

Maturidade da gestão de programas de saúde, bem-estar e qualidade de vida no trabalho: estudo qualitativo com organizações brasileiras

Management maturity of workplace health, well-being, and quality of life programs: a qualitative study of Brazilian organizations

RESUMO

Samia Aguiar Brandão Simurro



samia@wellbr.com.br

Instituto de Ensino Superior da
Associação Paulista de Medicina
(IESAPM), São Paulo, São Paulo,
Brasil

Patricia Lacombe



patricia@patricialacombe.com.br

Associação Brasileira de Qualidade
de Vida, São Paulo, São Paulo, Brasil

Alberto José Niituma Ogata



alberto.ogata@fgv.br

Escola de Administração de
Empresas de São Paulo da Fundação
Getulio Vargas (FGV EAESP), São
Paulo, São Paulo, Brasil

Andrea Ferreira Leite



afleite78@gmail.com

Universidade de Brasília (UnB),
Brasília, Distrito Federal, Brasil

OBJETIVO: Analisar como os programas organizacionais de saúde, bem-estar e qualidade de vida de empresas vencedoras do Prêmio Nacional de Qualidade de Vida (PNQV) são planejados, gerenciados, avaliados e sustentados, identificando dimensões relacionadas à maturidade da gestão.

MÉTODOS: Estudo qualitativo com dez gestores responsáveis por programas de saúde, bem-estar e qualidade de vida em organizações brasileiras vencedoras do PNQV. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo segundo Bardin, incluindo pré-análise, exploração do material, tratamento, inferência e interpretação, com agrupamento das unidades de significado por similaridade temática.

RESULTADOS: Emergiram seis categorias: governança e capacidade de gestão; planejamento e definição de prioridades; estrutura e efetividade; barreiras e desafios; sustentabilidade e institucionalização; e cultura organizacional e engajamento. Os relatos indicaram transição de ações isoladas e predominantemente assistenciais para abordagens preventivas, integradas e orientadas por evidências. A maturidade mostrou-se associada à articulação de quatro dimensões interdependentes: conhecimento das necessidades dos trabalhadores; uso de dados e evidências; integração das iniciativas à estratégia e aos processos organizacionais; e sustentação por liderança, cultura e recursos.

CONCLUSÕES: Os relatos associam maior maturidade à combinação de diagnóstico de necessidades, decisões baseadas em evidências, integração institucional e apoio organizacional. A sustentabilidade foi relacionada à incorporação da saúde e do bem-estar à estratégia, aos processos e à cultura organizacional.

PALAVRAS-CHAVE: qualidade de vida; promoção da saúde; programas de bem-estar; gestão em saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze how organizational health, well-being, and quality of work life programs implemented by companies recognized with the National Quality of Life Award (PNQV) are planned, managed, evaluated, and sustained, and to identify dimensions related to management maturity.

METHODS: A qualitative study was conducted with 10 managers responsible for health, well-being, and quality-of-work-life programs in Brazilian organizations that had received the PNQV. Interviews were subjected to content analysis according to Bardin, encompassing pre-analysis, exploration of the material, treatment of results, inference, and interpretation, with meaning units grouped according to thematic similarity.

RESULTS: Six categories emerged: governance and management capacity; planning and priority setting; program structure and effectiveness; barriers and challenges; sustainability and institutionalization; and organizational culture and engagement. The participants' accounts indicated a transition from isolated, predominantly care-oriented initiatives toward preventive, integrated, and evidence-informed approaches. Management maturity was associated with the articulation of four interdependent dimensions: understanding workforce needs; use of data and evidence; integration of initiatives into organizational strategy and processes; and sustained support through leadership, culture, and resources.

CONCLUSIONS: The accounts linked greater maturity to the combination of needs assessment, evidence-informed decision-making, institutional integration, and organizational support. Sustainability was associated with embedding health and well-being into organizational strategy, processes, and culture.

KEYWORDS: quality of life; health promotion; well-being programs; health management.

Correspondência:

Alberto José Nittuma Ogata
Avenida Nove de Julho, número
2029, Bela Vista, São Paulo, São
Paulo, Brasil.

Recebido: 19 set. 2026.

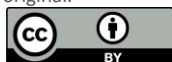
Aprovado: 4 out. 2026.

Como citar:

SIMURRO, S. A. B. *et al.*
Maturidade da gestão de
programas de saúde, bem-estar e
qualidade de vida no trabalho:
estudo qualitativo com
organizações brasileiras. **Revista
Brasileira de Qualidade de Vida**,
Ponta Grossa, v. 18, e22606, 2026.
DOI:
<http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v18.22606>. Disponível em:
<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/22606>. 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

A promoção da saúde no trabalho tem se ampliado, passando de uma perspectiva centrada predominantemente na prevenção de riscos e em intervenções comportamentais individuais para abordagens que incorporam a saúde física e mental, fatores psicossociais, a organização do trabalho, a cultura, a participação dos trabalhadores e a integração com a estratégia das organizações.

A análise bibliométrica de Amaya *et al.* (2025), que abrange a produção internacional entre 1983 e 2024, demonstra um crescimento sustentado do campo e uma evolução em direção a concepções mais abrangentes de saúde e bem-estar no trabalho. Os autores também identificaram concentração da produção científica na Europa e na América do Norte e destacaram a necessidade de maior produção em regiões sub-representadas, particularmente na América Latina. De fato, embora Ogata e Simurro (2009) já tenham proposto um modelo integrado de gestão de programas de qualidade de vida, ainda são poucas as referências nesse campo na América Latina.

Esse movimento é coerente com abordagens contemporâneas que concebem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores como fenômenos multidimensionais e dinâmicos. Nesse sentido, Sonnetag (2026) propõe três camadas interdependentes para o bem-estar no trabalho: desenho do trabalho (estruturas formais, exigências e recursos da função), *job crafting* (ajustes proativos realizados pelos próprios trabalhadores em seus limites e relações laborais) e práticas individuais de bem-estar. A autora ressalta que intervenções restritas ao comportamento individual tendem a ser insuficientes a longo prazo quando não acompanhadas de mudanças nas condições e na organização do trabalho. Essa perspectiva desloca o foco dos programas isolados para a construção de ambientes e sistemas organizacionais que favoreçam a saúde, a autonomia, as relações de apoio e as demandas toleráveis.

A cultura organizacional constitui outro componente central. Fabius *et al.* (2025) argumentam que uma cultura sustentável de saúde e bem-estar exige uma abordagem sistemática, com avaliação de linha de base, priorização das lacunas, planejamento estratégico, liderança, comunicação, integração com fornecedores e monitoramento periódico. Simurro (2025) enfatiza a importância da compatibilidade entre os programas e a cultura organizacional e discute como a distância entre valores declarados e práticas cotidianas pode comprometer o engajamento.

Nesse sentido, indicadores assistenciais, biométricos ou financeiros são importantes, mas, isoladamente, não capturam a natureza multifacetada de uma cultura de saúde.

A literatura sobre implementação também sugere que a efetividade das intervenções depende das condições organizacionais em que são implementadas. Em revisão de escopo sobre intervenções dirigidas a trabalhadores jovens, Sundstrup *et al.* (2026) identificaram como facilitadores a adequação ao contexto organizacional, o suporte da organização e das lideranças, a participação e a motivação dos trabalhadores, enquanto a carga de trabalho, a pressão de tempo e as jornadas irregulares figuraram entre as barreiras. Esses achados reforçam a ideia de que a existência de uma intervenção tecnicamente adequada não assegura sua implementação nem sua sustentabilidade.

Em paralelo, estudos recentes mostram que o contexto de trabalho modifica a experiência de saúde e bem-estar e que o apoio de lideranças e supervisores continua relevante mesmo em modalidades híbridas e remotas. Marenus *et al.* (2025) observaram, em um estudo de métodos mistos, que suporte explícito, comunicação aberta, expectativas claras e respeito aos limites entre trabalho e vida pessoal contribuíram para experiências mais favoráveis de bem-estar. Estudos de intervenção também indicam que ações desenvolvidas no local de trabalho podem produzir mudanças em comportamentos e desfechos de saúde, especialmente quando combinam componentes e são incorporadas às rotinas organizacionais (Gonçalves *et al.*, 2025).

A literatura também recomenda cautela quanto à adoção de intervenções isoladas focadas no indivíduo. Em uma ampla análise envolvendo 46.336 trabalhadores de 233 organizações do Reino Unido, Fleming (2024) não identificou melhores indicadores de bem-estar entre participantes de diferentes intervenções individuais de saúde mental, como treinamento em resiliência, *mindfulness* e aplicativos de bem-estar. Embora o delineamento transversal não permita inferência causal, o estudo reforça a necessidade de considerar as condições de trabalho e as intervenções organizacionais, em vez de atribuir ao indivíduo a responsabilidade principal pela melhoria do bem-estar.

Essa visão é compatível com a evolução dos programas de promoção da saúde no trabalho para modelos mais abrangentes e integrados. Pronk (2025) destaca que programas com resultados mais favoráveis são os mais abrangentes, integrados, desenvolvidos ao longo do tempo, orientados pelas necessidades dos trabalhadores e pelos objetivos organizacionais, apoiados por liderança responsável, equipes dedicadas e processos contínuos de avaliação e melhoria. Evidências anteriores também sugerem que componentes isolados podem ser insuficientes: Soler *et al.* (2010), em revisão sistemática, encontraram evidência mais consistente para a avaliação de riscos à saúde quando combinada à educação em saúde e outros componentes de promoção, e não quando utilizada isoladamente.

Mais recentemente, El-Osta *et al.* (2024), em revisão de escopo de iniciativas britânicas, sintetizaram recomendações que enfatizam estratégia abrangente, capacitação gerencial, comunicação, participação, cultura organizacional e estruturas de apoio; por se tratar de um preprint e por não terem avaliado diretamente a efetividade dessas recomendações, seus achados devem ser interpretados como orientação para o desenho e a implementação, e não como demonstração de eficácia.

Apesar do crescimento da literatura internacional, ainda são limitados os estudos que exploram como gestores brasileiros estruturam, priorizam, avaliam e sustentam programas organizacionais de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Conhecer essas práticas é particularmente relevante porque a maturidade de um programa pode depender menos da quantidade de iniciativas disponíveis e mais da capacidade de articulá-las às necessidades dos trabalhadores, aos sistemas de informação, à liderança e à estratégia da organização. Ao focalizar organizações reconhecidas pelo PNQV, o estudo busca compreender, em um contexto de práticas já consolidadas, como gestores articulam necessidades da população trabalhadora, dados e evidências, estratégia organizacional e liderança, contribuindo para explicitar capacidades de gestão associadas à maturidade dos programas no contexto brasileiro.

Com base nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar como programas organizacionais de saúde, bem-estar e qualidade de vida são planejados, gerenciados, avaliados e sustentados, identificando dimensões relacionadas à maturidade de sua gestão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido com gestores responsáveis por programas organizacionais de saúde, bem-estar e qualidade de vida em organizações brasileiras vencedoras do Prêmio Nacional de Qualidade de Vida (PNQV), promovido pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV).

A abordagem qualitativa foi adotada por possibilitar a compreensão das experiências, práticas de gestão, critérios de decisão, desafios e estratégias relacionados ao planejamento, à implementação, à avaliação e à sustentabilidade dos programas, considerando a perspectiva dos profissionais diretamente envolvidos em sua gestão.

O universo elegível foi composto por gestores responsáveis pela gestão ou coordenação de programas de saúde, bem-estar e qualidade de vida, provenientes de 81 organizações vencedoras do PNQV. A seleção dos participantes ocorreu por sorteio aleatório, realizado com o auxílio de um recurso informatizado.

O sorteio foi conduzido de forma sequencial, à medida que os contatos e os agendamentos eram realizados. Quando não era possível concluir o agendamento, um novo participante era sorteado. Ao todo, 22 gestores foram sorteados e convidados. Não houve recusas formais à participação; entretanto, em 12 casos, não foi possível realizar a entrevista devido a dificuldades de contato com o gestor, como dados de contato desatualizados ou agenda incompatível. Ao final do processo, foram realizadas dez entrevistas.

A coleta foi encerrada pelo critério de saturação dos dados, avaliado concomitantemente à organização e à análise preliminares do material. Na décima entrevista, identificou-se recorrência de códigos e ausência de novos elementos relevantes para a constituição das categorias, considerando-se as informações suficientes para responder ao objetivo do estudo. Para preservar a confidencialidade, as organizações e os participantes foram anonimizados e os resultados são apresentados de forma agregada.

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas entre abril e maio de 2026, na modalidade remota. O roteiro contemplou cinco eixos orientadores: trajetória profissional e sua influência na gestão; definição de prioridades dos programas; pontos fortes dos programas; desafios e fragilidades; e continuidade e sustentabilidade financeira. As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos e foram conduzidas por duas pesquisadoras da equipe de pesquisa. Mediante autorização dos participantes, foram gravadas pela plataforma Google Meet e, posteriormente, transcritas para a constituição do corpus analítico.

Não foi realizado teste-piloto; previamente, o roteiro foi submetido à apreciação de pesquisadores doutores, que avaliaram sua pertinência e adequação aos objetivos da pesquisa.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, fundamentada em Bardin (1977), desenvolvida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, realizou-se a leitura integral e flutuante das entrevistas, com a organização do corpus e a identificação inicial de conteúdos relacionados ao objetivo do estudo. Na exploração, o corpus foi examinado sistematicamente para identificação das unidades de registro e de significado. Os segmentos relevantes foram codificados e agrupados segundo a proximidade semântica e a pertinência temática, em uma matriz analítica que contém a pergunta do roteiro, a organização, a unidade de registro, o código inicial, a unidade de significado, a categoria temática, a subcategoria e as observações analíticas.

A codificação e a análise das entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora com experiência em pesquisa qualitativa e em análise de conteúdo segundo Bardin.

Após a sistematização inicial, as categorias analíticas e a síntese interpretativa delas derivada foram discutidas entre os integrantes da equipe de pesquisa, a fim de examinar sua coerência com o corpus, os objetivos do estudo e as interpretações produzidas. Esse processo contribuiu para o refinamento e a validação interpretativa das categorias e das quatro dimensões interdependentes relacionadas à maturidade da gestão.

A análise foi inicialmente orientada pelos cinco eixos do roteiro, preservando-se abertura para conteúdos e padrões emergentes do corpus. Adotou-se, assim, uma estratégia analítica híbrida, combinando movimentos dedutivos e indutivos. Os eixos previamente definidos orientaram a exploração inicial, enquanto as categorias finais resultaram da comparação, do agrupamento e da interpretação das unidades de significado. O processo resultou em seis categorias:

- a) governança e capacidade de gestão;
- b) planejamento e definição de prioridades;
- c) estrutura e efetividade dos programas;
- d) barreiras e desafios à implementação;
- e) sustentabilidade e institucionalização;
- f) cultura organizacional e engajamento.

Em etapa interpretativa posterior, foram examinadas as relações e convergências entre as categorias, o que resultou em quatro dimensões interdependentes associadas à maturidade. Essas dimensões constituem uma síntese interpretativa derivada do corpus, e não uma escala ou um instrumento validado para mensuração.

Em relação à reflexividade, reconheceu-se a proximidade de integrantes da equipe de pesquisa com a ABQV e o PNQV. Samia Aguiar Brandão Simurro integra a diretoria da ABQV; Patrícia Lacombe atua na coordenação do PNQV; Alberto José Niituma Ogata foi o organizador da pesquisa; e Andrea Ferreira Leite foi responsável pela análise qualitativa. Essas vinculações foram consideradas no processo interpretativo. Como medida de transparência e de preservação da independência analítica, a interpretação foi fundamentada sistematicamente no corpus das entrevistas, com rastreabilidade entre unidades de significado, códigos, categorias e síntese interpretativa, além da discussão das categorias entre os integrantes da equipe.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, conforme Parecer nº P.090.2026. Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

O consentimento livre e esclarecido para participação e gravação foi obtido e registrado no início de cada entrevista, assegurando a confidencialidade, o anonimato e o uso das informações exclusivamente para fins científicos.

RESULTADOS

Os relatos indicaram diferenças na articulação das práticas de gestão, interpretadas como indícios de distintos graus de maturidade, sem classificação formal dos programas. De modo transversal, os relatos apontaram uma transição de uma gestão predominantemente operacional, fragmentada e orientada por ações para uma lógica mais estratégica, integrada e orientada por resultados. Seis categorias sintetizaram os principais achados.

Quadro 1 – Categorias analíticas e síntese dos achados

Categoria	Conteúdo analítico	Síntese dos achados
Governança e capacidade de gestão	Autonomia, tomada de decisão, articulação interna e influência da liderança	Programas mais consolidados apresentaram maior articulação entre áreas, maior apoio institucional e maior uso de informações; ainda assim, persistiram diferenças no engajamento das lideranças intermediárias
Planejamento e definição de prioridades	CrITÉRIOS de priorização, necessidades, alinhamento estratégico e prioridades organizacionais	Indicadores de saúde, de utilização e de absenteísmo, pesquisas e a escuta dos trabalhadores foram utilizados, mas com diferentes níveis de integração e de capacidade analítica
Estrutura e efetividade	Integração, adesão, alcance, resultados e fatores de funcionamento	A efetividade foi associada à integração entre serviços, profissionais, ações e informações, e não apenas à amplitude do portfólio

Categoria	Conteúdo analítico	Síntese dos achados
Barreiras e desafios	Comunicação, adesão, recursos, cultura, tecnologia e limitações institucionais	As barreiras mais recorrentes envolveram liderança, comunicação, cultura, integração de dados, limitações tecnológicas, dispersão geográfica, privacidade e confiança
Sustentabilidade e institucionalização	Continuidade, recursos, apoio organizacional e inserção em estruturas permanentes	Sustentabilidade foi relacionada à demonstração de resultados, ao alinhamento estratégico, ao orçamento, às estruturas permanentes e à legitimidade institucional
Cultura organizacional e engajamento	Participação, liderança, comunicação, confiança e incorporação das ações à cultura	A oferta de benefícios, isoladamente, não assegurou a participação; cultura de cuidado, escuta, confiança e corresponsabilidade apareceram como condições para a consolidação

Fonte: Autoria própria.

GOVERNANÇA E CAPACIDADE DE GESTÃO

A governança emergiu como eixo estruturante. Os relatos convergiram quanto à importância da articulação entre áreas, do apoio das lideranças, do planejamento e do uso de dados na tomada de decisão. A percepção de responsabilidade compartilhada apareceu diretamente na fala de um gestor: “O programa de bem-estar não é do RH, é da companhia inteira”. Entretanto, o grau de formalização desses mecanismos variou entre as organizações.

Em organizações com maior articulação gerencial relatada, saúde e bem-estar foram descritos como responsabilidade compartilhada e conectada à estratégia corporativa. Em outras, a continuidade das iniciativas ainda dependia fortemente da capacidade de articulação de gestores específicos. Um achado recorrente foi a diferença entre o apoio da alta administração e o envolvimento efetivo das lideranças intermediárias, o que sugere que o patrocínio institucional não se traduz automaticamente em condições concretas de participação no cotidiano das equipes.

PLANEJAMENTO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

O planejamento mostrou uma tendência crescente no uso de evidências. Um dos relatos descreveu indicadores de sinistralidade e de ambulatorio como recursos para “olhar no retrovisor e aplicar melhorias”. Foram mencionados indicadores de saúde, perfil epidemiológico, utilização de serviços e benefícios, dados assistenciais, absenteísmo, resultados de campanhas, pesquisas internas, clima e engajamento, além da escuta direta dos trabalhadores.

Os relatos sugeriram um ciclo de diagnóstico, priorização, implementação, avaliação e melhoria contínua. A principal diferença entre as organizações esteve menos na disponibilidade de dados e mais na capacidade de integrá-los e convertê-los em inteligência gerencial. A priorização também refletiu uma tensão entre as necessidades identificadas, o potencial de impacto, a adesão esperada e a disponibilidade de recursos.

ESTRUTURA E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS

Os programas contemplaram, em diferentes combinações, promoção da saúde, prevenção, saúde mental, alimentação, atividade física, assistência e benefícios. A análise indicou que a efetividade percebida não esteve associada apenas à quantidade de iniciativas, mas também à capacidade de integrá-las em uma estrutura contínua e coerente com as necessidades identificadas. Em um dos relatos, a ampliação de uma semana de saúde para um mês temático foi acompanhada de maior valorização da escuta: “tanto quanto analisar o número, é entender em detalhe o que as pessoas estão falando”.

Os mecanismos de avaliação incluíram indicadores de participação e de utilização, de satisfação, de resultados assistenciais, de dados epidemiológicos, de feedback qualitativo, de retorno sobre o investimento e de custos evitados. Observou-se, portanto, uma ampliação do conceito de resultado, incluindo dimensões clínicas, experiência dos trabalhadores, qualidade de vida, engajamento e valor organizacional.

BARREIRAS E DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO

As barreiras mais recorrentes foram o engajamento das lideranças, especialmente das intermediárias, a comunicação interna, a cultura organizacional, a integração de dados e as limitações tecnológicas. Entre os desafios relatados, destacou-se a necessidade de “ampliar o engajamento das lideranças”. Em algumas organizações, a dispersão geográfica e a diversidade cultural aumentavam a complexidade de padronizar as ações. Em outras, questões de privacidade, segurança da informação e confiança limitavam o uso de dados de saúde.

Essa dimensão foi explicitada por um dos participantes ao afirmar: “A confiança nos canais. Eu acho que é a nossa maior fragilidade”. Os desafios se concentraram menos na falta de iniciativas e mais nas condições necessárias para incorporá-las às rotinas. O apoio gerencial apresentou natureza dual: pode facilitar recursos, participação e legitimidade, mas sua ausência pode bloquear a implementação, mesmo quando o programa dispõe de conteúdo técnico e de infraestrutura.

SUSTENTABILIDADE E INSTITUCIONALIZAÇÃO

A sustentabilidade foi associada à capacidade de demonstrar resultados, manter apoio institucional, integrar as ações à estratégia e assegurar recursos ao longo do tempo. Essa associação foi sintetizada por um participante ao afirmar que “a estratégia de qualidade de vida precisa andar junto com a estratégia da organização para perpetuidade e longevidade das intervenções”. O retorno financeiro foi valorizado em alguns relatos, sobretudo por meio de indicadores de custo evitado, mas não foi apresentado como condição única para a continuidade.

Os entrevistados também atribuíram valor a resultados assistenciais, à experiência dos trabalhadores, à qualidade de vida, à retenção e a outros resultados organizacionais. Quanto mais os programas estavam incorporados ao planejamento, às estruturas permanentes e aos processos decisórios, menor parecia ser a dependência deles de gestores individuais ou de decisões conjunturais.

CULTURA ORGANIZACIONAL E ENGAJAMENTO

Cultura e engajamento atravessaram todas as categorias. Os relatos mostraram que benefícios e serviços, por si sós, não asseguram participação. A escuta dos trabalhadores apareceu como componente desse processo, como sintetizado por um dos participantes: “A gente está sempre perguntando para o colaborador”. Comunicação, confiança, escuta, exemplo das lideranças e protagonismo dos trabalhadores foram descritos como elementos necessários para que a saúde e o bem-estar sejam incorporados às práticas cotidianas.

Também se destacou a diferença entre o apoio formal e o engajamento efetivo. A consolidação de uma cultura de cuidado parece ocorrer quando saúde e bem-estar deixam de ser percebidos como responsabilidade exclusiva de Recursos Humanos ou da área de saúde e passam a constituir um valor compartilhado entre liderança, gestores e trabalhadores. Essa perspectiva foi expressa por um participante ao mencionar uma “cultura organizacional voltada ao cuidado com as pessoas”.

DIMENSÕES INTERDEPENDENTES DA MATURIDADE

A síntese interpretativa permitiu organizar os achados em quatro dimensões interdependentes relacionadas à maturidade da gestão: conhecimento das necessidades e características da população trabalhadora; utilização de dados e evidências para orientar decisões; integração das iniciativas às estruturas, aos processos e à estratégia organizacional; e sustentação por liderança, cultura e recursos institucionais.

Quadro 2 – Quatro dimensões interdependentes da maturidade da gestão

Dimensão	Descrição
1. Conhecimento das necessidades	Compreender o perfil, as necessidades e as características da população trabalhadora
2. Dados e evidências	Utilizar indicadores e evidências, tanto quantitativos quanto qualitativos, para orientar decisões
3. Integração e estratégia	Conectar iniciativas aos processos, às estruturas e aos objetivos estratégicos da organização
4. Liderança, cultura e recursos	Assegurar a legitimidade, a participação das lideranças e os recursos para a continuidade

Fonte: Autoria própria.

A presença articulada dessas dimensões parece favorecer programas mais consistentes, contínuos e capazes de responder às mudanças nas necessidades dos trabalhadores e das organizações. O modelo conceitual deve ser entendido como uma síntese interpretativa dos relatos, e não como uma escala validada de maturidade. Essa síntese também dialoga com o modelo de ambientes de trabalho saudáveis da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2010), ao enfatizar uma abordagem organizacional integrada e sustentada; nos relatos analisados, destaca-se, adicionalmente, a capacidade de integrar e analisar dados para orientar as decisões gerenciais.

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo é que a maturidade dos programas de saúde, bem-estar e qualidade de vida parece depender menos da multiplicação de iniciativas e mais da capacidade de conectá-las às necessidades reais, às evidências, às estruturas organizacionais, à liderança e à cultura.

Essa interpretação é coerente com a evolução internacional do campo da promoção da saúde no trabalho. Amaya *et al.* (2025) identificaram uma transição progressiva para abordagens holísticas que integram a promoção da saúde, a saúde ocupacional, a segurança e o bem-estar. A relativa escassez de estudos latino-americanos apontada pelos autores reforça a relevância das evidências produzidas no contexto brasileiro.

Os achados também se aproximam da perspectiva de Sonnetag (2026), segundo a qual o bem-estar no trabalho resulta da interação entre o desenho do trabalho, as possibilidades de job crafting e as práticas individuais. Essa abordagem ajuda a interpretar criticamente modelos organizacionais voltados a campanhas, aplicativos, atividade física ou educação em saúde. Tais iniciativas podem ser úteis, mas sua capacidade de produzir efeitos duradouros é limitada quando as condições de trabalho, a autonomia, as relações de apoio, a organização das tarefas e as demandas excessivas permanecem inalteradas. No presente estudo, a recorrência de liderança, cultura, integração e condições organizacionais sugere que os gestores entrevistados reconhecem, ainda que de formas distintas, que o bem-estar não pode ser tratado apenas como responsabilidade individual.

Essa interpretação encontra apoio adicional em Fleming (2024). Ao comparar participantes e não participantes de intervenções individuais de saúde mental em uma grande amostra de trabalhadores britânicos, o autor não encontrou diferenças favoráveis consistentes nos desfechos de bem-estar e argumenta que intervenções individuais podem ter alcance limitado quando não modificam as demandas, os recursos e as condições de trabalho. Para o presente estudo, esse resultado é particularmente relevante porque reforça a distinção entre ampliar o portfólio de ações e desenvolver a capacidade organizacional para atuar no contexto em que o trabalho é realizado.

A centralidade da liderança identificada nas entrevistas é consistente com a literatura. Na revisão de Sundstrup *et al.* (2026), o apoio da alta e da média liderança foi um facilitador recorrente da implementação, enquanto a ausência de apoio e a rotatividade gerencial constituíram barreiras. De forma semelhante, Marenus *et al.* (2025) mostraram que líderes e supervisores influenciam a experiência de bem-estar por meio de apoio explícito, comunicação e estabelecimento de expectativas. Nos dados brasileiros, a distinção entre o patrocínio da alta gestão e a participação efetiva das lideranças intermediárias foi particularmente relevante. Isso sugere que a governança dos programas deve incluir mecanismos que traduzam o apoio institucional em comportamentos gerenciais, na disponibilidade de tempo e na legitimidade da participação.

A comunicação também emergiu como um componente estratégico, e não apenas operacional. A existência de múltiplos benefícios ou canais não garante o conhecimento, a compreensão ou o uso por parte dos trabalhadores.

Fabius *et al.* (2025) identificaram a comunicação, a liderança, o plano estratégico, a integração com parceiros e o engajamento entre áreas como importantes para o avanço da cultura de saúde. Em seu estudo com empregadores, melhorias ocorreram especialmente nas dimensões sob maior controle organizacional, como liderança, comunicação e planejamento. Esses resultados sustentam a ideia de que o desempenho dos programas depende tanto das capacidades de gestão e de implementação quanto da qualidade técnica das intervenções.

Outro achado relevante foi a valorização crescente dos dados e dos indicadores. Os gestores relataram uso de informações epidemiológicas, assistenciais, ocupacionais, financeiras e de experiência dos trabalhadores. Entretanto, a maturidade analítica variou. Possuir dados não equivale a utilizá-los para decidir. Fabius *et al.* (2025) destacam a importância de avaliações de linha de base, reavaliações periódicas e processos estruturados de melhoria. Nos relatos analisados, dificuldades de interoperabilidade, processos manuais, privacidade e confiança evidenciam que a infraestrutura informacional é uma condição importante para transformar dados em decisões.

A síntese de Pronk (2025) amplia essa interpretação ao situar dados e métricas dentro de princípios mais amplos de desenho de programas, incluindo liderança, relevância para as necessidades dos trabalhadores, parcerias, abrangência, implementação, engajamento, comunicação e conformidade. Essa perspectiva converge com os relatos analisados: a maturidade não parece decorrer da disponibilidade de um indicador específico, mas da capacidade de utilizar informações confiáveis para priorizar, integrar e acompanhar os resultados, bem como promover a melhoria contínua.

A escuta dos trabalhadores apareceu como complemento aos indicadores quantitativos. Esse resultado se alinha à literatura sobre implementação, na qual a participação dos trabalhadores favorece a adequação da intervenção ao contexto e a maior motivação para sua adoção (Sundstrup *et al.*, 2026). O achado reforça que programas não devem ser desenhados apenas para os trabalhadores, mas, progressivamente, com os trabalhadores. A coconstrução pode aumentar a relevância, a legitimidade e a aderência, desde que haja canais de participação e confiança no uso das informações.

A diversidade de estruturas e contextos observada também merece atenção. Sundstrup *et al.* (2026) enfatizam que o ajuste da intervenção ao contexto organizacional é determinante para a sua implementação. Isso é compatível com os relatos de organizações que enfrentavam dispersão geográfica, heterogeneidade cultural, jornadas distintas ou limitações tecnológicas. A adoção de modelos padronizados, sem adaptação ao contexto, pode reduzir o alcance e a sustentabilidade.

O mesmo princípio se aplica a modalidades de trabalho distintas: Marenus *et al.* (2025) mostram que ambientes presenciais, híbridos e remotos apresentam diferentes oportunidades e barreiras para a atividade física, as relações sociais, a autonomia e o bem-estar, o que exige estratégias adaptáveis.

A análise também sugere que o conceito de efetividade utilizado pelos gestores vem se ampliando. Além da adesão e da participação, foram mencionados resultados assistenciais, satisfação, experiência, retorno sobre o investimento, custos evitados e outros resultados organizacionais. Estudos de intervenção demonstram que programas no local de trabalho podem influenciar comportamentos e desfechos, mas os efeitos dependem da natureza e da intensidade das estratégias. Gonçalves *et al.* (2025), por exemplo, observaram melhora da pressão arterial diastólica, do tempo sentado e da satisfação com a vida em diferentes grupos de intervenção, enquanto o aumento da atividade física moderada ocorreu apenas no grupo multicomponente. A evidência reforça a importância de definir previamente os resultados esperados e selecionar indicadores coerentes com o mecanismo de ação de cada programa.

A literatura sobre desenho de programas também sugere que intervenções multicomponentes merecem atenção. Soler *et al.* (2010) observaram que a avaliação de riscos à saúde apresentou evidência mais consistente quando integrada à educação em saúde e a outros componentes, enquanto sua utilização isolada apresentou evidência insuficiente. De forma complementar, El-Osta *et al.* (2024) propõem um conjunto de recomendações práticas para promoção da saúde no trabalho que combina ações individuais com treinamento de gestores, políticas, feedback da força de trabalho e construção de uma cultura de saúde. Como os próprios autores reconhecem, a revisão não testou a efetividade dessas recomendações; seu principal valor para esta discussão reside em reforçar a necessidade de coerência entre o desenho, a implementação e o contexto organizacional.

A sustentabilidade, por sua vez, apresentou-se como um conceito mais amplo do que a permanência orçamentária. Segundo os relatos, os programas pareciam mais protegidos contra mudanças conjunturais quando integrados à estratégia, às estruturas permanentes, aos indicadores e à cultura da organização. Essa interpretação é convergente com a de Fabius *et al.* (2025), que descrevem a cultura de saúde como uma construção sistêmica e longitudinal, dependente de planejamento, mensuração e mudança organizacional. Sustentabilidade, portanto, pode ser entendida como institucionalização: a passagem de uma iniciativa promovida por uma área ou por um gestor a uma prática reconhecida como parte da forma de operar da organização.

As quatro dimensões propostas neste estudo sintetizam esse movimento. Conhecimento das necessidades fornece a base diagnóstica; dados e evidências qualificam a priorização e a avaliação; integração e estratégia conectam ações antes fragmentadas; e liderança, cultura e recursos sustentam a continuidade e a legitimidade. As dimensões são interdependentes. Um programa pode dispor de dados sofisticados, por exemplo, mas ter baixa capacidade de implementação se a liderança não criar condições para participação. Da mesma forma, forte apoio institucional pode não produzir resultados se as ações não responderem às necessidades da população ou não forem avaliadas sistematicamente.

Essa leitura também ajuda a delimitar o papel dos programas de qualidade de vida. A expansão do portfólio pode ser necessária para atender à diversidade de necessidades, mas não deve ser confundida com a maturidade. O risco é substituir uma estratégia de saúde por uma coleção de benefícios e campanhas. Os achados deste estudo sugerem que a maturidade está mais próxima de uma capacidade organizacional contínua de diagnosticar, priorizar, integrar, implementar, avaliar e adaptar.

IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO

Os resultados permitem apontar implicações práticas para organizações que buscam fortalecer seus programas. A primeira é explicitar a governança, os papéis e as responsabilidades, envolvendo não apenas a alta administração, mas também os gestores intermediários e as áreas operacionais. A segunda é combinar indicadores quantitativos com mecanismos permanentes de escuta, evitando decisões baseadas exclusivamente na utilização de benefícios ou na sinistralidade.

A terceira implicação é avaliar os resultados para além da adesão. Dependendo do objetivo do programa, devem ser considerados desfechos de saúde, experiência, qualidade de vida, capacidade para o trabalho, absenteísmo, produtividade, custos e valor organizacional. A quarta é tratar a comunicação, a cultura e a confiança como componentes da implementação. Por fim, saúde e bem-estar devem ser incorporados ao planejamento e aos processos permanentes da organização, reduzindo a dependência de campanhas isoladas, de fornecedores específicos ou de patrocinadores individuais.

LIMITAÇÕES

O estudo deve ser interpretado à luz de algumas limitações. A amostra foi composta por dez gestores vinculados a organizações vencedoras do Prêmio Nacional de Qualidade de Vida e, portanto, não pretende representar o conjunto de organizações brasileiras.

A seleção de organizações reconhecidas por suas práticas pode introduzir viés de seleção e restringir a transferibilidade dos achados para empresas com menor estrutura, recursos ou maturidade em saúde e bem-estar.

Os dados refletem a perspectiva dos gestores e não incorporam diretamente a visão dos trabalhadores, das lideranças intermediárias, dos representantes sindicais ou dos fornecedores. Além disso, os resultados baseiam-se em relatos sobre práticas e resultados organizacionais, e não em auditoria independente dos programas nem em análise documental sistemática. Assim, os indicadores de retorno, efetividade ou custos evitados mencionados nas entrevistas devem ser compreendidos como percepções e informações relatadas pelos participantes. A proximidade de integrantes da equipe de autores com o PNQV também deve ser considerada um elemento de reflexividade, pois pode ter influenciado a seleção dos participantes e a forma como estes formularam suas respostas. Essa condição reforça a importância de interpretar os achados como percepções de gestores em um contexto específico.

A análise identificou dimensões relacionadas à maturidade, mas o estudo não desenvolveu nem validou uma escala de maturidade. O modelo conceitual proposto deve ser interpretado como uma síntese derivada dos dados e como uma hipótese para investigações futuras. Estudos subsequentes poderão testar essas dimensões em amostras maiores, incorporar múltiplos atores por organização e combinar métodos qualitativos e quantitativos.

CONCLUSÃO

Na perspectiva dos gestores entrevistados, a maturidade dos programas organizacionais de saúde, bem-estar e qualidade de vida está relacionada à capacidade de superar a lógica de ações isoladas e combinar o diagnóstico das necessidades dos trabalhadores, o uso de dados e evidências, a integração institucional e a sustentação por liderança, cultura e recursos.

Os achados mostram que a amplitude do portfólio, embora relevante, não é suficiente para caracterizar maturidade. A consolidação depende da capacidade de incorporar saúde e bem-estar à estratégia, aos processos decisórios e às práticas cotidianas da organização, com acompanhamento sistemático dos resultados e com a participação dos trabalhadores.

As quatro dimensões identificadas – conhecimento das necessidades; dados e evidências; integração e estratégia; e liderança, cultura e recursos – oferecem uma síntese para orientar pesquisas futuras e apoiar a reflexão gerencial. Sua validação como instrumento de avaliação de maturidade requer estudos adicionais.

Os resultados sugerem que a transição de iniciativas predominantemente assistenciais para abordagens integradas e orientadas por evidências constitui um elemento relevante da maturidade da gestão. Recomenda-se investir no fortalecimento das capacidades analíticas das equipes responsáveis pelos programas e na formação das lideranças intermediárias em saúde e bem-estar no trabalho.

DECLARAÇÕES

Aprovação ética: Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, Parecer nº P.090.2026.

Conflitos de interesses: integrantes da equipe de pesquisa mantêm vínculos com a ABQV e o PNQV, descritos na seção Métodos.

Financiamento: a pesquisa não recebeu financiamento.

Uso de inteligência artificial: ferramentas de IA generativa foram utilizadas como apoio à organização do manuscrito. A interpretação científica, a verificação das fontes e a responsabilidade pelo conteúdo final cabem integralmente aos autores.

REFERÊNCIAS

AMAYA, M. *et al.* Global research trends in workplace health promotion, 1983 to 2024: a bibliometric exploration. **Medicine**, v. 104, n. 41, e44747, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000044747>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12517830/>. Acesso em: 10 out. 2026.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

EL-OSTA, A. *et al.* Workplace Health Promotion ‘Best Buys’: a scoping review of workplace health initiatives in the United Kingdom. **Research Square**, 2024. Preprint. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3864297/v1>. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3864297/v1>. Acesso em: 10 out. 2026.

FABIUS, R. *et al.* Advancing employer cultures of health and well-being: lessons for business coalitions and employers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 67, n. 8, p. 581-587, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003414>. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/261475>. Acesso em: 10 out. 2026.

FLEMING, W. J. Employee well-being outcomes from individual-level mental health interventions: cross-sectional evidence from the United Kingdom. **Industrial Relations Journal**, v. 55, n. 2, p. 162-182, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/irj.12418>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/irj.12418>. Acesso em: 10 out. 2026.

GONÇALVES, L. *et al.* Comparing the impact of workplace lifestyle interventions: a 7-month study on cardiovascular health, life satisfaction, and quality of life. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 67, n. 10, p. 798-804, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003458>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40480838/>. Acesso em: 10 out. 2026.

MARENUS, M. W. *et al.* Workplace culture of health, remote work, and employee well-being: a mixed-methods study. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 67, n. 10, p. 813-822, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003473>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40561218/>. Acesso em: 10 out. 2026.

OGATA, A.; SIMURRO, S. **Guia prático de qualidade de vida: como planejar e gerenciar o melhor programa para sua empresa**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRONK, N. P. Workforce health and well-being. In: SCHNEIDERMAN, N. *et al.* (ed.). **APA Handbook of Health Psychology: Health Psychology and Public Health**. Washington, DC: American Psychological Association, 2025. v. 3, p. 105-125. DOI: <https://doi.org/10.1037/0000396-007>. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0000396-007>. Acesso em: 10 out. 2026.

SIMURRO, S. Redesenhando a gestão: novas estratégias para uma cultura de saúde, bem-estar e propósito nas organizações. In: OGATA, A. (org.). **Temas avançados em qualidade de vida: ABQV 30 anos**. São Paulo: Midiograf, 2025. v. 8, cap. 6.

SOLER, R. E. *et al.* A systematic review of selected interventions for worksite health promotion: the assessment of health risks with feedback. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 38, n. 2 Suppl., p. S237-S262, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.030>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.030>. Acesso em: 10 out. 2026.

SONNETAG, S. Three layers of workplace well-being: job design, job crafting, and individual well-being behaviors. **European Health Psychologist**, v. 25, n. 3, p. 1-6, 2026. DOI: <https://doi.org/10.62696/v8cxfj04>. Disponível em: <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/3510>. Acesso em: 10 out. 2026.

SUNDSTRUP, E. *et al.* Barriers and facilitators of implementing workplace interventions supporting young workers' safety, work environment and health: a scoping review of qualitative and mixed-method studies. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 36, n. 3, p. 603-616, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10313-3>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-025-10313-3>. Acesso em: 10 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy workplaces**: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599313>. Acesso em: 10 out. 2026.