

MODELO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO BASEADO NA LOGOTERAPIA APLICADO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

*A KNOWLEDGE MANAGEMENT MODEL BASED ON
LOGOTHERAPY FOR THE USE IN THE MORE DOCTORS
PROGRAM*



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

**Cristiano Trindade de
Angelis**

Doutor em Estratégia e Gestão
de Projetos pela Skema Business
School, Lille, França
Pesquisador da Skema Business
School
cristiano.deangelis@skema.edu

RESUMO

Objetivo: Propor a aplicação de um modelo de Gestão do Conhecimento (GC) e de Inteligência Organizacional (IO), ancorado na Logoterapia para qualificar a gestão aplicada ao Programa Mais Médicos (PMM). **Desenvolvimento:** Trata-se de ensaio teórico com revisão narrativa e articulação conceitual entre GC, IO e Logoterapia, considerando as potencialidades e limitações da telemedicina nesse contexto. A análise situou o PMM como marco na política pública brasileira de provimento e de formação médica, ressaltando seus desafios culturais e cognitivos, como a ausência de mecanismos estruturados de aprendizagem institucional. A Logoterapia é integrada ao modelo Cultura-Conhecimento-Inteligência (CCI) como eixo humanista que fornece sentido e propósito às práticas de gestão. O modelo CCI expressa a interação entre valores, saberes e ação estratégica, estruturando processos de aprendizado organizacional. Essa articulação sustenta a proposta de fortalecer as Comunidades de Prática (CoPs) do Sistema Único de Saúde (SUS) e de ressignificar a gestão do PMM frente a desafios contemporâneos, como a telemedicina e as transformações culturais no SUS. A integração entre Logoterapia e CCI sugere que o fortalecimento da gestão pública em saúde depende de práticas baseadas em propósito, compartilhamento de conhecimento e inteligência colaborativa. O modelo proposto oferece uma base conceitual para aprendizagem contínua, confiança médico-paciente e inovação organizacional. O modelo CCI integra valores e práticas (cultura), socialização e codificação de saberes (conhecimento) e uso estratégico do saber (inteligência). Ao conter CoPs, fortalece a confiança (inclusive na telemedicina) e promove aprendizagem organizacional aplicada ao PMM. **Conclusão:** Este trabalho traz subsídios no sentido de contribuir para a Gestão do Conhecimento (criação de conhecimento) juntamente com a Inteligência Organizacional (aplicação de conhecimento), que podem ser relevantes na construção de um novo programa. A Logoterapia oferece sentido e coesão; o CCI organiza aprendizagem e ação; juntos, podem orientar uma gestão humanizada, inteligente e sustentável do PMM.

Palavras-chave: Gestão do Conhecimento; Logoterapia; Programa Mais Médicos; Sistema Único de Saúde; Inteligência Organizacional.

Submetido em: 06/08/2025

Aceito em: 10/09/2025

Publicado em: 15/11/2025

Como citar este artigo: Angelis CT. Modelo de Gestão do Conhecimento Baseado na Logoterapia Aplicado ao Programa Mais Médicos. Revista Medicina & Pesquisa 2025; 6(2): 22-35.

ABSTRACT

Objective: This study proposes the application of a Knowledge Management (KM) and Organizational Intelligence (OI) model, grounded in Logotherapy, to enhance management practices within the *Mais Médicos Program* (PMM). **Development:** This is a theoretical essay based on a narrative review and conceptual articulation among KM, OI, and Logotherapy, considering the potential and limitations of telemedicine in this context. The analysis positions the PMM as a landmark in Brazilian public policy for physician provision and training, emphasizing its cultural and cognitive challenges, such as the lack of structured mechanisms for institutional learning. Logotherapy is integrated into the Culture–Knowledge–Intelligence (CKI) model as a humanistic axis that provides meaning and purpose to management practices. The CKI model expresses the interaction among values, knowledge, and strategic action, structuring processes of organizational learning and collective trust. This articulation supports the proposal to strengthen *Communities of Practice* (CoPs) within the *Unified Health System* (SUS) and to reframe PMM management in light of contemporary challenges such as telemedicine and cultural transformations in the SUS. The integration between Logotherapy and the CKI model suggests that strengthening public health management depends on purpose-driven practices, tacit knowledge sharing, and collaborative intelligence. The proposed model provides a conceptual foundation for continuous learning, doctor–patient trust, and organizational innovation. The CKI model integrates values and practices (culture), socialization and codification of knowledge (knowledge), and the strategic use of that knowledge (intelligence). By incorporating CoPs, it reinforces trust (including in telemedicine) and promotes organizational learning applied to the PMM. **Conclusion:** This work contributes to Knowledge Management (knowledge creation) and Organizational Intelligence (knowledge application), both of which may be relevant to the development of a renewed program. Logotherapy offers meaning and cohesion, while the CKI model organizes learning and action; together, they can guide a humanized, intelligent, and sustainable management of the PMM.

Keywords: Knowledge Management; Logotherapy; More Doctors Program; Unified Health System; Organizational Intelligence.

1 INTRODUÇÃO

Este ensaio teórico propõe um modelo de Gestão do Conhecimento (GC) e Inteligência Organizacional (IO), fundamentado nos princípios da Logoterapia, voltado à organização dos debates do Movimento Sanitário e ao fortalecimento de suas iniciativas de aprimoramento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A GC distingue dados, informação, conhecimento e inteligência, ao buscar capturar, codificar, organizar e redistribuir saberes, especialmente os de natureza tácita, convertendo-os em conhecimento explícito e compartilhável para uso coletivo [1–6]. A Inteligência Organizacional é concebida como processo contínuo de percepção do ambiente, interpretação, aprendizagem com experiências passadas e ação orientada por essas interpretações [5–6].

No campo da Saúde Pública, a IO e a capacidade de julgamento em contextos diversos favorecem decisões mais qualificadas e contextualizadas [7]. Nesse sentido, as Comunidades de Prática (CoPs) configuram-se como arranjos sociais capazes de promover socialização de saberes, construção de repertórios comuns e aprendizagem situada. Para seu bom funcionamento, as CoPs demandam domínio compartilhado, senso de comunidade e prática colaborativa, com mediação qualificada para evitar ruídos e sobrecarga informacional [8–16].

A Logoterapia, de Viktor Frankl, agrega uma dimensão humanista à gestão e à aprendizagem organizacional ao enfatizar propósito, valores, atitudes e sentido de vida, fortalecendo confiança, coesão e engajamento, que são fatores essenciais à colaboração e à efetividade da gestão em saúde [17–22]. Intervenções centradas em propósito, valores e metas contam com respaldo conceitual e empírico, inclusive em saúde mental e desenvolvimento humano [20–22]. Assim, ao integrar Logoterapia, GC e IO, cria-se um arcabouço no qual o propósito compartilhado torna-se “motor” de aprendizagem contínua, de fortalecimento das Comunidades de Prática e de construção de políticas públicas mais coesas, humanizadas e resilientes.

O Programa Mais Médicos (PMM) é um marco na política pública brasileira de provisão,

formação e fixação de médicos no SUS. Criado em 2013, no governo de Dilma Rousseff, enfrentou escassez e má distribuição de profissionais, sobretudo em áreas remotas e mais vulneráveis, articulando formação, regulação e cooperação internacional. Entretanto, sua implementação foi marcada por disputas entre comunidades políticas com diferentes orientações ideológicas, o que dificultou a aprendizagem institucional e a gestão compartilhada do conhecimento. O modelo Cultura-Conhecimento-Inteligência (CCI) é, aqui, proposto como estrutura teórico-conceitual para compreender como dimensões culturais, cognitivas e estratégicas se articulam na aprendizagem e na inovação organizacional, especialmente na gestão do conhecimento em saúde.

Partindo do CCI e da observação de que programas como o PMM esbarram não só em condicionantes estruturais, mas também em fatores culturais e cognitivos que afetam criação, compartilhamento e aplicação do conhecimento entre atores institucionais, propõe-se sua aplicação, inspirada na Logoterapia, para fortalecer coesão, propósito coletivo e sustentabilidade de políticas de saúde, resgatando o espírito colaborativo do Movimento Sanitário. Em termos práticos, o CCI orienta o fortalecimento de CoPs, a capacidade de ação estratégica (pela IO) e a fundamentação humanista (pela Logoterapia) como alavancas para reduzir o descompasso entre conhecimento produzido e aplicação prática na gestão e na atenção à saúde.

No presente estudo, adota-se a triangulação como estratégia de integração de métodos de revisão, fontes e perspectivas teóricas, no sentido de conferir maior consistência, validade e profundidade às interpretações. A revisão utilizada é do tipo tradicional/narrativa, apropriada para articular conceitos de gestão e políticas, compondo um quadro teórico integrador, ainda que não sistemático.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Comunidades Políticas de Recursos Humanos em Saúde

Instituído em 2013, o Programa Mais Médicos - PMM configurou-se como a mais ampla política pública brasileira voltada à formação, provimento e fixação de médicos no SUS, visando corrigir desigualdades históricas na distribuição de profissionais e fortalecer a Atenção Básica [23]. Sua formulação ocorreu em um ambiente de disputa entre comunidades políticas de recursos humanos em saúde: a Comunidade de Práticas Médico-Sanitárias (CP-M Sanitário), de matriz humanista, alinhada à Reforma Sanitária e aos princípios do SUS, a Comunidade de Política Defesa da Medicina Liberal (CP-M Liberal) e a CP Defesa da Regulação pelo Mercado (CP-R Mercado), mais próximas de agendas corporativas, de mercado e de autorregulação profissional [24–25]. A primeira defendeu regulação pública segundo necessidades sociais; as demais priorizaram lógicas de mercado e interesses de instituições privadas de ensino [25].

O PMM estruturou-se em três eixos: (i) provimento emergencial de médicos em áreas carentes; (ii) ampliação e reorientação da formação médica; e (iii) investimento em infraestrutura das unidades de saúde [26]. Apesar de resultados expressivos, como aumento de médicos no SUS e expansão de vagas, o programa enfrentou forte resistência política durante alternâncias de governo [27]. Essas disputas podem estar relacionadas à ausência de práticas sistematizadas de GC e IO, o que limitou o compartilhamento de experiências e a consolidação de aprendizados institucionais. Assume-se, então, no presente ensaio, que a integração de GC e IO (orientada pela Logoterapia) pode contribuir para restaurar a coesão e a confiança entre os atores, potencializando o legado técnico-político do PMM na construção de uma gestão mais humanizada e inteligente do SUS.

As insuficiências na oferta e formação médicas e as políticas correlatas foram amplamente discutidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Rede Observatório de Recursos Humanos [26]. O conceito de Comunidades Políticas (CPs) descreve grupos coesos com diferentes posições institucionais e que compartilham ideias e que agem coordenadamente para influenciar decisões [25]; além delas, atuam redes temáticas de recursos desiguais em contextos de conflito e baixa consensualidade [24]. O Provac (2011) foi a primeira resposta para o provimento em áreas subatendidas e base do Eixo Provimento do PMM, acrescido de recrutamento internacional e cooperação via Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Cuba [31]. A insuficiência do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), criando em 1999, do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), de 2011, e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provac), também de 2011, levou à formulação do PMM, em 2013, apesar da oposição da CP-M Liberal [23]. Contudo, a CP-M Sanitário foi decisiva para o desenho final do programa, alinhado à Reforma Sanitária e aos princípios do SUS [27].

buscou, por meio do sentido e da liberdade, a transcendência, e é um pensamento que pode inspirar abordagens na saúde, políticas públicas, educação médica, liderança, cuidado humanizado e metodologias participativas, que são áreas que convergem com o Movimento Sanitário e o Programa Mais Médicos. A Logoterapia ajuda as pessoas a apreciarem sua própria existência, libertarem-se do sofrimento emocional e encontrarem significado e propósito em suas vidas. Ter sentido na vida é considerado como estar consciente dos objetivos primordiais da vida de uma pessoa que acrescentam propósito à vida cotidiana e são um fator primário da força motivacional [18]. A Logoterapia, portanto, aproxima psicoterapia, ética e filosofia, e merece mais pesquisas, como uma terapia estruturada e efetiva baseada em crescimento-confiança mútua entre terapeuta e paciente. Pacientes com depressão, por exemplo, apresentam uma autoestrutura negativa, o que os torna mais fáceis de absorver informações depreciativas e distorcidas sobre si mesmos e ao lidar com eventos a eles relacionados [19, 20].

Frankl [21] defendeu que havia três fontes onde as pessoas podem descobrir os sentidos da vida: (i) O valor da criatividade (o significado do trabalho), através do qual os indivíduos são incentivados a investir num novo objetivo de vida. Quando os indivíduos se dedicam ao trabalho ou à criação, experimentam o sentido da vida e sentem o valor da auto-existência; (ii) O valor da experiência (o significado do amor), incluindo consigo mesmo, família, amizade, comunidade, com Deus, e para toda a humanidade em todo o mundo, bem como para o próprio planeta Terra; (iii) O valor das atitudes (o significado do sofrimento), nas quais os seres humanos estão fadados a sofrer dores inevitáveis em suas vidas. No entanto, Frankl afirma que, enquanto sentem dor, os indivíduos podem manter a liberdade de escolher como enfrentá-lo, de mudar as suas atitudes em relação ao sofrimento, de tratar o sofrimento como uma experiência vivida e de compreender o seu significado como fundido com a própria vida. A depressão, com suas causas diversas (interpessoais, intrapessoais, ambientais e existenciais) pode levar a condutas terapêuticas que têm por base a tese do desequilíbrio químico, o que é ubíquo nas prescrições de muitos profissionais da área da saúde [20,21].

Uma revisão empírica de 109 estudos internacionais, envolvendo mais de 45.000 indivíduos, identificou seis tipos distintos de significados atribuídos à experiência humana: materialista, hedonista, auto-orientada, social, ampla e filosófico-existencial [22]. Essas formas genéricas emergem do fluxo individual de experiências, embora seu conteúdo específico varie conforme cada pessoa. Tal como os terapeutas cognitivo-comportamentais, os terapeutas existenciais ajudam os indivíduos a atribuir significado à sua situação e à sua vida, examinando como suas avaliações iniciais podem ser limitadas, irracionais ou contraproducentes. Posteriormente, auxiliam-nos a desenvolver recursos para uma resposta autêntica e deliberada diante da existência. Evidências indicam que o bem-estar e a satisfação aumentam quando as decisões são percebidas como autênticas [22].

A metacomunicação compreende a adaptação dos objetivos e métodos terapêuticos às necessidades e capacidades do paciente, incluindo a flexibilidade terapêutica, ou seja, a habilidade de responder às demandas individuais de cada momento. Os terapeutas existenciais empregam metacomunicação e tomada de decisão compartilhada para construir, junto aos pacientes, objetivos terapêuticos significativos e métodos ajustados às suas preferências [19]. Essa abordagem inclui o uso de feedback explícito para aprimorar continuamente as práticas clínicas. Outros autores destacam critérios importantes para a aplicação da Logoterapia em tratamentos clínicos [22, 23]: (i) Critério 1 – Sentido de Propósito: incorpora valores, metas e gratidão em intervenções que visam fomentar um senso de propósito; (ii) Critério 2 – Esclarecimento de valores: o propósito depende do alinhamento com valores fundamentais; (iii) Critério 3 – Definição de metas: o estabelecimento de metas de longo prazo fortalece o senso de propósito; e (iv) Critério 4 – Gratidão: praticar gratidão estimula uma visão altruísta e reforça o compromisso com o propósito de vida.

2.4 A Logoterapia como Alternativa aos Tratamentos Convencionais em um Mundo de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

A busca de significado na logoterapia de referência de Viktor Frankl (1905-1997) pertence à terceira escola da Psicologia Vienense [17]; a segunda escola de psicologia vienense reside na busca de poder de Alfred Adler (1870-1937), enquanto a primeira é a busca do prazer por parte de Sigmund Freud (1856-1939).

Frankl [20] descreveu três fontes pelas quais as pessoas descobrem o significado da vida: (i) o valor da criatividade (o significado do trabalho), no qual o indivíduo encontra propósito em

sua ação e produção; (ii) o valor da experiência (o significado do afeto), que inclui o relacionamento consigo mesmo, com os outros, com a comunidade e com o mundo; e (iii) o valor das atitudes (o significado do sofrimento), por meio do qual o indivíduo, mesmo diante da dor, pode escolher a forma de enfrentá-la, transformando-a em aprendizado e transcendência. Se os indivíduos acreditarem que o sofrimento tem significado, poderão optar por suportá-lo e superá-lo [22].

A vasta maioria dos artigos sobre logoterapia é publicada na Ucrânia e em Taiwan, devido ao predomínio da influência científica russa e chinesa. A logoterapia pedagógica propõe redirecionar a atenção do indivíduo aos valores morais e culturais que sustentam a personalidade [21]. Uma revisão sistemática com meta-análise envolvendo mais de 45.000 participantes de 109 estudos, identificou seis tipos de significados existenciais: materialistas, hedonistas, auto-orientados, sociais, amplos e filosófico-existenciais [22]. Tal como os terapeutas cognitivo-comportamentais, os terapeutas existenciais auxiliam as pessoas a compreender o sentido de suas experiências e a reconhecer limites de suas avaliações iniciais, frequentemente irracionais ou restritivas. O bem-estar e a satisfação pessoal tendem a aumentar quando as decisões de vida são percebidas como autênticas [19]. A metacomunicação — isto é, a adaptação dos objetivos e métodos terapêuticos às necessidades, habilidades e valores do paciente — inclui a flexibilidade terapêutica, fundamental para responder às demandas individuais em momentos de mudança. Os terapeutas existenciais empregam metacomunicação e tomada de decisão compartilhada para formular objetivos terapêuticos significativos e métodos ajustados às preferências dos pacientes [21–22]. Essa prática inclui o *feedback* contínuo, que possibilita aprimoramento mútuo entre terapeuta e cliente e favorece o crescimento interpessoal e a autonomia existencial.

2.5 O Modelo Cultura-Conhecimento-Inteligência (CCI)

Re et al. [40] é um estudo sobre gestão do conhecimento aplicada à educação e inovação organizacional, enquanto a publicação de Shein [41] corresponde ao clássico estudo sobre cultura organizacional, enquanto Rothberg e Erickson [42] referem-se ao trabalho que fundamenta o eixo no modelo CCI. As premissas que estruturam esse modelo baseiam-se na integração de três eixos teóricos interdependentes, que são cultura, aprendizagem e inteligência organizacional, conforme sistematizado nas referências [40,42]. A cultura como base estruturante é formada por um conjunto de crenças, valores, suposições e tradições que moldam o comportamento humano e organizacional, criando padrões de interpretação e ação. Segundo Schein [41], trata-se de um fenômeno aprendido, compartilhado e transmitido socialmente, e que confere identidade e estabilidade aos grupos. Assim, compreender a cultura nacional e institucional é essencial para qualquer processo de aprendizagem e inovação, considerando que conhecimento e aprendizagem são processos acumulativos e colaborativos dinâmicos e socialmente construídos.

Para Rothberg e Erickson [42], esse fenômeno adquire valor apenas quando aplicado, transformando-se em inteligência prática. Por outro lado, Re et al. [40] reforçam que o compartilhamento do conhecimento é o motor da inovação organizacional e do aprendizado coletivo, implicando redes colaborativas, confiança e mediação reflexiva entre os sujeitos. Enquanto a Inteligência organizacional e a ação estratégica emergem da capacidade de prever, planejar e agir com base na interpretação de dados, informações e conhecimentos acumulados [42]. Essa tríade (previsão–estratégia–ação) expressa o potencial transformador do conhecimento quando inserido em uma cultura que estimula a aprendizagem e a corresponsabilidade. Desse modo, o modelo CCI sintetiza a interação entre cultura, conhecimento e inteligência, indicando que a aprendizagem organizacional depende da cultura que a acolhe e da inteligência que a orienta, num ciclo contínuo de retroalimentação que reforça o desenvolvimento humano, institucional e social.

Roland [43] apresentou explicações práticas sobre a formação de culturas e a relação entre Estado, conhecimento e inteligência. Fincher et al. [45] e Murray e Schaller [46] constataram que países com forte presença de patógenos antes do século XX desenvolveram culturas mais coletivistas. Nessas regiões, comunidades que criaram normas sociais restritivas e menos abertas a estrangeiros tiveram maiores chances de sobrevivência. Outras explicações sobre a origem do individualismo, em contraste ao coletivismo, envolvem o tipo de cultivo predominante, o arroz, que requer mais mão de obra e cooperação [41], enquanto o uso intensivo de irrigação) estão em consonância com o pensamento de Wittfogel, sociólogo que analisou

sociedades da Ásia, Oriente Médio e América pré-colombiana, considerando que a dependência da irrigação para a sobrevivência agrícola favoreceria a concentração do poder político, o que se articula diretamente com citação mencionada previamente no presente ensaio [38], quanto à ideia de a cultura ser pré-condição para GC e aprendizagem. Nesta concepção, o Estado (ou um grupo dominante politicamente) assumiria o controle da água, da terra e da força de trabalho, levando, como resultado, a um modelo de dominação hierárquico, onde o poder político e burocrático, assim como o controle econômico, seriam canalizados pela gestão da água para determinada população. Por outro lado, Knudsen [47] observou que sociedades historicamente dependentes da pesca para subsistência tendem ao polo contrário, ao individualismo. Roland [43] também destacou o papel da geografia na formação de sistemas políticos: países que, por suas condições territoriais, exigiram modelos estatais centralizados, desenvolveram culturas mais coletivistas, enquanto aqueles organizados em sistemas de mercado tornaram-se mais individualistas.

Em analogia com tal pensamento sociológico, e de forma geral, estudiosos defendem que os governos devem garantir à ciência posição central nas estratégias de recuperação e crescimento econômico, pois ela gera conhecimento e inovação, melhora a qualidade de vida e fortalece a democracia. Entretanto, Rothberg e Erickson [42] observam que o conhecimento é estático e só adquire valor quando aplicado. Neste ponto, retoma-se a questão da transformação do conhecimento em inteligência, que ocorreria quando a informação é analisada à luz de critérios e padrões pessoais, permitindo interpretação, integração e ação. Choo [39] define essa inteligência como um ciclo contínuo de sentir o ambiente, de desenvolver conhecimento e de criar significado com base na memória de experiências passadas. A inteligência cultural, por sua vez, e segundo Ang et al. [48], é um conjunto de capacidades cognitivas e comportamentais que permite compreender e atuar em contextos culturalmente diversos. Executivos com alta inteligência cultural tendem a tomar decisões mais precisas e calculadas porque conseguem interpretar melhor os sinais culturais e avaliar riscos. Esse desenvolvimento impacta diretamente a cultura nacional, promovendo revisão de valores, crenças e tradições e criando condições para aprendizagem organizacional e social.

Com base nesses fundamentos, o modelo CCI é proposto como uma estrutura analítica para compreender a interdependência entre cultura, conhecimento e inteligência (Figura 1). Nesta figura, a CCI representa um modelo conceitual integrador que explica como os elementos culturais de uma sociedade ou organização sustentam e direcionam a produção e a aplicação do conhecimento, culminando na inteligência organizacional e estratégica. As setas bidirecionais entre os três elementos indicam um fluxo cíclico e interdependente: a cultura orienta a criação de conhecimento; o conhecimento alimenta a inteligência; e a inteligência, ao ser aplicada, retroalimenta e transforma a cultura, promovendo aprendizado organizacional contínuo [39].

As premissas centrais do modelo CCI, que foram explicadas anteriormente, podem ser descritos de forma mais detalhada, do seguinte modo: (i) A cultura é composta por crenças, valores, suposições e tradições sociais [41]; (ii) A educação deve estruturar-se nos quatro pilares da aprendizagem — aprender a conhecer, a fazer, a conviver e a ser, em consonância com Jacques Delors, economista e político francês, que presidiu a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, criada pela UNESCO, que elaborou o relatório propõe uma visão humanista e integral da educação, adequada às transformações sociais, culturais e tecnológicas do mundo contemporâneo [49]; e (iii) Os pilares da inteligência organizacional são previsão, estratégia e ação [42].

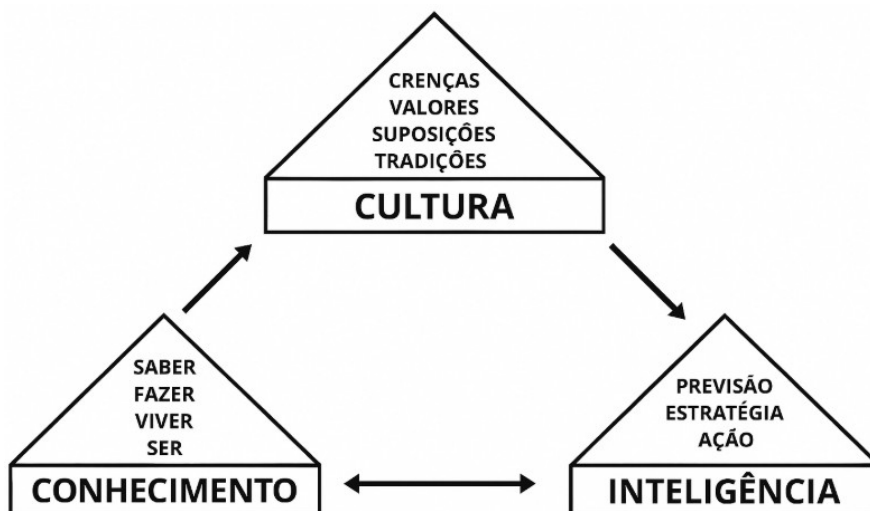
O quadro 1 sintetiza as premissas teóricas fundamentais do modelo CCI, demonstrando como a cultura organizacional, o conhecimento e a inteligência interagem em um ciclo dinâmico e interdependente.

2.6 Aplicação do Modelo CCI ao PMM

A Logoterapia, de Viktor Frankl, oferece o substrato existencial e ético do modelo, centrando-se no propósito, no valor e na atitude como elementos que dão sentido à ação humana [17, 18]. Por outro lado, o modelo CCI traduz essa busca de sentido em processos cognitivos e organizacionais concretos, integrando as três dimensões interdependentes, em que cultura (valores e crenças) orientam o comportamento institucional; o conhecimento e os saberes explícitos e tácitos fundamentam decisões e práticas; e a inteligência articula a capacidade de aplicar o conhecimento para agir de modo estratégico e ético. Assim, a Logoterapia fornece o “porquê” (a razão e o sentido da ação em saúde), enquanto o modelo CCI estrutura o “como” (os

mecanismos de aprendizagem, gestão e decisão coletiva). A Logoterapia, ao enfatizar a busca de sentido e a autotranscendência, propicia coesão e motivação ética entre os participantes da organização. O modelo CCI, por sua vez, organiza os processos de captação, sistematização e aplicação do conhecimento gerado nas práticas do PMM, convertendo-o em inteligência organizacional e política.

Figura 1. Estrutura conceitual do modelo Cultura-Conhecimento-Inteligência (CCI), representando a integração entre cultura organizacional, aprendizagem e inteligência estratégica



Fonte: O autor (2025) com base em seu estudo anterior [44]

Quadro 1. Premissas do modelo Cultura-Conhecimento-Inteligência(CCI)

Premissas	Fundamentação	Autores
A cultura tem um impacto positivo no conhecimento	O sucesso da implementação de um sistema de gestão do conhecimento depende da análise crítica da cultura organizacional	Ré et al. [40]
A mudança cultural tem um impacto positivo na inteligência	A cultura afeta os comportamentos organizacionais e sociais, como as pessoas agirão em uma determinada situação, como o pensamento e a tomada de decisões	Schein [41]
Quando aplicado, o conhecimento (e sua gestão) tem um impacto positivo na inteligência	O conhecimento sem aplicação é inócuo; o conhecimento é a base da inteligência que, por sua vez, é o conhecimento em ação para resolver problemas	Rothberg e Erickson [42]

Fonte: O autor (2025)

Aplicado ao PMM, esse entrelaçamento temático permite abordar dois desafios complementares: (i) O fortalecimento das Comunidades de Prática do Movimento Sanitário, que demandam um modelo de gestão do conhecimento capaz de transformar a experiência acumulada em aprendizado coletivo; e (ii) O desenvolvimento de confiança e propósito compartilhado entre os atores (gestores, médicos, docentes e usuários), condição essencial para a própria sustentabilidade do programa.

No caso do PMM, ficou claro que a cultura de falta de planejamento (imediatismo) e a escassez de investimento em melhorias, que não atraem votos da população, tiveram um forte impacto sobre o conhecimento, em particular aquele derivado da experiência prática, de difícil articulação e compartilhamento, e que depende fortemente de confiança, engajamento e identidade social no tocante aos meios de formação e contratação de médicos. A inteligência também foi afetada pela cultura, pois houve grande dificuldade em transformar a experiência de técnicos e professores-pesquisadores em resultados concretos, antes e depois do momento de maior necessidade: a efetivação do PMM, considerando todas as disputas entre as Comunidades

Políticas e o Mercado Liberal. Consistente com a literatura citada anteriormente no presente ensaio, os resultados deste estudo sugerem que o desenvolvimento de uma cultura organizacional, entendida aqui como cultura nacional em nível macro, apoia a aplicação de práticas de Gestão do Conhecimento [1–6].

Alguns autores apontam que a cultura organizacional não é apenas um fator crítico de sucesso para a GC, mas também o fator mais difícil e importante de ser transformado, especialmente quando ainda não existe uma cultura favorável [7]. No entanto, mudar uma cultura organizacional ou comunitária é um desafio formidável. O processo de mudança cultural abrange alguns requisitos fundamentais: (i) As pessoas devem estar dispostas a cooperar (devem existir incentivos e recompensas adequadas); (ii) Deve haver compreensão básica de como a GC pode melhorar a comunicação entre o meio acadêmico, o setor privado, os profissionais de saúde e o governo; e (iii) É essencial o estabelecimento de redes (*networking*) para promover a mudança cultural na organização.

Por fim, a cultura também desempenha papel central na criação de condições para a aprendizagem, tanto no ambiente interno quanto no externo. Nesse contexto, a Logoterapia, ao enfatizar a busca de sentido e a autotranscendência, propicia coesão e motivação ética entre os participantes. O modelo CCI, por sua vez, organiza os processos de captação, sistematização e aplicação do conhecimento gerado nas práticas do PMM, convertendo-o em inteligência organizacional e política. Com base na revisão de literatura acima o modelo proposto para aplicação no Programa Mais Médicos com base em comunidades de prática na logoterapia está descrito na Figura 2.

Figura 2. Modelo proposto de articulação entre Comunidades Políticas, Logoterapia e Inteligência Organizacional aplicado ao Programa Mais Médicos



Fonte: O autor (2025)

Este modelo demonstra que os integrantes da Comunidade Política de Movimento Sanitário poderia construir Comunidades de Prática (CoPs) para discutir os diversos temas dentro do Programa Mais Médicos como Infraestrutura, Formação, Telemedicina para atingir áreas remotas, Legislação, Integração com outros programas. As práticas de Logoterapia e Inteligência Organizacional discutidas nesse trabalho podem impactar na organização, motivação e resultados de cada CoP. Essas práticas levam a uma relação de maior confiança entre os membros dessas comunidades, o que pode ser replicado para relação entre médico e paciente nas consultas de telessaúde, por exemplo. Os resultados obtidos nas CoPs e todo amadurecimento produzido pelas práticas de Logoterapia e Inteligência Organizacional vão levar a uma nova formulação do Programa Mais Médicos aumentando assim a tão esperada proporção de médicos para uma população de mil habitantes. A Logoterapia é uma eminente ideia para todos os tipos de cuidados médicos, muito além da psicoterapia e, por isso, mais pesquisas precisam ser realizadas para estudar como pode ser aplicada na construção da confiança e também do engajamento e identidade social [50], o que melhora os relacionamentos e decisões das comunidades que trabalham para o bem comum da população, como é o caso do Movimento Sanitário do Programa Mais Médicos.

3 CONCLUSÕES

Neste ensaio teórico, discutiu-se que a Logoterapia fornece o fundamento ético e motivacional (no sentido da ação em saúde), enquanto o modelo CCI pode organizar os processos de criação, aplicação e transformação do conhecimento. Aplicado ao PMM, esse entrelaçamento promove uma gestão mais humanizada, inteligente e sustentável, consolidando uma abordagem que alia ciência, cultura e propósito na melhoria do SUS. Por outro lado, o modelo CCI oferece a arquitetura cognitiva e operacional, ou seja, a forma como cultura, conhecimento e inteligência se organizam para transformar propósito em resultado. Juntas, elas orientam um modelo de gestão do PMM capaz de unir competência técnica, inteligência organizacional e sentido ético-político, consolidando uma abordagem de gestão do conhecimento que é, simultaneamente, efetiva e humanizadora.

Esse trabalho traz subsídios no sentido de contribuir para a Gestão do Conhecimento (criação de conhecimento) juntamente com a Inteligência Organizacional (aplicação de conhecimento), que podem ser relevantes para a discussão de um novo Programa Mais Médicos, considerando os avanços e desvantagens da telemedicina. Para tanto se faz necessário um processo de mudança cultural em que as discussões sejam pautadas por crescimento intelectual mútuo a fim de trazer resultados mais técnicos e menos políticos para as então existentes comunidades políticas do Programa Mais Médicos, em constante conflito.

REFERÊNCIAS

1. Davenport T, Prusak L. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Boston: Harvard Business School Press; 2000.
2. Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press; 1995.
3. Gold AH, Malhotra A, Segars AH. Knowledge management: an organizational capabilities perspective. *J Manage Inf Syst*. 2001;18(1):185–214.
4. Janz BD, Prasarnphanich P. Understanding the antecedents of effective knowledge management: the importance of a knowledge-centered culture. *Decision Sciences* 2003;34(2):351–384.
5. Lee H, Choi B. Knowledge management enablers, processes, and organizational performance: an integrative view and empirical examination. *J Manage Inf Syst*. 2003;20(1):179–228.
6. Donate MJ, Guadamillas F. Organizational factors to support knowledge management and innovation. *J Knowl Manag*. 2010;14(6):875–897.
7. Choo CW. *The Knowing Organization: How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge, and Make Decisions*. New York: Oxford University Press; 1998.
8. Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
9. Ardichvili A. Learning and knowledge sharing in virtual communities of practice: motivators, barriers, and enablers. *Adv Dev Hum Resour*. 2008;10(4):541–554.
10. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implement Sci*. 2009;4:11.
11. Kimble C. Building effective virtual communities of practice. *J Knowl Manag*. 2006;10(4):6–24
12. Ardichvili A, Page V, Wentling T. Motivation and barriers to participation in virtual knowledge-sharing communities. *J Knowl Manag*. 2003;7(1):64–77.

13. Ardichvili A. Learning in and through communities of practice. *Adv Dev Hum Resour.* 2008;10(4):541–554.
14. Hildreth PM, Kimble C. *Knowledge Networks: Innovation through Communities of Practice.* Hershey: Idea Group; 2004.
15. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity.* Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
16. Brown JS, Duguid P. *The Social Life of Information.* Boston: Harvard Business School Press; 2000.
17. Frankl VE. *Man's Search for Meaning.* Boston: Beacon Press; 1959.
18. Frankl VE. *The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism.* New York: Simon & Schuster; 1978.
19. Frankl VE. *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy.* New York: Penguin; 1988.
20. Frankl VE. *Psicoterapia e Sentido da Vida.* São Paulo: Paulus; 1991.
21. Frankl VE. *A Presença Ignorada de Deus.* Petrópolis: Vozes; 1997.
22. Hielscher E, Blake J, Chang I, Crandon T, McGrath M, Scott J. Sense of purpose interventions for depression and anxiety in youth: a scoping review and cross-cultural youth consultation. *J Affect Disord.* 2023;339:123–131.
23. Ferla A, Trepte R, Ramos-Florêncio A, Pinto H, Canto R, Lopes F. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica e no cotidiano do Sistema Único de Saúde: desenvolvimento do trabalho e redução de iniquidades. In: Pinto HA (Coord). *Mais Médicos: um projeto de Estado.* Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
24. Paim JS. *A Reforma Sanitária Brasileira e o SUS.* Salvador: EDUFBA; 2008.
25. Pinto H. *O que tornou o Mais Médicos possível?* Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
26. Oliveira, J. P. A., Pacheco, C., Taves, F. A. Q., Barbosa, J. M. V., & Santos, L. M. P. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação E Saúde*, 22, 2024, e02635249.
27. Separavich, M. A. e Couto, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; v. 26, suppl 2: 3435-3446.
28. Ataíde C, Magnagnagno OA. Telemedicina como instrumento de integração entre pacientes e médicos. *Research, Society and Development.* 2021;10(9):e41610918496.
29. Ojinnaka C, Johnstun L, Dunnigan A, Nordstrom L, Yuh S. Telemedicine reduces missed appointments but disparities persist. *Am J Prev Med.* 2024;67(1):1–9.
30. Cely-Andrade L, Cárdenas-Garzón K, Enríquez-Santander LC, Saavedra-Avendano B, Ortiz-Avendano GA, Betancourt-Rojas LA, Guerrero-Conde JG. Effectiveness and safety of medication abortion via telemedicine versus in-person: a cohort of pregnant people in Colombia. *Contraception.* 2024;110514.
31. Lisboa KO, Hajjar AC, Sarmiento IP, Sarmiento RP, Gonçalves SHR. A história da telemedicina

- no Brasil: desafios e vantagens. *Saúde Soc.* 2023;32(1):e210170pt.
32. Álvares S, Paiva MS, Ribeiro CM, Cruz VC, Costa FP, Esteves JL, et al. Telemedicina: situação em Portugal. *Nascer e Crescer.* 2004;13(1):89–97.
33. Barbosa W, Zhou K, Waddell E, Myers T, Dorsey ER. Improving access to care: telemedicine across medical domains. *Public Health.* 2021;42:463–481.
34. Goetz D. Telemedicine competition, pricing, and technology adoption: evidence from talk therapists. *Int J Ind Organ.* 2023;89:1–15.
35. Zeltzer D, Einav L, Rashba J, Balicer RD. The impact of increased access to telemedicine. *J Eur Econ Assoc.* 2023;22(2):712–750.
36. Rhee Y, Park S, Kim K. Knowledge hiding in organizations: antecedents and consequences. *J Knowl Manag.* 2014;18(5):855–871.
37. Argote L, Miron-Spektor E. Organizational learning: from experience to knowledge. *Organ Sci.* 2011;22(5):1123–1137.
38. Re ML, Aguiar CV, Sánchez M, Carvalho H, Souza J. Gestão do conhecimento aplicada à inovação e aprendizagem organizacional. *Rev Gestão & Tecnologia.* 2020;20(2):88–101.
39. Choo CW. *The Knowing Organization: How Organizations Use Information to Construct Meaning, Create Knowledge, and Make Decisions.* 2nd ed. Oxford University Press; 2006.
40. Re ML, Aguiar CV, Sánchez M, Carvalho H, Souza J. Gestão do conhecimento e inovação organizacional: perspectivas culturais. *Rev Gestão & Tecnologia.* 2020;20(2):88–101.
41. Schein, E. H. *Organizational Culture and Leadership: A Dynamic View.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1985.
42. Rothberg HN, Erickson GS. From knowledge to intelligence: creating competitive advantage in the next economy. *Boston: Elsevier Butterworth-Heinemann;* 2005.
43. Roland G. Understanding institutional change: fast-moving and slow-moving institutions. *Stud Comp Int Dev.* 2004;38(4):109–131.
44. De Angelis C. *Gestão do Conhecimento e Inteligência Organizacional: Proposta de Modelo Cultura–Conhecimento–Inteligência (CCI).* Lille: Skema Business School; 2013. Tese de Doutorado em Gestão do Conhecimento e Inteligência Organizacional.
45. Fincher CL, Thornhill R, Murray DR, Schaller M. Pathogen prevalence predicts human cross-cultural variability in individualism/collectivism. *Proc R Soc B.* 2008;275:1279–1285.
46. Murray DR, Schaller M. The behavioral immune system: implications for social cognition, social interaction, and social influence. *Phil Trans R Soc B.* 2010;365(1538):341–354.
47. Knudsen EI. Evolution of adaptive behavioral strategies. *Science.* 1999;284(5417):424–429.
48. Ang S, Van Dyne L, Koh C, Ng KY, Templer KJ, Tay C, Chandrasekar NA. Cultural intelligence: its measurement and effects on cultural judgment and decision making, cultural adaptation and task performance. *Manage Organ Rev.* 2007;3(3):335–371.
49. Delors J. *Educação: um Tesouro a Descobrir.* Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. Brasília: UNESCO; 1996.

50. Andrade RR, Ferreira MFM dos S, Gomes RLR. Sobre a vivência do sentido no trabalho e nas organizações: contribuições da logoterapia e análise existencial. CLCS [Internet]. 17^o de julho de 2023 [citado 10 de agosto de 2025];16(7):6407-2. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/945>



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).