

Do *high-level wellness* ao *wellness* digital: trajetória histórico-conceitual e implicações para a qualidade de vida

From high-level wellness to digital wellness: a historical-conceptual trajectory and implications for quality of life

RESUMO

Fabiana Fátima do Prado
Sedlak Pinheiro 
profhistoria300@gmail.com
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná (UTFPR), Ponta Grossa,
Paraná, Brasil

Rafael Gemin Vidal 
rafaelgemin@hotmail.com
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná (UTFPR), Ponta Grossa,
Paraná, Brasil

Luiz Alberto Pilatti 
lapilatti@utfpr.edu.br
Universidade Tecnológica Federal do
Paraná (UTFPR), Ponta Grossa,
Paraná, Brasil

OBJETIVO: Analisar a trajetória histórica do conceito de *wellness*, identificando seus principais deslocamentos semânticos, teóricos e institucionais, bem como suas implicações para o campo da qualidade de vida.

MÉTODOS: Realizou-se uma revisão histórico-conceitual crítica, baseada em textos fundadores, documentos institucionais e estudos representativos das etapas de formação, difusão e crítica do conceito. As fontes foram interpretadas segundo nove categorias: definição, concepção de saúde, relação indivíduo-ambiente, sujeito responsável, dimensões incorporadas, finalidade, instituições difusoras, formas de avaliação e críticas.

RESULTADOS: A análise permitiu propor sete períodos: antecedentes; formulação da saúde positiva; movimento *wellness* e multidimensionalização; promoção da saúde e crítica do *healthism*; cientificação e inserção organizacional; mercantilização; e digitalização. O conceito ampliou a saúde para além da ausência de doença e valorizou o potencial, a autonomia e a integração, mas também favoreceu a responsabilização individual, a moralização dos estilos de vida, a transformação do cuidado em consumo e a quantificação permanente da experiência.

CONCLUSÕES: A trajetória do *wellness* não constitui uma evolução linear, mas sim uma acumulação contraditória de sentidos. Para contribuir efetivamente para a qualidade de vida, o conceito deve ser compreendido de forma relacional, articulando práticas pessoais, vínculos sociais, ambientes, instituições, políticas públicas e condições materiais.

PALAVRAS-CHAVE: *wellness*; qualidade de vida; promoção da saúde; *healthism*; bem-estar digital.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the historical trajectory of the wellness concept, identifying its main semantic, theoretical, and institutional shifts, as well as their implications for the field of quality of life.

METHODS: A critical historical-conceptual review was conducted using foundational texts, institutional documents, and studies representative of the stages of the concept's formation, dissemination, and critique. Sources were interpreted according to nine categories: definition, conception of health, individual-environment relationship, attribution of responsibility, dimensions incorporated into the concept, purpose, institutions involved in dissemination, forms of assessment, and criticisms.

RESULTS: Seven periods were proposed: antecedents; formulation of positive health; the wellness movement and multidimensionalization; health promotion and the critique of healthism; scientification and organizational incorporation; commodification; and digitalization. Wellness broadened health beyond the absence of disease and emphasized potential, autonomy, and integration, but it also fostered the individualization of responsibility, the moralization of lifestyles, the transformation of care into consumption, and the continuous quantification of experience.

CONCLUSIONS: The trajectory of wellness is not a linear evolution but rather a contradictory accumulation of meanings. To contribute effectively to quality of life, wellness should be understood from a relational perspective that articulates personal practices, social ties, environments, institutions, public policies, and material conditions.

KEYWORDS: wellness; quality of life; health promotion; healthism; digital well-being.

Correspondência:

Fabiana Fátima do Prado Sedelak
Pinheiro
Rua Gerson Luiz Sovinski, número
11, Contorno, Ponta Grossa,
Paraná, Brasil.

Recebido: 10 jul. 2026.

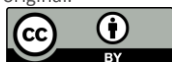
Aprovado: 14 ago. 2026.

Como citar:

PINHEIRO, F. F. do P. S.; VIDAL, R. G.; PILATTI, L. A. Do *high-level wellness* ao *wellness* digital: trajetória histórico-conceitual e implicações para a qualidade de vida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 18, e22310, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v18.22310>. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/22310>. Acesso em: XXX.

Direito autoral:

Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste artigo, mesmo para fins comerciais, desde que atribuam o devido crédito pela criação original.



INTRODUÇÃO

O termo *wellness* tornou-se recorrente em programas de saúde, universidades, empresas, academias, hotéis, aplicativos, serviços de aconselhamento e estratégias de consumo, expandindo-se por diferentes setores e contextos sociais, organizacionais e comerciais (Putrevu; Mertzanis, 2026). A mesma palavra pode designar saúde integral, prevenção, estilo de vida, equilíbrio, felicidade, condicionamento físico, espiritualidade, autocuidado, desempenho ou uma indústria de produtos e experiências. Essa expansão do uso não foi acompanhada de uma estabilização conceitual. Ao contrário, *wellness* é frequentemente empregado de forma intercambiável com saúde e *well-being*, ao passo que construtos relacionados, como qualidade de vida, satisfação com a vida e florescimento humano, apresentam dimensões parcialmente convergentes (Eriksson *et al.*, 2024; Zhang *et al.*, 2024). A análise conceitual de Eriksson *et al.* (2024) é particularmente importante aqui, pois identifica explicitamente a ausência de uma definição clara de *wellness* e o uso intercambiável de *wellness* com saúde e *well-being*.

A dificuldade envolve uma dimensão conceitual que vai além da questão terminológica. Os significados atribuídos ao conceito correspondem a diferentes maneiras de compreender a saúde, o sujeito e a responsabilidade pelo viver bem. Em sua formulação moderna, o *wellness* representou uma crítica à definição de saúde como a mera ausência de doença. Ao enfatizar o potencial humano, o desenvolvimento, a integração e a relação com o ambiente, ofereceu uma alternativa ao predomínio curativo e patológico (Dunn, 1959, 1961).

Essa compreensão processual e multidimensional permanece presente em análises conceituais contemporâneas do *wellness* (Eriksson *et al.*, 2024; Skarbek *et al.*, 2024). Posteriormente, o conceito foi traduzido em dimensões, escalas, programas educativos e práticas organizacionais. O mesmo movimento que ampliou a compreensão da saúde tornou, entretanto, um conjunto crescente de comportamentos e experiências objeto de avaliação e de intervenção (Skarbek *et al.*, 2024). A literatura recente continua a caracterizar o *wellness* como um processo dinâmico e multidimensional.

A saúde deixou de ser apenas uma condição desejável e passou a constituir um projeto permanente. O indivíduo é convocado a identificar riscos, controlar hábitos, administrar emoções, aperfeiçoar relações, encontrar propósito, preservar produtividade e demonstrar equilíbrio. Essa centralidade atribuída à responsabilidade individual integra a crítica formulada pelo conceito de *healthism*, segundo o qual os problemas de saúde tendem a ser deslocados para o plano das escolhas e das práticas individuais (Crawford, 1980).

Quando associado às organizações, ao consumo e às tecnologias digitais, o *wellness* pode transformar-se em um imperativo de desempenho: não basta evitar a doença; espera-se que a pessoa avance continuamente em direção a uma versão otimizada de si mesma (Cederström; Spicer, 2015; Putrevu; Mertzanis, 2026). Uma revisão sistemática recente identifica, entre os desafios contemporâneos do setor, a comercialização de práticas sem validação científica, os riscos à privacidade associados às tecnologias digitais e as desigualdades persistentes de acesso (Putrevu; Mertzanis, 2026).

Essa ambivalência é relevante no campo da qualidade de vida. A definição proposta pelo *WHOQOL Group* entende a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, e em relação a objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*The WHOQOL Group*, 1995). A qualidade de vida, portanto, envolve percepção subjetiva, multidimensionalidade e contexto. *Wellness* compartilha alguns desses elementos, mas apresenta maior ênfase no processo, no estilo de vida e em práticas voltadas à promoção da saúde e do bem-estar (Eriksson *et al.*, 2024). Essa distinção deve ser interpretada com cautela, pois a própria literatura sobre *well-being* apresenta diversidade conceitual e falta de consenso quanto às suas dimensões e às formas de mensuração (Zhang *et al.*, 2024). A aproximação pode enriquecer ambos os campos, desde que não se substitua a complexidade contextual da qualidade de vida por uma narrativa exclusivamente comportamental.

Este estudo parte do pressuposto de que a trajetória histórica do *wellness* foi marcada por uma dupla transformação. De um lado, o conceito ampliou a compreensão da saúde, incorporando dimensões psicológicas, sociais, ocupacionais, intelectuais, espirituais e ambientais. De outro lado, essa ampliação expandiu as expectativas dirigidas ao indivíduo e favoreceu a individualização da responsabilidade por problemas parcialmente decorrentes de condições sociais, econômicas e institucionais.

O problema de pesquisa é: como o conceito de *wellness* se transformou historicamente, desde sua formulação moderna em meados do século XX até sua configuração contemporânea como modelo de saúde, estilo de vida, tecnologia de autogestão e mercado? O objetivo é analisar os principais deslocamentos semânticos, teóricos e institucionais do conceito e discutir suas implicações para a qualidade de vida.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo caracteriza-se como uma revisão histórico-conceitual crítica, voltada à reconstrução das mudanças de significado de um conceito ao longo do tempo, à identificação de seus contextos de produção, de continuidades e de rupturas, e à análise de seus usos sociais.

Essa abordagem privilegia a compreensão de processos históricos e conceituais, em vez da síntese quantitativa dos efeitos de intervenções ou do esgotamento da literatura disponível. A estratégia mostra-se especialmente adequada quando uma categoria circula entre diferentes campos, acumula sentidos e passa a orientar práticas, políticas e mercados.

O corpus foi organizado em quatro conjuntos de fontes. O primeiro reuniu documentos que estabeleceram as bases para uma concepção positiva e ampliada de saúde, principalmente a Constituição da Organização Mundial da Saúde e a Carta de Ottawa. O segundo compreendeu textos fundadores e reconstruções históricas do *wellness* moderno, com destaque para Halbert L. Dunn e para a difusão promovida por autores e instituições ligados ao movimento norte-americano. O terceiro reuniu modelos multidimensionais e formulações acadêmicas que aproximaram *wellness* da psicologia, do aconselhamento, da promoção da saúde, do trabalho e da qualidade de vida. O quarto contemplou abordagens críticas e estudos contemporâneos sobre *healthism*, programas organizacionais, mercantilização, bem-estar digital e automonitoramento.

A seleção considerou a relevância histórica, a influência conceitual, a recorrência na literatura e a capacidade de representar mudanças significativas. Não se trata de revisão sistemática e, por isso, não se reivindica exaustividade. Para reduzir arbitrariedades, cada fonte foi interpretada segundo nove categorias: definição de *wellness*; concepção de saúde pressuposta; relação entre indivíduo e ambiente; sujeito responsabilizado pela produção da saúde; dimensões incorporadas; finalidade atribuída às práticas; instituições difusoras; formas de avaliação; e críticas ou contradições.

A periodização foi construída como um instrumento heurístico. Seus limites não representam fronteiras rígidas: autores, práticas e sentidos de um período permanecem ativos nos períodos seguintes. A análise procurou identificar a centralidade adquirida por determinados significados em cada etapa, sem pressupor que os novos sentidos substituíssem integralmente os anteriores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANTECEDENTES E FORMAÇÃO DA SAÚDE POSITIVA

Embora a palavra *wellness* possua registros lexicais anteriores ao século XX, sua história conceitual moderna remonta sobretudo ao período posterior à Segunda Guerra Mundial. Narrativas promocionais frequentemente vinculam o termo diretamente a tradições antigas de equilíbrio, exercício, alimentação ou espiritualidade.

Essas tradições podem ser reconhecidas como antecedentes culturais, enquanto o conceito contemporâneo de *wellness* resulta de uma configuração histórica específica, associada a mudanças na saúde pública, na medicina preventiva e na cultura de desenvolvimento pessoal (Miller, 2005).

O marco institucional decisivo foi a Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada em 1946 e em vigor desde 1948. Ao definir saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou enfermidade, o documento legitimou uma concepção afirmativa e multidimensional. A formulação recebeu críticas por apresentar um estado completo potencialmente inalcançável, mas teve importância histórica ao deslocar a saúde para além da patologia e ao relacioná-la a direitos, condições sociais e cooperação entre indivíduos e Estados (World Health Organization, 1946).

Esse deslocamento ocorreu em um contexto em que doenças crônicas e fatores do cotidiano ganhavam importância. Alimentação, atividade física, tabagismo, trabalho e ambiente passaram a ocupar um espaço cada vez maior nas explicações sobre a saúde. A prevenção exigia atenção aos comportamentos, mas também às condições em que esses comportamentos eram produzidos. Desde o início, portanto, estavam abertas duas possibilidades: ampliar a ação coletiva sobre os determinantes da saúde ou concentrar a intervenção nas escolhas individuais. A história posterior do *wellness* seria marcada pela tensão entre ambas.

HALBERT L. DUNN E O *HIGH-LEVEL WELLNESS*

Halbert L. Dunn ocupa uma posição central na formulação moderna. Médico e estatístico vinculado à saúde pública norte-americana apresentou suas ideias em palestras e publicou, em 1959, o artigo *High-level wellness for man and society*. Em 1961, reuniu suas reflexões no livro *High-level wellness* (Dunn, 1959; 1961).

Dunn rejeitou a ideia de que uma pessoa pudesse ser considerada plenamente saudável apenas por não apresentar doença diagnosticável. Entre doença grave e funcionamento máximo existiria um contínuo, no qual cada pessoa poderia mover-se em diferentes direções. Essa representação introduziu três elementos fundamentais. O primeiro foi o caráter dinâmico: *wellness* não seria uma condição adquirida de forma definitiva, mas um processo. O segundo foi a noção de potencial: a saúde deveria considerar a possibilidade de desenvolvimento humano, não apenas a normalidade clínica. O terceiro foi a relação pessoa-ambiente: o funcionamento resultaria da interação entre capacidades individuais e condições circundantes.

Essa formulação permitia compreender que uma pessoa com doença crônica ou deficiência poderia alcançar um elevado nível de *wellness*, desde que desenvolvesse capacidades e mantivesse uma relação favorável com o ambiente. Inversamente, alguém sem diagnóstico poderia apresentar baixo nível de integração, seja por propósito ou por funcionamento. A proposta, portanto, concebia o *wellness* como um processo contínuo de desenvolvimento, em vez de um estado de perfeição física ou de saúde ideal.

Dunn também procurava superar a fragmentação do ser humano em partes administradas por especialidades distintas. Corpo, mente, relações, valores e ambiente integravam um único processo. Essa dimensão relacional é relevante porque versões posteriores preservaram a linguagem do potencial, mas reduziram o peso do ambiente. Na cultura contemporânea de autogestão, o indivíduo tende a ser representado como responsável pelos resultados, mesmo diante de limitações materiais e institucionais.

A expressão *high-level*, contudo, introduzia uma orientação normativa. O conceito não descrevia apenas uma condição; indicava uma direção desejável. Essa normatividade facilitou sua conversão em um programa educativo e em um projeto de vida. O impacto inicial foi limitado, mas aumentou quando outros agentes transformaram a filosofia em centros, questionários, modelos visuais e práticas aplicáveis ao cotidiano.

Essa redefinição inicial da saúde positiva antecipou elementos que posteriormente foram incorporados às concepções multidimensionais de qualidade de vida. Ao deslocar o foco da simples ausência de doença para o desenvolvimento de capacidades ambientais, o *high-level wellness* aproximou-se da premissa do WHOQOL de que a percepção de bem-estar depende de como o indivíduo avalia sua posição na vida, diante de seu contexto cultural e de seus valores.

MOVIMENTO *WELLNESS* E MULTIDIMENSIONALIZAÇÃO

Durante as décadas de 1970 e 1980, o conceito foi retomado por profissionais que o aproximaram do público e das instituições. John Travis, Donald Ardell e Bill Hettler contribuíram para transformar a proposta de Dunn em um movimento de autocuidado, mudança de estilo de vida e educação em saúde (Miller, 2005). O indivíduo deixava de ser apenas receptor de decisões médicas e passava a participar ativamente da produção de sua própria saúde.

Essa mudança ampliava as possibilidades de autonomia individual. Reconhecia que as pessoas podiam compreender padrões, estabelecer objetivos e modificar práticas cotidianas. Ao mesmo tempo, a linguagem da responsabilidade criava condições para atribuir ao sujeito resultados sobre

os quais ele possuía controle parcial. A agência individual, quando desvinculada do contexto, podia converter-se em culpa.

O modelo das seis dimensões, associado a Bill Hettler e ao National Wellness Institute, teve grande importância para a operacionalização do conceito. As dimensões física, emocional, intelectual, social, espiritual e ocupacional ofereciam uma representação simples e aplicável em universidades e organizações. A saúde física deixou de ser o único eixo; relações, emoções, aprendizagem, propósito e trabalho também passaram a compor o funcionamento positivo (Hettler; National Wellness Institute, 1976).

A organização do *wellness* em dimensões apresentou convergências com a estruturação posterior dos domínios da qualidade de vida. Contudo, enquanto os modelos de qualidade de vida mantiveram caráter prioritariamente avaliativo da percepção do sujeito, o movimento *wellness* assumiu uma orientação normativa e prescritiva ao recomendar comportamentos voltados ao desenvolvimento dessas dimensões.

A relevância histórica do modelo reside na transformação de uma filosofia abrangente em uma matriz de avaliação. Cada dimensão podia orientar questionários, aconselhamento, cursos e intervenções. A pessoa tornou-se observável em múltiplos domínios, e cada um passou a receber metas. A multidimensionalidade superava o reducionismo biomédico, mas também ampliava o escopo daquilo que poderia ser administrado em nome da saúde.

Nas décadas seguintes, surgiram variações que incorporaram dimensões ambiental, cultural e financeira. Myers, Sweeney e Witmer (2000), por exemplo, desenvolveram a Wheel of Wellness no aconselhamento, articulando espiritualidade, autorregulação, trabalho, lazer, amizade, amor e contextos mais amplos. A expansão fortaleceu a ideia de totalidade, mas aumentou a elasticidade terminológica: se praticamente todos os aspectos valorizados da vida integram *wellness*, torna-se difícil delimitar o que permanece fora do conceito.

Também se consolidaram duas acepções. Em uma, *wellness* é um estado multidimensional de saúde positiva. Em outra, constitui um processo ativo de escolhas orientadas ao desenvolvimento. A primeira favorece a mensuração de condições; a segunda enfatiza condutas. Os discursos atuais frequentemente combinam ambos: avaliam o estado da pessoa e prescrevem ações destinadas a melhorá-lo.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CRÍTICA DO HEALTHISM

A expansão do *wellness* ocorreu paralelamente ao desenvolvimento da promoção da saúde. Os campos se sobrepõem, mas não são equivalentes. O movimento *wellness* concentrou-se frequentemente na

trajetória individual; a promoção da saúde incorporou políticas públicas, ambientes favoráveis e participação comunitária.

A Carta de Ottawa, de 1986, definiu a promoção da saúde como o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e a melhorá-la. Identificou cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação dos serviços. O desenvolvimento individual era, portanto, um componente de uma arquitetura mais ampla (World Health Organization, 1986).

Na prática institucional, gestores e formuladores de políticas priorizaram intervenções comportamentais individuais em detrimento de reformas estruturais, dada a maior facilidade de mensuração e menor custo operacional das primeiras. Alimentação, exercício, tabagismo, peso e estresse tornaram-se alvos recorrentes, enquanto intervenções sobre desigualdade, trabalho, habitação ou território exigiam decisões políticas complexas. Essa assimetria favoreceu a individualização da responsabilidade.

Robert Crawford (1980) examinou esse processo por meio do conceito de *healthism*. Para Crawford, a nova consciência de saúde e os movimentos de autocuidado preservavam noções centrais da medicalização ao situar causas e soluções prioritariamente no nível do indivíduo. A saúde passava a funcionar como valor moral: disciplina, autocontrole e escolha racional eram associados ao sujeito saudável, enquanto a doença podia ser interpretada como uma falha na administração de si.

A crítica é especialmente importante para o *wellness*. O movimento prometia reduzir a passividade diante da medicina, mas podia estender a lógica médica a toda a vida. Emoções, relações, trabalho, alimentação, espiritualidade e lazer passaram a ser avaliados pelos seus efeitos sobre a saúde. A aparente desmedicalização, assim, podia produzir uma medicalização ampliada do cotidiano.

Escolhas pessoais relacionadas à alimentação, à atividade física, ao sono e à prevenção influenciam a saúde, mas são tomadas sob condições desiguais. Tempo, renda, segurança, território, acesso a serviços, discriminação, condições de trabalho e responsabilidades familiares distribuem de forma distinta as possibilidades de adotar práticas consideradas saudáveis. O *wellness* pode ampliar a agência ao oferecer recursos e contribuir para a modificação de ambientes; tende à moralização ao prescrever condutas sem considerar essas desigualdades.

Neste período, a tensão entre a promoção coletiva e a responsabilização individual afetou diretamente o campo da qualidade de vida. A emergência do *healthism* tendeu a reduzir a compreensão da qualidade de vida – construto intrinsecamente dependente do ambiente e

do contexto social – a uma mera consequência de hábitos de vida e de autodisciplina individual.

CIENTIFICAÇÃO E INSERÇÃO ORGANIZACIONAL

A partir do final do século XX, *wellness* foi incorporado a diferentes campos acadêmicos e profissionais. Psicologia, aconselhamento, enfermagem, educação física, saúde ocupacional e gestão desenvolveram instrumentos para avaliar e promover suas respectivas dimensões. A psicologia positiva reforçou esse movimento ao propor uma ciência dedicada tanto à compreensão e ao tratamento das patologias quanto ao estudo das experiências positivas, das forças humanas e das condições de florescimento (Seligman; Csikszentmihalyi, 2000).

Wellness e psicologia positiva têm histórias distintas, mas convergem no deslocamento do foco do déficit para o funcionamento positivo. A convergência contribuiu para legitimar cientificamente temas antes associados à filosofia de vida ou à autoajuda. Também multiplicou as escalas, os indicadores e os programas. Todavia, a expansão empírica não eliminou a imprecisão. Dodge et al. (2012) observaram que grande parte da literatura enumera componentes de bem-estar sem estabelecer uma definição consensual.

A distinção entre *wellness* e *well-being* permanece contextual. Uma diferenciação analiticamente útil considera *well-being* uma experiência, condição ou avaliação de estar bem, enquanto *wellness* designa o processo intencional e as práticas orientadas à promoção da saúde e do bem-estar. A separação não é universal, mas ajuda a compreender por que *wellness* apresenta maior conteúdo prescritivo.

Nas organizações, os programas de *workplace wellness* passaram a incluir avaliações de risco, atividades físicas, nutrição, controle de peso, cessação do tabagismo, manejo do estresse e incentivos. Seus objetivos incluem a promoção da saúde dos trabalhadores, a redução dos gastos assistenciais, a diminuição do absenteísmo e o aumento da produtividade. Essa combinação modifica a finalidade do conceito: o potencial humano, em vez de ser apenas um fim, passa a ser tratado como um recurso econômico.

Ensaio randomizados recomendam cautela diante de promessas amplas. Song e Baicker (2019) identificaram mudanças em alguns comportamentos autorreferidos, mas não observaram diferenças significativas em medidas clínicas, gastos ou resultados de emprego após 18 meses. Reif et al. (2020) não encontraram efeitos significativos sobre a saúde física, diagnósticos ou o uso de serviços após 24 meses, embora tenham observado mudanças em crenças e em alguns comportamentos de cuidado.

Os resultados indicam que a efetividade das intervenções varia de acordo com seu desenho e contexto, ao mesmo tempo em que apontam a distância possível entre popularidade e respaldo empírico. Uma organização pode oferecer meditação, desafios de passos ou treinamento de resiliência enquanto mantém sobrecarga, insegurança, assédio, baixa autonomia ou condições de trabalho inadequadas. Nessas circunstâncias, o *wellness* tende a atuar sobre a capacidade individual de adaptação a um ambiente que permanece adverso.

MERCANTILIZAÇÃO E CULTURA DA OTIMIZAÇÃO

No século XXI, *wellness* consolidou-se como categoria econômica, impulsionada tanto pela expansão de um setor próprio quanto por sua incorporação a mercados de atividade física, alimentação, turismo, estética, saúde mental, imóveis, termalismo, cuidados pessoais, medicina preventiva e tecnologias.

O Global Wellness Institute estimou que a economia global do *wellness* alcançou US\$ 6,8 trilhões em 2024, distribuída em 11 setores (Global Wellness Institute, 2025). O dado é relevante como indicador da institucionalização econômica, mas deve ser interpretado com cautela: a organização integra o próprio ecossistema do setor e utiliza uma definição abrangente, capaz de abranger mercados muito distintos.

A formação dessa economia modifica o significado do conceito. As práticas de cuidado são reorganizadas em produtos, serviços e experiências. O indivíduo é interpelado simultaneamente como responsável e como consumidor. A busca por saúde passa a ser mediada por alimentos específicos, equipamentos, aplicativos, exames, retiros, terapias, cursos e ambientes certificados.

A mercantilização não invalida automaticamente uma prática. Produtos e serviços podem facilitar a prática de atividade física, o descanso ou o acesso a cuidados. A questão crítica surge quando consumo e virtude são associados. Mercadorias passam a funcionar como sinais de disciplina, consciência e autenticidade. A identidade saudável torna-se também identidade de consumo e produz distinções entre aqueles que podem comprar tempo, ambientes e serviços especializados e aqueles cujas condições restringem essas possibilidades.

Cederström e Spicer (2015) denominaram de *wellness syndrome* a pressão para que os indivíduos maximizem continuamente a saúde, a felicidade e a produtividade. O bem-estar deixa de ser uma possibilidade e converte-se em um comando moral. Sofrimento, cansaço e fracasso podem perder dimensão social e política, sendo reinterpretados como falta de resiliência, pensamento positivo ou autocuidado.

A cultura da otimização aproxima o *wellness* do desempenho. Descansar é valorizado porque aumenta a eficiência; meditar, porque melhora a concentração; exercitar-se, porque reduz as ausências. Atividades intrinsecamente valiosas são justificadas por sua contribuição à produção. O desenvolvimento humano deixa de ser uma finalidade e passa a ser um investimento em capital físico e psicológico.

A amplitude do conceito permite reunir, sob o mesmo rótulo, intervenções sustentadas por bases científicas muito distintas. Práticas preventivas, experiências recreativas e alegações terapêuticas sem comprovação científica podem ser apresentadas como *wellness*. Sua avaliação crítica requer, portanto, considerar as evidências disponíveis, a segurança, a finalidade, a acessibilidade e a relação com os determinantes sociais, distinguindo práticas e intervenções conforme suas características e fundamentos.

DIGITALIZAÇÃO, DADOS E BEM-ESTAR DIGITAL

A etapa contemporânea é marcada pela digitalização. Smartphones, relógios inteligentes, sensores e plataformas registram passos, frequência cardíaca, sono, alimentação, exercícios, humor e produtividade. O *wellness* torna-se mensurável em termos de dados e integrado ao cotidiano.

O automonitoramento pode ampliar a percepção de padrões e apoiar a consecução de objetivos. Tecnologias também facilitam o acesso à educação, ao apoio e às intervenções. Ao mesmo tempo, a quantificação altera a relação da pessoa consigo mesma. Dormir, caminhar ou descansar deixa de ser apenas uma experiência e se torna um desempenho comparável às metas. Indicadores parciais podem adquirir aparência de representação completa da saúde.

Digital *wellness* possui dois sentidos principais: o uso de tecnologias para promover o bem-estar e a busca por uma relação equilibrada com as próprias tecnologias. Vanden Abeele (2021) propõe compreender o bem-estar digital como um estado dinâmico de equilíbrio entre conectividade e desconexão, condicionado por fatores pessoais, bem como por características dos dispositivos e dos contextos. Essa formulação evita reduzir o problema à quantidade de tempo de tela.

A tensão permanece porque as mesmas plataformas que oferecem ferramentas de controle competem pela atenção. Recursos para limitar o tempo ou silenciar notificações atribuem ao usuário a responsabilidade de resistir a sistemas projetados para estimular o engajamento. Docherty (2021) argumenta que discursos de autocontrole digital podem reproduzir formas individualizadas e moralizadas de cuidado, deixando em segundo plano os modelos de negócio e a arquitetura das plataformas.

Outra questão envolve dados pessoais. Informações sobre saúde, rotina e comportamento interessam a plataformas, empregadores e seguradoras. A personalização convive com riscos de vigilância, de uso secundário e de discriminação. A fronteira entre apoio e controle depende de transparência, governança, proteção de dados e de uma efetiva possibilidade de recusa.

A digitalização amplia uma tendência já presente na multidimensionalização do *wellness*. Se os modelos tornaram-se conceitualmente observáveis em diferentes áreas da vida, os dispositivos digitais passaram a viabilizar o acompanhamento contínuo desses modelos. Nesse contexto, o bem-estar digital envolve mais do que práticas individuais de autorregulação, pois também se relaciona ao desenho das tecnologias, às condições institucionais, à proteção de dados e à distribuição de responsabilidades entre usuários, organizações, desenvolvedores e poder público.

A trajetória analisada permitiu propor uma periodização heurística estruturada em sete etapas heurísticas, que sintetizam a trajetória e a acumulação conceitual do *wellness* ao longo do tempo, conforme representado na Figura 1. A representação visual destaca o caráter cumulativo desse processo, mostrando como cada etapa acrescentou novos sentidos que coexistem na contemporaneidade.

Figura 1 – Periodização histórico-conceitual do *wellness*



Fonte: Autoria própria.

SÍNTESE DA PERIODIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA

A trajetória analisada permite identificar sete períodos, apresentados na Figura 1. A representação não sugere substituição linear. Cada etapa acrescentou sentidos que continuam coexistindo.

Atualmente, um mesmo programa pode mobilizar a definição positiva de saúde, o contínuo de Dunn, as dimensões de Hettler, a linguagem da psicologia positiva, incentivos corporativos, produtos de consumo e métricas digitais.

A periodização evidencia cinco deslocamentos transversais. O primeiro foi a passagem da saúde negativa para a saúde positiva: a ausência de doença foi ampliada por meio do potencial, da participação e do funcionamento. O segundo foi a passagem do estado para o processo: *wellness* tornou-se uma direção de mudança e um conjunto de práticas. O terceiro foi a passagem da integração geral para a multidimensionalidade operacional: diferentes domínios passaram a ser avaliados separadamente. O quarto foi a passagem da participação à responsabilização: a agência, inicialmente emancipatória, converteu-se em obrigação moral. O quinto foi a passagem do autocuidado para a economia de consumo e de dados.

Para a qualidade de vida, a principal contribuição do *wellness* está em reconhecer que a saúde não se reduz à clínica e que a pessoa participa ativamente da construção de sua própria experiência. Sua principal limitação ocorre quando a orientação ativa elimina a dependência de condições objetivas, de vínculos, de ambientes e de políticas. Qualidade de vida não pode ser produzida apenas pela intensificação do trabalho sobre si.

A análise sustenta uma compreensão relacional: *wellness* pode ser definido como um processo multidimensional e situado de desenvolvimento de capacidades, produzido pela interação entre práticas pessoais, relações sociais, ambientes, instituições e políticas, sem reduzir a saúde à ausência de doença nem atribuir responsabilidade exclusiva ao indivíduo.

Essa definição preserva a dimensão ativa e evita o individualismo. Reconhece comportamentos, mas os situa em contextos; admite a multidimensionalidade, mas não converte toda diferença em déficit; valoriza o potencial, mas não exige otimização permanente. Intervenções coerentes com essa perspectiva devem ampliar capacidades reais, modificar ambientes adversos, proteger a autonomia, respeitar a diversidade, evitar o estigma e fundamentar alegações em evidências.

No trabalho, isso implica combinar recursos individuais com mudanças organizacionais. No ambiente digital, é necessário distribuir as responsabilidades entre os usuários e as plataformas. No mercado, a demanda é por transparência quanto às evidências, aos riscos e aos limites. Na saúde pública, exige-se manter o vínculo entre o cuidado pessoal, a equidade e a determinação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito moderno de *wellness* nasceu de uma crítica relevante ao reducionismo biomédico. Dunn e os autores que difundiram o movimento defenderam uma visão dinâmica, integrada e orientada ao desenvolvimento. A multidimensionalidade reconhece que a saúde física, as emoções, as relações, o trabalho, a aprendizagem e o propósito são interdependentes.

Esse avanço produziu efeitos ambivalentes. A ênfase na participação favoreceu o autocuidado e a prevenção, mas também a responsabilização e a moralização. Modelos e indicadores ampliaram a capacidade de intervenção, mas transformaram parcelas crescentes da vida em objetos de avaliação. A incorporação às organizações e aos mercados aumentou a difusão, mas vinculou bem-estar à produtividade e ao consumo. A digitalização tornou a saúde continuamente mensurável e intensificou a tensão entre autonomia e vigilância.

A trajetória histórica do *wellness* é marcada por tensões e apropriações distintas. Seus significados podem contribuir para políticas integradas e para a ampliação das capacidades individuais e coletivas, ao mesmo tempo em que favorecem a transferência de responsabilidades sociais e institucionais para o indivíduo.

Conclui-se que o avanço analítico do construto requer sua reinterpretação sob matrizes relacionais, nas quais o bem-estar seja investigado não como mero resultado de escolhas individuais, mas como produto da interação entre a agência e os determinantes estruturais. Um *wellness* compatível com a qualidade de vida deve integrar autonomia e justiça social, cuidado pessoal e responsabilidade institucional, desenvolvimento individual e transformação dos ambientes.

REFERÊNCIAS

CEDERSTRÖM, C.; SPICER, A. **The wellness syndrome**. Cambridge: Polity Press, 2015.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980. DOI: <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>. Acesso em: 8 ago. 2026.

DOCHERTY, N. Digital self-control and the neoliberalization of social media well-being. **International Journal of Communication**, v. 15, p. 3827-3846, 2021. Disponível em: <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/17721>. Acesso em: 8 ago. 2026.

DODGE, R. *et al.* The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, v. 2, n. 3, p. 222-235, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>. Disponível em: <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/89>. Acesso em: 8 ago. 2026.

DUNN, H. L. High-level wellness for man and society. **American Journal of Public Health**, v. 49, n. 6, p. 786-792, 1959. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.49.6.786>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13661471/>. Acesso em: 8 ago. 2026.

DUNN, H. L. **High-level wellness**: a collection of twenty-nine short talks on different aspects of the theme high-level wellness for man and society. Arlington: R. W. Beatty, 1961.

ERIKSSON, M. *et al.* Meaning of wellness in caring science based on Rodgers's evolutionary concept analysis. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 38, n. 1, p. 185-199, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.13196>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.13196>. Acesso em: 8 ago. 2026.

GLOBAL WELLNESS INSTITUTE. **2025 Global Wellness Economy Monitor**. Miami: Global Wellness Institute, 2025. Disponível em: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2025-global-wellness-economy-monitor/>. Acesso em: 8 ago. 2026.

MILLER, J. W. Wellness: the history and development of a concept. **Spektrum Freizeit**, v. 27, n. 1, p. 84-106, 2005. Disponível em: https://duepublico2.uni-due.de/receive/duepublico_mods_00033486. Acesso em: 8 ago. 2026.

MYERS, J. E.; SWEENEY, T. J.; WITMER, J. M. The Wheel of Wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. **Journal of Counseling & Development**, v. 78, n. 3, p. 251-266, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x>. Acesso em: 8 ago. 2026.

HETTLER, B.; NATIONAL WELLNESS INSTITUTE. **Six dimensions of wellness model**. 1976. Disponível em: <https://cdn.ymaws.com/members.nationalwellness.org/resource/resmgr/pdfs/sixdimensionsfactsheet.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2026.

PUTREVU, J.; MERTZANIS, C. Wellness sector transformation: a systematic review of trends, challenges, and future research directions. **Journal of Economic Surveys**, v. 40, n. 2, p. 1000-1026, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/joes.70032>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joes.70032>. Acesso em: 8 ago. 2026.

REIF, J. *et al.* Effects of a workplace wellness program on employee health, health beliefs, and medical use: a randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 180, n. 7, p. 952-960, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1321>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2765690>. Acesso em: 8 ago. 2026.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>. Acesso em: 8 ago. 2026.

SKARBEEK, A. *et al.* Exploring wellness through concept analysis. **The Journal of School Nursing**, v. 40, n. 1, p. 86-96, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1177/10598405231165510>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10598405231165510>. Acesso em: 8 ago. 2026.

SONG, Z.; BAICKER, K. Effect of a workplace wellness program on employee health and economic outcomes: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 321, n. 15, p. 1491-1501, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3307>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30990549/>. Acesso em: 8 ago. 2026.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>. Acesso em: 8 ago. 2026.

VANDEN ABEELE, M. M. P. Digital wellbeing as a dynamic construct. **Communication Theory**, v. 31, n. 4, p. 932-955, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/ct/qtaa024>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ct/article/31/4/932/5927565>. Acesso em: 8 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. New York: World Health Organization, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 8 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: World Health Organization, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>. Acesso em: 8 ago. 2026.

ZHANG, W. *et al.* A scoping review of well-being measures: conceptualisation and scales for overall well-being. **BMC Psychology**, v. 12, art. 585, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02074-0>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-024-02074-0>. Acesso em: 8 ago. 2026.