraints*. *Leisure Sciences* 15:1–11;
- JACKSON, E., and BURTON. (1999). *Leisure Studies: Prospects for the Twenty-First Century*. State College PA: Venture Publishing;
- JOHNSON, S., (2017). *Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival*. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, Volume 10, Issue 1, 1 January 2018, Pages 121-124. Published: 10 August 2017.
- KAPLAN, R., & KAPLAN, S. (1989). *The experience of nature: a psychological perspective*. Cambridge, England: Cambridge university press;
- KEENAN, B. e MCCARTHY, J. (1999). *Between Extremes*. Transworld Publisher: London;
- KELLERT, S. R., & WILSON, E. O. (1993). *The biophilia hypothesis*. Washington, DC: Island Press;
- KELLY, J. R. (1985). *Recreation business*. New York: John Wiley & Sons;
- KERFOOT RW. 1994. *To Analyze the Feasibility of Introducing a Doctors (GP's) Referral Scheme at Newmarket Sports Centre*. University of Salford: Salford;
- KESAR, O. and RIMAC, K. (2011). *Medical tourism development in Croatia, Zagreb* *International Review of Economics & Business*, Vol. 14, pp. 107-134;

- KEYES, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95—108;
- KOTLER, P., & BLOOM, P. H. (1984). *Marketing professional services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;
- KOTLER, P. & KELLER, K. (2006). *Marketing Management*. 12th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- KONU, H., TUOHINO, A., & KOMPPULA, R. (2010). *Lake Wellness e a practical example of a new service development (NSD) concept in tourism industries*. *Journal of Vacation Marketing*, 16(2), 125e139;
- KRIPPENDORF, J. (1987). *Understanding the Holidaymakers. The Impact of Leisure and Tourism*. Oxford: Butterworth-Heinemann;
- KYLMA, J., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K., & LAHDEVIRTA, J. (2001). Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 764-775;
- LAGIEWSKI, R. M., e MYERS, W. (2008). *Medical Tourism: Perspectives and applications for destination development*;
- LAYARD, R. (2006). *Happiness: Lessons from a new science*. Oxford: Penguin;
- LAYOUS, K., & LYUBOMIRSKY, S. (2012). The how, why, what, when, and who of happiness: Mechanisms underlying the success of positive interventions. In J. Gruber & J. Moskowitz (Eds.), *The light and dark side of positive emotions* (pp. 473—495). New York, NY: Oxford University Press;
- Li, Y. (2000). Geographical consciousness and tourism experience. *Annals of Tourism Research*, 27(4), 863—883;
- LAZARUS, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press, New York;
- LORD, E., & PATTERSON, I. (2008). The benefits of physically active leisure for people with disabilities: An Australian perspective. *Annals of Leisure Research*, 11(1/2), 123—144;
- LYUBOMIRSKY, S., SHELDON, K., & SCHKADE, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111—131;

- MACKIE, C BRATTLE, S. (1999). *Me and My Shadow. Learning to Live with Multiple Sclerosis*. Aurum Press: London;
- MALLER, C., TOWNSEND, M., PRYOR, A., BROWN, P., & ST. LEGER, L. (2005). Healthy nature healthy people: "Contact with nature" as an upstream health promotion intervention for populations. *Health Promotion International*, 21, 45–54. doi:10.1093/heapro/dai032;
- MCCABE, S. (2009). "Who needs a holiday?" *Evaluating social tourism*. *Annals of Tourism Research*, 36(4), 667–688;
- MCCABE, S., JOLDERSMA, T., & LI, C. (2010). *Understanding the benefits of social tourism: Linking participation to subjective well-being and quality of life*. *International Journal of Tourism Research*, 12(6), 761–773;
- MCCABE, S., & JOHNSON, S. (2013). *The happiness factor in tourism: subjective well-being and social tourism*. *Annals of Tourism Research*, 41, 42 e 65;
- MCCARTHY, J., MORRELL, J. (1993). *Some Other Rainbow*. Transworld Publisher: London;
- MCMAHAN, E. A., & ESTES, D. (2010). *Measuring lay conceptions of well-being: The beliefs about well-being scale*. *Journal of Happiness Studies*;
- MINNAERT, L., MAITLAND, R., & MILLER, G. (2009). *Tourism and social policy. The value of social tourism*. *Annals of Tourism Research*, 36(2), 316–334.
- MUSAFFER, U., SIRGY, M., WOO, E., & KIM, H. (2016). Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. *Tourism Management* 53 (2016) 244-261;
- MYERS, J. E., SWEENEY, T. J., & WITMER, J. M. (2000). *The Wheel of Wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning*. *Journal of Counseling & Development*, 78, 251–266;
- NAHRSTEDT, W. (2004). *Wellness: A new perspective for leisure centers, health tourism, and spas in Europe on the global health market*.
- NAWIJN, J., MARCHAND, M., VEENHOVEN, R., & VINGERHOETS, A. (2010). Vacationers happier, but most not happier after a holiday. *Applied Research in Quality of Life*, 5, 35–47;
- NAWIJN, J. (2011). *Determinants of daily happiness on vacation*. *Journal of Travel Research*, 50(5), 559e566;

- NEAL, J. D., UYSAL, M., & SIRGY, M. J. (2007). *The effect of tourism services on travelers' quality of life*. *Journal of Travel Research*, 46, 154–163;
- NEAL, J. D., SIRGY, M. J., & UYSAL, M. (1999). The role of satisfaction with leisure travel/tourism services and experiences in satisfaction;
- O'RIORDAN, T. (2013). Sustainability for wellbeing. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 6, 24–34;
- OISHI, S., SCHIMMACK, U., & DIENER, E. (2001). *Pleasures and subjective well-being*. *European Journal of Personality*, 15, 153–167;
- OPPERMAN, M. & COOPER, M. (1999). Outbound travel and quality of life: the effect of airline prices wars. *Journal of Business Research*, 44(3), 179 e 188;
- PEARCE, P. (1982). *The Social Psychology of Tourist Behaviour*. Oxford: Pergamon;
- PEARCE, P. (2009). The relationship between positive psychology and tourist behaviour studies. *Tourism Analysis*, 14, 37–48;
- PERDUE, R. R., LONG, P. T., & ALLEN, L. (1990). *Resident support for tourism development*. *Annals of Tourism Research*, 17, 586–599;
- PENSON, J. (2000). *A hope is not a promise: fostering hope within palliative care*. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(2), 94-98.
- PIRES, E. C. R. (2004). *As Inter-Relações com o Turismo, Meio Ambiente e Cultura*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança;
- PLOG, S., (2006). *Why destination areas rise and fall in Popularity*. (Cornell Hotel and Restaurant administration quarterly);
- PLUMMER M., DE MARTEL C., VIGNAT J., FERLAY J., BRAY F., FRANCESCHI S. (2016). Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep;4(9): e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.
- POON, A. (1993) *Tourism, Technology and Competitive Strategies*; Oxford: CAB, Wallingford;
- PUCZKO, L., & BACHVAROV, M. (2006). *Spa, bath, thermal: what's behind the labels?* *Tourism Recreation Research*, 31(1), 83e91;
- QUERIDO, A. (2012). *A Promoção da Esperança em Fim de Vida. Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica*

Avançada e Progressiva. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa;

RADBURN, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Alpine;

RAJU, A. (1994). *The Way of St James: Spain*. Cicerone Press Milnthorpe, Cumbria;

RAM, Y., NAWIJN, J., & PEETERS, P. (2013). Happiness and limits to sustainable tourism mobility: A new conceptual model. *Journal of Sustainable Tourism*, 21(7), 1017—1035;

RICHARDS, G. (1999). *Vacations and the quality of life: Patterns and structures*. *Journal of Business Research*, 44, 189—198;

ROJEK, C. (1993). *Ways of Escape: Modern Transformation in Leisure and Travel*. Macmillan Basingstoke;

ROSZAK, T. (1992). *The voice of the earth: An exploration of ecopsychology*. Grand Rapids, MI: Phanes Press;

RYAN, R. M., & DECI, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being*. *Annual Review of Psychology*, 52, 141—166;

SELIGMAN, M., (1998). *Learned optimism* (2nd ed.). New York, NY: Pocket Books;

SELIGMAN, M., PARKS, A., & STEEN, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1379—1381;

SELIGMAN, M., STEEN, T., PARK, N. (2004). Can happiness be taught? *Dædalus*, Spring, 80—87;

SELIGMAN, M., STEEN, T., PARK, N., & PETERSON, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410—421;

SHAW, G., & COLES, T. (2004). *Disability holiday making and the tourism industry in the UK: A pulmonary survey*. *Tourism Management*, 25, 397—403;

SIRGY, M. (2010). *Toward a quality-of-life theory of leisure travel satisfaction*. *Journal of Travel Research*, 49, 246—260;

SILVA, J. S. de S. (2009) *A Visão Holística do Turismo Interno e a sua Modelação*. Tese de Doutoramento apresentada ao Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro;

- SIRAKAYA, E., & WOODSIDE, A. G. (2005). *Building and testing theories of decisionmaking by travelers*. *Tourism Management*, 26(5), 815–832;
- SLADE, M. (2010). Mental illness and wellbeing: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *British Medical Council Health Services Research*, 10, 26-40;
- SMITH, R. (1987). *Leisure and Disabled Tourists: Barriers to Participation*. *Annals of Tourism Research* 14:376–389;
- SMITH, M. AND KELLY, C. (2006). *Wellness Tourism*. *Tourism recreation Research Vol. 31* (1), 2006;
- STEGER, M. F., FRAZIER, P., KALER, M., & OISHI, S. (2006). *Meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life*. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93;
- STEPHENSON, M. (1997). *Tourism, race and ethnicity. The perceptions of Manchester's Afro-Caribbean community tourism access and participation*. PhD thesis (unpublished), Manchester Metropolitan University;
- STEWART, W., & WILD, P., (2014). *World cancer report 2014* Lyo: International Agency for research on Cancer;
- TENNESSEN, C. M., & CIMPRICH, B. (1995). Views to nature: Effects on attention. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 77–85. doi:10.1016/0272-4944(95)90016-0;
- THE WORLD HEALTH ORGANISATION QUALITY OF LIFE GROUP (1998). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569–1585;
- THOMAS, P. (1998). *An Outdoor Adventure Programme as Therapy*. Dissertation in education. University College of North Wales, Bangor;
- TORKILDSEN, G. (1999). *Leisure and Recreation Management* (4th ed.). London: E& FN Spon, United Airlines;
- TOWNER, F. (1996). *An Historical Geography of recreation and Tourism in the Western World. 1540-1940*. Uiley, Chchester;
- TRAVIS, J. W., & RYAN, R. S. (1981). *Wellness workbook*. In Regina Sara Ryan, & John W. Travis (Eds.) (p. c1981). Berkeley, Calif: Ten Speed Press;

- ULRICH, R. S. (1984). *View through a window may influence recovery from surgery*. Science, 224, 420–421;
- UYSAL, M., PERDUE, R. R., & SIRGY, J. M. (Eds.). (2012). *The handbook of tourism and quality of life research*. Dordrecht: Springer;
- VEENHOVEN, R. (1991). Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 7–26). Oxford: Pergamon Press;
- VEERASOONTORN, R., P. BEISE-ZEE and SIVAYATHORN, A. (2011). *Service quality as a key driver of medical tourism: the case of Bumrungrad International Hospital in Thailand*, International Journal of Leisure and Tourism Marketing, 2 (2), 140–58, doi: 10.1504/IJLTM.2011.038886;
- VISITBRITAIN. (2014). *Marketing Britain overseas and developing the visitor economy* (online). Available from: <http://visitbritain.org/> Accessed 5.01.14;
- VOIGT, C., & PFORR, C. (2014). *Wellness tourism: A destination perspective*. Routledge;
- WATERMAN, A. S., SCHWARTZ, S. S., & CONTI, R. (2008). *The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation*. Journal of Happiness Studies, 9, 41–79;
- WATSON, G.H. (1992). *The Benchmarking Workbook: adopting Best Practices for Performance Improvement*. Portland, Oregon: Productivity Press;
- WEIGHTMAN, G. (1996) *A Real Break. A guidebook for good practice in the provision of short-term breaks as a support for care in the community*.
- WILLIAMS, R., RATTRAY, R., & GRIMES, A. (2007). *Online accessibility and information needs of disabled tourists: A three country hotel sector analysis*. Journal of Electronic Commerce Research, 8(2), 157–171;
- WILSON, N. M., ROSS, M. K., LAFFERTY, K., & JONES, R. (2008). A review of ecotherapy as an adjunct form of treatment for those who use mental health services. *Journal of Public Mental Health*, 7, 23–35. Retrieved from <http://metapress.com/content/121405>;
- WOBER, K. (2002). *Benchmarking in Tourism and Hospitality Industries*. Wallingford, Oxon: CABI;

WOODWARD and SEATON, (2007). *Handbook on tourism market segmentation: maximizing marketing effectiveness*, (European Travel Commission -University of Bedfordshire);

WORLD TRAVEL & TOURISM COUNCIL. (2014). *Travel & tourism economic impact 2014* (United Kingdom. London, UK);

YAU, M., MCKERCHER, B., & PACKER, T. (2004). *Traveling with a disability. More than an access issue*. *Annals of Tourism Research*, 31(4), 946–960.

Endereços eletrónicos

Arte de Viver

<https://www.artofliving.org/pt-pt>

<http://artedeviver.weezzi.com/>

First Descents

<http://firstdescents.org/>

Gawler Cancer Foundation

<https://gawler.org>

Harmony Hill

www.harmonyhill.org

“Olha-te”

<http://olha-te.oeste.pt>

Projeto BRENDAIT

<http://www.perfil.com.pt/Brendait/index.htm>

TUR4all

<http://accessibleportugal.com/servicos/tur4all/>

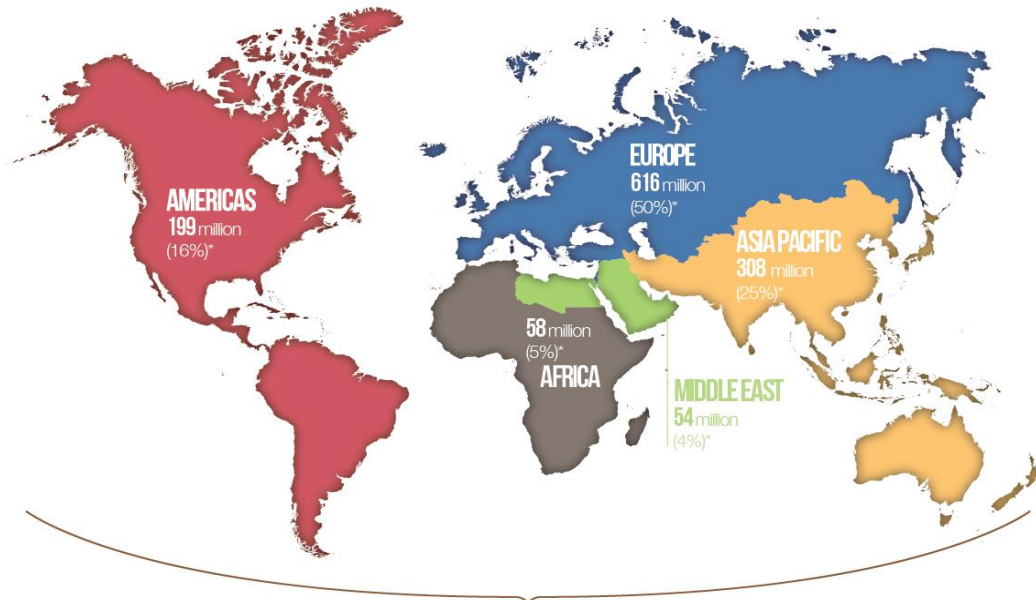
7. Anexos

Anexo 1 Chegadas de turistas no mundo 2016	120
Anexo 2 Receitas de turistas no mundo 2016	121
Anexo 3 Chegadas e receitas de turistas no mundo em 2017	122
Anexo 4 Chegadas e receitas de turistas na Europa 2016.....	123
Anexo 5 Evolução da chegada de turistas 1950 - 2030	124
Anexo 6 Turistas mais gastadores 2016	125
Anexo 7 Importância do sector do turismo.....	125
Anexo 8 Modo de transporte e motivadores de viagem.....	126
Anexo 9 Ganhos em exportações por sector	126
Anexo 10 Calendário entrevistas.....	127
Anexo 11 Entrevista a Sara Duarte – Accessible Portugal	128
Anexo 12 Entrevistas a parceiros BRENDAIT.....	134
Anexo 13 Filomena Vieira - Filomena Vieira – Diretora de Departamento de Operações turísticas do Turismo Centro de Portugal.....	144
Anexo 14 Entrevista a Gonçalo Gomes - Núcleo de Apoio aos Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico.....	151
Anexo 15 Entrevista a Luís de Melo Jerónimo – Diretor-Adjunto do Programa Gulbenkian Coesão e Integração Social.	153
Anexo 16 Entrevista a Dra. Ana Querido, Doutorada em Enfermagem e autora da tese “A Promoção da Esperança em Fim de Vida – Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva”. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.	159
Anexo 17 Entrevista a Philippa Hunter-Jones - Professora com PHD em Marketing na Universidade de Liverpool Management School (ULMS), no Departamento de Marketing e Gestão de Operações e autora de estudos que relacionam Cancro e Turismo.	168
Anexo 18 Análise SWOT do Projeto	170

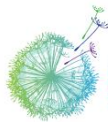
Anexo 1 Chegadas de turistas no mundo 2016

INTERNATIONAL TOURIST ARRIVALS 2016

*Share (%)



WORLD: 1,235 MILLION

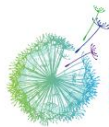


2017
INTERNATIONAL YEAR
OF SUSTAINABLE TOURISM
FOR DEVELOPMENT



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 2 Receitas de turistas no mundo 2016



2017
INTERNATIONAL YEAR
OF SUSTAINABLE TOURISM
FOR DEVELOPMENT



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 3 Chegadas e receitas de turistas no mundo em 2017



INTERNATIONAL TOURISM 2017

International tourist arrivals (ITA): 1,322 million
International tourism receipts (ITR): US\$ 1,220 billion



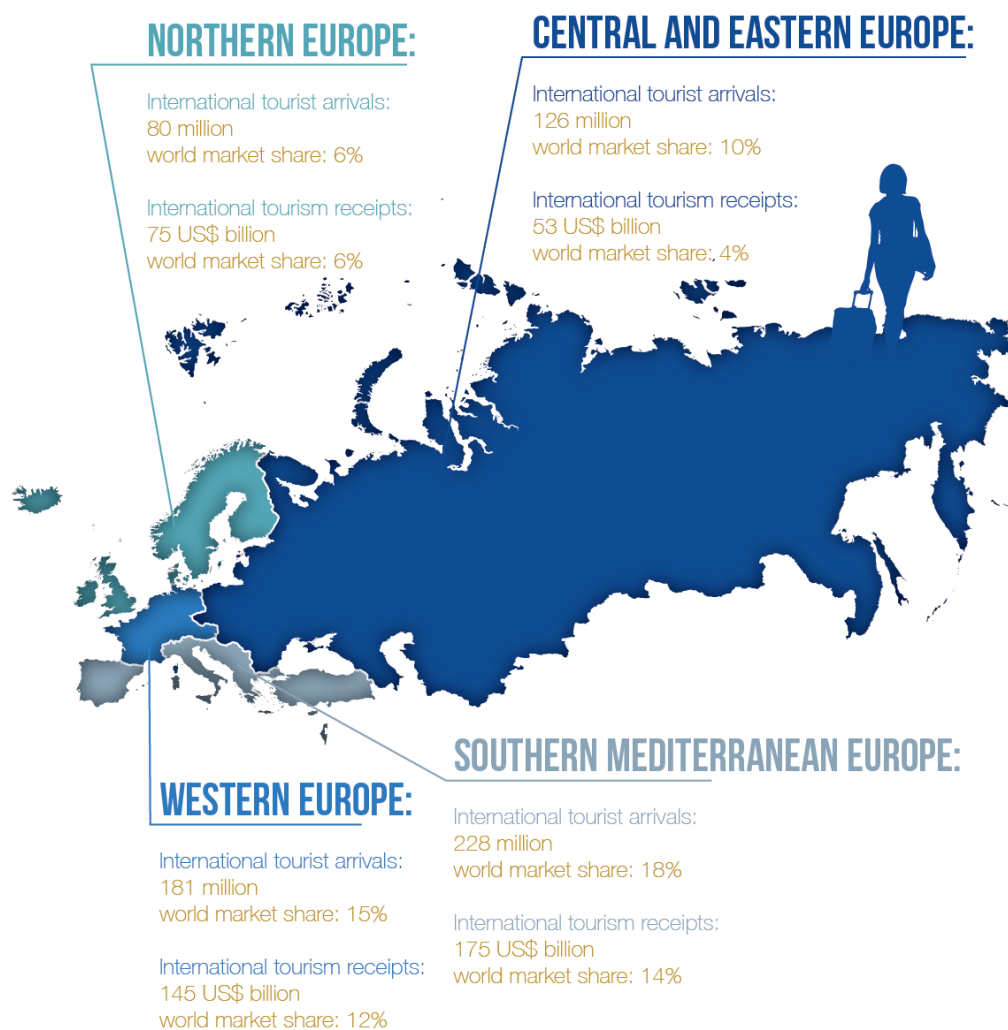
WORLD: 1,322 MILLION

Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 4 Chegadas e receitas de turistas na Europa 2016

INTERNATIONAL TOURISM IN EUROPE 2016

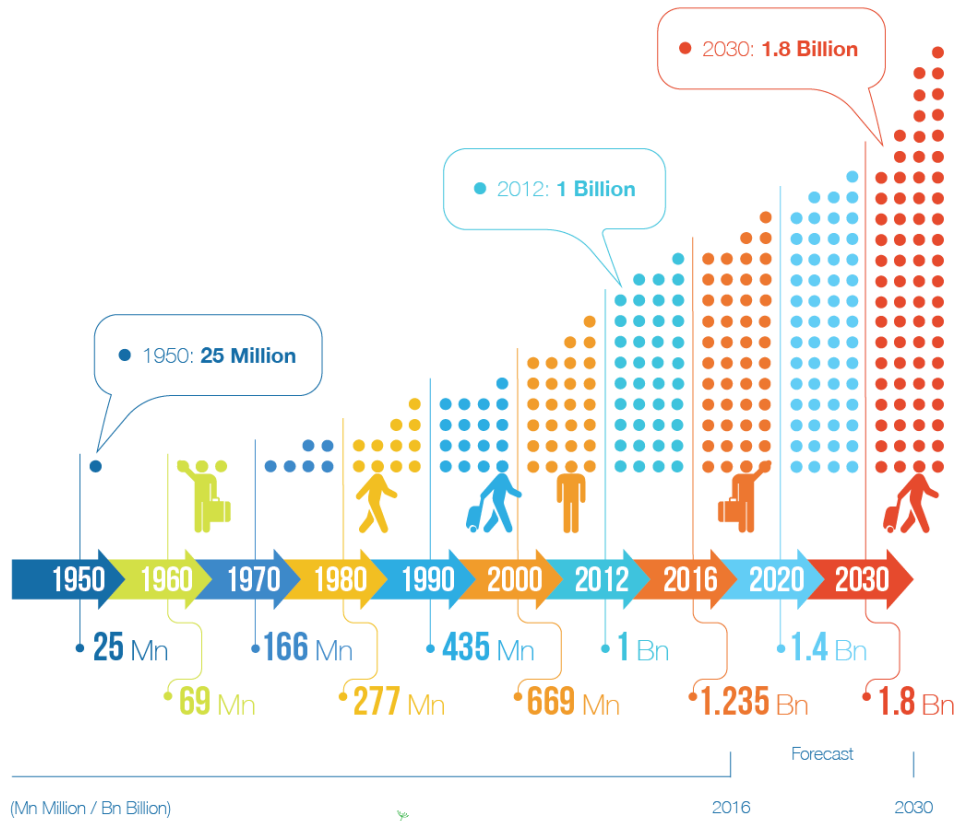
International tourist arrivals: 616 million
International tourism receipts: 447 US\$ billion



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 5 Evolução da chegada de turistas 1950 - 2030

INTERNATIONAL TOURIST ARRIVALS 1950 - 2030



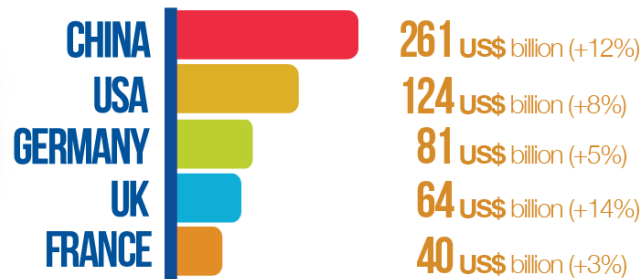
Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 6 Turistas mais gastadores 2016



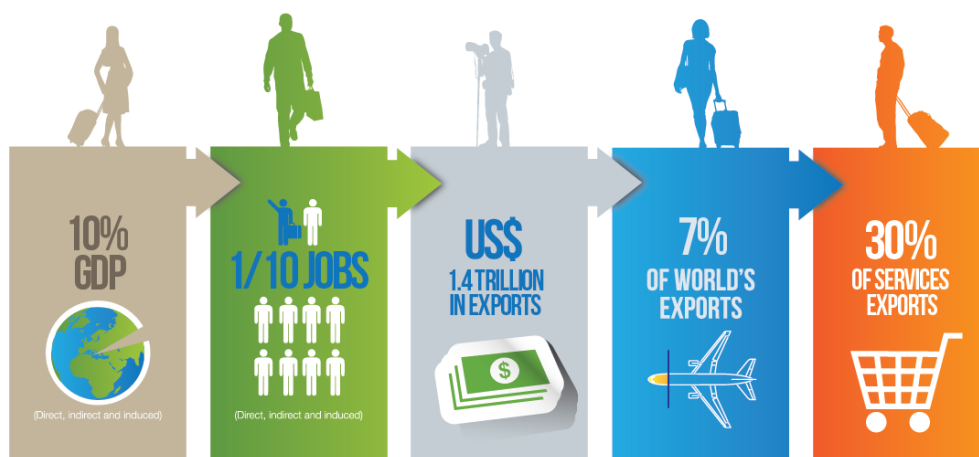
WORLD'S TOP TOURISM SPENDERS

INTERNATIONAL TOURISM EXPENDITURE 2016



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

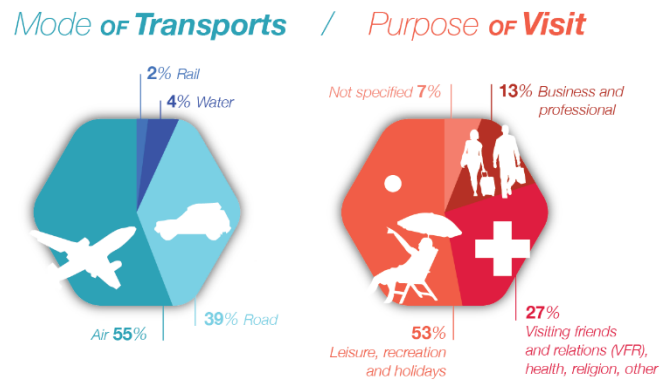
Anexo 7 Importância do sector do turismo



WHY TOURISM MATTERS

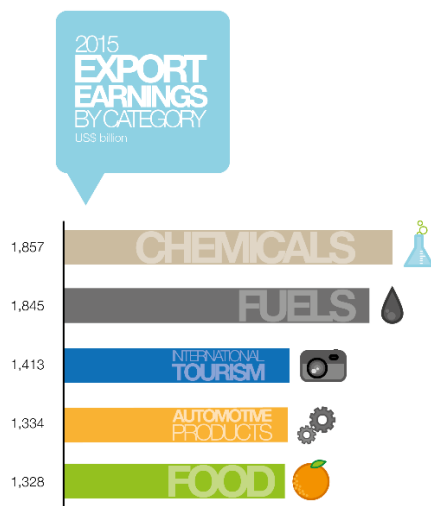
© World Tourism Organization (UNWTO) July, 2017

Anexo 8 Modo de transporte e motivadores de viagem



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 9 Ganhos em exportações por sector



Source: © Highlights 2017 - World Tourism Organization (UNWTO), July 2017

Anexo 10 Calendário entrevistas

Categoria/Entidade	Entrevistado	Data	Local
Projeto BRENDAIT	Grutas da Moeda	17-05-2017	Via e-mail
	CEERIA	18-05-2017	Via e-mail
	Real Abadia Hotel	23-05-2017	Via e-mail
	CERCIPeniche	19-05-2017	Via e-mail
	CM Peniche	14-07-2017	Via e-mail
	CIBA	18-05-2017	Via e-mail
	ESCO	23-06-2017	Via e-mail
	Casa da Avo Gama	23-06-2017	Via e-mail
	AMETIC	16-06-2017	Via e-mail
	Casa do Lago Holiday Villa	14-06-2017	Via e-mail
	Charretes do Oeste	15-06-2017	Via e-mail
Accessible Portugal	Sara Duarte	31-05-2017	via e-mail
Turismo Centro de Portugal	Filomena Vieira	22-05-2017	Fátima
Turismo Centro de Portugal	Gonçalo Gomes	12-09-2017	Via e-mail
Fundação Calouste Gulbenkian	Luís de Melo Jerónimo	19-03-2018	Sede Fundação
Escola Superior de Saúde	Dra Ana Querido	27-04-2017	IPL-Leiria
Artigos sobre Cancro e Turismo	Philippa Hunter-Jones	03-05-2017	via e-mail

Anexo 11 Entrevista a Sara Duarte – Accessible Portugal

Em Portugal o percurso de evolução das condições de acesso das pessoas com deficiência ao exercício dos seus direitos, desde a saúde, a educação e passando pelas questões sociais, parece ter sido um plano estruturado. Mas nas últimas décadas houve a aposta na vida em comunidade, onde se insere o direito de acesso à viagem, ao turismo”. Houve espaço, nestas décadas, para desenvolver de forma estruturada este último aspeto?

Em termos de legislação e direitos das pessoas com deficiência, temos evoluído bastante. No entanto, a mudança de mentalidades demora...

Eis algumas bases legais e normativas do Turismo para Todos:

Enquadramento Internacional

- Artigo 7º Código Ética da Organização Mundial de Turismo (1999)

“a possibilidade de aceder, direta e pessoalmente, à descoberta das riquezas do planeta, é um direito aberto a todos os habitantes do mundo. A participação cada vez mais alargada no turismo nacional e internacional deve ser considerada como uma das melhores expressões possíveis do crescimento contínuo do tempo livre, e não deve ser obstaculizada.”

- Convenção ONU - Direitos das Pessoas com Deficiência Ratificada por Portugal em Julho 2009
Artigo 30º - Participação na vida cultural, recreativa, lazer e desporto
- Relatório sobre as Pessoas com Deficiência – OMS (2011)
- Recomendações sobre Turismo Acessível para Todos – OMT (2013)
- Norma ISO: 21542 (2011) - Acessibilidade e usabilidade dos espaços construídos e sua envolvente.
- A World for Everyone. Declaration from the World Summit Destinations for All Montreal, 2014 (26/10/2014)
<http://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.reports.1656>
- Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020
- Accessibility ACT (2015/2016)– Proposta de Diretiva Comunitária

“A fim de maximizar a sua utilização previsível por pessoas com limitações funcionais, nomeadamente as pessoas com deficiência e as pessoas com dificuldades relacionadas com a idade, os produtos e serviços devem ser concebidos e prestados para que sejam acessíveis a todas as pessoas, assegurando a máxima autonomia possível, de acordo com as suas necessidades especiais.”

(Requisitos de acessibilidade – Excerto da Proposta final de Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros, no que respeita aos requisitos de acessibilidade dos produtos e serviços – Bruxelas, 4 de dezembro de 2015)

Enquadramento Nacional

- Constituição da República Portuguesa (1976)
- DL 163/2006 – Define as condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais
- Lei 46/2006 – Proíbe e pune a discriminação, em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde.
- Decreto-Lei 74/2007, de 27 de março: Cães de Assistência
- pessoas com deficiência sensorial, mental, orgânica e motora, e reconhece expressamente o direito de estes cidadãos acederem a locais, transportes e estabelecimentos públicos acompanhados de cães de assistência.
- NP Norma Portuguesa 4523/2014, julho de 2014, Turismo acessível em Estabelecimentos Hoteleiros.

- Programa **All For All** – Turismo de Portugal – 2016
- Estratégia Turismo 2027 (**ET 27**)
Inclui o ponto 5. **Acessibilidades** - Reforçar a acessibilidade ao destino Portugal e promover a mobilidade dentro do território;

Trabalhando em Turismo Acessível e Inclusivo desde 2011, considero que estamos a dar passos definidos e concertados na melhoria das condições de acessibilidade dos

recursos turísticos, e em termos de serviço, as pessoas estão a despertar para estas competências.

O lançamento do Programa All for All do Turismo de Portugal, com uma linha de apoio financeiro ao turismo acessível, veio trazer um forte contributo para que os recursos turísticos (públicos e privados) estejam curiosos e despertos para saber mais sobre esta realidade, e o que fazer para se prepararem para a mesma.

Defendem a evolução do conceito de *turismo acessível para pessoas com deficiência* para o conceito de *turismo acessível para pessoas com necessidades especiais*. Os doentes oncológicos inserem-se nesta categoria?

Consideramos pessoas com necessidades especiais, as pessoas que necessitam de um apoio específico na sua fruição turística, seja ela de uma adaptação de infraestruturas e/ou serviços. Os doentes oncológicos podem inserir-se nesta categoria, se beneficiarem de apoios nas banheiras, ou duches mais acessíveis (ou outros equipamentos que facilitem o acesso a espaços ou serviços). Se tiverem necessidade de mais lugares de descanso e sombras, e um serviço que permita às pessoas se sentirem incluídas, independentemente da sua doença (não receber olhares com estranheza ou pena exagerada, para uma pessoa que está careca, por causa dos tratamentos oncológicos...)

Nas várias definições dadas aos turistas com necessidades especiais, não mencionam os doentes oncológicos. Há motivos para se desenvolverem projetos alicerçados nas suas necessidades específicas, ou entendem que estes têm de se inserir numa categoria mais abrangente?

Estas necessidades especiais dependem de pessoa para pessoa. E podem existir doentes oncológicos que não necessitam de alterações ao serviço turístico existente. O mesmo se passa com o turismo sénior, ou seja, as pessoas com mais de 65 anos, podem ser considerados seniores (reformados, com mais tempo para o lazer), mas ainda não terem limitações (necessidades especiais) que influenciem o serviço turístico base.

Em termos de conceito, consideramos o Turismo para Todos, a missão, ou seja, o objetivo de tornar os recursos turísticos na sua essência preparados para integrar qualquer pessoa, independentemente das suas limitações, doenças, crenças, etc.

O turismo acessível e Inclusivo, existe nesta fase, pois sabemos que o turismo ainda não está totalmente preparado para as pessoas com limitações ou necessidades especiais, e é necessário um trabalho de qualificação da oferta turística para integrar estas competências e adaptações de infraestruturas.

A Organização Mundial de Saúde (Constituição da OMS, 1948) diz que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Como é que o vosso trabalho contribui para este estado completo de saúde nas atividades turísticas?

A atividade turística existe para prestar serviços de qualidade (alojamento, restauração, atividades culturais, etc) de maneira que as pessoas se sintam bem e usufruam da experiência de um local ou atividade diferente do seu dia-a-dia de uma maneira positiva.

As pessoas não pensam tanto em doenças, quando estão concentradas noutras atividades e por isso, acredito que o turismo pode ser benéfico também neste sentido.

Os turistas com necessidades têm várias barreiras externas e intrínsecas inibidoras à viagem. O Accessible Tourism tem capacidade para as derrubar?

O Turismo Acessível e Inclusivo tem como objetivo qualificar a oferta turística, ajudando a mesma a entender quais os passos que deve dar para tornar o seu recurso mais Acessível e Inclusivo. Nem todos ainda estão disponíveis para fazer esta análise connosco, mas estamos no bom caminho...

O projeto Accessible Tourism está preparado para fornecer aos doentes oncológicos a capacidade de concretizarem as suas esperanças? O desejo de ter experiências novas e marcantes?

Este projeto insere também os familiares nos programas de férias?

A Accessible Portugal é hoje uma associação para a promoção do turismo acessível em Portugal, e por isso, não faz atualmente agenciamento e operacionalização de viagens. No entanto, estamos a desenvolver uma plataforma que irá disponibilizar informação objetiva das condições de acessibilidade e atendimento inclusivo dos recursos turísticos que integrarem a mesma. Temos o apoio do Turismo de Portugal e da Fundação Vodafone Portugal, para nestes dois anos termos a ferramenta online (prevista para depois do verão 2017) e com 1000 recursos auditados por nós.

Vamos ter também uma área de informação de Destinos Acessíveis e Experiências Acessíveis, além do diretório de recursos, que qualquer pessoa poderá aceder online e através de um registo, comentar, pontuar e inserir informação pertinente.

São promovidas as viagens individuais ou em grupo? Onde as pessoas com necessidades especiais podem partilhar as suas experiências?

Acrescentando à informação anterior, teremos também a funcionar as redes sociais (incluindo um blog) que permitirá às pessoas partilharem as suas experiências.

O Accessible Tourism interfere na preparação da viagem (desde a decisão de férias até à viagem)? Ou apresenta apenas o destino e as suas valências para receber estas pessoas?

Iremos apresentar opções no destino Portugal, que as pessoas poderão pesquisar, recolher informações sobre as condições de acessibilidade dos recursos, e decidir o que mais lhes convém. Qualquer reserva será efetuada diretamente com os recursos turísticos.

O vosso projeto pretende aumentar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida destes turistas depois das férias?

A plataforma TUR4all vai permitir que as pessoas planeiem melhor a sua viagem, e terá um espaço para a partilha de experiências que irá ajudar outras pessoas a decidirem o(s) recurso(s) a experienciar.

As vossas atividades pretendem promover um Bem-estar Hedónico ou Eudaimónico?

Esta é uma área da psicologia em que não tenho muito conhecimento, no entanto acredito que a felicidade pode ser construída de momentos felizes, e o turismo proporciona momentos distintos dos comuns (vividos na rotina do dia-a-dia), que vividos com intensidade podem ser marcos de felicidade e experiências positivas na vida das pessoas.

Há a capacidade para a região Oeste fornecer uma abordagem holística na prestação dos serviços a este tipo de clientes?

Terminámos em Março 2017 o projeto BRENDAIT (foi na conferência final do projeto, que nos conhecemos em Coimbra), na região Oeste, que animou a construção de uma rede de recursos turísticos a querer trabalhar o turismo acessível e Inclusivo. Foi plantada a semente, mas ainda há caminho a percorrer... estes projetos seguintes (como a TUR4all) vem complementar o trabalho que efetuámos de motivação, qualificação e promoção.

Foram envolvidas quase 70 entidades, umas mais motivadas que outras (entidades públicas, privadas e sociais) e de diferentes atividades turísticas (alojamento, restauração, atividades de animação turística, cultura, espaço público, etc) que já iniciaram o processo de qualificação da oferta, e que estão disponíveis para trabalhar este segmento de mercado.

Anexo 12 Entrevistas a parceiros BRENDAIT

ENTREVISTAS A PARCEIROS DO PROJETO BRENDAIT

E-MAIL DE APRESENTAÇÃO:

Estou a entrar em contacto no âmbito do meu projeto de Mestrado em Marketing e Promoção Turística, da Escola Superior de Turismo e Tecnologia do Mar de Peniche - IP Leiria, sobre a temática das Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos.

O meu contacto surge na sequência de verificar que esta entidade é parceira do projeto BRENDAIT, da Accessible Portugal, que trabalha com turistas com necessidades especiais, e como tal, a vossa colaboração será uma mais valia preciosa para a concretização deste trabalho.

Posto isto, tomei a liberdade de enumerar quatro questões, caso seja de vosso interesse participar neste projeto que pretende promover um maior bem-estar, qualidade de vida e promover o direito a se deslocarem para viagens de lazer:

- 1) Por que razão a sua entidade decidiu fazer parte do projeto BRENDAIT?
- 2) Já trabalhou em algum projeto relacionado com doentes oncológicos, ou com outras patologias que se insiram no *turismo acessível para pessoas com necessidades especiais*?
- 3) Se não, estaria interessado a trabalhar? Quais as valências que a sua entidade podia fornecer a estes turistas?
- 4) Que valências traria à zona Oeste a aposta no turismo acessível e inclusivo?

RESPOSTAS DAS ENTIDADES

GRUTAS DA MOEDA - FÁTIMA

Danilo Guimarães

1) Porque já trabalhamos com a diferença há cerca de 45 anos, pois a proximidade das Grutas da Moeda com Fátima, traz imensa gente com necessidades especiais ao nosso espaço. A possibilidade de dotar a nossa equipa com formação adequada a este tema, e a possibilidade de efetuar programas e parcerias para melhor trabalhar este segmento de mercado, levou à nossa participação no projeto BRENDAIT.

2) Sim, as Grutas da Moeda recebem há décadas doentes oncológicos que se dirigem a Fátima em busca de conforto, as Grutas fazem parte do roteiro, e normalmente os guias que acompanham estas pessoas acabam por partilhar dos problemas que os visitantes nos confessam, trabalhamos também com grupos de deficientes profundos de várias instituições de Fátima (CRIF) e outras nacionais, recebemos grupos de cegos, surdos, trabalhamos ainda com quintas pedagógicas instaladas na região que fazem diversas terapias para a deficiência tais como a hipoterapia, entre outras. Trabalhamos ainda com algumas agências estrangeiras especializadas no segmento do turismo acessível.

3) As Grutas da Moeda oferecem uma visita interativa e sensitiva ao seu espaço natural, gruta! Dispomos de vídeos em LGP, explicação da Gruta em braille e para mobilidade reduzida, em vez da visita à Gruta Natural oferecemos a visita ao nosso museu.

4) A criação de uma marca de qualidade e diferenciada, consolidar para esta região uma imagem responsável e preocupada com Todos, a captação de um segmento de mercado em crescimento, a melhoria da qualidade das visitas e constante formação dos trabalhadores, a criação de mais parcerias e sinergias entre instituições / empresas.

CEERIA – Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça.

João Pärtel Araújo – Coordenador Geral

1) Sendo a inclusão a principal missão do CEERIA, este projeto alinou-se na perfeição com o nosso planeamento estratégico. Entendemos que o turismo tal como qualquer outro serviço da comunidade deverá estar adaptado às necessidades de todas as pessoas que o frequentam (clientes, colaboradores, fornecedores, etc.). No entanto para isso é necessário investir na capacitação das pessoas implicadas neste serviço para que as mesmas consigam de facto interagir, relacionar-se e incluir pessoas com necessidades especiais. O CEERIA pelo know-how e experiência que detêm ao servir esta população-alvo, fomos desafiados a participar pela coordenação do BRENDAIT e prontamente nos disponibilizamos. No BRENDAIT tivemos a oportunidade de participar em várias acções nas quais tiveram várias pessoas apoiadas a devolver a sua experiência enquanto utilizadores de vários serviços da cadeia de valor da área do turismo, explicitando aos participantes como gostariam de ver as suas expectativas

correspondidas. Não só isso permite a sensibilização para a temática, como a capacitação dos responsáveis pelos serviços turísticos, como a promoção da autonomia e participação cívica das pessoas que apoiamos. Posto isto não se colocaria outra hipótese que não participar num projeto desta índole.

Agora que o projeto terminou estamos iremos iniciar um projeto de continuidade para a promoção de uma comunidade mais inclusiva, alargando as ações não só ao turismo mas a todos os serviços, comércio e indústrias locais do concelho de Alcobaça.

2) Embora na minha experiência profissional já tenha trabalhado com várias populações com necessidades especiais, nunca o fiz no âmbito do turismo inclusivo.

3) A origem estatutária do CEERIA é apoiar pessoas com deficiência ou incapacidade, e embora esta população não seja restritiva, não necessariamente estamos capacitados para prestar serviços a pessoas com necessidades especiais no âmbito do turismo. O nosso foco tem sido a educação, reabilitação profissional e ocupacional, pelo que isso seria uma área totalmente nova. Ainda assim não nos demitindo dessa possibilidade poderíamos considerar-nos como um local de estadia com as nossas residências adaptadas, ou animação turística e transporte, com guias especializados e conhecedores da área e carrinhas adaptadas.

4) A aposta do turismo inclusivo na zona do Oeste traria novas oportunidades de negócio que estão neste momento inexploradas. Como por exemplo o mapeamento de locais acessíveis, guias especializados, animação turística especializada, aluguer de material específico, transportes adaptados, marketing com comunicação aumentativa, entre outras.

CIBA – Centro de Interpretação da Batalha de Aljubarrota

João Mareco - Director

1) fomos convidados e aceitámos o desafio, uma vez que pautamos pela inclusividade do turismo, permitindo que todos sem exceção possam viver este momento da história de Portugal. A democratização do turismo deve ser lida em todos os quadrantes.

2) Não

3) Sim, estaríamos interessados. Creio estamos preparados para receber todo o tipo de visitantes. Todo o espaço é acessível, com instalações especiais, mas

principalmente, o pessoal está sensibilizado a receber turistas com necessidades especiais.

4) promover um turismo inclusivo de assegure a igualdade de oportunidades a todos os visitantes, e desenvolver a formação de ações que compõem a catividade turística na região, de forma segura, cómoda e autónoma, criando se for necessário roteiros turísticos com espaços identificados, que possam à posteriori alavancar e sensibilizar outros e ir aumentando a oferta, desde o património, ao lazer, passando pela restauração à hotelaria...

REAL ABADIA HOTEL

Mafalda Leão. Departamento de Marketing e Comunicação

1) porque estamos sempre à procura de novos projetos, novas apostas...

Criado de raiz, os espaços comuns e os ambientes do hotel foram meticulosamente pensados para responder às necessidades individuais dos hóspedes garantindo também soluções adequadas a pessoas com mobilidade reduzida. Neste sentido, quando fomos abordados para criar o projeto Brendait não hesitamos em fazer parte do mesmo já que este projeto tinha como objetivo colmatar uma das falhas mais prementes neste segmento de mercado: um oferta integrada de serviços turísticos que permitam aos turistas com mobilidade reduzida deslocarem-se na região usufruindo das atrações turísticas.

2) Não é a primeira atividade/projeto em que estamos envolvidos.

3) No Real Abadia Congresso & Spa Hotel, entendemos que o “Turismo Acessível” deve ser considerado como o conjunto de infraestruturas, equipamentos e serviços que permitem a todas as pessoas, com ou sem limitações, o usufruto de estadias e de atividades sem barreiras particulares.

Para isso adaptamos a nossas instalações às necessidades dos hóspedes, e disponibilizamos um conjunto de ajudas técnicas gratuitas e possibilitamos a marcação de serviços externos na área da fisioterapia e bem-estar.

Deste modo disponibilizamos, de modo resumido:

- Estacionamento adaptado;
- Quartos adaptados;

- Elevadores amplos;
- Áreas de circulação que permitem rotação de 360° em cadeira de rodas;
- Cadeira hidráulica para acesso à piscina interior e/ou exterior;
- Marquesas de tratamentos Spa reguláveis;
- Informações em braille...

4) Tendo em conta que o mercado do Turismo Acessível se encontra em constante crescimento a aposta neste segmento de mercado poderia trazer:

- Aumento da taxa de ocupação dos hotéis e venda de serviços e produtos turísticos;
- Diminuição da sazonalidade, já que este segmento prefere viajar em épocas mais baixas;
- Revitalização da economia regional através da criação de serviços e produtos turísticos vocacionados para este segmento de mercado;
- Melhoria da qualidade de vida da população da região.

Câmara Municipal de Peniche

Marco Dias – Técnico Municipal de Turismo

1) A Câmara Municipal de Peniche pretendeu contribuir para a constituição de uma Rede Regional de Turismo Acessível e Inclusivo, que prestasse serviços de qualidade a turistas com necessidades especiais, ou seja, turistas que, no decurso das suas viagens, apresentassem necessidades decorrentes de vários tipos de limitações relacionadas com as suas condições gerais de saúde.

2) Que tenha conhecimento, a C.M. Peniche nunca participou num projeto desta natureza.

3) Não estou habilitado a responder a esta pergunta

4) Segundo os dados do Projeto BRENDAIT, o universo-alvo do turismo acessível e inclusivo integra um conjunto de (novos) grupos da população que se encontram às portas do turismo e para os quais, de um modo geral, a oferta turística não tem ainda condições de acessibilidade e de prestação dos serviços adequadas para os receber.

O primeiro grande grupo é o das pessoas com deficiência. Trata-se de um grupo que sempre existiu na sociedade humana, que nas últimas décadas tem vindo a conquistar

progressivamente o acesso aos direitos comuns a qualquer cidadão incluindo também o acesso ao lazer, à viagem, ao turismo. De acordo com as estatísticas, a dimensão deste grupo na população situa-se na ordem dos 10 a 15% da população*.

O segundo grande grupo é o das pessoas seniores em processo de envelhecimento. Trata-se de um grupo que, em razão da evolução das condições gerais de saúde da população, da evolução demográfica e da extensão do período de vida após o termo da “vida ativa” nas sociedades modernas, tem vindo a aumentar progressiva e aceleradamente nas últimas décadas. As estatísticas apontam para uma percentagem de cidadãos com mais de 65 anos na ordem dos 20% da população*.

Num terceiro grande grupo podemos incluir três subgrupos de situações, também elas requerendo da oferta turística “cuidados especiais” em termos de acessibilidade e/ou de prestação dos serviços, semelhantes aos dos dois grupos anteriores:

- Pessoas com sequelas de diversas patologias (cardíacas, respiratórias, neurológicas, oncológicas, etc.);
- Pessoas com características físicas excecionais, nomeadamente em termos de baixa estatura (nanismo), em termos de altura (gigantismo) ou em termos de obesidade (grandes obesos);
- Pessoas com redução pontual na sua mobilidade devida a acidentes (de viação, de trabalho, nos desportos, domésticos, etc.), a circunstâncias de gravidez ou de deslocação com crianças de colo ou com carrinhos de bebé;

O Projeto BRENDAIT não possui estimativas estatísticas sobre as percentagens destes subgrupos na população, mas certamente que este terceiro grupo terá uma dimensão também muito significativa.

Um quarto grupo é o das pessoas com alergias e intolerâncias alimentares e respiratórias.

Trata-se de pessoas com “necessidades especiais”, quando em contexto de fruição turística, com implicações relevantes sobretudo para os serviços de Alojamento e para os serviços de Restauração.

Estima-se que a sua percentagem na população seja superior a 30%*. Presumindo que pelo menos um terço das pessoas deste grupo apresentem necessidades que requerem da “oferta” turística cuidados especiais/ específicos, acresce à dimensão do universo do turismo acessível e inclusivo mais 10% da população*.

A estimativa da dimensão global do universo-alvo do turismo acessível e inclusivo não corresponde à soma aritmética dos quatro grupos acima referidos, já que há elementos que são comuns aos diversos grupos. No entanto, é óbvio que representa uma grande parte da população que julgamos razoável situar na ordem dos 30 a 40% da população.

Estamos basicamente perante uma questão típica da evolução da oferta turística: estar atenta às alterações nas características da população e ajustar a conceção dos seus produtos e as condições de prestação dos serviços para poder responder com qualidade a essas alterações / novas necessidades.

Assim sendo, podemos concluir que se houver uma aposta na conceção de produtos e nas condições de prestação dos serviços para poder responder com qualidade a estes grupos que representam cerca de 30 a 40% da população, haverá mais turistas, o que poderá fazer com que haja mais empreendimentos turísticos, o que trará mais benefícios para a economia local.

É também importante referir que por norma estes grupos (na sua maioria), viajam sempre acompanhados, o que significa que possa haver maior receita para os empreendimentos turísticos.

*Dados fornecidos pelo Projeto BRENDAIT

ESCO - Escola de Serviços e Comércio do Oeste

Júlia Alfaiate - Diretora

1) A ESCO teve o gosto de receber a reunião de "Kick-off" deste projeto, por sugestão da A.H.P., associação com a qual temos um protocolo de colaboração.

Nesse seguimento, tivemos contacto com a consultora PERFIL que nos lançou o desafio de fazermos parte deste projeto, desafio esse que abraçamos de imediato.

O turismo inclusivo é cada vez mais uma necessidade a que os operadores devem dar repostas. Da parte da ESCO sentimos a necessidade de formar os nosso alunos para esta realidade, de uma forma transversal, promovendo boas práticas junto de alunos das áreas de turismo mas também de outros setores de formação.

2) Não

3) As potenciais valências da nossa escola prendem-se com a nossa área de atividade, ou seja, passariam sobretudo por poder prestar serviços de formação aos profissionais de turismo da nossa zona de influência, chegando assim por via indireta aos Turistas, na medida em que poderia ser um contributo para a melhoria da qualidade do serviço prestado e da experiência turística no destino.

4) Pensar de forma estratégica em inclusão, é sobretudo uma abordagem "All for All", no sentido em que todos ganham e não apenas os indivíduos que possam possuir algum tipo de limitação permanente ou pontual.

Pensar "All for All" é crescer em qualidade e potenciar a experiência turística, contribuindo para uma maior valorização do destino e dos agentes económicos que nele operam.

CASA DA AVO GAMA

Andrade Santos – Proprietário

1. Porque pretendemos dar a todos os nossos clientes serviço de qualidade.
2. Não
3. Não sei. Só conversando e percebendo bem o que se pode fazer.

AMETIC - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes Lda.

Miguel Beltrão – Funcionário

1º) A nossa Instituição, decidiu fazer parte do BRENDAIT, precisamente por identificarmos que existe um mercado bastante deficitário, para pessoas que apresentam limitações temporárias ou permanentes. Por outro lado já promovíamos as pausas dos cuidadores, e o que pensamos foi por que não utilizar o mesmo conceito para quem está doente. Porque razão é que os cuidadores poderiam ter férias e o proprio doente não? Claro está que, em relação ao doente, estamos dependentes do seu estado clinico, mas por certo existiram, muitos que ainda poderão ainda aproveitar para viajar.

2º) No que respeita a Doentes Oncológicos, estamos habituados a tratar deles, uma que fazemos parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e temos uma Unidade de Cuidados Paliativos de 7 camas. Quanto aos outros casos estamos também familiarizados com a temática, sem nunca termos trabalhado especificamente na vertente de Turismo.

No entanto estamos bastantes interessados nessa temática, tendo já efetuado uma deslocação ao Salão Sénior de Paris no passado mês de Maio onde tivemos uma recetividade muito boa.

A nossa Unidade é composta por um Edifício Central, dotada de 80 camas, em quartos individuais e duplos, todos eles com instalação sanitária incluída, dispomos também de 16 vivendas, com tipologias T1 e T2, Piscina coberta e aquecida, sauna, jacuzzi e Campo de Ténis.

Quanto as valências estamos convencidos que poderíamos trabalhar com Doentes Oncológicos, ou Doentes com Doenças Crónicas (ELA, Parkinson, etc).

Devo referir também que dispomos de Serviço de enfermagem 24horas por dia e Medico Residente, terapeuta ocupacional, fisioterapia, médico de Medicina Física e de reabilitação.

Penso que falar em Recuperação em Doentes Oncológicos é um pouco arriscado, pois haverá os que recuperam, e haverá os que não.

CASA DO LAGO HOLIDAY VILLA

Carlos Capaz – Proprietário

O nosso alojamento local está preparado para receber famílias ou grupos que incluam até 2 pessoas em cadeira de rodas.

Trata-se de um alojamento de luxo (dispendioso), que não sei se ajusta ao perfil de recuperação de doentes, seja qual for o tipo de patologia.

O nosso objetivo é encher o nosso calendário, e por isso a aposta no turismo acessível.

CHARRETES DO OESTE

João Baptista – Proprietário

1) A nossa empresa - Charretes do Oeste, by Greenservices, Lda - está neste projeto por querer adaptar uma charrete para pessoas com necessidades especiais para percursos em Óbidos, para já, e noutros locais quando for oportuno. Conhecemos o Projecto BRENDAIT há cerca de 3 anos em Torres Vedras na sua apresentação pública e aderimos de imediato pois andávamos "à sua procura".

2) Nunca trabalhámos em semelhante projeto, sentimos a sua necessidade e em tempos conhecemos e contactámos a "Olha-te" e em termos de Mercado Biológico de Óbidos, outro serviço by Greenservices, colocámo-nos à sua disposição para colaborações mas nunca aconteceram.

Acompanhámos todas as fases e formações do Projeto BRENDAIT, os nossos cocheiros e funcionário do Mercado Biológico fizeram toda a formação e a gerência também e até a formação de formadores em Turismo Inclusivo.

3) Nós podemos fornecer passeios de charrete em Óbidos ou noutro local, alimentos biológicos e atividades em Horta Biológica.

4) Quanto à sua última questão, penso que é da maior importância e muito enriquecedora esta atividade turística.

Verificámos ao longo de 19 anos que somos visitados, em Óbidos e não só por muitas pessoas com necessidades especiais, uma e outra e outra vez, e não têm as condições boas, as mínimas, andam por aí umas adaptações, obrigadas por lei, mas um bocado aquém do que deve ser feito e do que deve ser proporcionado a esse público tão interessante...

CERCIPENICHE

Rogério Cação – Presidente da Direção

1) Por se tratar de um projeto que pretendia mobilizar sinergias que fomentassem as oportunidades de turismo acessível, que é um domínio que consideramos muito relevante.

2) Com doentes oncológicos não. O nosso "core business" é a deficiência intelectual e multideficiência e aí assim, temos alguma experiência no turismo acessível, se bem que pouco estruturada e apenas decorrente da nossa própria atividade.

3) Temos uma unidade residencial que pode ser um excelente apoio para situações pontuais em que as famílias precisam de ter perto uma referência especializada. Dispomos de terapeutas especializados em diferentes domínios do apoio a pessoas com deficiência.

4) Sobretudo traria um nicho de turismo altamente especializado mas que, em minha opinião, tem um grande mercado nacional e internacional. Temos um mar fabuloso e um clima ameno que pode ser muito atrativo designadamente para os países nórdicos.

Anexo 13 Filomena Pinheiro – Diretora de Departamento de Operações turísticas do Turismo Centro de Portugal.

Qual o motivo para o TCP ter participado no Projeto BRENDAIT?

O objetivo é aproveitar aquilo que nos diferencia e desenvolver produtos turísticos diferenciadores, mas com acento tónico no turista, naquele que nos escolhe. E atrair para o território aquele que procura experiências únicas, mas que se envolva também com o território e que o território se deixe envolver por ele. E nesse sentido o desafio da PERFIL cabia naquilo que era a nossa estratégia: criar uma região acessível e inclusiva é o nosso objetivo. É claro que conhecemos as nossas dificuldades, primeiro pela extensão do território, mas também muito pela nossa ainda imaturidade em termos de produtos turísticos diferenciadores, porque nós com alavancas ou ancoras turísticas muito dispersas e muito conhecidas, património, o turismo religioso, acabamos por ter que, para desenvolver este produto, uma ação muito no território e muito nas comunidades, porque é fazer com todos para todos.

Esta extensão acaba por ser uma vantagem.

Exato. Quer dizer, não é só um terço do território nacional como ainda 100 municípios, e isso são muitas maneiras de gerir, muitas vontades próprias, muitos anseios, expectativas, muitos sonhos para cada território... Se olharmos em comparação ao Algarve, que tem 18 municípios, onde todos olham para o sol e para o mar, é muito fácil. Felizmente é um desafio muito grande.

Se nos centrarmos no projeto BRENDAIT, ficamos um pouco mais reduzidos, porque se centra principalmente na OESTE CIM...

Sim, o objetivo foi desenvolver o projeto piloto nestes municípios e depois estender ao resto do território.

Com a participação do TCP neste projeto, confirma-se intenção de diversificar o turismo apostando no turismo acessível.

Sim, sem dúvida. E esse é caminho, vejamos: isto era um projeto piloto que se centra nos territórios do Oeste e um em Leiria, a Batalha, mas já há outros que querem continuar, mas mesmo para outros territórios nós conseguimos já sensibilizar os municípios – que temos vindo a sensibilizar desde 2014 -, para essa necessidade, para isso também temos já um número muito grande de praias do interior, praias fluviais, acessíveis, como o projeto da Lousã que foi pioneiro. Existe já uma sensibilidade para esta realidade neste território, fruto deste trabalho que vai sendo desenvolvido, mas ainda não com todo o território, mas pegando nos que têm mais capacidade, disponibilidade e abertura.

Entre as 80 entidades parceiras do projeto BRENDAIT que contactei, apenas 11 responderam à cerca deste projeto piloto e do meu projeto de Mestrado. Acha que ainda há pouca vontade em arriscar neste tipo de turismo acessível? Passar dos projetos à prática?

Até nós, entidade que supervisiona o turismo a nível regional, temos sempre muita dificuldade em obter respostas e a reação em tempo útil e isto prende-se da forma em que as coisas são geridas. É mais fácil, por exemplo, ter ou não ter resposta e entender a resposta de uma entidade privada, porque tem um gestor ou alguém responsável que assume, do que uma entidade pública. Os próprios municípios entregam muito a responsabilidade da comunicação à entidade regional, e às vezes acham que existe uma sensibilidade grande ao turismo acessível e inclusivo, e todos caminhamos para isso, no entanto, quando falamos no Projeto BRENDAIT, eles remetem para a própria entidade. Imagine, Torres Vedras, é um município que tem uma prática inclusiva de há muitos anos, nós é que encarámos o projeto BRENDAIT nestas boas práticas de uma região que já por si sensível a estas questões. E os funcionários de Torres Vedras estão já sensibilizados para este assunto, é já cultura do município, podem não querer ser eles a falar para o exterior do projeto, mas ali já se transpira este tipo de ação.

Nas respostas às questões, os parceiros afirmaram que este projeto de Férias para doentes oncológicos seria uma mais valia para a região, de forma a aproveitar este nicho. Concorda com eles?

Completamente. Nós achamos que o projeto BRENDAIT vem promover o desenvolvimento sustentado do território, criar outra forma de estar no território para as comunidades locais e criar oportunidades de negócio. Criando esta cultura do acessível e do inclusivo nas unidades, achamos que temos condições para traçar para nós este tipo de cliente, que sabemos que está a crescer no mundo, e não existem assim muitos destinos no mundo inclusivos e acessíveis, e por isso nós que sofremos com a sazonalidade, temos tudo a ganhar com o aproveitamento deste produto, sendo certo que também estamos interessados em que as comunidades aproveitem esta integração. Porque todos nós precisamos desta cultura.

Um dos últimos filmes do TPC retrata isso mesmo.

O nosso último filme de promoção institucional encora-se no inclusivo. Este é um trabalho muito difícil, mas temos cientes da capacidade do nosso território além de podermos desenvolver isto e as nossas comunidades são muito abertas a entenderem-se com o outro, e não é por acaso que hoje a intervenção do secretário geral da OMT foi nesse sentido: nós Portugal, e referiu muito esta zona de Fátima, que somos um povo completamente diferente em termos de acolhimentos, nós somos naturalmente acolhedores, eles não precisam de vir até nós e nós vamos até eles e ele próprio tem a experiência como turista. Ninguém o conhecia e ele achou extraordinário. Nós já temos essa capacidade. Temos também excelentes condições naturais em termos de recursos endógenos que nos permitem criar condições para criar um destino acessível e inclusivos, a nossa região tem 24 estâncias termais, 18 ativas e com capacidade para acolher, temos excelentes parques, praias acessíveis, o clima é maravilhoso e para isso temos condições para que isso aconteça.

Mesmo na questão do clima, e falando nos doentes oncológicos, será uma boa aposta para fugir à sazonalidade...

Mas também será uma forma de aproveitarmos. Falar para algumas pessoas, como Argentinos, Brasileiros, Mexicanos, falar que temos interior é ridículo, somos apenas uma faixa. Isto é mais que litoral. Mas a verdade é que temos bem vincado o interior e é uma boa oportunidade para este miolo de território que é riquíssimo em termos de

recurso e de abertura da comunidade, e mesmo para o verão onde corre tudo para a praia, temos excelentes condições para acolher no ano inteiro.

Na apresentação do projeto também foi falado que a o turismo acessível é muito mais que rampas. Ainda está vincada a ideia das mudanças estruturais, ainda falta implementar este projeto para as pessoas, de os por em prática?

Sim, sem dúvida. E no decorrer do desenvolvimento do projeto verificamos que mesmo aqueles que precisam das rampas, com problemas físicos, as rampas não são o mais importante. É a forma como os outros encaram as rampas, porque às vezes o acessível pode ter dois degraus e o não acessível pode ter rampas incríveis. O acolhimento, a forma como toda a comunidade está para aceitar o outro com estas diferenças é que é o cerne da questão. Porque todos nós, em qualquer altura da vida temos problemas, as pessoas da minha idade e mais velhas tem várias dores e às vezes não se pode com as portas do Hotel porque são pesadas. Há as mães que não conseguem aceder com as cadeiras de bebés... E quer no público, quer no privado, tem de se criar condições, mas não passa de obras.

Já não basta ter um quarto para deficientes.

Não, e vou contar uma história que aconteceu aqui no Porto de Turismo de Fátima. A funcionária viu chegar um autocarro onde quase todos os ocupantes, creio que belgas, usavam cadeiras de rodas. Mas o posto de turismo não está preparado e ela própria tomou a iniciativa de sair do edifício, acolhe-los, disponibilizar informação do lado de fora. Ela podia ficar do lado de dentro à espera que alguém do grupo fosse buscar informação e estava tudo bem, mas tomou outra atitude. E isto é ser inclusivo mesmo quando o edifício não é inclusivo.

Ainda não consegui encontrar uma justificação clara que as Termas não são as mais adequadas para os doentes oncológicos.

Nós queremos transformar um destino turístico, não é? E o doente tem os seus cuidadores ou as famílias, alargadas e é preciso criar condições para que a família esteja junta e se eu conseguir criar condições para que uns e outros tenham oferta que lhes proporcione umas excelentes férias, somos inclusivos e acessíveis. O objetivo não é só pensar no que faz bem aquele, mas ter naquele território respostas para a família,

que as crianças se sintam bem, não se sintam prejudicadas porque na família existe alguém com um determinado problema, e que essa pessoa não se sinta mal porque está a sujeitar a família, e assim todos têm uma resposta adequada.

Nesta fase do projeto seria apenas grupos de doentes, baseia-se muito no projeto Olha-te. Dai esta minha perceção.

As reparações das termas das CR vão nesse sentido. Mas as respostas que há já no interior, com aquela faixa de termas de respostas diferentes, mas também com contextos diferentes porque há uma resposta em termos de turismo ativo muito forte e propicio aos doentes oncológicos porque está mais afastado do mar e às vezes não é amigo do doente oncológico, mas isso depende de cada caso. Mas sim, no nosso território temos condições e estamos a trabalhar nos alicerces: primeiro fazer com que as comunidades sejam sensíveis a esta realidade e acolhedoras, mas nós também já começamos há muitos anos no turismo sénior e na região centro já há muitas ofertas nesse sentido e não é por acaso porque já existe uma abertura para ser e acolher de maneira diferente. É muito mais fácil atender um grupo de turistas jovens, autónomos. Se nós já temos esta oferta é porque já temos sensibilidade para isso.

Na questão de Fátima. Há esta ligação entre o turismo religioso, espiritual, com este tipo de turismo acessível e inclusivo?

Sim, há a necessidade de as pessoas estarem consigo próprios e com o seu próprio deus. Porque muitas vêm e não são católicos, mas vêm com a mesma fé, com a fé em si. E Fátima tem tudo para completar a oferta que tem, porque não nos podemos limitar ao santuário e a tudo o que ela congrega. E se pensarmos fora deste grupo, Fátima é um destino acessível, mas mais do que eu isso tem todas as condições para que o doente se sinta bem e consigo próprio.

Nas pesquisas que fiz noutros projetos noutros países, como na Austrália, EUA, Inglaterra, o trabalho é muito feito à base de donativos, aqui a Liga Portuguesa Contra o Cancro também funciona com muitos donativos, mas no nosso país é mais difícil trabalhar com este tipo de financiamentos?

Eu tenho um conhecimento profundo para não acreditar nisso, nós Portugueses somos muito de reação e não temos uma educação que permita este tipo de garantia para uma

fundação. Infelizmente, e falando como Filomena e não como TCP, quem gere estes fundos não costumam ser as pessoas com mais formação pessoal e interior para o fazer. E isso leva a uma grande desconfiança e agora vimos com a situação dos fogos. Se assim fosse, a Santa Casa da Misericórdia tem todas as fontes para assumir isto, pelas fontes de financiamento enormes que tem e pela abertura que os portugueses têm no jogo quer na dádiva. Nos países que está a falar existe uma responsabilidade social muito grande por parte das empresas, e está a falar em economias muito desenvolvidas, quando falamos nos holandeses, dinamarqueses e finlandeses, se lhes falarem na responsabilidade social é natural porque acha que se tem, tem obrigação de pagar por isso. Se tem boas condições é porque o Estado lhe deu essas condições, e é natural que se sinta corresponsável em contribuir para aqueles que não têm e isso é natural. Mas esta é a realidade e nós não estamos formatados para isso, e há sempre o chico-espertismo no meio disto e nesses países nem tanto.

Eu acho que deveria ser o Estado a encarregar-se disso, e é uma obrigação para com os doentes oncológicos e para com as famílias. Eles custam muito dinheiro, porque não, em vez de fincaiar as depressões de toda a famílias, porque não, pela parte da prevenção, garantir condições para que não fiquem depressivos? Seria mais natural, mais óbvio. Mas este é o conhecimento de alguém que já esteve em muitos lados da barricadas e sabe como funciona.

Este tipo de projetos pode também ser tida como um objetivo de esperança, uma ancora para evitar estas depressões.

Sem dúvida, as pequenas coisas. É criar condições para que todos tenham direito à vida e isso aprende-se na escola. E se isso acontecesse todos nos sentíamos responsáveis e podíamos dar um pouco mais de nós. Estas pessoas não precisam de esmolas, mas de direitos, o direito de aceder à qualidade de vida e devia ser uma responsabilidade de todos.

Ainda se vê as férias como algo superficial...

É isso que temos de alterar, não deve ser caridade, tem de ser natural. Estas famílias deviam ter condições para que, imagine, e nós quando chega a altura de termos um familiar ou necessidade de cuidados paliativos, ainda temos a capacidade d olhar à nossa volta e ter a capacidade de perceber que estamos a prejudicar e envolver a família. Se tivéssemos condições, se a comunidade criasse condições para que fossem

tratados com normalidade, ficava leve para toda a gente. Era normal que acontecesse e todos nós fazemos parte da resolução do problema, as famílias deviam ter direito a ter alguém que podia cuidar do seu familiar. Não podemos esquecer que estas pessoas vivem 365 dias por ano com a doença.

E nós se trabalharmos 8 horas por dia 5 vezes por semana já precisamos de um break, essas pessoas vivem segundo a segundo com esse pensamento, essa é a real necessidade de ter férias.

Exatamente. O nosso objetivo é não tratar o produto como que o hospital reúne condições para isso, porque é sempre uma cama de hospital. O que nós queremos é que os investidores abram na sua capacidade e vontade para acolher estas famílias e criar, porque em casa deles também não precisam das coisas todas adaptáveis, e a cheiro a quarto de hospital e é isso que nos queremos.

Há também outros investimentos, como um enfermeiro a querer criar um projeto na Nazaré.

Um pouco pelo território já existe esta abertura. Primeiro porque também temos uma qualidade em termos de unidades hospitalares muito grandes, embora ancorados nos hospitais centrais da Universidade de Coimbra, todas as unidades estão muito bem equipadas e abertas. E para a nossa região é fácil porque havendo a abertura por parte dos hospitais, as unidades escusam de ter recursos técnicos nas suas instalações porque têm uma oferta de grande qualidade nos hospitais e profissionais. Depois também temos muitas ipss que pela forma como funcionam estão muito abertas a estas novas dinâmicas e fazem a ponte entre uma coisa e outra, como nos transportes, na disponibilização de pessoal menos qualificado tecnicamente, mas bem qualificado a nível pessoal e nível de carinho e afeto.

Nos tivemos no nosso projeto um jovem que ficou tetraplégico aos 18 anos e viaja pelo mundo sozinho e o que mais o perturba é chegar ao hotel e o empregado que está nos pequenos almoços deixa-lhe tudo sem ele ter de se mexer, ele quer é as coisas possam estar ao seu alcance.

Anexo 14 Entrevista a Gonçalo Gomes - Núcleo de Apoio aos Empresários, Empreendedorismo e Investimento Turístico

As Férias de Recuperação para Doentes Oncológicos são uma alternativa de qualidade para os horizontes de Turismo Centro de Portugal?

Este pode ser um nicho de mercado que, desde que bem organizado, pode ser extremamente vantajoso para a região Centro de Portugal, tendo em conta o possível aproveitamento de diversas valências específicas que existem na região (estâncias termais, spas, os novos modelos de negócio associados ao turismo de saúde e bem-estar ligados à meditação, yoga e afins), bem como a existência de entidades, a nível internacional, que organizam este tipo de viagens, através de entidades privadas e públicas que encontram em Portugal um destino exemplar para o desenvolvimento destes programas. Trata-se, portanto, de mais uma possibilidade de desenvolvimento da atividade turística na região seja através da TCP (para o mercado interno) ou da ARPT Centro de Portugal (responsável pela promoção da região nos mercados externos).

Há interesse do Turismo Centro de Portugal em criar condições para o desenvolvimento deste tipo de turismo, nomeadamente no turismo acessível, como foi promovido na apresentação do projeto BRENDAIT?

A intenção da entidade é a de alargar os conceitos e resultados obtidos no projeto-piloto do BRENDAIT a toda a região Centro de Portugal, procurando disseminar as vantagens do desenvolvimento de um destino acessível a todos, em linha com as diretrizes nacionais definidas e em parceria permanente com as entidades que diariamente contribuem para que este objetivo nacional seja uma realidade.

De que modo este tipo de investimento pode beneficiar o desenvolvimento local? A nível de infraestruturas e de população.

Analisando especificamente esta oferta que se equaciona implementar, existe a possibilidade de gerar vantagem competitiva em relação a outros destinos concorrentes com oferta semelhante. De uma forma geral, que se aplica a este e a outros casos, a diversificação de atividades, desde que devidamente promovida, é sempre geradora de

ganhos para a economia local, pois maiores fluxos gerarão mais consumos por parte dos turistas, de forma direta ou indireta.

A zona de Peniche é marcada pelo sector do turismo de sol e mar, focado no surf. Há espaço para novas valências, como o aproveitamento das águas terapêuticas da praia da Consolação, que se localiza no concelho?

Confesso desconhecer a natureza e maturidade do aproveitamento dessas águas terapêuticas, mas em teoria existe sempre espaço para que esse tipo de oferta complemente a oferta instalada, mesmo num destino de sol e mar. Existe o exemplo na Nazaré em que a talassoterapia foi desenvolvida com sucesso em complemento à oferta tradicional instalada com benefícios para todas as empresas turísticas.

Estando Peniche – em época alta -, associado ao turismo de massas, é plausível o investimento no turismo acessível de bem-estar no concelho?

Considerando que o turismo acessível e as suas componentes se podem aplicar a todas as áreas de atividade, o investimento nesta área é benéfico por si só, mas também o é para o turismo de massas associado ao aproveitamento do produto sol e mar, pois pode representar uma vantagem competitiva determinante relativamente a outros destinos de sol e mar.

Com o grande investimento agora centrado na prospeção do surf, com *hostels* e *surf houses*, é apropriado investir no turismo acessível de saúde e bem-estar antes que o ciclo de vida do atual turismo de sol e mar se esgote?

Nenhum destino se deve centrar apenas numa atividade ou produto, ainda que possam existir, naturalmente, áreas de especialização em determinados territórios. No entanto é fundamental que os destinos diversifiquem as suas atividades, até porque neste caso específico estamos a falar de um produto de forte sazonalidade e fortemente dependente de condições climatéricas.

Anexo 15 Entrevista a Luís de Melo Jerónimo – Diretor-Adjunto do Programa Gulbenkian Coesão e Integração Social.

Numa recente entrevista ao semanário Expresso, Isabel Mota, presidente da Fundação Calouste Gulbenkian afirmou que o futuro passa por um maior papel na intervenção social, nomeadamente na inovação e no impacto. Uma atividade deste género tem capacidade para integrar essa visão?

Quando foi criada em 1956 tinha quatro grandes áreas de atividade: arte, ciências, educação e beneficência. E a direção interpretou este mandato de formas diferentes consoante a natureza das atividades, nas artísticas e científicas optou por fazê-las diretamente, até pela coleção de arte deixada pelo Sr. Goulbenkian, teve dois museus, mas agora estão sobre a mesma alçada, tem uma orquestra, na parte ciência tem o instituto Gulbenkian Ciência. Na parte da beneficência teve atividades naquilo que é a saúde e sempre foi muito feito através do que é feito pelas atividades de fundações, de haver verbas para financiamentos. É engraçado perceber isso ao longo do tempo, porque a componente cultural acabou por ter mais preponderância no público no que todo o restante. Até historicamente, e noutros locais que não Lisboa, e até projetos de inovação nos anos 60, 70, não se usavam era esses conceitos, mas que na altura eram de inovação social, como o caso das Bibliotecas Itinerantes. E a ação fora da zona de Lisboa tem muito a ver com isso, no pós-revolução de 74 e a criação do Sistema Nacional de Saúde e tudo o que foi o apetrechamento dos edifícios hospitalares. Essa intervenção sempre houve, a perceção é que acabou por ficar nas artes. Porque agora não se quer fazer só mais ou diferente, quer é mostrar do que apenas e só as atividades que faz em Lisboa.

Quando estes conceitos começaram a emergir, de inovação, empreendedorismo social, a fundação começou a adotá-los naturalmente, não que fosse uma novidade mas mais porque já ecoavam no que a fundação de uma forma mais orgânica começava a fazer.

O país acabou por se organizar de modo muito sectorial, com programas para a educação, saúde, etc. O que se pretende é a melhor forma de responder às necessidades sociais, no que eventualmente este projeto pode ser inserido e estamos muito focados numa matriz: por um lado as abordagens inovadoras aos problemas, com um foco no papel das tecnologias e artes, as ferramentas de financiamento para o setor social, e o papel das novas lideranças. Este sector é muito desagregado com lideranças muito longas e pouco profissionalizadas e é preciso atrair e reter talento para estas repostas sociais, e é extraordinário vê-lo com esse entusiasmo a querer pensar e fazer

diferente e são sinais importantes. Por outro lado temos o enfoque particular no que são crianças e jovens em risco, idosos e seus cuidadores e muito do nosso trabalho tem estado focado nos cuidadores mas informais do que nos beneficiários, e depois a questão das migrações.

Focaria então a questão dos cuidadores. Aquilo que são as divisões entre as respostas da saúde e a intervenção social destas mesmas pessoas acaba por estar a dividir algo que para necessidades diferentes responde a necessidades diferentes, e essas divisões não fazem sentido. Aquilo que temos tentado fazer, e por uma questão de gestão de risco é compreensível que o Estado não assuma esse papel de inovador, mas depois numa fase posterior deve criar condições para crescer. Dos projetos mais conseguidos nesta matéria chama-se “Cuidar de Quem Cuida”, focado nos cuidadores do público envelhecido, e pretendemos dar uma resposta integrada entre hospitais, unidades locais de saúde e IPSS com resposta neste sector e muito focado no que era a formação dos cuidadores informais porque são os que passam 24 horas por dia, 7 dias de semana com os seus familiares e muitas vezes vêm-se nessas situações de repente e sem saber o que e como fazer e isso leva a situações de isolamento porque as pessoas ficam muito fechadas naquelas questões e isso é vivido em casa, e elas próprias estão a precisar de cuidados. Era permitir aos cuidadores que pudessem ter férias, porque às vezes era impossível levar os cuidados com eles e assim era disponibilizado um lar onde as pessoas pudessem lá ficar com todos os cuidados e os cuidadores irem de férias. E não é só o impacto social e de benefícios quer para os doentes e cuidadores como algum impacto económico associado como por exemplo a diminuição da ida ao hospital de consumo de medicamentos... Esta é uma área onde vamos continuar a trabalhar no futuro, nomeadamente na formação dos cuidadores informais.

Que este tipo de respostas, como o deste projeto, são cada vez mais válido e necessário, sem duvida alguma, se é algo que a fundação integra esta visão, face ao que é o desenho dos projetos da casa, não diria que fosse prioritário, mas ressalvo a importância destas questões que tem muitas semelhanças com o que já temos feito.

Ao ponto de ciência, falamos em laboratórios, ou por exemplo estas investigações sociais? O cancro é uma área sensível e estudada, mas muito – e bem- na prevenção e cura. Há espaço para investigações do pós-cancro? (ou pós-tratamento?) Descobrir os melhores mecanismos holísticos a utilizar?

Estas divisões vão sendo cada vez mais ténues, e o importante é perceber até que ponto este tipo de iniciativas pode ter ou não eficiência na resposta e que sejam

cientificamente validadas. O que acontece é que há bem pouco tempo atrás, as Universidades eram os grandes polos de inovação, neste momento é que muita da inovação acontece fora das portas das Universidades.

Há mais liberdade cá fora?

Eu acho que tem a ver com a necessidade de inovação e encontrar respostas está a acontecer fora das Universidades. E os professores estão virados para o ensino e não para a investigação. Agora isso vê-se nos casos de inovação e empreendedorismo social, e agora são as Universidades estão a tentar perceber, e de acordo com o seu perfil e competências, como podem estabilizar alguns conceitos e fazer alguma investigação aplicada que acontece fora das Universidades, e não é cá só em Portugal.

Efetivamente há que conseguir aproximar estas respostas com um acompanhamento científico que possa validar as respostas, **especialmente a longo prazo porque** é aí que conseguimos validar os impactos. O feedback que temos está muito próximo da intervenção, o que obviamente faz com que haja melhorias desde o início da intervenção até ao seu termo, mas a questão é: finalizada a intervenção, até que ponto essas melhorias se mantêm ou não. Falando no seu caso, se estivermos a falar no programa de um mês, medimos no início os indicadores de bem-estar e logo no final do mês lógico que vai melhorar, mas a questão é até que ponto se consegue manter e aqui é onde a ciência pode atuar.

Uma das recomendações de investigação futuras será o impacto a longo prazo. Ou seja, o programa terá a duração de uma semana e futuramente os beneficiários iram ser contactados, 6 meses ou um ano depois para se perceber qual o verdadeiro impacto na qualidade de vida e bem-estar...

Isso é fundamental se perceber. E numa lógica não tanto de julgar a intervenção de perceber e de melhorar. Não tanto o que se pode atribuir à intervenção, como no clássico das avaliações: atribuição vs contribuição. E nós não podemos atribuir, porque as pessoas são sistemas muito complexos que não conseguimos fazer nexos de causalidade. Depois de um ano desta atividade a pessoa melhorou o seu BE e pode não ser só o responsável exclusivo, mas contribuiu e só esse facto é importante, positivo e válido. Mas não podemos fazer é excessivas apropriações.

E o que este projeto que é dar uma pequena ajuda...

Nós ainda estamos a explorar, mas também estamos interessados nos impactos que o *Mindfulness* possa ter nestas pessoas, e também focado nos fundadores.

Nas pesquisas que fiz a projetos idênticos com atividades para doentes oncológicos noutros países, como na Austrália, EUA, Inglaterra, o trabalho é muito feito à base de donativos. Que tipo de financiamentos acha que se adequariam ou estariam disponíveis para este programa?

Mas este é um grande desafio. Muito do que se percebe é que cada vez mais há dificuldades na acessibilidade, cada vez mais há mais e melhores tratamentos, mas cada vez mais se percebe que vão ser mais caros. O estado terá mais dificuldade em pagar esse tipo de cuidados e que tem possibilidades paga e que não pode não vai ter acesso a eles, e isso vai vincar cada vez mais os extratos. Até como na criação do seu modelo de negócio são questões importantes a ter em conta.

O clássico, a forma de apoiar os projetos sociais é através de donativos, o que no nosso contexto é desafiante porque não é comparado com a Inglaterra por exemplo, que tem uma “Ecologia de Fundos” bastante profícua. Temos poucas fundações como a nossa, ou algumas empresas que depois se tornam fundações, mas depois, veja-se o caso da EDP, que depois de construírem o museu, e com os mesmos recursos, não canalizam mais dividendos para o sector social. A Fundação Gulbenkian, ciente desta dificuldade, em 2013 criamos um projeto que agora é uma estrutura autónoma, o Laboratório de Investimento Social para perceber até que ponto estas novas ferramentas de financiamento, nomeadamente o “Social Impact Bonds”, teriam ou não viabilidade no nosso contexto. Percebemos que era viável e onde havia um novo mercado e permitiu a uma *task force* que permite a Portugal um financiamento de 150 milhões de euros para o sector social, que é significativo. Portugal tem tração para isso e o que está a faltar é mais financiamento privado e maior *by in* destes instrumentos, que vai pela melhoria da contratação pública. Como os financiamentos das IPSS são feitos pelo número de camas e não pela qualidade, pela validade das atividades e das respostas que são dadas. E pode haver um financiamento através do “Social Impact Bounds”, onde há um risco assumido pelos privados e depois há o reembolso do Estado. Há uma formação na área digital com desempregados em que somos avaliados não pela formação, mas pela inserção no mercado de trabalho, onde o Estado só reembolsa se os participantes arranjam emprego nos primeiros 3 meses, porque é o que interessa,

pois não interessa ter 30, 60 ou 100 horas. E é muito esta mudança que ainda está por fazer, e importa fazer.

Tipicamente o que há são dois tipos de modelos de negocio consoante as pessoas que podem ou não pagar os serviços. Quando as pessoas podem pagar, há fontes e receita claras, pois a pessoa paga e o modelo de negócio ficam mais perto do negócio tradicional, e depois há as variações da distribuição de lucros, mas aqui entramos já nas Empresas Sociais, que é algo que ainda não existe no nosso país. Quando o beneficiário final não consegue pagar pelos serviços, aí é que temos de arranjar ferramentas alternativas, há os mais tradicionais que são os donativos, mas a', em termos de longo prazo não é seguro, e depois há os novos instrumentos, os "Social Impact Bonds", que podem dar outra previsibilidade em termos de resultados e outra segurança em termos de financiamento. Isto é um instrumento de financiamento específico, em que funciona como, mais aproximadamente uma parceria pública/privada onde o risco está todo nos privados e não no público, em que para uma determinada intervenção há uma série de financiamento privado que financia a intervenção em que o estado no final, caso os resultados sejam verificados e atingidos reembolsa, e em alguns casos reembolsa e remunera, para premiar o risco assumido, e isso também cria incentivos. É um modelo bastante desenvolvido no Reino Unido, em Portugal está a começar a dar os primeiros passos.

E aí necessidade de, por um lado, termos um estatuto jurídico que reconheça esta nova vaga de organizações em que têm modelos de negócios estabelecidos mas que não são convencionais, e que nos temos debatido por isso, e por outro lado a necessidade de fazermos esta mudança de conseguirmos a contratualização por resultados parte do estado e não por atividade, e o instrumento mais próximo que até ao momento está desenvolvido nesse sentido tem a ver com os títulos de impacto social, "Social Impact Bonds". Mas isso não quer dizer que outro tipo de financiamento deva ser feito desta forma, o que é importante é incluir este mecanismo no portfolio de instrumentos disponíveis no instituto da Segurança Social principalmente. Quando se fala nestas novas ferramentas do setor social não quer dizer que tudo o que esteja para trás está mal, não, há casos em que os donativos fazem todo o sentido.

Com a expansão do turismo, há a intenção de apostar neste sector? (Se falarmos concretamente no desenvolvimento de pesquisas aplicadas ao Turismo Social, Turismo de Saúde ou até Turismo Acessível e Inclusivo...)

Que são áreas com potencial, são, mas se são áreas prioritárias na nossa atividade, não são. Mas que é claramente, para grupos de saúde, seguradoras, com muito interesse neste tipo de atividades. Mas acho que Portugal, que só pelas características teve este bom de turismo, tem condições muito favoráveis para estas matérias. E há muitas pessoas que decidem cada vez mais passar a sua reforma cá, como os ingleses, franceses, alemães... E isso também cria oportunidades de negócio e de trabalho como estas. O Turismo de Saúde é uma área onde Portugal devia apostar porque tem todas as condições para todos ganharmos.

De que modo seria possível alterar a nossa (portuguesa) cultura social reactiva (ajudar depois de crises) para pro-activa (de responsabilidade social)?

Eu não sei se conseguimos ou não, mas vamos ter de as arranjar. Mais numa lógica de prevenção e, como diz, de reação e ajudas a crises. Porque isso significa melhores respostas e equilíbrio nos recursos financeiros disponíveis, porque nós não vamos ter recursos financeiros para pagar, que nos sistemas de saúde, de pensões. É uma questão de necessidade, mas tenho esperança que as coisas possam melhorar exatamente nos vários sectores temos pessoas com perfis diferenciados e mais atentos, principalmente as gerações novas, como a sua, têm vontade de encontrar um maior equilíbrio entre a sua atividade profissional e algum propósito e eu acho isso muito positivo. Volta e meia participo numas aulas na Universidade Nova e cada vez mais há vontade de participar e ter um papel ativo nos problemas da sociedade, e são movimentos mais alargados e não acontecimentos isolados. E não há que ter medo da mudança, porque depois as coisas mudam quando não estamos há espera e não reagimos.

Anexo 16 Entrevista a Dra. Ana Querido, Doutorada em Enfermagem e autora da tese “A Promoção da Esperança em Fim de Vida – Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva”. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Qual a importância da esperança no doente oncológico?

Do ponto de vista clínico, a maioria das pessoas pensa em esperança de vida, e há uma grande confusão entre o que é a esperança de vida, se é longa ou curta, mas aqui trabalhamos o viver com esperança, que é uma coisa diferente. Apesar da pessoa saber que tem uma doença oncológica, a maioria sabe que tem uma doença oncológica terminal que a vai conduzir à morte. O que nós fazemos com essas pessoas é o “viver com esperança”, o que significa que vamos viver um dia de cada vez, dar importância aos momentos, tornar as experiências ricas, conciliá-las com a vida, fazê-las viver para além da doença. Garantindo, obviamente, que isso não interfere com a capacidade que cada um tem que ter para realizar os tratamentos ou conduzirem a sua vida da maneira que melhor entenderem.

Nesta esperança não se trata da estipulação de um prazo...

Não, é a estipulação dos objetivos de vida que eu quero atingir no prazo mais ou menos curto que eu sei que tenho para viver. Mas não nos centramos muito no prazo, nas pessoas que têm prognóstico de seis meses, nove meses... Até porque percebemos que as pessoas que são muito esperanças vivem para além desse prazo que os médicos identificam como sendo o prazo de vida médio dessas pessoas. Não se trata do objetivo de ultrapassar o limite de vida, mas sim de aproveitar o tempo que foi dado.

Mas os doentes encaram a doença de maneiras diferentes.

Claro. Temos pessoas que vão desde a fase da negação, à fase da revolta, mas também sabemos que essas fases não são estanques. Entre as fases de negação e a fase de aceitação há muitas outras fases em que as pessoas acabam por andar mais para a frente o mais para trás, por vezes temos pessoas revoltadas que estão quase tristes e ao mesmo tempo tomando consciência do facto de saberem que vão viver pouco tempo, mas ao mesmo tempo acabam por trabalhar já numa fase mais de aceitação. Há

peessoas que já estão na fase da aceitação, mas que de repente acontece qualquer coisa que as faz voltar atrás e nós sabemos que estas fases não são lineares.

Há também as irredutíveis?

Sim, há pessoas que mantêm a esperança da cura até ao fim, e nós aceitamos isso, conscientes de que há uma esperança generalizada, que é essa que faz com que as pessoas acreditem em algumas coisas que no ponto de vista cognitivo e racional parecem irrealistas mas que do ponto de vista emocional pode ter a ver com a fase da aceitação da doença e ao mesmo tempo com o sonho que a pessoa idealizou para si próprio, e a vida é feita de sonhos, e nós para vivermos o dia-a-dia precisamos de sonhar, mesmo com coisas que aparecem irrealistas. Há semelhança daquilo que fazemos quando jogamos no Euromilhões e sabemos que a probabilidade é muito pouca, as pessoas também acreditam que há de vir aí alguém que descobre uma cura para a sua doença. E de facto a nossa preocupação enquanto técnicos de saúde, numa primeira fase, foi muito o focar as pessoas para serem realistas, e a literatura fala muito nisso. Quanto mais trabalhamos a esperança, muito mais sabemos que o que importa é trabalhar esperanças particularizadas e deixar ficar essa esperança irrealista desde que não estejamos a trabalhar a esperança particular. E se a pessoa tiver objetos de esperança e coisas para fazer, como objetivos de vida, realizações pessoais e legados para trabalhar e deixar ficar, rever o sentido da vida. Se trabalharmos isso no aqui e agora, é irrelevante se a pessoa espera a cura por acabar ir vivendo e fazer experiências consigo e com a família e amigos e vai deixando marcas e legado, ajudando a que as pessoas que ficam acabam por gerir melhor o luto.

É importante ter as nossas esperanças utópicas, mas também algo alcançável?

Uma esperança realista, aquela que é objetivada. É claro que, para alguém que tem uma esperança de cura muito marcada, e eu sei, que à luz da ciência atual, essa é uma probabilidade muito remota, é muito incompetente da minha parte, enquanto profissional de saúde, não trabalhar a esperança realista da pessoa e deixa-la ficar só nessa parte do sonho. Porque se não, eu deixo ficar a pessoa e a família à procura de tudo o que são respostas aqui, no estrangeiro, gastam-se enormidades de recursos financeiros, físicos, até da própria família, há pessoas que largam o emprego para acompanhar as pessoas nesta fase à procura de uma cura que nós sabemos que atualmente não existe.

Não quer dizer que não possa esperar por ela, mas não posso deixar que centre toda essa energia na procura.

Há maneira de desviar a atenção?

Não se desvia, procura-se o resto. Deixa-se ficar, mas temos que fazer ver quem é importante para si, o que pode deixar como legado, deixar um exemplo.

As atividades de férias podem ser uma esperança realista?

Podem. Eu imagino que a pessoa tem uma esperança muito realista de realizar uma viagem, e essa é vir a Fátima, que pode conjugar a dimensão espiritual da esperança, juntamente com a dimensão cognitiva comportamental e a dimensão da realização dos objetivos.

Para trabalhar a esperança no seu máximo, a pessoa vem, envolve todo o seu esforço e energia, e de quem está à volta na programação da viagem, acaba por reportar o momento, e isso é importante. Com fotografias, imagem, som, filme, como é que isto representa para as pessoas – mais do que só estar de férias - o que é que aquela atividade representa para o doente, o que é importante na minha esperança. Qual é a memória de esperança que guardo, se partilho com os outros, ou deixo para mim. Se partilho com os outros, porque a dimensão de grupo é importante – estamos a fazer um projeto de grupos de esperança em pessoas com dor crónica e já tínhamos feito isso com pais de crianças com doença oncológica e percebemos que isso é extremamente importante a partilha em grupo, porque a pessoa empresta a esperança e pede-a emprestada ao outro, e se eu estou a viver uma situação difícil e há quem já a experienciou eu posso usa-lo como modelo, e esses exemplos são importantes. Mesmo que não vá passar, se alguém disser que compreende aquilo que essa pessoa está a passar, tem um poder enorme no grupo.

E é aí que faz todo o sentido que as atividades sejam em grupo.

Claro, e trabalhar a esperança nestas pessoas é algo brutal, porque para além da experiência, imagine o que é elas puderem pensar no significado que essa experiência teve para elas, no contacto com a natureza e isso ligado ao seu próprio sentido de vida dá uma esperança enorme nas pessoas no sentido de, “eu tenho uma limitação, sou doente oncológica, tenho uma boa razão pela qual posso morrer, mas há coisas na

minha vida que fazem muito sentido, posso fazer as mesmas coisas que as outras pessoas, com algumas limitações, mas posso. Acabo por observar a natureza à minha volta com outros olhos, com outra importância. Dão mais importância ao pormenor, ao detalhe e às relações, aos momentos que passam com as pessoas e a intensidade com que passam com essas pessoas, e isso faz tudo muito sentido. É a diferença entre a pessoa viver assumindo que é um ser íntegro, válido que apesar de perder capacidades ainda vale a pena cá estar ou então dizer que já não vale a pena, o melhor é vir aí a eutanásia.

É importante o planeamento para a viagem depois do tratamento, na fase de recuperação?

Eu diria que não é tanto quando isto passar. Imagine que não há fase de recuperação. A nossa perspetiva quando trabalhamos a esperança é aquela ideia do vencer o cancro, mas nós aqui não vencemos o cancro. Nós vencemos o cancro porque somos pessoas, e é difícil vencer alguma coisa contra a qual eu posso não ter as armas para vencer essa coisa, mas eu não deixo de ser um vencedor. Mesmo quando o cancro não vai embora. É a perspetiva de: “apesar de eu ter uma doença, o que é que não me limita, o que é que não me faz inferior e diferente. E quais são os projetos que apesar da diferença eu consigo fazer”, e é aí que as férias são extremamente importantes. Às vezes os doentes não se livram do tratamento, há pouca doença oncológica onde possamos dizer que se está completamente curado depois de passados 10, 15 anos e a pessoa ainda pode ter uma recaída, pode acontecer. Eu acho que estes projetos também são válidos para as pessoas que não podem estar à espera que o cancro passe, mas que ao mesmo tempo é importante fazerem projetos interessantes com outras pessoas, e ter projetos de vida para além da doença. Às vezes as pessoas percebem que têm tratamentos para fazer e pensam que agora entram nesta vida, já não largo mais o hospital e a minha vida é assumir o papel de doente. E isso é provavelmente das coisas mais tristes e deprimentes que elas podem ter, porque a vida tem outras facetas e outros papéis que as pessoas também dão valor e as fazem tornar pessoas completas, e não é só o papel de doente. Esse papel é muito limitativo.

Então neste processo, se a pessoas começar a planear outras atividades já começa a desempenhar outro papel?

Começa a perceber que mesmo estando doente e o facto de eu ir para outro país, eu posso ter o mesmo apoio, sensibilidade e recursos apesar de eu ser doente oncológico, estar imono-deprimida e ter dificuldade com várias coisas é interessante.

A esperança também é trabalhada ao nível da família?

Sim. Nós temos trabalhado nos doentes e nos cuidadores. Nos cuidadores, trabalhamos principalmente a importância do seu próprio papel, como é que podem, naturalmente, aceitar a ajuda de outros, porque os cuidadores têm muita dificuldade em pedir ajuda ou deixar a criança ao cuidado de outros sentindo-se seguros e acabam por ter uma vida muito complicada e dificilmente conseguem ter um papel profissional ativo juntamente com o papel de cuidador ativo. E ser cuidador a tempo inteiro de alguém que me é familiar pode ser muito exaustivo, e levar a que atinja muito rapidamente o *burn out*.

Elas percebem que esse não é o caminho mais saudável?

Sim, mas a questão é o tipo de respostas que estas pessoas têm, porque a maioria destes cuidadores são-no porque não têm outro tipo de respostas na comunidade. Mas quando nós conseguimos garantir algumas respostas é importante que as pessoas consigam ter mais vida para além disso. Já há projetos desses a nível nacional. Mas ainda assim não é fácil desligar, é muito intenso e ao mesmo tempo também seria importante nós desenvolvermos estruturas na comunidade para desenvolvemos apoio a essas pessoas e permitir aos cuidadores terem vida própria, profissional, familiar, dar atenção aos outros e assumir outro papel.

Há algumas atividades mais indicadas?

Eu acho que, nós no programa de esperança temos algumas que seriam importantes e fariam sentido. A primeira era a ligação à natureza, porque permite uma ligação espiritual, pensar sobre o sentido da vida, sobre o nosso papel no mundo, a nossa relação com os seres, permite treinar alguma capacidade de relaxamento com imaginação guiada e seriam interessantes no contexto natural. É também importante a questão dos grupos, partilhar. O importante para promover a esperança nestas circunstâncias é a partilha nos grupos, ao mesmo tempo fazer um álbum de experiências que pode ser mais físico ou mais virtual, conforme as capacidades das pessoas, mas

sempre envolvendo as pessoas porque não faz sentido contratar alguém para fazer as filmagens, fotografias, ou algo que retrate os melhores momentos, que serão associados à mensagem de esperança que aqueles momentos trazem.

Outra questão que nós trabalhamos muito são os atributos das pessoas, e trabalhando um bocadinho a autoestima, que é: quais são os atributos que eu conheço em mim, as minhas forças e que eu quero partilhar com o grupo e o que é que o grupo viu em mim que eu ainda não vi.

Ou seja, pôr as suas capacidades à disposição do grupo...

E reconhecer que o grupo vê forças em mim que eu provavelmente ainda não explorei ou reconheci. E essas capacidades têm a ver com os atributos físicos, força de carácter, energia, experiências positivas, como ser otimista...

A outra coisa que trabalhamos muito com as pessoas são as emoções positivas ao final do dia, encontrar aspetos positivos do dia. E isso pode ser feito através de experiências culturais, de enriquecimento cultural, porque essas experiências estéticas são extremamente importantes, como a visita a museus, mas ao mesmo tempo uma ida ao cinema que seja interessante ou importante e que permita a partilha, tudo o que são experiências estéticas são essenciais. As experiências espirituais podemos ir busca-as às estéticas, não têm forçosamente que ser religiosas, mas se o forem é importante explorarem esse aspeto, a questão do bem-estar é essencial. Quando falava em experiências holísticas é claro que é importante ter algum bem-estar físico associado aquilo que é relacionado com experiências estéticas, ter um cuidado com a gestão de esforço porque estas pessoas têm um nível de fadiga alto e para compensar os níveis de fadiga alto eu tenho de proporcionar o exercício, porque se isso não acontecer a fadiga cresce. Agora tem que ser um exercício controlado, mais ou menos gerido. Outra experiência muito interessante é a dança, que é uma experiência universal. Pode ter um aspeto étnico, partilhar a cultura, mas ao mesmo tempo partilhamos e reforçamos a relação entre as pessoas, e isso é importante, não é preciso conhecer a língua porque as barreiras aí esbatem-se.

As emoções positivas ao final do dia, evidencia ainda mais o viver um dia de cada vez.

Exato, muito se fala no viver o dia de cada vez, mas temos de perceber como é que isso se faz. Nós fazemos 5 diários por dia, por cada pessoa. O sellignman, que estudou as emoções e o efeito das emoções positivas na saúde estudou que, com muita frequência o nosso cérebro regista as emoções negativas com mais intensidade do que as positivas. E quando faço balanços ao final do dia temos mais tendência em ir buscar o que não correu bem ou menos bem, para fazer face a uma emoção negativa tenho de jogar com três positivas para a neutralizar, e eu só consigo retirar o efeito positivo da experiência quando neutralizo a emoção negativa, e só consigo neutralizar com cinco. O poder das emoções positivas é importante, mas eu tenho de perceber quantas é que eu tenho de focar.

E como se trabalha essas emoções?

Ai as pessoas precisam de um bocadinho de ajuda. É preciso listar as emoções, porque as pessoas não sabem muito bem. Elas próprias sabem dizer que tiveram medo, frio, fome, sede, mas pensar nas outras é muito mais difícil.

O trabalho dessas emoções leva a um maior planeamento das atividades?

As atividades terão sempre que ser planeadas com intencionalidade. Planear uma caminhada é fácil, mas a paragem em momentos estratégicos, o perceber o que está a correr bem, perceber o que podemos mudar daqui para a frente.

No planeamento geral da atividade, este doente não pode sair das Caldas da Rainha e ir de manhã à Nazaré, à tarde ir a Alcobaça e Batalha e à noite jantar a São Martinho...

Claro que não, e temos de pensar que tipo de emoções é que eu estou a causar, que tipo de elementos é que eu estou a sujeitar as pessoas, dar um passeio longo ou curto, o ir à praia, que cansa o dobro...

Já que falamos na praia, qual o papel do sol?

Normalmente os doentes oncológicos têm fotossensibilidade, até pelos químicos que fazem, e a maioria deles não pode apanhar sol direto. O que sugerimos neste aspecto é sempre um protetor total para a pele, porque o sol direto influencia a hiperpigmentação

da pele, a textura e a secura, mas não influencia a síntese da vitamina D, que é a parte positiva da coisa. E nós temos que gerir o sol do início do dia e o final da tarde com um bom protetor solar.

Aí conseguem-se aproveitar as características terapêuticas do sol?

Exatamente, são coisas importantes que nós conseguimos com o sol. E são tão importantes como evitar a secura da pele e hiper-pigmentação por aí fora, portanto temos de jogar com aquilo que nós conseguimos proteger de efeitos da pele, com um bom chapéu, agora isso não evita a pessoa de apanhar luz, e no início do dia, até às 11h00 e ao final do dia.

E o efeito das Termas?

Na minha opinião, as termas per si não são uma experiência agradável, porque o ir para as termas em conceito é interessante sobre ter acesso a uma série de estratégias mais ou menos agradáveis do ponto de vista do conforto, e há tratamentos que a pessoa oncológica não pode fazer, há uma série de coisas que são suportavelmente agradáveis a uma pessoa normal a uma doença que não tenha sintomas no imediato e o doente oncológico tem provavelmente uma experiência de vários sintomas, como vômitos, náuseas que tem que gerir. E se eu vou introduzir sintomas que agravam mais do que aliviam, não é uma experiência agradável. Pode ser agradável porque é um conceito normalmente inserido na natureza, onde tem parques à volta, onde normalmente há um conjunto de elementos à volta que proporcionam um maior relaxamento, tranquilidade agradável. Os tratamentos per si não são agradáveis, portanto as pessoas que os fazem têm um benefício a longo prazo.

Que outras atividades?

Temos atividades centradas no passado das pessoas, temos alguns exercícios com o genograma de esperança. É um instrumento que os profissionais de saúde utilizam quando tratamos de cuidados paliativos, mas também em contexto de comunidade. O genograma familiar é a representação gráfica da família e das suas relações, e nós usamos isso, no centro de enfermagem e saúde familiar por exemplo para trabalhar a família naquilo que são as suas relações. Também usamos em cuidados paliativos para perceber quem é o núcleo familiar, quem são os cuidadores, quais são as relações

tensas e menos tensas, até porque temos de preparar a família para o luto e quanto mais cedo fizermos isso mais fácil é tratar essas relações.

Nós preparamos a morte como uma etapa de vida. E preparamos a morte da pessoa, ela tem consciência disso e trabalhamos a forma como a família o está a vivenciar. Normalmente antes de morrer. Quando eu sei que o meu familiar está numa fase terminal da vida, eu começo o luto antes e começo a preparar como vai ser quando ela já cá não estiver. E quanto mais cedo prepararmos a família para o processo de luto, mais fácil fica.

Que outras atividades?

A construção do Braço da Esperança. Trabalhamos aquilo que é uma experiência de esperança interior para si, uma pessoa que lhe deu esperança no passado, uma sensação. Tem a ver em que é que a pessoa se retrata com a esperança, se for uma sensação iremos trabalhar esse símbolo. Explicar o que é a esperança é muito difícil, e por isso pedimos que escolha um símbolo para essa esperança e pedimos que o explique. E se eu tiver a ver alguém em baixo, o símbolo representa um amuleto, agarro-me ao símbolo e aquilo para mim é a esperança, e eu vou buscar os meus recursos internos para fazer face à situação e nós sabemos que a desesperança está muito associada à vontade de morrer. Quando eu perco a esperança, rapidamente fico com vontade de antecipar a morte.

Outra das coisas é aplicar instrumentos que medem a esperança em que utilizamos em vários contextos de doença crónica e vários contextos e pomos as pessoas a preencher para percebermos de todos os indicadores da esperança quais os indicadores mais em cima ou em baixo, mas percebemos que as pessoas com doença oncológica são extremamente esperanças, o que é estranho. Porque aparentemente pode ser estranho se nós pensarmos em experiência de vida, não tem muita lógica, mas faz toda a diferença porque nós não vemos a esperança de vida.

Coleção sobre mim, que são álbuns de esperança. Fazer um álbum sobre o que a atividade representou para a pessoa durante a atividade. Podem ser imagens, ou como por exemplo as mensagens dos pacotes de açúcar podem ser guardadas e escrever que memórias de esperança foram despertadas. Nós trabalhamos muito o “não há coisas por acaso”, e os detalhes contam. Fazer gravações é importante porque as famílias também recordam pela voz.

Anexo 17 Entrevista a Philippa Hunter-Jones - Professora com PHD em Marketing na Universidade de Liverpool Management School (ULMS), no Departamento de Marketing e Gestão de Operações e autora de estudos que relacionam Cancro e Turismo.

Os seus artigos publicados sobre as férias e os doentes de cancro são datados do início dos anos 2000, e não consegui encontrar nenhum novo sobre a intervenção do turismo em pacientes com cancro. Encontra uma explicação para esta ausência de trabalhos realizados neste campo?

Sim, ampliei o escopo do meu trabalho além do câncer específico e comecei a analisar os impactos da doença sobre outros, por exemplo, cuidadores informais.

De que modo as férias podem ser importantes para os pacientes com cancro?

De várias maneiras. Pacientes com cancro não são homogêneos. Os tipos de câncer variam. As respostas das pessoas também variam. As férias permitem um senso de normalidade em uma situação caótica. Eles permitem um veículo para o tempo longe da doença, tempo longe de ser identificado como alguém com doença.

O que motiva um paciente oncológico a viajar? E o que o impede?

Motivações são múltiplas, assim como são os viajantes em si. As barreiras são semelhantes, mas aqui também há outras específicas relacionadas aos requisitos de saúde, regimes de tratamento, complicações de seguros.

Em que estágio do ciclo de vida do turismo médico (MTL), o paciente se sente mais motivado para fazer férias?

Depende do paciente, do programa de tratamento e do regime de medicamentos.

O bem-estar e as atividades holísticas devem ser obrigatórias em um programa de férias para pacientes com câncer e, assim, contribuir para a qualidade de vida e a felicidade dos pacientes?

Não, não obrigatório, mas opcional. O câncer é uma experiência única. Todo mundo lida de maneiras diferentes. Para fazer algo obrigatório, sugere que todos tenham as mesmas necessidades. Eles não.

Através de que atividades o turismo pode ser útil para esses pacientes?

Alguns pacientes vão querer empurrar seus limites e, na verdade, podem se tornar mais ativos do que anteriormente. Outros simplesmente procuram descanso e relaxamento.

Os pacientes oncológicos encaixam-se na definição de turística acessível?

Sim, em termos de necessidades. Essas necessidades podem resultar em deficiências físicas ou mentais.

Durante as férias, o paciente com cancro pratica menos atividades devido à sua diminuição da capacidade física ou falta de confiança em si mesmo?

Totalmente depende do indivíduo em questão - a resposta à doença é pessoal.

Como o Turismo pode fortalecer a capacidade física e psicológica do paciente com cancro?

Oportunidades para participar e permitir o envolvimento com a "normalidade" faz exatamente isso.

O turismo pode agir como um mecanismo de esperança?

Sim. Ele permite escapismo, um tempo para refletir, um tempo para recuperar a força, etc. Todas essas oportunidades são partes integrantes de se tornarem esperançosas.

Anexo 18 Análise SWOT do Projeto

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none">. Clima. Localização. Património. Gastronomia. Novidade no mercado. Explorar um novo nicho. Experiência em Turismo Sénior. Características acolhedoras dos portugueses	<ul style="list-style-type: none">. Fase embrionária. Falta de experiência em atividades turísticas para doentes oncológicos. Despesa dos doentes durante e pós tratamentos
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none">. Desenvolvimento de novas ideias e programas para um novo nicho de mercado. Promoção dos serviços de saúde da região. Oferta diferenciadora	<ul style="list-style-type: none">. Estado de saúde dos clientes. Esforço financeiro dos doentes durante os tratamentos. Falta de financiamento para a participação de doentes