



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO
CONHECIMENTO

Patsy Geraldine Balconi Mandelli

**Associação de Práticas de Gestão do Conhecimento e a Evolução de Organizações de
Saúde a partir de uma Metodologia de Certificação.**

Florianópolis
2023

Patsy Geraldine Balconi Mandelli

Associação de Práticas de Gestão do Conhecimento e a Evolução de Organizações de Saúde a partir de uma Metodologia de Certificação.

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação de Engenharia e Gestão do Conhecimento, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Engenharia e Gestão do Conhecimento

Orientador: Prof^a. Lia Caetano Bastos, Dr^a.

Coorientador: Prof. Gregório Varvakis, Dr.

Florianópolis
2023

Mandelli, Patsy Geraldine Balconi

Associação de práticas de gestão do conhecimento e a evolução de organizações de saúde a partir de uma metodologia de certificação. / Patsy Geraldine Balconi Mandelli ; orientadora, Lia Caetano Bastos, coorientador, Gregório Varvakis, 2023.
186 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Engenharia e Gestão do Conhecimento. 2. organização de saúde . 3. fisioterapia. 4. certificação/acreditação. 5. garantia da qualidade; práticas de gestão do conhecimento. I. Bastos, Lia Caetano. II. Varvakis, Gregório . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento. IV. Título.

Patsy Geraldine Balconi Mandelli

Associação de Práticas de Gestão do Conhecimento e a Evolução de Organizações de Saúde a partir de uma Metodologia de Certificação.

O presente trabalho, em nível de doutorado, foi avaliado e aprovado, em 07 de agosto de 2023, por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Mileide Marlete Ferreira Leal Sabino, Dr^ª.
Universidade do Vale do Itajaí - Univali

Prof^ª. Gertrudes Aparecida Dandoloni, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof^ª. Ana Maria Benciveni Franzoni, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof^ª. Simone Ghisi Feuerschütte, Dr^ª.
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Engenharia e Gestão do Conhecimento.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof. Roberto Carlos dos Santos Pacheco, Dr.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof^ª. Lia Caetano Bastos. Dr^ª.
Orientadora

Florianópolis, 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Tese aos meus filhos Pedro e Maria Eduarda, com uma citação do Papa João Paulo II [...] “Se antes a terra, e depois o capital, eram os fatores decisivos da produção ...hoje o fator decisivo é cada vez mais o homem em si, o seu conhecimento”

Com amor

AGRADECIMENTOS

Na jornada desta vida, sempre acreditei que precisamos aprender a vivê-la verdadeiramente. Cada indivíduo tem sua percepção do que é viver e, para mim, é poder aprender a cada dia com quem encontramos. É acreditar que fazemos escolhas constantemente, e assim acordamos todos os dias com a possibilidade de fazer o caminho, caminhando e planejando, sem deixar de sorrir. Com isso, começo agradecendo ao meu companheiro de desafios, Marcelo, meu amor, meu namorado, meu marido, pai dos meus filhos e, mais recentemente, meu colega de trabalho. Meu muito obrigada por entender tantos momentos de ausência e tantas vezes o mesmo argumento.... ‘tenho que escrever a Tese’. E nessas ausências, agradeço meus pais, Ivar e Jane, que souberam e sabem, entender as escolhas dos filhos, nos acolhendo com amor; aos meus irmãos por respeitarem as desculpas de não poder estar presente nos momentos de família e, junto, sobrinhos, sobrinhas, cunhadas, cunhados, tias, tios, primas, primos, afilhados e toda trupe.

Da vida acadêmica, realmente, tenho muito a agradecer. Em primeiro lugar, à minha grande e especial amiga Fernanda, que nesses anos de doutorado, se tornou a linda e dedicada mãe da Francisca. Exemplo de pesquisadora, ela foi a responsável pela minha entrada na Universidade Federal de Santa Catarina, por quem tenho uma imensa e eterna gratidão. E nesta grandiosa universidade, que brilhantemente representa o Estado de Santa Catarina, o Brasil e o mundo, tenho o privilégio de ter sido recebida e orientada pela Professora Lia Caetano Bastos que, com muita sabedoria, paciência e carinho, me conduziu no caminho acadêmico. Meu muito obrigada.

Os anos de doutorado me trouxeram muitos amigos e grandes amigas. Sendo piegas e pouco original, sem eles não chegaria até aqui. Nina, Cínthya, Graciele, Lídia e Betty, cada uma com sua história, vidas diferentes, idades diferentes, mas todas com a coragem que representa a força da mulher. Mulheres resolutivas, determinadas e que fazem a diferença por onde passam, construindo e evoluindo sempre, com muito estudo e capacidade de ajustar a rota, sempre que for preciso, construindo pontes com respeito e amor. Admiro muito vocês e sou muito abençoada por tê-las em minha jornada. Vocês estão comigo neste documento.

Ao grupo de pesquisa do Núcleo de Gestão para Sustentabilidade, minha eterna gratidão. O mestre, meu coorientador e professor Grego, com seu humor único, dedicação aos alunos, paixão pelo compartilhamento de saberes, que me ensinou e provocou os mais diversos

sentimentos, desde a vontade de contar para o mundo as minhas reflexões e descobertas até os pensamentos de ‘não vou conseguir’ mas que, confesso, logo iam embora. Nessa rede de apoio e aprendizado, meu muito obrigada em especial à Mariângela, Bruna, Cássio, Edilene, Thais, Fernanda e Guilherme. Esta tese tem seus saberes compondo as conjecturas, frases, parágrafos, ideias e considerações. Em nome de vocês, agradeço a todos que fizeram e fazem parte desse grupo de pesquisa. Nesse universo, registro a importância e o diferencial de construirmos e entendermos o significado de grupo de pesquisa.

Meu muito obrigada aos incríveis Diogo e Renan. Seu conhecimento e paciência para responder às perguntas de sempre é que nos guiam para o alcance de nossos objetivos.

Agradeço com muito carinho à querida e sábia mentora e revisora, Maria Rita Lopes dos Santos, e ao colega de doutorado, professor e estatístico, Rafael Caumo. Vocês dois garantiram, a cada conversa, que daria certo, que os passos que estavam sendo dados eram firmes e, com essa fé, aqui chegamos.

Agradeço também às amigas de sempre, Patricia, Betty, Keila, Juli e Fabi. São anos que vocês escutam a mesma desculpa, mas tenho certeza de que nossas filhas aprenderam a busca do conhecimento e todas juntas construímos uma amizade para vida.

À minha colega Fisioterapeuta, Deise Mara, que me inspira a cada paciente que discutimos juntas e que juntas trabalhamos. Obrigada. Em nome da Fisioterapia que me motiva diariamente e que proporcionou esta pesquisa. Agradeço às colegas fisioterapeutas, gestoras, fonte de inspiração, seja em discussões calorosas, sonhos, idealizações, confirmações e frustrações. Sentimentos que permeiam nossa história. Obrigada Marlene, Iaponira, Pepita, Nicely, Tatiana, Morgana e Thomaz. Neste parágrafo da vida de fisioterapeuta, agradeço a cada paciente que ao buscar nossos serviços, assistência fisioterapêutica e cuidado, permite nosso desenvolvimento como profissional e ser humano. E que as necessidades e expectativas, alinhadas aos nossos objetivos e propósitos enquanto fisioterapeutas proporcionaram a instigação e o desconforto para o desenvolvimento dos meus estudos na área de qualidade e que esta Tese é o início do resto de nossas vidas.

Meus filhos Pedro e Duda, as palavras não representam o quanto sei que renunciamos a momentos juntos em família, mas as vitórias também contemplam o que deixamos para trás. Sigam firmes em seus objetivos. O caminho, muitas vezes, pode ser um pouco diferente do que imaginamos, mas quando estamos disponíveis para o aprendizado, tudo dá certo no final. Fé, Força e Foco.

Agradeço com carinho às professoras que fizeram parte da banca examinadora: Simone Ghisi Feuerschütte, Mileide Sabino, Gertrudes Dandolini e Ana Maria Franzoni. Tenho muita admiração por vocês e pelo seu trabalho no mundo acadêmico. Suas contribuições são precisas, feitas com muita sabedoria. Muito obrigada.

E, por fim, um agradecimento especial a todos os professoras do EGC: diferentes saberes que proporcionaram aprendizado contínuo. A vida é feita de diferentes perspectivas, diferentes fontes de informação, diferentes emoções. Sempre acreditei, e cada vez mais, que com as diferenças crescemos, aprendemos e evoluímos para trazer significado à nossa vida e a todos que por ela passam.

Obrigada, obrigada, obrigada.

RESUMO

O indivíduo é o principal ativo estratégico para as organizações de saúde, seja ele como colaborador, gerente, líder, gestor, financiador ou cliente. Entregar qualidade representa resolutividade, credibilidade, sustentabilidade e segurança. Metodologias para certificação são programas reconhecidos internacionalmente como processos de avaliação externa para melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Nessas organizações, o imperativo do conhecimento como um ativo intangível estratégico, concomitante com a gestão do conhecimento, por meio de suas práticas e ferramentas, é fundamental para promover e viabilizar a utilização do conhecimento de forma organizacional, habilitando a organização a agir diante do ambiente dinâmico, sistêmico, competitivo e exigente que ela vivencia. Sob esse contexto, as rotinas organizacionais podem facilitar o uso do conhecimento em processos de criação, compartilhamento, utilização e armazenamento do mesmo, representadas pelas práticas de gestão do conhecimento relacionando-as a um conjunto de normas e processos que se destinam a apoiar uma gestão mais eficiente e eficaz, representado pela gestão da qualidade e, nesta pesquisa, por uma metodologia de certificação. O estudo tem como objetivo analisar a relação entre práticas estratégicas de gestão do conhecimento e a evolução da qualidade de organizações de saúde certificadas no Brasil. Partiu-se da mensuração da evolução de descritores de qualidade implementados quando da participação em um programa de certificação. A pesquisa caracteriza-se pela abordagem quantitativa, exploratória, realizada por meio de levantamento de dados. Realizou-se um estudo transversal onde os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o primeiro relacionado à evolução das empresas participantes de um programa de certificação e o segundo, um questionário para identificação de práticas de GC desenvolvidas nas empresas certificadas. Os dados foram analisados utilizando-se o SPSS, versão *software*, com os resultados estatísticos apresentados de forma descritiva. Os achados desta tese suportam a hipótese de pesquisa que comprova a evolução das organizações de saúde como uma variável independente que é influenciada positivamente com a presença de práticas estratégicas de gestão do conhecimento. Como contribuição desta pesquisa pode-se destacar: 1) uma metodologia de certificação com descritores de qualidade que avaliam a existência de processos de gestão do conhecimento e que geram valor organizacional, destacando o conhecimento como habilitador de ações; 2) como contribuição gerencial, os resultados podem ser usados como estímulo para as organizações de saúde buscarem certificações que, de fato, proporcionem um diagnóstico situacional de qualidade que oportunize o entendimento do conhecimento como ativo estratégico organizacional; 3) a possibilidade de criação de políticas públicas que incentivem o mercado de saúde a fomentar programas de certificação, gerando desempenho organizacional de qualidade, com aspectos clínicos, administrativos e sociais impactando na sociedade como um todo e percebendo a saúde como fonte de desenvolvimento.

Palavras-chave: organização de saúde; fisioterapia; certificação/acreditação; garantia da qualidade; práticas de gestão do conhecimento.

ABSTRACT

The individual is the main strategic asset for healthcare organizations, whether as a collaborator, manager, leader, manager, financier or client. Delivering quality represents resolution, credibility, sustainability and safety. Certification methodologies are internationally recognized programs as external evaluation processes for continuous improvement of the quality of services provided. In these organizations, the imperative of knowledge as a strategic intangible asset, concomitant with knowledge management, through its practices and tools, is fundamental to promoting and enabling the use of knowledge in an organizational way, enabling the organization to act in the face of the environment dynamic, systemic, competitive and demanding that she experiences. In this context, organizational routines can facilitate the use of knowledge in processes of creating, sharing, using and storing it, represented by knowledge management practices, relating them to a set of standards and processes that are intended to support management. more efficient and effective, represented by quality management and, in this research, by a certification methodology. The study aims to analyze the relationship between strategic knowledge management practices and the evolution of the quality of certified health organizations in Brazil. The starting point was to measure the evolution of quality descriptors implemented when participating in a certification program. The research is characterized by a quantitative, exploratory approach, carried out through data collection. A cross-sectional study was carried out where data was collected using two instruments: the first related to the evolution of companies participating in a certification program and the second, a questionnaire to identify KM practices developed in certified companies. The data were analyzed using SPSS, software version, with the statistical results presented in a descriptive way. The findings of this thesis support the research hypothesis that proves the evolution of healthcare organizations as an independent variable that is positively influenced by the presence of strategic knowledge management practices. As a contribution of this research, we can highlight: 1) a certification methodology with quality descriptors that evaluate the existence of knowledge management processes that generate organizational value, highlighting knowledge as an enabler of actions; 2) as a managerial contribution, the results can be used as a stimulus for healthcare organizations to seek certifications that, in fact, provide a quality situational diagnosis that provides an opportunity to understand knowledge as an organizational strategic asset; 3) the possibility of creating public policies that encourage the health market to promote certification programs, generating quality organizational performance, with clinical, administrative and social aspects impacting society as a whole and perceiving health as a source of development.

Key words: Health Care Organization; physiotherapy; certification/accreditation; quality assurance; knowledge management practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do <i>gap</i> teórico da pesquisa.....	31
Figura 2 - Caracterização da pesquisa	79
Figura 3 - Fluxograma das etapas do processo de pesquisa	80
Figura 4 - Representação das etapas de avaliação da metodologia de certificação.....	86
Figura 5 - Etapas da coleta de dados	91
Figura 6 - Etapas de execução da pesquisa	97
Figura 7 - Etapas de apresentação dos resultados.....	98
Figura 8 - DNA organizacional, representando a metodologia de certificação estudada contribuindo para o entendimento da gestão do conhecimento relacionada à gestão da qualidade	139
Figura 9 - DNA das práticas de GC e descritores da metodologia de certificação	140

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico comparativo de uma organização certificada.....	58
Gráfico 2 - Distribuição (%) das respostas de cada item no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala de conformidade.....	105
Gráfico 3 - Distribuição (%) das respostas dos subgrupos no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala	106
Gráfico 4 - Distribuição (%) das respostas dos grupos 2 no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala.....	106
Gráfico 5 - Relação entre o nível médio de práticas de GC e o nível médio de avanço nos descritores, nas organizações investigadas, segmentadas por selo de certificação	128
Gráfico 6 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (RBC) e o nível médio de avanço nos descritores nas organizações de Nível Ouro	130
Gráfico 7 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (TDC) e o nível médio de avanço nos descritores de G33 nas organizações de Nível Ouro.....	131
Gráfico 8 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (RBC) e o nível médio de avanço nos descritores de G6 nas organizações, segmentadas por selo de certificação..	132
Gráfico 9 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (TDC) e o nível médio de avanço nos descritores de G8 nas organizações, segmentadas por selo de certificação..	133
Gráfico 10 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (MA) e o nível médio de avanço nos descritores de G9 nas organizações em todos os níveis de evolução (selo Ouro, Prata e Bronze).	133
Gráfico 11 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (DEO) e o nível médio de avanço nos descritores de G8 nas organizações em todos os níveis de evolução (selo Ouro, Prata e Bronze).	134
Gráfico 12 - Mapa de calor.....	135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação do Modelo Conceitual de Pergunta CIMO	29
Quadro 2 - Estratégia de busca: revisão sistemática.....	35
Quadro 3 - Síntese da contribuição desta pesquisa para área em estudo.....	37
Quadro 4 - Trabalhos do banco de teses e dissertações do PPGE GC	40
Quadro 5 - Práticas de gestão do conhecimento – APO (2020)	67
Quadro 6 - Definições de práticas de gestão do conhecimento.....	68
Quadro 7 - Dimensões e aspectos das práticas de GC.....	70
Quadro 8 - Lista dos descritores de qualidade – <i>Checklist</i>	85
Quadro 9 - Instrumento para identificar as práticas de GC	88
Quadro 10 - Relação de grupos de práticas de gestão do conhecimento e quantidade de itens de cada.....	93
Quadro 11 - Caracterização da amostra da pesquisa	100
Quadro 12 - Descritores e seus respectivos grupos	101
Quadro 13 - Dimensão trabalho de supervisão x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	111
Quadro 14 - Dimensão treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento x percentual de respondentes	113
Quadro 15 - Dimensão avaliação de desempenho baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	114
Quadro 16 - Dimensão recrutamento baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	115
Quadro 17 - Dimensão compensação baseada em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	116
Quadro 18 - Dimensão mecanismos de aprendizagem baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	116
Quadro 19 - Dimensão práticas de TI baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	118
Quadro 20 - Dimensão gestão estratégica de conhecimento e competência x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	119

Quadro 21 - Dimensão <i>desing</i> organizacional x percentual de respondentes no escore da escala <i>likert</i>	120
Quadro 22 - Relação de grupo de descritores de qualidade e quantidade de descritor em cada grupo.....	124
Quadro 23 - Relação de dimensões de práticas de GC e quantidade de práticas em cada grupo	124
Quadro 24 - Relação níveis de certificação das organizações estudadas	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas descritivas dos itens avaliados no diagnóstico e na auditoria.....	102
Tabela 2 - Medidas descritivas dos itens avaliados nos grupo 1 no diagnóstico e na auditoria	104
Tabela 3 - Significância dos testes não paramétricos de Wilcoxon e de Kendall, por subgrupos	107
Tabela 4 - Significância dos testes não paramétricos de Wilcoxon e de Kendall, por grupos	107
Tabela 5 - Medidas descritivas dos grupos de itens avaliados no questionário de práticas de gestão do conhecimento.....	111
Tabela 6 - Associações significativas percebidas nos testes de hipóteses.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADC	Avaliação de Desempenho Baseado no Conhecimento
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APO	Asian Productivity Prganization
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CBC	Compensação Baseada no Conhecimento
CEBAS	Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CEE	Centro de Estudos Estratégicos
CEN	Comité Européen de Normalisation
CIMO	Context, Intervention, Mechanisme, Outcomes
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
CNS	Confederação Nacional de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease
DEO	<i>Design</i> Organizacional
DI	Desempenho Inovador
EGC	Engenharia e Gestão do Conhecimento
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPP	Empresa de Pequeno Porte
ESAG	Escola Superior de Administração e Gerência
EUA	Estados Unidos da América
FENAFISIO	Federação Nacional das Associações e Empresa de Fisioterapia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GC	Gestão do Conhecimento
GEC	Gestão Estratégica do Conhecimento
GRH	Gestão de recursos humanos
H ₀	Hipótese Nula
H ₁	Hipótese Alternativa
HIMSS	Healthcare Information and Management System Society
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

IPII	Instituto de Pesquisa e Intervenção Interdisciplinar
ISQUA	International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission International on Accreditation Organization
JCI	Joint Commission Internacional
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MA	Mecanismo de aprendizagem baseado no conhecimento
ME	Microempresa
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIAHO	Acreditação Nacional Integrada para Organização de Saúde
NQPS	Desenvolvimento de Políticas e Estratégias Nacionais de Qualidade
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PES	European Public Employment Service
PPGEGC	Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional Único de Saúde
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
RBC	Recrutamento Baseado em Conhecimento
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SGGS	Sistema Giavanoni de Gestão em Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TDC	Treinamento e Desenvolvimento Baseado no Conhecimento
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TS	Trabalho de Supervisão
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	TRAJETÓRIA E MOTIVAÇÃO	20
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO	22
1.3	OBJETIVOS.....	29
1.3.1	Objetivo geral	29
1.3.2	Objetivos específicos.....	29
1.4	JUSTIFICATIVA E LACUNA DE PESQUISA	30
1.5	PROBLEMA DE PESQUISA.....	32
1.6	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	37
1.7	ADERÊNCIA AO PPGE GC.....	39
1.8	ESTRUTURA DO TRABALHO	41
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	42
2.1	CERTIFICAÇÃO/ACREDITAÇÃO	42
2.2	PROGRAMAS DE CERTIFICAÇÃO.....	47
2.2.1	Histórico	47
2.2.2	Conceitos	49
2.2.3	Programas de certificação no Brasil.....	53
<i>2.2.3.1.</i>	<i>Programa de certificação FENAFISIO.....</i>	<i>56</i>
2.3	GESTÃO DO CONHECIMENTO	59
2.3.1	Práticas de gestão do conhecimento.....	64
3	METODOLOGIA	78
3.1	BASE CONCEITUAL	80

3.2	PLANEJAMENTO, DELIMITAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	82
3.3	MENSURAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS DESCRITORES DE QUALIDADE	83
3.4	IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	87
3.5	ANÁLISES ESTATÍSTICAS E TESTES DE HIPÓTESES	91
3.5.1	Estatísticas descritivas	91
3.5.2	Testes de hipóteses.....	94
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	98
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS	98
4.2	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO AOS DESCRITORES DE QUALIDADE	100
4.3	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DE GC	110
4.4	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO À ASSOCIAÇÃO DE PRÁTICAS DE GC E A EVOLUÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	123
5	CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS E GERENCIAIS.....	141
5.1	CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS E GERENCIAIS	146
5.2	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	148
	REFERÊNCIAS	150
	APÊNDICE A - ARTIGOS ENCONTRADOS E ANALISADOS.....	161
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	166
	APÊNDICE C - LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS DESCRITORES DE QUALIDADE	170
	APÊNDICE D – TESTES DE HIPÓTESES NÃO PARAMÉTRICOS PAREADOS (ANTES X DEPOIS)	173
	APÊNDICE E - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	176

APÊNDICE F - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TS E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	177
APÊNDICE G - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO GEC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	178
APÊNDICE H - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO RBC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	179
APÊNDICE I - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TDC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	180
APÊNDICE J - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO ADC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	181
APÊNDICE K - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO CBC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	182
APÊNDICE L - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO MA E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	183
APÊNDICE M - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TIC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	184
APÊNDICE N - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO DEO E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.....	185

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo visa contextualizar e justificar o problema de pesquisa, definir seus objetivos, delimitar o escopo e os alinhamentos seguidos para realização do estudo.

1.1 TRAJETÓRIA E MOTIVAÇÃO

Esta tese é parte da trajetória de vida que venho percorrendo e expressa as escolhas feitas ao longo dos últimos anos e que me motivam a começar este documento explicando meu caminho.

Decidi ser fisioterapeuta aos 17 anos de idade, ao acompanhar minha mãe a um tratamento fisioterapêutico. Anteriormente sonhava em ser médica, mas a relação fisioterapeuta/paciente que observei me encantou. Era aquilo que eu queria para mim: desafiar as pessoas a atingirem o seu melhor, independente do diagnóstico estabelecido.

A crença no “estamos sempre aprendendo” foi ficando mais clara desde aquele momento. Atuei 25 anos na área hospitalar, como estagiária, como fisioterapeuta e como empreendedora, sócia-fundadora de um Serviço de Fisioterapia responsável pela prestação de serviço de fisioterapia em 5 hospitais, em Santa Catarina, entre os anos de 1998 até 2019.

Ao longo da minha carreira profissional fui assumindo a função de coordenação e, com isso, aproximando-me, empiricamente, da gestão. Os desafios cresciam e a necessidade de tomada de decisão, em relação a um conjunto maior de aspectos, era diária. Aprender a dialogar com a alta direção, com os pagadores dos serviços prestados, foi conduzindo para a necessidade de apresentar resultados, de forma estratégica e fundamentada, da resolutividade da fisioterapia, assim como a pensar na sustentabilidade da empresa. Como eu atuava como fisioterapeuta, sabia o que a fisioterapia entregava aos pacientes, mas como medir isso? Como medir a qualidade do serviço de fisioterapia prestado na sua complexidade e não a técnica fisioterapêutica propriamente dita (esta, bem estabelecida na ciência)?

Concomitantemente, sempre participei de movimentos associativistas, associação científica, associação de empresas e, mais tarde, na federação de empresas de fisioterapia. Buscava, dessa forma, o reconhecimento da fisioterapia no cenário da saúde onde ela está inserida, levando a resolutividade e as barreiras econômicas existentes a discussões junto aos demais atores do contexto da saúde na cidade, no estado e no país: diretores de hospitais, operadoras de planos de saúde, agência nacional de saúde, ministério da saúde, universidade, conselhos de classe.

Em busca de conhecimento e aperfeiçoamento, em 2014, ingressei em uma disciplina, como ouvinte, no curso de mestrado da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) na área de administração. A disciplina era Estatística Avançada, mais um desafio para uma fisioterapeuta, ou melhor para mim. Foi então que conheci grandes mestres que me ajudaram a compreender, cada vez mais, o que eu queria: desenvolver uma metodologia de avaliação da qualidade para serviços de fisioterapia. Começava, aí, minha jornada no mundo acadêmico. Meu professor, que se tornou orientador, acreditou, incentivou e foi fundamental nesse projeto.

Em seguida, fui aprovada no mestrado acadêmico em administração da Escola Superior de Administração e Gerência, ESAG/UDESC, tendo como projeto o desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade em serviços de fisioterapia. Estudei os critérios necessários que representassem a qualidade de um serviço de fisioterapia no Brasil e no mundo. Pessoas, processos, tecnologia. Uma rede de aprendizado foi construída. Veio a defesa da dissertação com a concretização de um sonho.

Parti para colocar em prática esse modelo, idealizando e colocando no mercado da saúde o programa de certificação de qualidade – Selo de Certificação de Qualidade – que é uma metodologia própria para serviços de fisioterapia, aplicável em serviços de saúde, justamente pelas características apresentadas. Os pilares da metodologia representam a prestação de serviço, propriamente dita, (critérios relacionados à resolutividade clínica, assistência fisioterapêutica), estrutura administrativa (critérios relacionados a processos administrativos, financeiros e assistenciais), estrutura física (critérios relacionados a processos físicos e estrutura física) e satisfação (critérios relacionados a processos de relacionamento e comunicação, com foco em recursos humanos, tanto para o cliente externo como para o interno). No ano de 2018 foi entregue o primeiro Selo de Certificação de Qualidade para um serviço ambulatorial de fisioterapia, na cidade de São José – SC, em parceria com a Federação Nacional de empresas e associações de fisioterapia.

Um dos presentes que encontrei na jornada acadêmica é hoje minha sócia e fundadora, junto comigo, do Instituto de Pesquisa e Intervenção Interdisciplinar (IPII). Ela, com paciência, sabedoria, simplicidade e objetividade, embarcou na metodologia de certificação e, juntas, avaliamos mais de 30 serviços de fisioterapia no Brasil, sendo que o programa de certificação, em pouco mais de 4 anos, certificou 24 empresas, 4 recertificadas e 6 em processo de certificação.

Os estudos não pararam. O incentivo dessa grande amiga trouxe-me para o doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento onde, mais uma vez, um novo mundo se abriu: dois

grandes mestres encontrei, um grupo de pesquisa espetacular e amigas inconformadas compuseram o cenário perfeito para chegar até aqui.

A conquista de uma vaga nesse programa de referência me impulsionava no propósito de avançar os estudos em relação ao impacto que o modelo desenvolvido de avaliação de qualidade causava nas organizações certificadas. Cada auditoria realizada era uma vivência, uma experiência da transformação na organização. Líderes motivados, equipe engajada, resultados sendo acompanhados, tomada de decisão baseada em dados. Tantos relatos, tantas conquistas. Precisava continuar aprofundando a investigação.

Nesses quase 6 anos de doutorado, tanto a vida acadêmica quanto a profissional seguiram seu rumo. Apresentar ao mercado da fisioterapia essa forma de avaliar qualidade tem sido objeto de trabalho diário e constante pesquisa e que, neste documento, transforma-se em uma tese.

Aproximar a gestão de forma holística, palpável e possível de ser colocada em prática através de uma ferramenta, que é a metodologia de certificação, tem sido meu propósito. Todavia, percebia e percebo, de forma empírica, que as organizações onde identificávamos, informalmente, práticas de gestão do conhecimento, apresentavam uma dinamicidade e um avanço diferenciado em relação aos níveis de certificação alcançados, além de haver entendimento do impacto causado na organização ocasionado pela implementação de uma cultura organizacional. Disso surgem os conceitos a serem investigados: como a gestão do conhecimento, através das práticas de gestão do conhecimento, propicia um movimento constante de melhoria contínua suportada pela metodologia de certificação da qualidade.

O que me inspira é a vivência diária do trabalho como fisioterapeuta e gestora, dentro do contexto organizacional, alimentada pela pesquisa que a universidade, a academia, nos proporciona. Uma suportando a outra para o avanço do conhecimento, para estar sempre aprendendo, fazendo sentido para esta jornada da vida.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Os serviços de saúde são organizações “diferentes” que exigem respostas singulares a reiterados desafios importantes e imprevistos. O objetivo da gestão é criar as condições para, sem perda de eficiência, majorar a flexibilidade e a capacidade de adaptação aos processos contínuos de mudança nas organizações. Como instituições peculiares e tendo em consideração a complexidade e diferenciação dos serviços de saúde, há necessidade de antecipar a evolução das práticas instituídas para seleção das técnicas de gestão adequadas (BERNARDINO, 2017, Contracapa).

Com a inesperada aceleração das mudanças vivenciadas em todo o mundo e, especificamente, no setor da saúde, observa-se como desafios às organizações de saúde a prestação de uma assistência que entregue segurança ao usuário, resolutividade e geração de valor, buscando vantagem competitiva, sustentabilidade e crescimento das empresas.

A garantia de processos atualizados que permitam implementar uma melhor prestação de cuidados de saúde, a segurança do paciente, principalmente na execução de procedimentos que diminuam os riscos e os desperdícios e impulsionem a gestão da melhoria contínua em um ambiente dinâmico, acelerado e, por muitas vezes, desconhecido, está relacionada à gestão da qualidade nas organizações, baseada em estratégias direcionadas para o futuro, voltadas para a sociedade, ágeis e centradas no ser humano (BRAITHWAITE *et al.*, 2020; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; NICKLIN, 2015; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021; NONAKA; TAKEUCHI, 2021; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021).

Braithwaite *et al.* (2018) apresentaram uma série de estudos de casos, escritos pelos principais formuladores de políticas, acadêmicos e especialistas, analisando os sistemas de saúde e o sucesso dos mesmos, projetado para 2030. Fiocruz (2022), Karamat *et al.* (2019) e Kothari *et al.* (2011) corroboram com o estudo ao pontuarem que, para que os sistemas globais de saúde sejam sustentáveis, eles precisarão se adaptar aos desafios, em constante evolução, e às constantes pressões causadas por mudanças rápidas e sem precedentes, e apontam, também, a importância estratégica da saúde para a viabilidade de projetos nacionais de desenvolvimento.

Pressões comuns manifestam-se em todos os sistemas de saúde, incluindo a escassez de recursos financeiros e de pessoal, as expectativas do público e a manutenção de relacionamentos saudáveis com várias partes interessadas (ZIMLICHMAN *et al.*, 2021). Ressalta-se a dificuldade em alcançar um equilíbrio entre a qualidade no atendimento e a acessibilidade ao mesmo. Popa e Stefan (2019), Braithwaite *et al.* (2020) e Cayirtepe e Figen (2022) afirmam que os sistemas de saúde, de forma globalizada, precisam aumentar sua força de trabalho, fornecer desenvolvimento eficiente e garantir que os profissionais da saúde se mantenham atualizados com as mudanças tecnológicas, sem perder de vista o desafio de fornecer cuidados de saúde financeiramente viáveis, eficientes e acessíveis para todos. Braithwaite *et al.* (2018), Popa e Stefan (2019) e Nicklin, Engel e Stewart (2021) enfatizam a importância de as iniciativas serem apoiadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para levar saúde para todos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), a qualidade promove serviços mais eficientes, eficazes e integrados que atendam às necessidades da população,

relatando que os esforços nacionais para melhorar a qualidade do atendimento podem ajudar qualquer sistema de saúde a aumentar o valor, tendo em vista o capital investido.

Momentos como os que vivenciamos com a pandemia (COVID-19) demonstram que os sistemas de saúde são vulneráveis, sujeitos a interrupções graves e, até mesmo, correm o risco de colapso (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021). Evidencia-se lacunas de acessibilidade e equidade nos serviços de saúde, assim como a dificuldade de medir, consistentemente, os resultados que são importantes para os pacientes, apesar de estarmos vivenciando a expansão da saúde digital. A pandemia desvelou a importância de que os sistemas de saúde sejam ágeis, que a tomada de decisão seja célere, em sua complexidade, com todos os atores envolvidos: paciente, profissionais de saúde, financiadores, organizações públicas e privadas, academia e órgãos de classe (ZIMLICHMAN *et al.*, 2021). Espera-se que as organizações de prestação de serviços de saúde, especificamente, sejam capazes de se adaptar rapidamente e se reorganizar, pois a saúde da população depende muito do sistema como um todo. Pode-se dizer que estamos entrando em uma nova década, com imensos desafios para essas organizações (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021).

Concomitante, no contexto da saúde, insere-se a complexidade do mundo dos negócios na modernidade, onde se faz necessário informações adequadas para minimizar erros e garantir o sucesso futuro e que se atenda à demanda com qualidade e melhores resultados econômicos dentro da estrutura do gerenciamento da estratégia desses negócios. Reis (2007) apresenta os estabelecimentos e serviços de saúde como organizações complexas e diferenciadas em termos de gestão, porque lidam com valores únicos, como a vida, a morte, a saúde, o sofrimento e o bem-estar. São organizações diferenciadas no âmbito da sua missão, nos recursos que mobilizam, nos processos que dinamizam, na produção de resultados e no seu envolvimento com o ambiente externo.

Bernardino (2017) afirma que organizações de saúde são complexas e diferenciadas, caracterizam-se pelas frequentes situações de imprevisibilidade, onde há muitas ideias concorrentes e diferentes competidores, onde é difícil encontrar uma clara relação causa-efeito e uma quase impossibilidade de encontrar respostas certas. Dada a rápida expansão econômica mundial global baseada no conhecimento, as organizações enfrentam o desafio e a necessidade de identificar e operacionalizar soluções mais adequadas que permitam alcançar uma vantagem competitiva sustentável (POPA; STEFAN, 2019).

As sociedades sustentáveis precisam considerar a conexão entre a Gestão do Conhecimento (GC) e a saúde como questão crítica para o desenvolvimento social, com

segurança ao paciente (KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020). Faz-se necessário a investigação de como o conhecimento permeia as estruturas de uma organização de saúde, identificando possíveis preditores de compartilhamento de conhecimento que possam apoiar a estratégia de GC de uma empresa de saúde (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2017).

Para Karamitri, Kitsios e Talias (2020) a sustentabilidade das organizações de saúde depende do uso eficaz dos ativos e recursos do conhecimento.

Yaghoubi, Javadi e Agha Rahimi (2011) ponderam que é a gestão do conhecimento que se preocupa com o menor capital organizacional valioso, ou seja o capital intelectual.

Akdere (2009) explora a relação da GC e a gestão da qualidade, argumentando que considerar a gestão do conhecimento como um elemento chave no processo de gestão da qualidade pode auxiliar na criação e utilização do conhecimento dentro da organização. Posiciona o conhecimento como parte integrante dos processos de gestão de qualidade para alcançar a melhoria contínua e a excelência no desempenho. O autor justifica que sem o compartilhamento do conhecimento na organização, o gerenciamento da qualidade não pode existir. Portanto, dentro da estrutura de gestão da qualidade, a gestão do conhecimento se refere aos processos de coleta de dados, compartilhamento de informações e criação de conhecimento. Entretanto, a GC é amplamente explorada na literatura de negócios, mas está engatinhando no ambiente de saúde (POPA; STEFAN, 2019). Tretiakov *et al.* (2016) abordam o ambiente de saúde como organizações intensivas em conhecimento, afirmando que os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais de saúde são importantes para a tomada de decisão e a gestão desses está encaminhada. É necessário, no entanto, entender o sucesso da GC nos diversos aspectos clínicos e organizacionais.

No contexto da assistência à saúde, os programas de acreditação de qualidade aparecem como um veículo para disseminar o aprendizado, a efetividade e eficiência, apresentar evidências de seus processos e, com isso, possibilitar a tradução do conhecimento dentro do ambiente organizacional (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021).

Segundo Pomey *et al.* (2004), a acreditação é um processo de avaliação reconhecido internacionalmente, usado para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia das organizações de saúde, sendo uma forma de reconhecer, publicamente, que uma organização de saúde atende aos padrões nacionais de qualidade. Para Braithwaite *et al.* (2006), a certificação tornou-se onipresente em todo cenário internacional de assistência à saúde e a conquista do *status* de certificada na área da saúde é visto como um indicador válido de desempenho organizacional de alta qualidade.

Com o intuito de posicionar o leitor, para fins de alinhamento e definição dos termos utilizados neste estudo, será assumido que certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece, oficialmente, uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas. Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos (BITTAR, 2000; PAN-AMERICANO, 1998; ZIMA, 2017). Acreditação é a palavra utilizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação e pelo Manual das Organizações de Prestadores de Serviços Hospitalares, sendo uma palavra originária do inglês.

Portanto, nesta tese não será feita distinção entre “certificação” e “acreditação”, os termos serão adotados como sinônimos.

Sob o ponto de vista de Mitchell, Grahan e Nicklin (2020), embora seja amplamente reconhecido que a acreditação permite que uma organização melhore seu desempenho e sustente uma cultura de qualidade, mudar as práticas de saúde para se alinhar com as diretrizes baseadas em evidências, tanto clínica como administrativamente, é um processo complexo que leva tempo. Afirmam, do mesmo modo, que enquanto as organizações e organismos de acreditação não adotarem o processo de certificação como uma intervenção do conhecimento para a ação, com o intuito de gerar mudanças significativas e sustentadas, os benefícios totais do processo não serão otimizados nem alcançados.

Em face dessa adversidade exposta, do dinamismo, turbulência e especificidades das organizações de saúde, torna-se visível a necessidade de mudanças bem-sucedidas, com o entendimento de que os resultados precisam ser medidos além dos resultados econômicos (POPA; STEFAN, 2019; KARAMAT *et al.*, 2019).

A partir desse contexto, insere-se a gestão do conhecimento, onde o conhecimento é compreendido como habilitador para ação, é uma função de atitude, perspectiva ou intenção específica, relacionada com compromissos e crenças, ou seja, o uso do conhecimento “com algum fim” (NONAKA; TAKEUCHI, 1994; MANHAES, 2015).

O entendimento dos objetivos da gestão do conhecimento para as empresas, pela perspectiva de Wiig (1997), se dá de forma mais inteligente, garantindo sua viabilidade e sucesso, valorizando, da melhor forma, seus ativos do conhecimento. Todavia, o conhecimento organizacional aborda o conhecimento como ativo da organização, permitindo que seus colaboradores tomem decisões com base no saber coletivo construído, no conhecimento coletivo conquistado pela organização com a utilização de processos de GC tendo, em

contrapartida, o conhecimento individual, relativo à capacidade do indivíduo de fazer julgamentos, direcionando a tomada de decisão baseada em seu saber (KOEHLER *et al.*, 2020; MERALI, 2000; TSOUKAS; VLADIMIROU, 2014).

A gestão do conhecimento não trata apenas do gerenciamento de ativos intangíveis mas, também, da gestão de processos que atuam sobre esses ativos, envolvendo o planejamento e a tomada de decisões para desenvolver esses ativos e processos, com a finalidade de atingir metas da empresa, melhorando decisões, serviços e produtos através da inteligência e da agregação de valor e de flexibilidade (FIALHO *et al.*, 2010).

Nonaka e Takeuchi (2019) afirmam ter percebido que o conhecimento não tem valor a menos que seja colocado em prática. Os mesmos autores fazem referência ao conhecimento chamado *phronesis*, numa referência a Aristóteles. Esse conhecimento, interpretado como experiencial, seria o que nos permite fazer julgamentos prudentes em tempo hábil e tomar ações guiadas por valores, princípios e moral (NONAKA; TAKEUCHI, 2021).

A GC é amplamente considerada como um processo dinâmico e contínuo, envolvendo criação/aquisição, armazenamento, compartilhamento, transferência ou utilização/aplicação do conhecimento (DÁVILA *et al.*, 2014; FIALHO *et al.*, 2010; PACHECO, 2016; TAKEUCHI; NONAKA, 2008). Entretanto, organizações baseadas no conhecimento devem projetar deliberada e sistematicamente os processos corretos, por meio dos quais o novo conhecimento é adquirido, e garantir que os ativos do conhecimento existentes contribuam, efetivamente, para resultados superiores, incentivando as melhores práticas e apoiando a aprendizagem organizacional (DALKIR, 2005; DARROCH, 2005; POPA; STEFAN, 2019), permitindo que recursos sejam convertidos em capacidades (NELSON; WINTER, 1982).

Neste sentido, entende-se GC como gestão das atividades e dos processos organizacionais, que promovem o conhecimento organizacional para o aumento da competitividade por meio do melhor uso e da criação de fontes de conhecimento individuais e coletivas. A GC objetiva a melhoria de produtividade por meio da gestão de processos que aprimoram os ciclos de conhecimento organizacional. O conhecimento é visto como ativo, sendo tratado como processo de geração de valor (DÁVILA *et al.*, 2014; PACHECO, 2016).

Os processos organizacionais dinâmicos são suportados pelas práticas de GC orientadas a gerir, adequadamente, o conhecimento, visando seu aproveitamento eficiente e alinhado com os objetivos associados à tarefa (CEN, 2004; DÁVILA *et al.*, 2014; Kianto; ANDREEVA, 2014).

Pesquisas apontam crescente ênfase, nos estudos de GC, para as organizações de saúde, especialmente em relação ao conhecimento na prática clínica, na disponibilização do conhecimento operacional, na tomada de decisão individual e em equipe (KARAMAT *et al.*, 2019; KOTHARI *et al.*, 2011; POPA; STEFAN, 2019). No entanto poucos estudos investigam as práticas de GC no total da complexidade da gestão, segundo Popa e Stefan (2019), a sua implementação em organizações de saúde, tornando-as organizações baseadas no conhecimento, está distante de seu potencial.

Contudo, é necessário considerar que nem todas as organizações inseridas nesse contexto utilizam o recurso conhecimento como ativo estratégico. Kothari *et al.* (2011) ressaltam que organizações de saúde são adotantes tardias dos conceitos de gestão do conhecimento, abordando a mesma como estratégica na sua implementação.

Partindo das considerações expostas acima, e do fato de as práticas de GC, atuando em simultâneo com a evolução de padrões de qualidade ser um aspecto pouco explorado de forma sistêmica, esta tese utiliza-se dos conceitos de certificação de qualidade/acreditação, gestão do conhecimento e práticas de gestão do conhecimento, na busca por identificar a associação de práticas de GC com o nível de evolução das organizações de saúde certificadas, dentro de um programa de certificação.

Não se encontra, ainda, um entendimento estruturado sobre a natureza das relações entre esses constructos e, como consequência, dúvidas emergem sobre a relação de práticas de gestão estratégica do conhecimento e evolução das organizações de saúde, baseadas em padrões de qualidade. Esta pesquisa apresenta contribuições, a partir da análise empírica das relações da gestão da qualidade, por meio do uso de uma metodologia de certificação e gestão do conhecimento, através das práticas de GC, considerando o contexto das organizações certificadas no Brasil, atentando-se de que existe relação positiva com a presença de práticas de GC nas organizações que atingem níveis mais altos de padrões de qualidade.

Parte-se do pressuposto que para que as práticas de gestão do conhecimento possibilitem a criação, o acesso, a transformação e a utilização do conhecimento em ação e gerar uma prestação de serviço em saúde baseado no conhecimento, gerando com isso valor organizacional, elas devem: ser suportadas pela existência de uma base de processos estruturados para tomada de decisão, que seria a implementação da gestão da qualidade, com processos sendo seguidos e colocados em prática, com acesso a todos.

Esse pressuposto surge da prática da pesquisadora, fomentada pela vivência acadêmica. Entretanto, para investigar e refinar a busca científica nas bases de dados, para a

apresentação e esclarecimento da justificativa e problematização da pesquisa, foi estipulada uma pergunta de pesquisa para que se pudesse entender e justificar a lacuna existente no mundo teórico e percebida empiricamente. A pergunta de pesquisa tem como base no modelo conceitual CIMO (*Context, Intervention, Mechanism e Outcomes*) proposto por Denyer, Tranfield e Van Aken, (2008), conforme se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Representação do Modelo Conceitual de Pergunta CIMO

CIMO			
CONTEXTO	INTERVENÇÃO	MECANISMO	OUTCOME
Organização da área da saúde	Certificação de qualidade	Gestão do conhecimento	Geração de valor
Como as práticas de gestão do conhecimento contribuem na geração de valor organizacional, em organizações da área da saúde, por meio de um programa de certificação?			

Fonte: Elaborado pela Autora.

A pergunta de pesquisa previamente construída gerou o entendimento do problema de pesquisa desta tese: como uma metodologia de certificação de qualidade, específica para organizações de saúde, contribui para gerar valor organizacional com a presença das práticas de gestão do conhecimento?

1.3 OBJETIVOS

Para responder à pergunta de pesquisa, o objetivo torna-se relevante na medida em que se relaciona GC e certificação de qualidade.

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre práticas estratégicas de gestão do conhecimento e a evolução da qualidade de organizações de saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

- 1) mensurar a evolução da qualidade nas organizações de saúde pesquisadas por meio dos descritores pertencentes à metodologia de certificação;
- 2) identificar as práticas estratégicas de gestão do conhecimento nas organizações de saúde participantes da pesquisa;
- 3) verificar o grau de associação entre práticas de gestão do conhecimento e a evolução nos descritores de qualidade.

1.4 JUSTIFICATIVA E LACUNA DE PESQUISA

Existem diferentes formas de justificar a escolha do tema de pesquisa. Traz-se aqui duas delas: a primeira de ordem pessoal e a segunda de ordem acadêmica.

A justificativa de ordem pessoal tem como determinante a atuação profissional da pesquisadora como fisioterapeuta e idealizadora do Modelo de Avaliação da Qualidade, que foi resultado da dissertação de mestrado (MANDELLI, 2016). O desenvolvimento da metodologia de certificação e a implementação do programa de certificação, de 2018 até os dias atuais, foi deixando claro o impacto dessa metodologia para as organizações certificadas e para os indivíduos que participam do processo. Fazia-se necessário, contudo, a confirmação da evolução dessas organizações a partir da qualidade, de onde surgiu o primeiro objetivo específico desta pesquisa.

A justificativa de ordem acadêmica perpassa por Freire (2013, p.17) que afirma que “da vida profissional pode surgir a definição do tema” e “possuir importância teórica ou prática”.

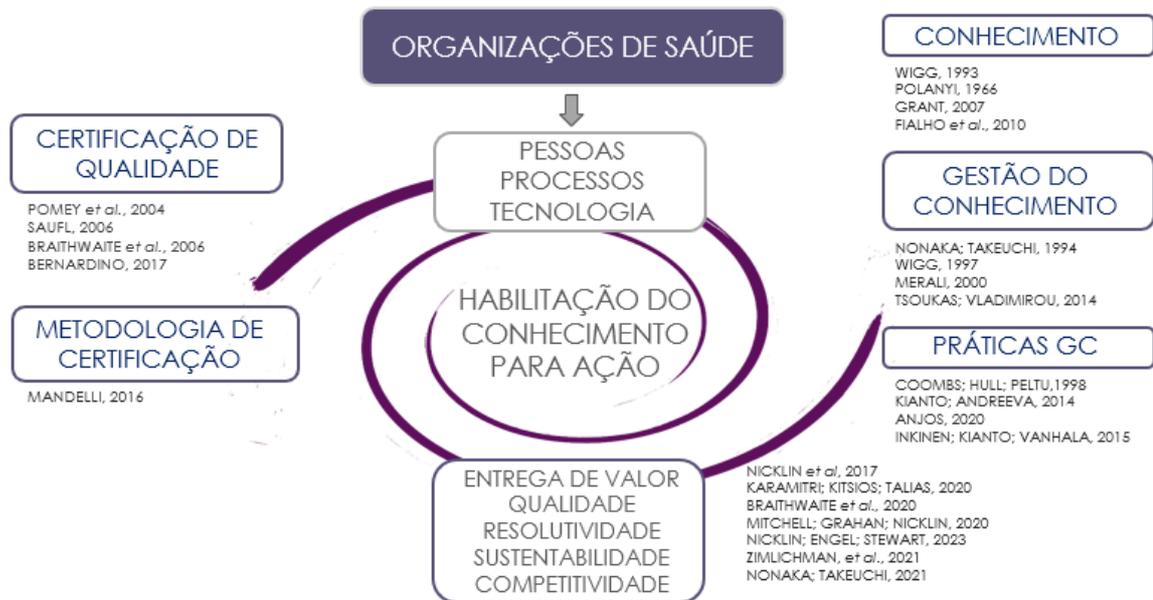
Na área acadêmica, este estudo pretende contribuir no âmbito da gestão do conhecimento, a partir da identificação da relação de práticas de GC com a evolução da qualidade em organizações de saúde certificadas no Brasil.

Pesquisas teóricas e empíricas no ambiente da saúde têm se concentrado em investigar o compartilhamento do conhecimento nas organizações, que impacta em melhoria na assistência à saúde propriamente dita (KOTHARI *et al.*, 2011). Há presença forte do movimento da prática baseada em evidências (FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015; POPA; STEFAN, 2019), o que estimulou os processos de educação continuada, treinamento e aperfeiçoamento contínuo, com esforços que resultaram na melhoria da qualidade assistencial. Todavia, salienta-se que a prática baseada em evidências se concentra na transferência de conhecimento explícito (CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013; KARAMAT, *et al.*, 2019; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021), enquanto GC é mais ampla, pois discute o conhecimento tácito e o explícito (NONAKA; TAKEUCHI, 1994; NONAKA; TAKEUCHI, 2019). Kothari *et al.* (2011) observam que iniciativas de GC em saúde tendem a se concentrar em solução (tecnologia e prática baseada em evidência), em vez de em uma estratégia abrangente. As publicações no setor de saúde, diferente do setor de negócios, estão mais orientadas para os aspectos conceituais e teóricos da GC que, embora valiosos, carecem de um componente pragmático.

Muito do que sabemos em relação às práticas de GC nas organizações de saúde advém dos avanços relatados das práticas de GC na literatura de negócios (KARAMAT *et al.*, 2019; KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020; KOTHARI *et al.*, 2011; WOLFE *et al.*, 2019). Entretanto, Karamitri, Kitsios e Talias (2020) salientam que é a gestão do conhecimento, relacionada à sustentabilidade, aprendizado organizacional, transferência de conhecimento, qualidade do atendimento e segurança, que trará sustentabilidade para o ambiente de saúde, afetando o nível de serviço ofertado.

A Figura 1 apresenta o *gap* teórico identificado para esta tese, demonstrando que não existe consenso quanto a mecanismos de habilitação do conhecimento para ação, dando dinamicidade à metodologia de certificação, gerando valor para a organização de saúde.

Figura 1 - Desenho do *gap* teórico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela Autora.

Nesse sentido, estabelecer e desenvolver os processos organizacionais assistenciais e gerenciais tendo o conhecimento como elemento estratégico pode ser analisado como escolha estratégica capaz de contribuir para a credibilidade, estabilidade e sustentabilidade de organizações da área da saúde, que se caracterizam como intensivas em conhecimento (ALVESSON, 2004; FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015; KOTHARI, *et al.*, 2011; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021) e são reconhecidas por sua resolutividade técnica, assistencial, dentro de um ambiente dinâmico e competitivo, restrito de recursos financeiros (CAYIRTEPE; FIGEN, 2022; ZIMLICHMAN, *et al.*, 2021).

Soma-se aos aspectos organizacionais no ambiente de saúde, os compromissos sociais e objetivos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) ao estimular o que significa cobertura universal à saúde, fomentando esforços para melhorar a qualidade do atendimento em saúde e institucionalizar uma cultura de qualidade em todo o sistema de saúde. Justifica-se, com isso, os estudos relacionados à qualidade nas organizações de saúde. Ademais a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2022), publicou uma obra com a visão de diversos autores sobre o tema saúde abordada como desenvolvimento, como um complexo econômico-industrial e entendida como opção estratégica nacional. Assim, ampliar a compreensão sobre esse contexto das organizações de saúde, inseridas em um ambiente dinâmico, incerto, com exigência de respostas rápidas, com cada vez menos recursos disponíveis, tendo o indivíduo no centro do cuidado, é a proposta desta pesquisa.

Diante do que foi exposto, salienta-se a compreensão do conhecimento como produto e/ou processo em ciclos de geração de valor científico, econômico, social ou cultural, sejam eles de pessoas ou organizações (PACHECO, 2016), dialogando entre o mundo acadêmico e o mercado de trabalho, respondendo às necessidades da sociedade.

1.5 PROBLEMA DE PESQUISA

Ao se ampliar o olhar para as perspectivas estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para organizações de saúde para 2030, pode-se constatar os desafios estabelecidos:

[...] alcançar a cobertura universal de saúde, o que significa, garantir que todas as pessoas e comunidades possam usar os serviços de saúde, promotores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos de que precisam, de qualidade suficiente para serem eficazes, ao mesmo tempo em que garantem que o uso desses serviços não exponha o usuário a dificuldades financeiras. Serviços de Saúde Integrados, centrados nas pessoas, prestados de forma a responder às suas necessidades, seguros, eficazes e oportunos (WHO 2018, p. 5, tradução nossa).

Nesse documento, sobre políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde, os organizadores afirmam que os objetivos do desenvolvimento sustentável precisam dar relevância especial à consecução da cobertura universal de saúde.

A estrutura proposta pela OMS dá ênfase às políticas para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, reconhecendo essa necessidade crítica. Sobre política e estratégia de qualidade, foram pontuados quatro objetivos: 1) aumentar a conscientização, o conhecimento e as habilidades relacionadas à política e estratégia de qualidade nacional em países de renda

baixa e média; 2) delinear processos-chave para o planejamento, desenvolvimento e implementação da política e estratégia nacional de qualidade; 3) fornecer apoio aos países nessa área; e 4) continuar o desenvolvimento e implementação de políticas e estratégias nacionais de qualidade dentro de um arranjo de laboratórios de aprendizagem (WHO, 2018).

Atualmente, no Brasil, as organizações de saúde não são obrigadas a realizar programas de avaliação da qualidade de seus serviços. De acordo com a Confederação Nacional de Saúde (CNS), em abril de 2016, havia cerca de 6.660 hospitais e 238 mil organizações de saúde, sendo que apenas 0,2%, aproximadamente, têm pelo menos uma acreditação no Brasil. A proporção de hospitais brasileiros credenciados gira em torno de 5% em relação às demais organizações de saúde. Esses dados são informais (SAUT; BERSANETI; MORENO, 2017).

Em um estudo apresentado por Saut, Berssaneti e Moreno (2017), os autores procuravam o entendimento dos principais impactos de certificação nas organizações de saúde brasileiras, justificando o estudo pelo número crescente de instituições que buscam a certificação como mecanismo de melhoria da qualidade, assim como a inexistência de estudos que demonstram a eficácia dos programas existentes no Brasil. O estudo concluiu que a certificação influencia, principalmente, os processos internos, a cultura, a aprendizagem, a imagem institucional e a diferenciação competitiva. Em relação à dimensão financeira, o impacto da certificação no resultado mostrou-se pouco relevante em relação às variáveis utilizadas. Entretanto, os autores afirmam que o impacto da certificação na consolidação de uma cultura de qualidade, segurança do paciente, mensuração e análise dos dados em geral, leva a mudanças organizacionais significativas. Ponderam a evidente convergência entre a certificação e outros modelos de qualidade, sugerindo que a certificação possibilita a implementação de práticas de gestão consolidadas em outros setores. Todavia, lacunas na utilização de resultados clínicos e financeiros precisam ser melhor analisados, assim como a estrutura organizacional (SAUT; BERSANETI; MORENO, 2017). Isso corrobora com as lacunas encontradas por Faraji-Khiavi, Ghobadian e Moradi-Joo (2015), em hospitais universitários do Iran, ao investigar a associação entre eficácia dos processos de gestão do conhecimento com cuidados de saúde de qualidade, sugerindo que os gestores recorrem ao âmbito da gestão do conhecimento para modificar a qualidade dos serviços de saúde.

Dentre os programas de certificação para organizações de saúde no Brasil, existe o da Federação Nacional das Associações e Empresas de Fisioterapia (FENAFISIO), que é reconhecida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) como Entidade Gestora de Outros Programas de Qualidade, dentro do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de

Saúde (QUALISS) (BRASIL, 2023). No capítulo 2, serão apresentados, com detalhes, os programas de certificação no Brasil e no mundo.

O Programa de Certificação da FENAFISIO foi desenvolvido especificamente para organizações de saúde prestadoras de serviços de fisioterapia. A metodologia utilizada para a avaliação da qualidade dessas organizações optantes pelo programa de certificação foi desenvolvida por Mandelli (2016), na dissertação de mestrado intitulada “Modelo construtivista para mensuração da qualidade em serviços de fisioterapia pela perspectiva do gestor”.

O programa da FENAFISIO entregou o Selo de Certificação de Qualidade para a primeira organização em dezembro de 2018, na cidade de São José, Santa Catarina. Dessa data até o mês de maio de 2023, vinte e quatro (24) serviços de fisioterapia foram certificados, em todo o Brasil. Desses, dezenove (19) são na área ambulatorial e cinco (5) na área hospitalar.

Para a aproximação da prática profissional com a prática acadêmica, construiu-se uma estratégia de pesquisa que viabilizasse o entendimento dos conceitos a serem investigados nas bases de dados mas que respondessem aos desafios da vida profissional, sustentados empiricamente pela pesquisadora.

Conforme referido na contextualização desta pesquisa, construiu-se a pergunta de pesquisa com base no modelo conceitual de pergunta de pesquisa CIMO proposto por Denyer, Tranfield e Van Aken (2008). Partindo dessa construção, demonstra-se que: o contexto é a organização de saúde; a certificação de qualidade é a intervenção a ser feita; e a gestão do conhecimento, por meio das práticas de GC, é o mecanismo, buscando entender a evolução das organizações e a geração de valor como resultado do processo de certificação.

Uma revisão sistemática foi realizada, tendo como estratégia de busca o Modelo TQO – tema, qualificador e objeto – proposto por Araújo (2020), a fim de sistematizar sua construção e possibilitar a obtenção de resultados mais eficazes. Para a recuperação, nas bases de dados, deve-se considerar que o bloco temático, relativo à geração de valor, não foi incluído na estratégia de busca. Sua identificação será feita pela leitura dos documentos e análise da pesquisadora.

Os termos utilizados nas bases de dados, com os devidos descritores são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Estratégia de busca: revisão sistemática

MODELO ECUs - Estratégia CIMO				
Problema	Como um programa de certificação de qualidade voltado para organizações da área da saúde contribui para gerar valor organizacional com o despertar das práticas de gestão do conhecimento			
	C	I	M	O
Extração	organizações da área da saúde	certificação de qualidade	gestão do conhecimento	geração de valor
Conversão	health care organization	accreditation	knowledge management	*
Combinação	health care organization; healthcare organisations; "health care organisations"; hospital organization; hospital rehabilitation services	Accreditation; healthcare accreditation; health care accreditation; credentialing examination; certification; specialty board; specialty boards; maintenance of certification; certificate maintenance; certification maintenance; maintenance of certificate; recertification; quality assurance; quality audit; external evaluation; health care quality; health facility accreditation; hospital accreditation")	(knowledge management; knowledge sharing; organizational knowledge; knowledge management practice; use of knowledge; knowledge translation; knowledge to action; knowledge management routines; knowledge routines; knowledge management processes; knowledge in healthcare)	*
Construção	("health care organization" OR "healthcare organisations" OR "healthcare organisation" OR "health care organisations" OR "hospital organization" OR "hospital OR "rehabilitation services")	(accreditation OR "healthcare accreditation" OR "health care accreditation" OR credentialing OR "credentialing examination" OR certification OR "specialty board" OR "specialty boards" OR "maintenance of certification" OR "certificate maintenance" OR "certification maintenance" OR "maintenance of certificate" OR recertification OR "quality assurance" OR "quality audit" OR "external evaluation" OR "health care quality" OR "health facility accreditation" OR "hospital accreditation")	("knowledge management" OR "knowledge sharing" OR "organizational knowledge" OR "knowledge management practice" OR "use of knowledge" OR "knowledge translation" OR "knowledge to action" OR "knowledge management routines" OR "knowledge routines" OR "knowledge management processes" OR "knowledge in healthcare")	*
Uso	("health care organization" OR "healthcare organisations" OR "healthcare organisation" OR "health care organisations" OR "hospital organization" OR "hospital OR "rehabilitation services") AND (accreditation OR "healthcare accreditation" OR "health care accreditation" OR credentialing OR "credentialing examination" OR certification OR "specialty board" OR "specialty boards" OR "maintenance of certification" OR "certificate maintenance" OR "certification maintenance" OR "maintenance of certificate" OR recertification OR "quality assurance" OR "quality audit" OR "external evaluation" OR "health care quality" OR "health facility accreditation" OR "hospital accreditation") AND ("knowledge management" OR "knowledge sharing" OR "organizational knowledge" OR "knowledge management practice" OR "use of knowledge" OR "knowledge translation" OR "knowledge to action" OR "knowledge management routines" OR "knowledge routines" OR "knowledge management processes" OR "knowledge in healthcare")			

Fonte: Elaborado com base em Araújo (2020).

Nota: * A identificação do bloco temática relativo à geração de valor será feita manualmente pela leitura dos documentos.

Fonte: Elaborado pela Autora.

Foram encontrados, no total, 404 documentos, sendo que as buscas foram realizadas no dia 30 de março de 2023, nas bases de dados *Scopus* e *Web of Science*, que são bases multidisciplinares, e nas bases de dados *Embase*, *Medline* e *Lilacs*, que são bases das Ciências da Saúde. Os documentos foram inseridos no gerenciador de referências *Endnote* versão X9. Após a retirada da duplicidade de documentos, restaram 311.

Posterior à leitura dos resumos e títulos, tendo como critério de exclusão as revisões sistemáticas e artigos que analisavam a qualidade em saúde pelo aspecto clínico, qualidade no tratamento propriamente dito e a gestão do conhecimento relacionada ao resultado clínico, especificamente, restaram 87 documentos. Como estratégia secundária utilizou-se de busca restrita, possibilitando a leitura de documentos específicos referenciados.

Todavia, não foram identificados, nessa revisão, artigos que abordassem gestão do conhecimento e o processo de implementação de programas de acreditação, práticas de gestão do conhecimento e o valor gerado para as organizações de saúde. A gestão do conhecimento e a gestão da qualidade são campos distintos e sua relação e inserção não foi totalmente explorada.

Entre os estudos encontrados, destacam-se quatro (4) artigos:

- 1) O de Nicklin, Engel e Stewart relata a relevância dos programas de acreditação nas organizações de saúde afirmando que “[...] a acreditação é uma ferramenta para melhorar a qualidade da assistência médica e social e, em particular, há recente reconhecimento de seu valor, principalmente em países de baixa e média renda. Sendo um veículo para disseminar o aprendizado, para disseminar evidências e para possibilitar a tradução do conhecimento” (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021, p. 1).
- 2) Mitchell, Graham e Nicklin (2020) abordam o poder não reconhecido de um programa de certificação em serviços de saúde, descrevendo ser mais do que uma avaliação externa e concluem, no estudo, que os benefícios totais do processo de certificação não serão otimizados e nem alcançados até que as organizações e organismos de acreditação adotem o processo de acreditação como uma intervenção do conhecimento para a ação, para gerar mudanças significativas e sustentadas.
- 3) O estudo de Akdere (2009), que investiga a gestão do conhecimento na qualidade atingindo o desempenho de excelência em organizações, aborda a gestão do conhecimento como elemento-chave no processo de gestão da qualidade, afirmando a falta de estudos nesse campo.
- 4) O estudo de Popa e Stefan (2019), que aborda a gestão do conhecimento no ambiente da saúde como forma de compartilhamento de conhecimento na prática clínica assistencial, pontua a importância de estudos abordando a gestão do conhecimento no desempenho das organizações nos aspectos gerenciais e assistenciais.

Diante disso, a contribuição desta tese é a compreensão do estado da arte das pesquisas em GC, no ambiente da saúde, e como pode ser gerado valor organizacional a partir de gestão da qualidade (metodologia de certificação) e da gestão do conhecimento (práticas de GC), pois identificou-se a falta de estudos que explorem a relação gestão do conhecimento com a gestão da qualidade para mobilização do conhecimento, desempenho organizacional e geração de valor em organizações de saúde.

Na prática profissional da autora da tese, pode-se confirmar a evolução das organizações de saúde por meio da mensuração dos descritores de qualidade, assim como pela evolução do programa de certificação, que utiliza a metodologia estudada. Porém a investigação formal torna-se relevante para confirmação dos dados. No Quadro 3, sintetiza-se as contribuições desta pesquisa para a área em estudo.

Quadro 3 - Síntese da contribuição desta pesquisa para área em estudo

Contribuição	Proposições	Autores
Teórica	Ampliar as análises relacionadas às práticas estratégicas de GC suportadas por uma certificação de qualidade. Investigar o conhecimento como recurso estratégico organizacional nas organizações de saúde, utilizado de forma abrangente e estratégico para tomada de decisões assistenciais e gerenciais.	Fowler (2008) Creswell; Creswell (2021)
Prática	Aplicar a pesquisa no ambiente organizacional, em organizações de saúde, intensivas em conhecimento, que sejam contempladas com certificação da qualidade no Brasil, gerando valor para o sistema de saúde.	Creswell (2010) Freire (2013)
Didática	Contribuição didática, estruturando a forma de apresentar a relação entre práticas de gestão do conhecimento e evolução de organizações de saúde a partir da avaliação da qualidade. Apresenta-se uma base científica e robusta, em um ambiente complexo com resultados claros e objetivos para aplicabilidade organizacional.	Bispo (2023)

Fonte: Elaborado pela Autora.

1.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Para a realização deste estudo, foram adotados os conceitos relacionados aos temas centrais da tese, que são: certificação de qualidade, gestão do conhecimento e práticas de GC. Esta pesquisa, portanto, propõem-se a avaliar a evolução de organizações de saúde a partir do desempenho da qualidade e sua relação com práticas de GC, entendidos aqui como campos relacionados e sua relação (associação) não totalmente explorada (AKDERE, 2009).

Compreender organizações de saúde, como organizações do conhecimento amplia a possibilidade de uso de práticas gerenciais para além das ferramentas convencionais baseadas no paradigma do mundo dos negócios. Essas organizações apresentam-se como organizações intensivas em conhecimento, sendo importante a união de extremos, não necessariamente opostos, como teoria e prática, experiência e aprendizagem, tecnologia e trabalho manual, padronização e *insights*, ciência e arte, razão e emoção (ALVESSON, 2004; SOUZA; CARVALHO, 2015).

A partir do exposto, é possível dizer que o conhecimento é elemento chave, entendido como recurso de produção, tanto de bens como de serviços, fonte de vantagem competitiva (DARROCH, 2005; DÁVILA *et al.*, 2014, 2016; PENROSE, 1959); que é um ativo valioso que deve ser identificado, avaliado, adquirido, transferido, armazenado, usado e mantido (DOWNES, 2014; NONAKA; TAKEUCHI, 1991; PEMBERTON; STONEHOUSE, 2000; PENROSE, 1959). A definição de GC, de Takeuchi e Nonaka (2008), como processo de criar,

continuamente, novos conhecimentos, disseminando-os amplamente através da organização e incorporando-os velozmente em serviços, tecnologias e sistemas, explana a visão da organização como um organismo vivo e não como um máquina de processamento de informações, é a que norteia esta tese. Tem-se a melhoria de produtividade por meio da gestão de processos que aprimoram os ciclos de conhecimento organizacional (DÁVILA *et al.*, 2014; PACHECO, 2016), enfatizando-se a gestão do conhecimento como uma estratégia abrangente no ambiente de saúde, concentrando-se no conhecimento visto como recurso (KOTHARI *et al.*, 2011).

Este estudo considera o conhecimento interno existente nas organizações, entretanto não será explorado nesta pesquisa. O foco são a certificação de qualidade e as práticas estratégicas de GC como rotinas organizacionais capazes de facilitar a habilitação do conhecimento para a ação dos indivíduos, construindo uma linha direcionadora de tomada de decisão. Entende-se que as práticas de gestão do conhecimento são um conjunto de atividades de gerenciamento que permitem à empresa agregar valor a partir de seus ativos baseados em conhecimento (ANDREEVA; KIANITO, 2012; INKINEN, 2016) e estão relacionadas ao conceito de certificação de Nicklin *et al.* (2014). Já a certificação de qualidade é percebida como um processo de avaliação externa, utilizado para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia das organizações de saúde, produzindo serviços de saúde de maior qualidade, em um ambiente mais seguro. Nesse sentido, os programas de certificação de qualidade representam uma metodologia que facilita o desenvolvimento de padrões para a melhoria contínua da assistência ao paciente e do desempenho organizacional (NOVAES, 2015). Pontua-se que não haverá distinção entre os termos “certificação” e “acreditação” para o desenvolvimento desta tese, o que se justifica pela precariedade na literatura que abrange o estudo de uma metodologia específica de certificação.

A pesquisa possui uma perspectiva estratégica, sustentada por uma base empírica e teórica, fundamentada em resultados organizacionais.

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo transversal que tem a análise organizacional como nível de pesquisa. Para tanto, foram examinados dados organizacionais, em momentos distintos de tempo, com análise descritiva desses. Buscou-se investigar a relação das práticas de gestão do conhecimento com a evolução dos padrões de qualidade de uma metodologia de certificação, por intermédio da mensuração dos descritores de qualidade utilizados pela metodologia de certificação pesquisada e a identificação de práticas de GC nessas organizações.

Com relação à delimitação de campo, considera-se o caráter geográfico, pois a população delimitada para análise deste estudo são organizações de saúde, prestadoras de serviços de fisioterapia que conquistaram o Selo de Certificação de Qualidade pela FENAFISIO no Brasil, isto é, todas as organizações certificadas no Brasil com a metodologia de certificação estudada.

1.7 ADERÊNCIA AO PPGE GC

Esta tese está inserida, no âmbito do Programa de Pós-graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na linha de pesquisa gestão do conhecimento e sustentabilidade, dentro da área de concentração de Gestão do Conhecimento, que percebe o conhecimento como produto e/ou processo em ciclos de criação de valor por coletivos, pessoas ou organizações (PACHECO, 2016). Tem como característica a constante busca na parceria empresa, governo e sociedade, sempre com o entendimento do papel do conhecimento como recurso de geração de valor.

A aderência a essa linha de pesquisa se justifica pelo objetivo deste estudo que é analisar a relação entre práticas de GC e certificação de qualidade. A pesquisa está fundamentada, em relação ao programa, com os seguintes argumentos: 1) o conhecimento, como objeto principal de formação e pesquisa no PPGEGC-UFSC: ao propor o estudo das práticas de GC com a evolução de descritores de qualidade em organizações de saúde, provoca-se a investigação do conhecimento como fator gerador de valor para as organizações de saúde; 2) a aproximação entre academia e organizações de saúde, relaciona o conhecimento como recurso estratégico e de sustentabilidade para as empresas, reforçando uma das características do programa; 3) aproximar ciência da saúde com a multidisciplinaridade.

Entende-se que o constructo certificação, advindo da gestão da qualidade, é capaz de suportar pesquisas no âmbito interdisciplinar, gênese do PPGEGC, pois trata de elementos geradores de conhecimento oriundos de diferentes disciplinas. Considera-se, também, Frodeman, Klein e Pacheco (2017) que abordam pesquisas interdisciplinares como facilitadoras da articulação de ideias e métodos provenientes de disciplinas distintas, que contribuem para o avanço científico de métodos e de conteúdos disciplinares.

No Quadro 4, são apresentados estudos anteriores, do PPGEGC, que abrangem os temas práticas de GC e Organizações de Saúde encontrados no Banco de Teses e Dissertações. Tais estudos deram suporte e embasamento para esta pesquisa.

Quadro 4 - Trabalhos do banco de teses e dissertações do PPGEGC

Ano	Título	Autor(a)	Tipo
2021	Práticas de Gestão do Conhecimento: evidências de um projeto multidisciplinar da área socioambiental.	Natália Silvério	D
2020	Influência das Práticas de Gestão do Conhecimento no Desempenho Inovador da Indústria de Santa Catarina.	Edilene Cavalcanti dos Anjos	D
2019	Sistemática para adoção de Observatórios Tecnológicos de Conhecimento como Práticas de Gestão do Conhecimento organizacional.	Alessandra Duarte Batista	D
2017	Compreensão do compartilhamento do conhecimento em atividades intensivas em conhecimento em organizações de diagnóstico por imagem.	Patrícia Fernanda Dorow	T
2016	Relação entre práticas de Gestão do Conhecimento, capacidade absorptiva e desempenho: evidências do sul do Brasil.	Guilherme Antonio Dávila	T
2015	Conhecimento como Ativo Organizacional: estudo de caso em Programa de Pós-Graduação.	Bruna Devens Fraga	D
2015	Diretrizes para práticas de Gestão do Conhecimento na educação à distância.	Dafne Fonseca Alarcon	T
2014	<i>Framework</i> de apoio à democracia eletrônica em portais de governo com base nas práticas de Gestão do Conhecimento.	Paloma Maria Santos	T
2012	Práticas de Gestão do Conhecimento no processo de formação de docentes em uma universidade privada do Equador.	Segundo Raymundo Benítez Hurtado	D
2011	Mecanismos de coordenação e práticas de Gestão do Conhecimento na rede de valor terceirizada: estudo no setor elétrico.	Leonardo Leocádio Coelho de Souza	D
2011	Avaliação de práticas de Gestão do Conhecimento de parques tecnológicos: uma proposta para apoio à gestão pública.	Mohana Faria de Sá	T
2008	A Influência das Práticas da Gestão do Conhecimento na fase do pré-desenvolvimento de produto: estudo de caso em uma empresa “Classe Mundial” do setor odontomédico.	Carla Rosana da Veiga	D
2007	A utilização de práticas de gestão do conhecimento em organizações da sociedade civil que trabalham com projetos de inclusão digital: um estudo de caso.	Vania Regina Barcellos Ferreira	D

Fonte: Elaborado pela Autora.

Os estudos apresentados direcionaram o entendimento desta pesquisadora para os resultados de pesquisas, contribuições, limitações e métodos já utilizados no programa, possibilitando ampliar a visão sobre a proposta desta tese.

A tese de Dávila (2016) analisou a intensidade das relações entre as práticas de gestão do conhecimento, capacidade absorptiva e desempenho em empresas do Sul do Brasil, adotando uma abordagem quantitativa. A dissertação de Anjos (2020) utilizou-se do modelo teórico de

Dávila (2016), porém recorreu ao questionário validado para identificação de práticas estratégicas de GC e sua relação com desempenho inovador.

Veiga (2008) e Dorow (2017) abordam o compartilhamento de conhecimento em organizações de saúde e os aspectos que permeiam esses constructos no ambiente da saúde.

Na base do PPGEGC-UFSC, até a data da elaboração, não foram identificadas pesquisas que tratam de práticas de Gestão Estratégica do Conhecimento relacionadas com programas de certificação.

1.8 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta tese está estruturada em cinco capítulos, sendo que o capítulo introdutório apresenta a contextualização, a justificativa, a problemática, os objetivos geral e específicos, a delimitação da pesquisa e a aderência ao Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento (EGC).

O segundo capítulo refere-se à fundamentação teórica do estudo, onde são abordados os conceitos centrais sobre os constructos Certificação de Qualidade, Gestão do Conhecimento e Práticas de Gestão do Conhecimento.

No terceiro capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos que suportam o desenvolvimento desta tese, a caracterização da pesquisa, a escolha e validação do instrumento, a delimitação da amostra, os procedimentos de coleta e análise dos dados, assim como os testes realizados.

O quarto capítulo se desenvolve apresentando as análises dos resultados, explicando as características da amostra, as análises estatísticas descritivas e as discussões dos resultados.

E, no quinto capítulo são apresentadas as considerações finais, as contribuições acadêmicas e gerenciais, assim como as limitações e recomendações para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados os conceitos basilares que fazem parte desta tese, que são: certificação/acreditação, gestão do conhecimento e práticas de gestão do conhecimento. Este estudo versa sobre a evolução das organizações de saúde e é alicerçado em uma metodologia de certificação de qualidade para serviços de fisioterapia e a associação das práticas estratégicas da gestão do conhecimento nelas existente. Para tal, será investigado a existência de práticas de gestão estratégica do conhecimento nas organizações de saúde estudadas e sua associação com a evolução dos descritores de qualidade e o grau de certificação atingido.

2.1 CERTIFICAÇÃO/ACREDITAÇÃO

O termo “certificação” remete ao início de avaliações sistemáticas voluntárias em hospitais americanos em relação a padrões explícitos em meados de 1917 (SAUFL, 2006). Os padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho médico, não levando em consideração outras necessidades e ou serviços, nem a avaliação dos resultados com o paciente (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). O termo “acreditação” advém do latim (dar crédito), ato de dar autoridade ou aprovação oficial, tendo como resultado a certificação (ETIMONLYNE, 2023). O uso do mesmo inicia em 1951, quando formada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), organização independente, voluntária, no campo da saúde, voltada para promover, melhorar e avaliar a qualidade de saúde prestada nos Estados Unidos da América (EUA) (ROBERTS; COALE; REDMAN, 1987).

Entretanto, a avaliação da qualidade no ambiente de saúde iniciou quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que estabeleceu, em meados de 1924 o Programa de Padronização Hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). O programa definia um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Feldman, Gatto e Cunha (2005) contam que os padrões se relacionavam à organização do corpo médico, ao exercício da profissão (que preconizava o preenchimento do prontuário, abordando a história e exames do paciente, assim como condições de alta) e ao conceito de corpo clínico (referia-se à existência de recursos diagnósticos e terapêuticos, incluindo, no mínimo, um laboratório clínico de análises e o departamento de radiologia). Os autores relatam que os ideais iniciais de acreditação e certificação no ambiente da saúde, sistemas de certificações, foram desenhados para proteger e organizar a profissão médica, aprimorando o ambiente e a prática

clínica, estipulando padrões mínimos a serem seguidos. Em 1966, a *Joint Commission* realiza uma revisão completa dos padrões até então estabelecidos, estipulando, a partir de então, níveis ótimos de atendimento a serem atingidos ao invés dos, até então, níveis mínimos de cuidado.

Saufl (2006) relata que, em 1917, nos EUA, as avaliações em saúde começaram como um mecanismo de reconhecimento dos locais de treinamento para cirurgia e eram programas independentes e voluntários, que se desenvolveram para avaliações multidisciplinares das diferentes funções nas organizações e redes de saúde. Em 2003, entraram em vigor, nos EUA, as primeiras Metas Nacionais de Segurança do Paciente, partindo do Projeto Visões Compartilhadas – Novos Caminhos, do ano de 2002 (SAUFL, 2006).

Essa “cultura de qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde (NOVAES; PAGANINI, 1994), bem como a ênfase nos aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar.

O termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade, Feldman, Gatto e Cunha (2005), é conceituado, modernamente, como um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece progressivamente padrões, resultados e estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito, do erro zero. Pontua que o erro zero, embora não seja totalmente atingido na prática clínica, orienta e filtra toda a ação e gestão da qualidade. Azevedo (1993) pontua que a melhoria da qualidade em saúde também é um processo essencialmente cultural, envolvendo, dessa forma, motivação, compromisso e educação de todos os participantes, que devem ser estimulados a uma participação de longo prazo, abordando o aspecto de desenvolvimento progressivo e contínuo dos processos, padrões e dos produtos da organização de saúde. Nesse sentido, pensa-se sobre a qualidade como um processo dinâmico, ininterrupto, de atividades permanentes, identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação de todos os níveis organizacionais, estratégico, gerencial e operacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; NOVAES; PAGANINI, 1994).

Certificação é um processo de avaliação reconhecido internacionalmente, usado para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia das organizações de saúde (NICKLIN *et al.*, 2014). Colocando em outras palavras, programas de certificação são baseados na premissa de que a adesão a padrões baseados em evidências produzirá serviços de saúde de maior qualidade em um ambiente cada vez mais seguro (BITTAR, 2000).

No contexto internacional, foi na década de 1970 que aconteceu a solidificação de programas de certificação em cuidados de saúde, com o desenvolvimento de organizações

certificadoras (WHO, 2018). A certificação é a mais frequente avaliação externa de qualidade dos objetivos estratégicos das organizações de saúde, considerada como uma avaliação sistemática das estruturas, processos e resultados de uma organização de saúde por um órgão profissional independente, usando padrões ótimos pré-estabelecidos (BRUBAKK *et al.*, 2015).

No início dos anos 90 (HAYES; SHAW, 1995) acontece a primeira reunião com participantes de países com programas de certificação em funcionamento e em fase de implementação. Incluindo representantes da JCAHO, o *Canadian Council on Health Facilities Accreditation* e o *Australian Council on Health Care Standards*, assim como representantes do Brasil, República Tcheca, França, Hungria, Israel, Itália, Japão, Holanda, Arábia Saudita, Espanha, África do Sul, Suécia, Taiwan e Reino Unido. Nesse encontro foi definido, como objetivo final do processo de acreditação, o cumprimento de padrões estabelecidos, com seis princípios gerais de desenvolvimento: 1) flexibilidade para organizações individuais; 2) relação com a qualidade do atendimento e do ambiente; 3) construção com consenso; 4) objetivos claros; 5) alcançáveis e 6) mensuráveis. Propõem uma estrutura comum para desenvolvimento dos padrões de qualidade em saúde, afirmando que, uma vez desenvolvidos, requerem uma reavaliação regular para garantir que sejam permanentes e relevantes, mantendo-se aplicáveis às organizações de saúde envolvidas. Nesse encontro concluiu-se que “[...] cada país busque equilibrar os elementos relativamente mensuráveis de custo e volume de seus serviços de saúde prestados, reforçam a importante necessidade de enfatizar as melhorias na qualidade da saúde por meio da acreditação” (HAYES; SHAW, 1995, p. 171). Todavia, afirmam que os sistemas de acreditação se concentram em processos, e não em resultados clínicos, oferecendo ao público e aos provedores determinadas medidas objetivas para o cumprimento de expectativas explícitas, apresentadas nos padrões estabelecidos, assim como uma ferramenta poderosa para o autodesenvolvimento das organizações participantes. Salientam que cada país desenvolveu, e precisa desenvolver, organizações e processos que são apropriados ao financiamento local da saúde e que têm a responsabilidade de manter mecanismos de revisão, existentes ou não, dentro de seu contexto político e jurídico.

Segundo Pomey *et al.* (2004), as certificações são, também, uma forma de reconhecer publicamente que uma organização de saúde atendeu aos padrões nacionais de qualidade, que são padrões de operação predeterminados. Pomey *et al.* (2004) enfatizam que programas de certificação foram propostos para os setores públicos e privados, desde assistência primária até assistência de saúde de alta complexidade, sendo que o reconhecimento do processo de acreditação é baseado em uma avaliação por pares externos.

Para Novaes e Paganini (1994), certificação é avaliação de recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos, onde os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou a base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementação.

Pomey *et al.* (2010) definem certificação como um processo rigoroso de avaliação externa que compreende uma autoavaliação, assim como avaliações externas em relação a um determinado conjunto de padrões. Os autores avaliaram como o processo de certificação ajuda a introduzir mudanças organizacionais que melhoram a qualidade e a segurança do atendimento e realizaram estudo de caso múltiplo, identificando as mudanças vinculadas ao processo de acreditação, empregando referencial teórico para analisar os vários pontos de melhoria. O resultado do estudo é que o contexto organizacional, em que ocorre o processo de acreditação, influencia o tipo de dinâmica de mudanças em organizações de saúde. Concluem que, embora a acreditação em si não tenha sido necessariamente o elemento que iniciou a mudança, o processo de acreditação foi uma ferramenta altamente eficaz para: 1) acelerar a integração e estimular um espírito de cooperação em organizações de saúde; 2) ajudar a introduzir programas de melhoria contínua da qualidade para organizações recém-certificadas ou ainda não certificadas; 3) criar lideranças para iniciativas de melhoria da qualidade; 4) aumentar o capital social, dando aos colaboradores a oportunidade de desenvolver relacionamentos; e 5) promover ligações entre organizações de saúde e outras partes interessadas. Em vista disso, os autores pontuam que o processo de acreditação é um motivador eficaz para a introdução da mudança, mas está sujeito a um ciclo e a uma curva de aprendizagem. Sugerem a importância de entender melhor como a acreditação ajuda organizações de saúde, além de resultar na vinda da equipe médica para o processo de acreditação e a não se concentrar apenas nas áreas problemáticas, mas também reconhecer e encorajar iniciativas e equipes bem-sucedidas.

Novaes (2015) relata que programas de certificação representam um método que facilita o desenvolvimento de padrões para a melhoria contínua da assistência ao paciente e do desempenho organizacional.

A certificação de serviços de saúde é uma metodologia de melhoria de qualidade e avaliação externa amplamente implementada, sendo parte integrante dos sistemas de saúde em mais de 70 países (GREENFIELD; BRAITHWAITW, 2008; GREENFIELD, 2008, *apud* NICKLIN *et al.* 2017; NICKLIN *et al.*, 2014). Certificação, qualidade e melhoria contínua

transformaram-se parte intrínseca do discurso e das atividades das organizações prestadoras de serviços de saúde (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008).

Feldman, Gatto e Cunha (2005, p. 215) definem a acreditação como sendo

[...] um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação.

O objetivo dos sistemas de certificação é melhorar continuamente as estruturas, processos e resultados hospitalares que garantam qualidade, segurança, eficiência dos serviços hospitalares. Os programas de acreditação hospitalar são formas pelas quais uma função complexa de intervenção política é usada para promover a adesão aos padrões de gerenciamento de qualidade e segurança e impulsionar a melhoria contínua da qualidade. Em um nível mais prático, Akdere (2009) faz referência aos padrões do sistema de gestão da qualidade, gestão da qualidade total ou melhoria contínua da qualidade, que devem levar a uma melhoria do desempenho geral do hospital (KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020).

A premissa intangível da certificação é que as organizações desejam atender ou exceder os padrões de avaliação para obter reconhecimento da organização certificadora. Entretanto, o verdadeiro valor da certificação resulta quando é reformulado de um projeto adicional “imposto externamente” para uma ferramenta crítica com o objetivo de complementar e fortalecer o processo de melhoria da qualidade da organização, permitindo, efetivamente, a tradução do conhecimento – compreendido como um sistema dinâmico, processo interativo que inclui síntese, disseminação, troca e aplicação eticamente correta de conhecimentos para melhorar a saúde de uma população, fornecendo serviços e produtos de saúde mais eficazes – e fortalecendo o sistema de saúde (MITCHEL; GRAHAM; NICKILIN, 2020).

Mitchell, Grahan e Nicklin (2020) exploram a avaliação de programas de certificação, conjecturando que o impacto da acreditação reside na sua contribuição para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde como um meio para estimular e apoiar o conhecimento para a ação, um valor-chave da acreditação que ainda não foi articulado. Assim, a acreditação “[...] é uma forma de tradução do conhecimento (KT) ou intervenção de implementação que visa melhorar e aumentar a absorção de evidências nas organizações de saúde” (MITCHELL; GRAHAM; NICKLIN, 2020, p. 445). Os autores ilustram, no artigo, que a acreditação é uma

tradução de conhecimento ou intervenção de implementação que visa melhorar e aumentar a absorção de evidências nas organizações de saúde.

Feldman, Gatto e Cunha (2005) referem-se às organizações de saúde como as últimas a adotarem os modelos de qualidade que iniciaram no campo dos negócios. No entanto, um dos fatores que vem contribuindo para superar essa situação é a disputa de mercado entre as instituições hospitalares, em ascensão no Brasil, mas muito forte e acirrada em outros países, enfatizando a qualidade na assistência à saúde dentro de um mercado competitivo.

Conforme mencionado no Capítulo 1, para o desenvolvimento desta tese não será feita distinção entre “certificação” e “acreditação”. Até este momento, optou-se por deixar os termos “certificação” e “acreditação” conforme a estrutura deste capítulo foi sendo construída, justamente para explicitar a pouca referência a programas de certificação específicos para organizações de saúde prestadoras de serviço de fisioterapia. Partindo do pressuposto de que o primeiro termo - certificação - é utilizado por instituições que se apoiam da Norma ISO 9000 e o segundo - acreditação - por instituições como a JCAHO, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil. No Brasil, o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), utiliza-se do termo certificação para a avaliação de laboratórios de patologia clínica e a FENAFISIO para o programa de certificação de qualidade para empresas prestadoras de serviço de fisioterapia (BITTAR, 2000; KOEHLER *et al.*, 2020).

2.2 PROGRAMAS DE CERTIFICAÇÃO

Programas de certificação são metodologias elaboradas por entidades independentes, para gerenciamento de processos, tendo como intuito a avaliação de determinado produto ou serviço. A metodologia consiste em avaliação externa, que permite a comprovação de que a organização que obtém a certificação realmente domina o assunto, garantindo a conformidade, qualidade e segurança, melhorando a gestão de processos. Apresenta-se, a seguir, um histórico dos programas de certificação.

2.2.1 Histórico

A Organização Mundial de Saúde, organismo sanitário internacional integrante das Nações Unidas, fundada em 1948, adotou, na Assembleia Mundial da Saúde, em 1977, a saúde para todos, até o ano de 2000, como meta global (WHO, 2003). Teve-se como resultado ações da região europeia que instigaram todos os Estados Membro a construir mecanismos eficazes para garantir a qualidade do atendimento ao paciente até 1990, projetando para 2000 fornecer

estrutura e processos para garantir melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e desenvolvimento adequado e uso de novas tecnologias.

Em 1998, a OMS adotou estratégias para o século 21, que continuam a enfatizar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados em saúde para todos. O relatório encomendado pela OMS para a Sociedade Internacional para Qualidade em Cuidados de Saúde (ISQUA), em 2003, faz menção à estratégia, adotada pela OMS, de promover sistemas de informação para monitoramento, exigindo vigilância ativa por parte dos governos nacionais, incluindo a

[...] implementação de normas, padrões e regulamentos internacionais, e a importância da construção deste relatório para contribuição com a estratégia traçada, dando exemplos de todo o mundo, de estruturas e processos de qualidade que podem informar a melhoria local dos serviços de saúde (WHO, 2003, p. 41).

Uma visão mais estruturada das metas de saúde a serem desenvolvidas, apresentando-se modelos, programas, estruturas de organizações públicas e privadas ao redor do mundo, foi paulatinamente surgindo a partir da década de 50 (WHO, 2003).

O relatório desenvolvido pela ISQUA faz referência à insatisfação pública, política e profissional com os serviços de saúde, como um consenso de desafios globais. Esses são relacionados, principalmente, ao acesso e continuidade dos cuidados com a saúde, eficácia clínica, segurança do paciente, valor pelo dinheiro, capacidade de resposta do consumidor e responsabilidade pública.

A importância de se estabelecer padrões de qualidade e responsabilidade pública e privada, assim como o entendimento das dimensões de qualidade torna-se objeto de estudo e divulgação. Muitos países adotaram a avaliação externa de serviços de saúde como um veículo de divulgação de padrões nacionais. Países como Austrália, Canadá e Estados Unidos iniciaram os programas de certificação, de maneira voluntária, de hospitais, associações de saúde (principalmente médicas) e administradores na área da saúde, como meio de desenvolvimento organizacional (WHO, 2003). Inclusive, com prêmios nacionais de qualidade específicos para os cuidados de saúde, ou compartilhados com outros setores de serviços, podendo ser patrocinados pelo governo ou financiados de forma independente, como sociedades nacionais (WHO *et al.*, 1996; WHO, 2003).

Nos Estados Unidos, na década de 70, foi publicado o *Accreditation Manual for Hospital*, documento onde consta padrões ótimos de qualidade para a área hospitalar e em 1951

foi fundada a *Joint Commission*, organização independente, sem fins lucrativos que, em seu site oficial, apresenta-se

[...] como maior e mais antigo organismo de certificação e definição de padrões em saúde, buscando melhorar continuamente os cuidados de saúde para o público, em colaboração com outras partes interessadas, avaliando as organizações de saúde e inspirando-as a se destacarem na prestação de cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor (JOINT COMMISSION, 2021).

Atualmente a *Joint Commission* avalia e credencia mais de 22.000 organizações e programas de saúde nos EUA (JOINT COMMISSION, 2021).

Em 1958, foi fundada, no Canadá, a *Accreditation Canada*, membro da ISQUA, que é uma organização nacional, sem fins lucrativos e independente, com o objetivo de auxiliar no sentido de que todas as organizações de saúde, naquele país, ofereçam serviços de qualidade aceitável (POMEY *et al.*, 2010).

A ISQUA é uma comunidade e organização internacional sem fins lucrativos formada por membros de mais de 70 países, em 6 continentes, que, desde a década de 90, dedica-se a promover a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. Em 2003, desenvolveram um extenso relatório solicitado pela OMS (WHO, 2003) no qual pontuam que o modelo de avaliação da *Joint Commission* se espalhou, inicialmente, para países de língua inglesa como Inglaterra e Austrália, seguidos pela Europa, América Latina, África e Ásia, adentrando a década de 1990. O relatório explana que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais trabalharam em conjunto para desenvolvimento de padrões e um sistema que poderia ser aplicado em todas as Américas. Esclarece, também, que países como França, Itália e Escócia desenvolveram sistemas obrigatórios para certificação de qualidade em organizações de saúde, enquanto nos outros eram programas voluntários. A expansão dos programas de certificação pelo mundo, referindo-se a uma força tarefa mundial para certificação externa das organizações de saúde, com os padrões da *Joint Commission*, está descrito no relatório da OMS de 2003.

2.2.2 Conceitos

Os padrões de qualidade a serem avaliados, de maneira geral, derivam de características e especificidades do país em que está sendo adotado e englobam uma amálgama de estatutos nacionais, orientações governamentais, relatórios independentes, padrões de certificações internacionais, pesquisas biomédicas e de serviços de saúde. Seu conteúdo e

estrutura podem ser aplicados em muitos ambientes, conforme descrito no relatório da OMS (WHO, 2003).

Ainda na década de 90, mais especificamente em 1995, no Canadá, em reunião da OMS, foi destacada a aplicabilidade de diferentes metodologias de garantia de qualidade em países em desenvolvimento. Os participantes consideraram que a certificação é a abordagem mais importante para melhorar a qualidade das estruturas de atenção à saúde. Destacam, todavia, que seu impacto nos serviços básicos de saúde, em países com poucos recursos, ainda não havia sido amplamente testado ou mesmo avaliado.

Nicklin *et al.* (2017) publicaram um estudo abordando o valor total dos programas de certificação e o seu impacto, pontuando a existência, no cenário mundial, de organizações nacionais de certificação e acreditação e um organismo internacional, a Sociedade Internacional para a Qualidade em Cuidados de Saúde, que possui membros inscritos em mais de 70 países.

Os programas de certificação de qualidade na área da saúde são instrumentos aceitos, e importantes, nas atividades de melhoria da qualidade, mas assinalam que o envolvimento dos países e das organizações é variável. É crescente, contudo, ao longo dos anos, a ênfase e a atenção cada vez maiores à segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde.

A regulamentação de requisitos destinados à melhoria da qualidade dos serviços em organizações de saúde vem aumentando e resultando em um aumento do número de programas de melhoria da qualidade. A regulamentação tende a se concentrar em elementos básicos de segurança para proteger o público, desafiando líderes e profissionais da saúde a aplicar iniciativas que irão mensurar e melhorar a qualidade, assim como diminuir os riscos associados à variação clínica e melhorar a eficiência do processo.

Os autores do estudo ponderam e trazem à tona que a carga de trabalho para implementação das melhorias, o treinamento de pessoal e a coleta de dados são muito grandes para muitas organizações, sugerindo que esforços devem ser feitos para minimizar a carga de auditorias e sobreposição de programas de qualidade, otimizando os benefícios que os programas de certificação oferecem. Ressaltam que um dos benefícios é que a metodologia de certificação é

[...] uma estrutura inclusiva que pode absorver e trazer sinergia para muitas metodologias díspares e aparentemente distintas e, para atingir o objetivo de desenvolvimento sustentável da OMS, determinante de cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todas até 2030, exigirá um alinhamento efetivo entre governos, pagadores, provedores e usuários de serviços. E a certificação tem o potencial de ajudar a orientar

o caminho, fornecendo uma estrutura que facilita a prestação de cuidado de alta qualidade do paciente [...] (NICKLIN *et al.*, 2017, p. 311).

A metodologia de certificação vem sendo crescentemente estudada (ZIMLICHMAN *et al.*, 2021), buscando compreender e documentar seu valor e impacto na qualidade e segurança das organizações de saúde e cuidados centrados na pessoa. Estudos demonstram que os programas de qualidade estão positivamente associados ao estabelecimento de estruturas e processos organizacionais, à promoção de culturas de qualidade e segurança, melhoria no atendimento ao paciente e ao desenvolvimento profissional, entre outros benefícios importantes (BECKER *et al.*, 2005; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; NICKLIN *et al.*, 2017).

Pedro *et al.* (2017) esclarecem que agências de avaliação da qualidade são concebidas como instituições para melhorar a qualidade dos sistemas de saúde mas, como referido acima, faltam evidências na literatura a respeito de seu impacto. Os autores partem do pressuposto de que a metodologia é aplicada no nível organizacional e inclui todos os sistemas de prestação de serviços assistenciais e de gerenciamento (BERNARDINO, 2017).

Braithwaite *et al.* (2006), Greenfield e Braithwaite (2008), Nicklin *et al.* (2017), Popa e Stefan (2019), Mitchell, Graham e Nicklin (2020) e Nicklin, Engel e Stewart (2021) apontam a necessidade de mais pesquisas, na direção do entendimento do impacto e valor gerado, para a organização de saúde, com a implementação da metodologia de avaliação da qualidade e programas de certificação e acreditação em saúde. Sugerem que enquanto a certificação não for reconhecida como instrumento contínuo de capacitação, como ferramenta de mobilização de conhecimento, não como mais um investimento ou como uma despesa, e sim como uma ferramenta de avaliação de melhoria da qualidade e segurança do paciente e diminuição do risco, não terá seu valor reconhecido (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021). Sendo assim, esse reconhecimento da certificação torna-se complementar ao programa de melhoria e gestão da qualidade de uma organização, assim como complementar aos processos regulatórios coexistentes (BRAITHWAITE *et al.*, 2017; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; MITCHELL; GRAHAM; NICKLIN, 2020; NICKLIN *et al.*, 2017; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021; POPA; STEFAN, 2019).

O artigo de Nicklin, Engel e Stewart, publicado em abril de 2021, traz o desafio dos programas de certificação em saúde para 2030 e pondera que a certificação é uma ferramenta para melhorar a qualidade da assistência médica e social e, recentemente, teve reconhecimento de seu valor, principalmente em países de baixa e média renda, onde a OMS tem um atuação relevante. Tendo como desafio a adaptação diante de um cenário de rápida aceleração com as

mudanças experimentadas em todo o mundo, em particular na saúde, afirma que a certificação deve se adaptar e ser relevante para ser sustentável. Os autores justificam que a certificação deve contribuir para uma experiência de cuidado positivo para o usuário, mas que não se alcança esse objetivo sem o envolvimento ativo dos usuários do serviço, precisando abraçar totalmente o conceito de cuidado centrado na pessoa.

A certificação é um veículo para disseminar o aprendizado e a prática baseada em evidências (POPA; STEFAN, 2019) possibilitando a tradução do conhecimento. Braithwaite *et al.* (2017) ampliam o olhar argumentando que esse processo não se destina a substituir a habilidade profissional e julgamento, no entanto, necessita apoiar uma estrutura dentro da qual os profissionais sejam capazes de trabalhar com eficiência e segurança, e isso deve estar explícito nas normas e no processo de certificação. Nicklin, Engel e Stewart (2021) fazem referência aos governos, às organizações profissionais e à sociedade civil como atores do sistema de saúde, também responsáveis por definir boa qualidade em termos de resultados. Esclarecem que o papel das organizações de certificação é identificar as alavancas que, no contexto local, podem influenciar o resultado, e traduzi-las em padrões que facilitem a transferência de conhecimento e permitam a avaliação de desempenho. Corroborando, dessa forma, com Zimlichman *et al.* (2021) quando apresentam os sistemas de saúde à luz da pandemia de COVID-19, que explanam a necessidade de sistemas de aprendizagem contínua, adotando uma abordagem proativa, onde todas as partes interessadas – decisões políticas, pagadores, destinatários de cuidados e cuidadores – devem estar à mesa para permitir e entregar a transformação nos sistemas de saúde de forma eficaz, mensurável e sustentável.

Os componentes dos programas de certificação, incluindo a estrutura de qualidade, padrões, processo de autoavaliação e visita de auditoria no local, servem para melhorar a qualidade, diminuindo a variação nas rotinas assistenciais à saúde e fortalecendo uma cultura de qualidade. O verdadeiro valor da certificação reside na sua contribuição para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde como um meio para estimular e apoiar o “conhecimento para a ação” (NICKLIN *et al.*, 2017), um valor chave da certificação que “ainda não foi articulado” (NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021).

Os programas de certificação de qualidade na área da saúde são instrumentos aceitos e importantes nas atividades de melhoria da qualidade, entretanto, é importante pontuar que o envolvimento dos países e das organizações é variável (NICKLIN *et al.*, 2017; WHO, 2018). A ISQUA, como organização internacional, concentra esforços no Desenvolvimento de Políticas e Estratégias Nacionais de Qualidade (NQPS); no alinhamento dos eixos políticos e

estratégicos para a construção de ferramentas a serem definidas para a criação de uma estrutura organizacional de qualidade, gerando acesso aos cuidados de saúde a todos; no esforço conjunto para melhorar a qualidade do atendimento e institucionalizar uma cultura de qualidade em todo sistema de saúde (WHO, 2018).

2.2.3 Programas de certificação no Brasil

Para a Organização Mundial da Saúde, a partir de 1989, processos de certificação passaram a ser elementos estratégicos para o desenvolvimento da qualidade na América Latina. E, em 1990, foi realizado convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde e a Federação Latino-Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde, onde foi elaborado o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (NOVAES; PAGANINI, 1994).

No sistema de saúde brasileiro, iniciativas relacionadas à qualidade começam com hospitais e datam da década de 30, com a classificação e categorização desses e outros serviços de saúde pertencentes ao poder público no Estado de São Paulo (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005), com elaboração de fichas de Inquérito Hospitalar.

Em 1951, no 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, em São Paulo, foram estabelecidos os primeiros padrões mínimos para centro cirúrgico, além de estudos tanto para aspectos de planta física como para a organização hospitalar. Desde 1970, o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar, iniciado com a publicação de normas e portarias, que tem como finalidade a regulamentação das atividades, evoluindo para implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à saúde no Brasil. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o programa de qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade, estabelecendo, também, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Nos anos de 1998 e 1999 o Ministério da Saúde avança com realização do projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil”, constituindo um ciclo de palestras envolvendo 30 localidades, em âmbito nacional, para sensibilizar e melhorar a compreensão sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação, assim como sua forma de operacionalização. Em maio de 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA) a partir do Programa de Padronização Hospitalar criado pelo governo federal (BITTAR, 2000; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017).

Em 2022 o Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho lança a obra “Saúde é desenvolvimento, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde como

opção estratégica nacional” (FIOCRUZ, 2022), trazendo a Saúde como um vetor de desenvolvimento do Brasil no século XXI capaz de enfrentar os desafios econômicos, sociais e ambientais. A obra tem como proposta a perspectiva de que a função da economia é garantir a sustentação material para reprodução da vida das pessoas e do planeta, atendendo a legítima aspiração da população por uma melhor qualidade de vida. Para isso, há exigência de capacidade técnica e científica do sistema produtivo nacional para atender as demandas da sociedade. Abordando que o desenvolvimento e a inovação são fundamentais para a promoção de mudanças estruturais que garantam o acesso universal aos direitos sociais, sustentabilidade. O olhar do estudo, direcionado a um projeto de desenvolvimento do país que tenha como foco o cenário da saúde, onde o acesso à saúde é capaz de gerar empregos de qualidade, bons salários, renda, tecnologia e crescimento econômico, deixa claro a relevância das discussões de desenvolvimento econômico e social do ambiente de e da saúde em nosso país.

Segundo Saut, Berssaneti e Moreno (2017), ao avaliarem o impacto de programas de qualidade nas organizações de saúde no Brasil, é crescente o número de organizações que buscam a certificação de seus processos, por meio desses programas ao redor do mundo, tendo em vista que a certificação é parte integrante do sistema de qualidade de saúde em mais de 70 países. Estima-se, segundo Saut, Berssaneti e Moreno (2017), que, no período do estudo, existisse em torno de 60 organizações de credenciamento ao redor do mundo, sendo que a *Joint Commission*, com sede nos EUA, é um referencial mundial em certificação na área da saúde.

A pesquisa indica não existir uma abordagem única para a introdução de programas de qualidade nas diferentes regiões do mundo. No Brasil, aproximadamente 0,2% das organizações de saúde têm pelo menos uma certificação, enquanto a proporção de hospitais certificados gira em torno de 5% (SAUT; BERSSANETI; MORENO, 2017). Os autores afirmam existir lacunas no estudo desse tema quando se trata de provar os benefícios dos programas de certificação em saúde. Pontuam que, em nosso país, as organizações de saúde não são obrigadas a participar ou realizar programas de certificação, porém tanto o setor público quanto o de saúde suplementar têm, em seu radar, o pagamento das organizações de acordo com seu nível de certificação como forma de fomentar a importância dos programas de qualidade assim como sinalizar a necessidade de um olhar voltado para a entrega de resolutividade em saúde (BRASIL, 2023).

Dentro do sistema de saúde suplementar, a ANS fomenta um programa de qualificação de organizações de saúde, tendo as certificações hospitalares como pioneiras (BRASIL, 2023). O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, da ANS, visa estimular a

qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde), assim como aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço com o objetivo de ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral (BRASIL, 2023).

Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), existe o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional Único de Saúde (PROADI), lançado em 2008, como uma forma alternativa para determinados hospitais fazerem jus à Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS), através da realização de projetos de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltadas ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil (BRASIL, 2023). O PROADI é reconhecido como um programa inovador, que ocorre entre o gestor público e as instituições privadas, no qual entidades hospitalares de excelência, sem fins lucrativos, passaram a desenvolver projetos utilizando as suas competências para qualificar e desenvolver o SUS em todo o Brasil (BRASIL, 2023).

No Brasil, com a criação da ONA, têm-se os processos de certificação da qualidade nos serviços de saúde, focados na segurança do paciente. Sua metodologia de avaliação é dividida em três níveis exigindo o aprimoramento da gestão: 1) a maximização da segurança; 2) a melhoria na qualidade da assistência; e 3) o aperfeiçoamento de processos (ONA, 2021). Outras organizações certificadoras atuam no mercado brasileiro, entre elas temos:

- 1) a *Accreditation Canada* que orienta e monitora os padrões de alta performance, qualidade e segurança. Sua metodologia de avaliação foca em três alicerces: governança clínica, medicina baseada em evidências e menos sobrecarga para os colaboradores. Tem ênfase no entendimento dos processos e eliminação do fluxo de padronização que não gere valor agregado e seus resultados são a construção de processos internos de excelência que reduzam a burocracia e racionalizem o tempo de trabalho (GIOVANONI, 2019);
- 2) o Consórcio Brasileiro de Acreditação, que é parceiro e representa a norte americana *Joint Commission Internacional* (JCI), no Brasil (CBA, 2022). Subsidiária da JCAHO, fundada em 1951 nos Estados Unidos, superando 22.000 organizações de saúde acreditadas/certificadas (CBA, 2022). Sua metodologia tem como objetivo criar uma cultura de segurança e qualidade no cuidado ao paciente, com aspectos voltados para educação com um todo;

- 3) a Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde (NIAHO) que tem como um de seus diferenciais a abordagem voltada para gestão de risco;
- 4) a *Healthcare Information and Management System Society* (HIMSS), que é voltada para otimizar a prestação de assistência à saúde por meio de tecnologia da informação e define requisitos mínimos que devem atender à maturidade de implementação de prontuário eletrônico; e
- 5) o Programa de Avaliação, Qualificação e Certificação de Prestadores de Serviços de Saúde, Sistema Giovani de Gestão em Saúde (SGGS), do Grupo Giovanoni (GIOVANONI, 2019).

Desde 2018, a Federação Nacional das Associações de Empresas de Fisioterapia atua no sistema de saúde como entidade certificadora de serviço de fisioterapia. Atualmente, são vinte e quatro (24) serviços de fisioterapia certificados no Brasil, sendo dezenove (19) clínicas de fisioterapia (prestadores de serviço fisioterapêutico ambulatorial) e cinco (5) serviços hospitalares (prestadores de serviço fisioterapêutico no ambiente hospitalar) (FENAFISIO, 2018).

2.2.3.1. Programa de certificação FENAFISIO

O programa de certificação da FENAFISIO utiliza a metodologia de avaliação desenvolvido por Mandelli (2016) e está descrito e apresentado no Manual de Certificação para Empresas Prestadoras de Serviço de Fisioterapia (KOEHLER; MANDELLI; VIEIRA, org., 2018). O reconhecimento da qualidade dos prestadores de serviços de Fisioterapia que contemplam, em sua gestão, os descritores (padrões) pré-estabelecidos para qualidade, independente da técnica e/ou ferramenta que utiliza em seus processos se dá por meio do selo de certificação. O Manual de Certificação, descreve que a metodologia utilizada para avaliação da qualidade nas organizações prestadoras de serviços de fisioterapia, foi concebido sob uma perspectiva construtivista, buscando contemplar todos os aspectos inerentes ao cenário complexo do ambiente de serviços de fisioterapia, tendo como propósito, além de atestar a qualidade dos serviços prestados pela organização, servir como apoio às decisões estratégicas.

Trata-se de um modelo progressivo, com possibilidade de avanço gradual das organizações nos níveis de certificação, e dinâmico, pois permite às organizações com adesão que identifiquem, através de autoavaliação, seu estágio atual e possibilidade de melhoria com transformações específicas para itens apontados como deficientes, porém com escolhas de prioridades a partir da relevância ao seu contexto (KOEHLER; MANDELLI; VIEIRA, org., 2018, p. 6).

São consideradas organizações elegíveis para aderirem à metodologia todas aquelas que prestam serviços de fisioterapia, seja ambulatorial, domiciliar ou hospitalar.

A metodologia de avaliação é composta por três grandes áreas de avaliação para auditoria: 1) infraestrutura, tanto física como administrativa; 2) prestação de serviço; e 3) satisfação do cliente externo e interno. São analisados 43 descritores, distribuídos nas áreas citadas, englobando aspectos como: ambiente interno e externo da organização, equipamentos utilizados, processos administrativos e assistenciais, equidade, competência profissional, segurança, tempo de atendimento destinado a cada tratamento, modelo de gestão, gestão financeira, resolutividade de casos, protocolos clínicos, adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, comunicação, satisfação do paciente, educação continuada, grau de especialização, plano de carreira, sendo que todos os descritores avaliados estão apresentados no Capítulo 3, Quadro 7.

Ressalta-se a especificidade dessa metodologia que avalia a evidência de processos sólidos e documentados para melhorar a forma como os serviços satisfazem os requisitos de qualidade de seus clientes. Essa metodologia introduziu requisitos clínicos como parte do processo de certificação em saúde, reforçando a necessidade de existência de processos que incorporam dados de desempenho tanto clínicos como administrativos, financeiros e da capacidade de envolver o cliente no processo.

Caracteriza-se como um processo de certificação mais holístico, focado na melhoria contínua, associada à padronização cada vez mais rigorosa, no estímulo ao envolvimento dos clientes (pacientes) na tomada de decisão e na exigência de que as organizações certificadas adotem o cuidado contínuo, conduzindo um processo de certificação avançado, bem definido e acessível, com geração de dados nos pilares de informações gerenciais relativas a desempenho organizacional e individual. Estimulando a contínua melhoria organizacional, impactando no desempenho de qualidade, nos aspectos econômicos, administrativos e sociais.

A metodologia gera relatórios de diagnóstico situacional da qualidade detalhados, visualmente acessíveis, para que todos possam ter uma fotografia da organização. É importante pontuar que um programa de certificação eficaz, não apenas identificará áreas de baixo desempenho mas, inclusive, será sensível para demonstrar um desempenho ruim, auxiliando na prevenção de falhas clínicas ou administrativas. Para fins de clareza dos termos, na metodologia estudada o termo “descritores de qualidade” refere-se aos critérios, padrões e ou requisitos de qualidade avaliados.

O *status* de organização com “Selo de Certificação de Qualidade” é conferido quando essa demonstra que atende aos padrões de qualidade aplicados pela metodologia de certificação.

O caráter de aprendizagem e possibilidade de desenvolvimento contínuo proposto pela metodologia de avaliação utilizada contempla três níveis de certificação: Certificado com Excelência (nível 3), Certificado Pleno (nível 2), Certificado (nível 1) e Não Certificado (quando não atende aos requisitos mínimos que são os descritores obrigatórios) (KOEHLER; MANDELLI; VIEIRA, org., 2018).

A metodologia entende que a busca da qualidade é um processo e, por esta razão, é composto de etapas, que são as seguintes: diagnóstico situacional de qualidade e auditoria de certificação. Entre o resultado da primeira etapa e a solicitação da etapa de auditoria, a organização participante do programa possui até seis meses para as adequações necessárias. A etapa do diagnóstico situacional caracteriza-se pelo momento em que os avaliadores externos à organização (em auditoria presencial) identificam a existência e em que nível da escala encontram-se os descritores, de acordo com os padrões estabelecidos pela metodologia de avaliação.

Após a visita dos avaliadores externos, a organização recebe um relatório detalhado, com um relato de cada descritor de qualidade avaliado, na escala de mensuração, com visibilidade e perspectiva de avanço e melhoria em cada descritor. A segunda etapa caracteriza-se pela observação *in loco*, com análise e documentação de evidências dos descritores de qualidade padronizados e estabelecidos pelo modelo. Esta é a etapa final do programa. Após a avaliação, é emitido um relatório com o resultado e toma-se a decisão de contemplação ou não do Selo de Certificação de Qualidade, que tem validade de dois anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Gráfico comparativo de uma organização certificada¹



Fonte: FENAFISIO, 2018.

¹ Gráfico apresentado no relatório de auditoria final para a conquista do selo de certificação de qualidade. Em laranja os descritores de qualidade no momento do diagnóstico e em azul, os descritores no momento da auditoria final.

Embora os programas de certificação sejam amplamente e mundialmente reconhecidos, a variabilidade de organismos certificadores e a sub investigação do valor da certificação permanecem (BRAITHWAITE *et al.*, 2006; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021). A extensão em que os processos e resultados da certificação refletem com precisão e motivam o desempenho organizacional de qualidade é pouco compreendida e pouco investigada. Braithwaite *et al.* (2006) afirmam que a concessão do *status* de certificação é percebida em muitos setores, incluindo a saúde, como um reflexo válido de desempenho organizacional e individual. No entanto poucos estudos demonstram, empiricamente, essa percepção.

Por meio do exposto, esta pesquisa pretende avançar no entendimento do desempenho organizacional a partir da evolução dos descritores avaliados pela metodologia de avaliação da qualidade implementada nas organizações prestadoras de serviço de fisioterapia, participantes do programa de certificação da FENAFISIO. A certificação é entendida como ferramenta de avaliação de processos organizacionais de forma holística que reflete no melhor desempenho organizacional e, com isso, uma melhor qualidade no serviço prestado. Além disso, a qualidade é percebida como um processo multidimensional para abordar a complexidade e os desafios significativos que a organização enfrenta, tendo no seu cerne o conhecimento (AKDERE, 2009; DEMING, 1989; JURAN, 1974; SENGE, 2002). Sem uma abordagem sistemática do conhecimento, os processos de gestão da qualidade não conseguem ser bem-sucedidos (AKDERE, 2009).

2.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO

Peter Drucker, no livro *Post-Capitalist Society*, faz referência à linha do tempo abordando a revolução industrial, a revolução da produtividade e a revolução da gestão, adentrando no conceito de conhecimento, como uma mudança fundamental no significado de conhecimento, afirmando que

[...] o conhecimento que consideramos conhecimento prova-se em ação. O que agora queremos dizer com conhecimento é informação eficaz em ação, informação com foco em resultados. Os resultados estão fora da pessoa, na sociedade e na economia, ou no próprio avanço do conhecimento. Para realizar qualquer coisa, esse conhecimento deve ser altamente especializado [...] Cada um converte habilidade em algo que pode ser ensinado e aprendido. A mudança de conhecimento para conhecimentos gerou conhecimento e poder de criar uma nova sociedade. Mas essa sociedade tem que ser estruturada com base no conhecimento sendo especializado e nas pessoas do conhecimento sendo especialistas. Isso lhes dá poder[...] (DRUCKER, 1993, p. 42).

Para Polanyi (1966), conhecimento é como uma atividade que pode ser melhor descrita como um processo. Como mencionado por Grant, em 1996, (GRANT, 2007), Polanyi não aborda o conhecimento tácito em um ambiente organizacional, mas o considera interno, portanto, somos incapazes de controlá-lo. Nesse aspecto, Polanyi (1966), ao escrever *The Tacit dimension*, deu origem à tipologia para o conhecimento, argumentando pela perspectiva do fato de que o “ser humano sabe mais do que pode dizer”.

Segundo Wiig (1993), o conhecimento, reconhecido e entendido como o sucesso para os negócios, é o agente que gera visões, o ingrediente que impulsiona o raciocínio das pessoas e a capacidade de levar a um comportamento e ação inteligentes. Vai além, argumentando que o conhecimento é o fator que cria valor para a organização e é considerado o ativo mais valioso que possui. Para Wiig (1993, p.1) “[...] a fim de obter o melhor valor do conhecimento – para garantir o melhor sucesso para a nossa organização – precisamos gerenciá-lo para poder fazer as mudanças necessárias, essa dinamicidade trará resultados desejados.”

O autor traz considerações ao analisar o trabalho de novatos, e mesmo alguns profissionais experientes, caracterizando-os como profissionais do conhecimento, observando que, muitas vezes, se concentram no que é factual, ponderando que apenas os profissionais mais experientes do conhecimento conseguem ter *insights*, percepções do que seria necessário, de como fazer. Profissionais esses que entendem como se concentrar no conhecimento exigido para raciocinar e realizar atividades intensivas em conhecimento, novamente fazendo referência à criação de valor para a organização, fazendo citação ao conhecimento ser muito importante. É o raciocínio e o conhecimento metodológico. Foi Wiig, em 1986, o primeiro pesquisador a usar o termo Gestão do Conhecimento e centrar suas pesquisas nos ativos do conhecimento, relacionando o conhecimento com a entrega.

Muitas organizações estão se tornando cada vez mais preocupadas com o conhecimento organizacional e o uso do conhecimento para criar e fazer produtos de qualidade, entregar serviços de qualidade e para maximizar eficiência das suas operações internas (WIIG, 1993, p. 4).

Nonaka e Takeuchi (1994) descrevem o conhecimento organizacional como sendo a capacidade de a organização criar um conhecimento, difundi-lo na organização e incorporá-lo em produtos e processos.

Estudos pontuam o entendimento do conhecimento tendo um caráter pessoal (KARAMITRI; KITSIOS.; TALIAS, 2020) todavia concordam com a existência de uma cultura organizacional, desenvolvida pelos colaboradores durante o trabalho, alcançável

quando as organizações mantêm um espírito de cooperação, motivando seus colaboradores e incentivando a inovar, buscando uma gestão competente (TOUKAS; VLADIMIROU, 2005).

O conhecimento, na atualidade, está sendo considerado como principal recurso de produção, tanto de bens como de serviços, portanto, fonte de vantagens competitivas (DÁVILA, 2016) e a gestão do conhecimento é a área que estuda a gestão deste recurso-chave (DÁVILA *et al.*, 2014; DÁVILA, 2016).

O conhecimento não permanece estático nas economias que estão em constante mudança. É um ativo valioso que deve ser identificado, avaliado, adquirido, transferido, armazenado, usado e mantido (DOWNES, 2014; NONAKA; TAKEUCHI, 1991; PEMBERTON; STONEHOUSE, 2000). Os tomadores de decisão, solucionadores de problemas e inovadores de uma organização contam com o conhecimento adquirido com dados reais, *insight* e a experiência.

A GC é a gestão das atividades e dos processos organizacionais que promove o conhecimento organizacional para o aumento da competitividade por meio do melhor uso e da criação de fontes de conhecimento individuais e coletivas. Nesse sentido, a GC objetiva a melhoria de produtividade por meio da gestão de processos que aprimoram os ciclos de conhecimento organizacional. O conhecimento é visto, com isso, como ativo, sendo tratado como processo de geração de valor (DÁVILA *et al.*, 2014; PACHECO, 2016).

Takeuchi e Nonaka (2008, p. 9) definem gestão do conhecimento como “o processo de criar continuamente novos conhecimentos, disseminando-os amplamente através da organização e incorporando-o velozmente em novos produtos/serviços tecnologias e sistemas”, explanando uma visão da organização, não como uma máquina de processamento de informações, mas como um organismo vivo.

Darroch (2005) afirma que a disciplina gestão do conhecimento surgiu recentemente e sua teoria ainda está em desenvolvimento. Todavia, argumenta que, embora o conhecimento em si seja um recurso, a gestão eficaz do conhecimento permite que aqueles que estão dentro da organização possam extrair mais e melhor os recursos disponíveis. A gestão do conhecimento desempenha, além disso, uma função de suporte importante, fornecendo um mecanismo de coordenação para aprimorar a conversão de recursos em capacidades. Darroch (2005) ao revisitar e citar Penrose (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, traz a ponderação de que

[...] embora os mercados estabeleçam sinais de preço que influenciam a alocação de recursos, aqueles dentro da empresa tomam decisões sobre em quais atividades a

empresa estará envolvida, [...] como determinadas atividades serão realizadas e quais recursos serão necessários (DARROCH, 2005, p. 101, *apud* PENROSE, 1959).

Pontua, com isso, que processos internos e percepções, em vez de preços de mercado externo e sinais de custo, influenciarão o crescimento de uma empresa. Argumenta, entretanto, que para compreender os processos internos de uma empresa, é relevante compreender não apenas os tipos de decisões de recursos, mas reconhecer, também, o efeito das informações sobre essas decisões de recursos. O ponto central na discussão de Penrose (1959) são as decisões sobre a aquisição e o uso de recursos.

Para Penrose (1959), recursos são, geralmente, categorizados como ativos tangíveis (ou recursos) e ativos intangíveis (ou recursos). Todavia, salienta-se que Penrose (1959) e Darroch (2005) veem que nunca são os próprios recursos que são as “entradas” no processo de produção, mas sim os serviços que os recursos podem prestar. Importante contribuição e reflexão, pois ilustra que simplesmente possuir recursos não vai, necessariamente, proporcionar qualquer tipo de vantagem para a empresa, e que “os serviços que os recursos irão render dependem das capacidades dos homens que os utilizam, mas o desenvolvimento das capacidades dos homens é parcialmente moldado pelos recursos com os quais os homens lidam” (PENROSE, 1959, p. 78).

Penrose (1959) sugere que o conhecimento de um funcionário é baseado em suas habilidades, experiências e na capacidade de absorver novos conhecimentos. Com isso, embora o conhecimento seja um recurso por si só, a maneira como o conhecimento é gerenciado e usado afetará a qualidade dos serviços.

Adentrando pela perspectiva do conhecimento organizacional, Dalkir (2005) pondera que quanto maior a capacidade do conhecimento, maior será o seu valor. Conhecimento, portanto, seria uma fonte de vantagem competitiva mas, para gerar essa vantagem, relaciona-se à geração de custos na transferência, na extração, na codificação e na difusão do conhecimento. Considerando essa perspectiva, Dalkir (2005) afirma que a gestão pós-moderna do conhecimento não deve ser apenas sobre gestão em si e, sim, sobre pessoas e como incentivá-las a compartilhar e assimilar o conhecimento, apresentando o campo da GC como um sistema adaptativo complexo com muitas possibilidades e oportunidades. Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) referem-se à GC como uma das novas e mais influentes e visíveis abordagens para a arte e a ciência da gestão nas últimas décadas.

Absorver os elementos do conhecimento e combiná-los entre si é um importante desafio de gestão, fazendo com que desperte uma centelha de inovação, configurando um novo

tipo de conhecimento, ou seja, o capital conhecimento (FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015).

Akdere (2009) argumenta que embora tecnologias contribuam para o aprimoramento da habilidade organizacional e o aumento da capacidade organizacional de gerar e catalogar informações, elas não necessariamente contribuirão para a criação e formulação de conhecimento na organização e, portanto, o aspecto humano deve ser levado em consideração ao se discutir a gestão do conhecimento e seu potencial para a organização. Afirma que uma das maneiras de abordar isso é por meio de práticas de gestão da qualidade.

Estudo realizado no Irã (FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015) relaciona a eficácia dos processos de gestão do conhecimento e qualidade dos serviços de saúde na perspectiva de gestores de hospitais universitários da cidade de Ahvaz. Foram aplicados questionários para 130 gerentes de 5 hospitais universitários. Os resultados observados mostram a associação positiva significativa entre a eficácia dos processos de gestão do conhecimento e a qualidade da assistência à saúde, sugerindo que, para melhorar a qualidade da assistência à saúde, os gestores devem dedicar mais atenção ao desenvolvimento de culturas de inovação, estimular o trabalho em equipe e melhorar a comunicação e o pensamento criativo no contexto de GC.

Kothari *et al.* (2011) consideram a necessidade de discussão das maneiras pelas quais as organizações de saúde avançarão com a agenda de gestão do conhecimento, reconhecendo que há variações entre as organizações e que a sensibilidade às condições contextuais é de grande relevância, pois as diferenças são importantes para entender: como o contexto e o propósito da organização podem moldar estratégias, processos e resultados, gerando a aprendizagem contínua. Os autores trazem que a experiência de GC no setor empresarial pode contribuir para o avanço do *status* de GC na área da saúde.

Mesmo que a gestores e colaboradores tenham as melhores intenções de criar e compartilhar conhecimento, muitas vezes há obstáculos, barreiras tanto individuais como organizacionais, que complicam seus esforços assim como estruturas que facilitam ou impulsionam os mesmos (KARAMAT *et al.*, 2019). Pelo fato de organizações de saúde serem exemplos do equilíbrio entre humanos e motores, no entendimento de que a prestação de serviço de saúde depende de tecnologias modernas, são os profissionais de saúde, entretanto, que tomam a decisão final do processo de diagnóstico e tratamento do paciente (KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020).

Foi discutido pela *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) (2003) como promover a mudança e integração das organizações para uma economia baseada no conhecimento, apontando que a implementação de práticas de GC seriam uma fase crítica para as organizações. O *Comité Européen de Normalisation* (CEN, 2004) destaca que as práticas de GC suportam e constituem um elo entre os processos do ciclo de GC e os objetivos estratégicos da organização. Davenport e Prusak (1998) consideram que o conhecimento só é valioso à medida que está disponível para a organização e o aumento do seu valor é proporcional à sua acessibilidade e, dessa maneira, fica claro que as práticas de GC podem contribuir para a valorização desse ativo.

Diante do exposto, práticas de GC são atividades ou rotinas intencionais, formais ou informais, orientadas a gerir adequadamente o conhecimento, tendo como norte o seu aproveitamento eficiente e alinhado com os objetivos associados à tarefa e dão suporte à gestão do conhecimento (DÁVILA *et al.*, 2014; DÁVILA, 2016; INKINEM; Kianto; VANHALA, 2015; Kianto; ANDREEVA, 2014).

2.3.1 Práticas de gestão do conhecimento

Andreeva e Kianto (2012) propõem a conceituação de GC como um conjunto de atividades de gestão que permitem à empresa entregar valor a partir de seus ativos de conhecimento. Conduzindo a linha de raciocínio inspirada nos estudos de Foss e Michailova (2009), que abordam o conhecimento nos aspectos organizacionais, suscetíveis ao controle de gestão consciente e intencional, Andreeva e Kianto (2012) pontuam que a governança do conhecimento se relaciona com a escolha de estruturas e mecanismos que podem influenciar os processos de conhecimento nas organizações. Portanto, valendo-se dos aspectos da organização, que são manipuláveis e controláveis por atividades de gestão conscientes e intencionais, essas atividades de gerenciamento podem ser chamadas de práticas de GC. Kianto e Andreeva (2014) definem as práticas de GC como um conjunto de atividades organizacionais e gerenciais intencionalmente executadas, que suportam e melhoram os processos de conhecimento da empresa, impactando no conhecimento organizacional.

Não há na literatura, entretanto, um entendimento único em relação ao conceito de práticas de GC, assim como não há um consenso sobre uma única lista de práticas (Kianto; ANDREEVA, 2014; ANJOS, 2020; DALKIR, 2005; DÁVILA, 2016; HUSSINKI *et al.*, 2017; INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015).

Vários autores apresentam estudos sobre práticas de GC, contudo o entendimento do conceito de práticas de GC não está limitado a uma abordagem específica.

Coombs, Hull e Peltu (1998) acreditam que explorar práticas de GC nas empresas oferece novas oportunidades de aprimorar suas habilidades de inovação tradicionais e abrir novos caminhos para o sucesso empresarial, partindo da compreensão de práticas de GC como várias atividades rotineiras da organização que são explicitamente destinadas ou utilizadas para criar, processar e aplicar o conhecimento. Os autores apresentam, como rotinas organizacionais, as seguintes características: 1) executadas regularmente; 2) que se baseiam em padrões formais ou informais de trabalho; 3) que apresentam um suporte tecnológico e possibilitem a criação, disseminação e uso do conhecimento; e 4) que impulsionem o alcance dos objetivos das organizações, aprimorando o processo de trabalho dessas. Entretanto Gloet e Terziovski (2004) definem que práticas de GC são altamente subjetivas e estão sujeitas a várias interpretações.

Diversos autores e entidades apresentam estudos relacionados a práticas de GC: *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2003); *Comité Européen de Normalisation* (CEN, 2004); Darroch (2005); Mckeen, Zack e Singh (2006); Kianto e Andrevia (2014); Inkinen, Kianto e Vanhala, (2015); *Asian Productivity Organization* (APO, 2020) e *European Public Employment Service* (PES, 2020).

Na visão do *Comité Européen de Normalisation* (CEN, 2004), as práticas de GC são o elo entre os processos de GC e os objetivos estratégicos da organização. A OECD (2003) apresentou um estudo em que identificou um conjunto de práticas de GC e categorizou-as nas seguintes dimensões: liderança, captura e aquisição do conhecimento, treinamento e tutoria, políticas e estratégias, comunicações e incentivos.

Darroch (2005) agrupou as práticas de gestão de GC para cada um dos componentes da gestão do conhecimento: aquisição, disseminação e capacidade de resposta ao conhecimento. Nessa pesquisa, realizada na Nova Zelândia, a autora pretendia examinar o papel da gestão eficaz do conhecimento, portanto listou 16 práticas relacionadas à valorização das atitudes e opiniões dos funcionários, do trabalho em parceria com clientes internacionais, o uso da tecnologia para facilitar a comunicação e a sensibilidade às mudanças no mercado.

Abordando as práticas de GC como atividades organizacionais observáveis à GC, os autores McKeen, Zack e Singh (2006) apresentaram as práticas de GC em quatro dimensões: 1) capacidade de localizar e compartilhar o conhecimento; 2) capacidade de criar e experimentar novos conhecimentos; 3) existência de uma cultura que incentiva a criação e

compartilhamento do conhecimento; e 4) consideração pelo valor estratégico do conhecimento e aprendizagem.

Alegre, Sengupta e Lapietra (2013) consideram que práticas de GC são o resultado da aplicação do conhecimento, consistindo em conhecimentos implementados de maneira específica na organização, tratando questões relacionadas a operações rotineiras da empresa, tanto de natureza tática quanto operacional, podendo fornecer vantagem competitiva para as organizações.

Andreeva e Kianto (2014) analisaram as principais diferenças entre práticas e benefícios produzidos pela gestão do conhecimento em organizações orientadas a serviços e a produtos. Aplicaram um conjunto de 27 práticas de GC, categorizadas em cinco dimensões: 1) gestão estratégica do conhecimento; 2) cultura organizacional; 3) gestão de recursos humanos; 4) tecnologia da informação e comunicação (TIC); e 5) *design* organizacional.

Outras definições de práticas de GC são descritas por Hussinki *et al.* (2017), explicadas como práticas organizacionais e gerenciais conscientes, destinadas a atingir metas organizacionais por meio do gerenciamento eficiente e eficaz dos recursos de conhecimento da empresa. Nesse estudo, os autores categorizaram as práticas de GC em quatro dimensões: 1) orientadas para as pessoas (cultura e liderança); 2) orientadas para tecnologia (infraestrutura tecnológica); 3) orientadas para gestão (estratégias e metas); e 4) orientadas para organização (processos e estruturas).

Por outra perspectiva, diferente de Kianto e Andreeva (2014), a APO (2020) descreve técnicas e ferramentas relacionadas a rotinas e ações, classificando como práticas de GC de acordo com as fases do ciclo de GC, entretanto não explicitamente aos princípios estratégicos das organizações. No documento apresentado pela APO (APO, 2020), as empresas poderiam estar fazendo uso de práticas e ferramentas de GC sem perceber, todavia, essas teriam a possibilidade de serem alavancadas por meio da conscientização e da gestão. No Quadro 5, estão apresentadas as práticas publicadas pela APO.

Quadro 5 - Práticas de gestão do conhecimento – APO (2020)

Práticas de Gestão do Conhecimento	
1 - Identificação do Conhecimento	2 - Criação do Conhecimento
Café do Conhecimento Comunidade de Práticas <i>Expert</i> da empresa Espaço virtual colaborativo Mapa do conhecimento Mentoria Maturidade de Gestão do Conhecimento	<i>Brainstorming</i> Lições aprendidas Revisão após ação Café do Conhecimento Comunidade de Práticas <i>Wikis</i> Blogs e <i>Webinars</i> <i>Cluster</i> de conhecimento Mentoria Portal do conhecimento
3 - Armazenamento do Conhecimento	4 - Compartilhamento do Conhecimento
Revisão após ação Café do conhecimento Comunidade de Práticas Documentos arquivados <i>Wikis</i> <i>Blogs e Webinars</i> <i>Who is who</i>	<i>Storytelling</i> Aprendizado por revisão Comunidade de Práticas Espaços colaborativos Café do conhecimento Documentos e bibliotecas <i>Cluster</i> de conhecimento <i>Who is who</i> Mentoria
5 - Aplicação do Conhecimento	
Assistência por pares Espaço colaborativos Café do conhecimento Comunidades de Práticas Documentos <i>Blogs e webinars</i> <i>Cluster</i> de conhecimento <i>Who is who</i> Mentoria Portal do Conhecimento	

Fonte: APO (2020).

A *European Commission* (2020) publicou, segundo seus estudos, as quatro práticas mais utilizadas e eficazes, que são: 1) lições aprendidas utilizadas para o desenvolvimento da performance da equipe; 2) matriz de habilidades e competências, utilizada para delineamento de treinamentos e recrutamento de pessoas; 3) mapa do conhecimento e taxonomia para identificação dos conhecimentos a serem desenvolvidos; e 4) comunidades de práticas utilizadas para o desenvolvimento de competências e para compartilhamento de informações. Definem, no documento, que as práticas de GC são métodos e técnicas que apoiam a estrutura, a representação e a visualização do conhecimento para facilitar a interação entre as pessoas, tendo como intenção capturar o conhecimento tácito e explícito.

Inkinen (2016) publicou uma revisão sistemática de literatura sobre práticas de GC e desempenho organizacional com o intuito de avançar o entendimento sobre como as práticas organizacionais e gerenciais baseadas no conhecimento, ou seja, práticas de GC, estão associadas a vários resultados de desempenho da empresa. A revisão reuniu informações relevantes determinando como as práticas de GC em diferentes categorias estão associadas a diferentes resultados de desempenho da empresa.

Inkinen (2016, p. 232) afirma que [...] “assim como existe disparidade em relação à discussão de GC, o mesmo acontece na literatura sobre práticas de GC”. Pontua como sendo uma via complexa de pesquisa que é conduzida com o objetivo de liberar o potencial intelectual de uma empresa, melhorando a eficácia e eficiência da gestão dos recursos de conhecimento organizacional. O estudo tomou como base a categorização de práticas de GC apresentadas por Heisig (2009). Inkinen (2016) afirma, contudo, como resultado de sua revisão, que a literatura se acomoda nas quatro categorias: estudos de práticas de GC orientados para o homem, para a tecnologia, para os processos de gestão e para a organização. Confirma a relevância da categorização ao expor, nos resultados do estudo, a sugestão de que as práticas organizacionais e gerenciais baseadas no conhecimento são fatores altamente influentes para os resultados de desempenho da empresa, apoiando a mensagem dupla da teoria baseada no conhecimento dessa, e argumenta que o sucesso das empresas depende de seu conhecimento atual e, também, de como elas o usam e desenvolvem. O Quadro 6 apresenta, de forma resumida, as definições de práticas de GC dos principais autores que compuseram o embasamento teórico desta pesquisa.

Quadro 6 - Definições de práticas de gestão do conhecimento

Autor	Definições
Coombs, Hull e Peltu (1998)	Atividades, procedimentos, técnicas e sistemas que são explicitamente destinadas ou utilizadas para criar e processar conhecimento
Comité Européen de Normalisation (2004)	Conjunto de práticas de Gestão do conhecimento, definidas como o elo entre os processos de GC e os objetivos estratégicos das organizações.
Darroch (2005)	Mecanismos de coordenação dentro da organização, necessários para que os recursos do conhecimento sejam transformados em capacidades. Processos de conhecimento.
Mackeen, Zack e Singh (2006)	Atividades organizacionais observáveis relacionadas à gestão do conhecimento.
Heisig (2009)	Processos organizacionais, atividades da GC na organização que ocorrem de forma natural, ações para o processamento e manipulação do conhecimento, facilitando o uso do mesmo.
Andreeva e Kianto (2012)	São práticas de gestão destinadas a apoiar a gestão eficiente e eficaz do conhecimento para benefício organizacional.

Alegre, Sengupta e Lapidra (2013)	Consideram que práticas de GC são o resultado da aplicação do conhecimento, consistindo em conhecimentos implementados de maneira específica na organização. Operações rotineiras da organização, de natureza tática e operacional.
Kianto e Andreeva (2014)	Conjunto de atividades organizacionais e gerenciais intencionalmente executadas, que suportam e melhoram os processos de conhecimento da empresa.
Dávila <i>et al.</i> (2014)	Práticas de GC são mais do que rotinas, são ações ou princípios que visam, melhorar o gerenciamento do conhecimento crítico, em um caso e do outro, modificar a cultura no médio ou longo prazo. Que o valor é criado em todos os processos no ciclo de GC.
Inkinen, Kianto e Vanhala (2015)	Conjunto de atividades de gestão que permitem à empresa agregar valor a partir de seus ativos baseados em conhecimento.
Hussinki <i>et al.</i> (2017)	Práticas organizacionais e gerenciais conscientes, destinadas a atingir metas organizacionais por meio do gerenciamento eficiente e eficaz dos recursos de conhecimento da empresa.
Asian Productivity Organization (2020)	Técnicas e ferramentas de GC relacionadas a rotinas e ações nem sempre de maneira consciente.
North e Kumta (2018)	Práticas organizacionais e gerenciais conscientes destinadas a atingir os objetivos organizacionais por meio do gerenciamento eficiente e eficaz dos recursos de conhecimento da empresa.

Fonte: Elaborado pela Autora.

Tendo em vista a falta de consenso na definição do conceito de práticas de GC assim como quanto a utilização do termo ferramentas de GC como sinônimo de práticas (INKINEN, 2016), para esta tese, optou-se pelo conceito de práticas de GC, na abordagem apresentada por Inkinen, Kianto e Vanhala (2015), baseados nos estudos empíricos de Andreeva e Kianto (2012), que entendem práticas de GC como “conjunto de atividades de gerenciamento que permitem à empresa agregar valor a partir de seus ativos baseados em conhecimento” (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015, p. 622). Diferentemente do uso do termo ferramentas de GC, entendidas como métodos e técnicas para apoiar a estruturação, a representação e a visualização do conhecimento, facilitando a interação entre colaboradores para a captura de conhecimento tácito e explícito (BRODOLINI *et al.*, 2020; NORTH; KUMTA, 2018).

O estudo de Inkinen, Kianto e Vanhala (2015), examinou o impacto das práticas no Desempenho Inovador (DI) das organizações, onde os autores, agruparam as práticas de GC em dez dimensões, conforme apresentado no Quadro 7.

Quadro 7 - Dimensões e aspectos das práticas de GC

Dimensões	Aspectos
Gestão estratégica do conhecimento	Conhecimento como insumo-chave para o desenvolvimento das estratégias da organização.
<i>Design</i> organizacional	Contempla as decisões tomadas em relação à divisão do trabalho e responsabilidades.
Tecnologia da informação e comunicação	Meio para acesso ao conhecimento dentro da organização.
Recrutamento	Inclui atenção às competências e habilidades dos candidatos.
Treinamento e desenvolvimento	Inclui a aplicação de cursos e seminários para formação dos funcionários.
Avaliação de desempenho	Capacidade do funcionário em criar, utilizar e disseminar o conhecimento.
Compensação baseada no conhecimento	Envolve motivações tangíveis e intangíveis; progressão de carreira; reconhecimento do trabalho.
Supervisão	Engloba as atividades-chave da gerência; fator crucial no desempenho da cultura organizacional.
Proteção do conhecimento	Utilização de patentes, acordos, legislação ou confidencialidade.
Mecanismos de aprendizagem	Aumento do aprendizado organizacional por meio da prática e da experiência.

Fonte: Inkinen, Kianto e Vanhala, (2015).

A escolha dessas dimensões de práticas de GC para este estudo, justifica-se por comporem pesquisas relevantes sobre as práticas de GC no Brasil (ANJOS, 2020; DÁVILA, 2016; DÁVILA; ANDREEVA, VARVAKIS, 2019; DOROW *et al.*, 2019; MACAU; BRITO; DUARTE, 2016) e no mundo (HUSSINKI *et al.*, 2017; INKINEN; 2016; INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015). Anjos (2020) aplicou a lista de práticas de Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) em uma pesquisa cujo objetivo era explorar teoricamente a relação entre práticas de GC e desempenho inovador, utilizando-se de um modelo estrutural que avaliasse a influência dessas práticas de GC sobre o DI das indústrias de Santa Catarina, tendo como uma das justificativas do estudo a maneira como o conhecimento pode ser utilizado como recurso estratégico (ANJOS, 2020). O resultado do estudo foi que o conjunto de práticas que apresentaram influência significativa sobre o DI foi: gestão estratégica do conhecimento e treinamento e desenvolvimento baseados no conhecimento.

Sendo assim, embasado em Inkinen, Kianto e Vanhala (2015), pretende-se avaliar nove dimensões de práticas: 1) gestão estratégica do conhecimento; 2) *design* organizacional; 3) tecnologia da informação e comunicação; 4) recrutamento; 5) treinamento e desenvolvimento; 6) avaliação de desempenho; 7) compensação baseada no conhecimento; 8)

supervisão e 9) mecanismos de aprendizagem. Excluiu-se a dimensão “proteção do conhecimento” por entender que as organizações de saúde participantes do estudo não desenvolvem patentes e considerando que as práticas de proteção do conhecimento corresponderiam aos mecanismos formais e informais para proteger os principais ativos intangíveis que geram valor para a empresa, como utilização de patentes, legislação ou acordos (INKINEM; Kianto; VANHALA, 2015). As categorias de práticas propostas por Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) remetem ao estudo de Heisig (2009) que argumenta sobre a importância de a GC desdobrar-se para todos os níveis da organização, onde a liderança é um catalisador para o engajamento e envolvimento em atividades de GC. Com base no exposto, descreve-se a representação e no que consiste cada dimensão. Sendo que as dimensões gestão estratégica do conhecimento, trabalho de supervisão e *design* organizacional ao conhecimento estratégico, mecanismos de aprendizagem e práticas de tecnologia e informação a organização do trabalho e quatro dimensões relacionadas a gestão de recursos humanos que são, recrutamento, treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho e compensação baseada em conhecimento.

A dimensão gestão estratégica do conhecimento foi definida por Kianto e Andreeva (2014) como as atividades de planejamento estratégico, implementação e atualização relacionadas aos ativos baseados no conhecimento da empresa. Explorando o conhecimento estratégico chave dentro da organização e construindo uma estratégia baseada no conhecimento, destaca-se, entre as práticas relacionadas à gestão estratégica do conhecimento: 1) reconhecimento do conhecimento como elemento chave para o planejamento estratégico; 2) entendimento claro sobre os conhecimentos e as competências essenciais para os objetivos organizacionais; 3) estratégia definida para desenvolver esses conhecimentos e competências.

Dalkir (2005), McKeen, Smith e Singh (2006), Kianto (2008) e Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) definem gestão estratégica do conhecimento como atividades para monitorar e medir ativos de conhecimento na empresa e suas necessidades de desenvolvimento em relação ao contexto de negócios. No estudo de Inkinen, Kianto e Vanhala (2015), os autores sustentam que as atividades estratégicas de GC podem aumentar o desempenho organizacional através dos seguintes mecanismos: 1) permitem que a organização se concentre nas atividades mais criadoras de valor da empresa; 2) permitem que a organização elabore estratégias com base nas vantagens sustentadas no conhecimento que têm sobre seus concorrentes. Os autores enfatizam que os benefícios organizacionais resultam no direcionamento para as atividades gerenciais

conscientes e sistemáticas, impactando na maneira de lidar com o conhecimento da empresa. Práticas estratégicas do conhecimento visam melhorias no desempenho da organização por meio da gestão proativa dos ativos do conhecimento. Afirmam, os mesmos autores, que “[...] poucos estudos examinaram o impacto que a implementação de atividades gerenciais conscientes e sistemáticas têm no desempenho de uma empresa” (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015, p. 433). Ademais, entende-se gestão estratégica do conhecimento como processos de aquisição, criação e compartilhamento de conhecimento com a intenção de formular estratégias para tomada de decisão (ZACK, 1999). As práticas estratégicas de GC permitem que a organização tome decisões estratégicas de aplicação, expansão e compartilhamento de conhecimento alinhadas aos objetivos estratégicos da organização. De acordo com Anjos (2020), a gerência tem capacidade de estabelecer condições favoráveis para que os colaboradores possam aplicar e compartilhar seus conhecimentos. As organizações consideram essas práticas como elementos de governança, adotando uma abordagem mais estratégica e cultural, sendo vistas, principalmente, como princípios orientadores, em vez de tarefas ou rotinas a serem executadas pelas organizações (DÁVILA, 2016).

A dimensão *design* organizacional inclui práticas para organizar o trabalho, facilitando a alavancagem do conhecimento, envolvendo decisões em relação à divisão do trabalho e responsabilidade assim como o gerenciamento e coordenação do trabalho, propriamente dito. (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015). Todavia, o estabelecimento e a utilização de equipes multifuncionais podem vir a estimular a criação de conhecimento, ao contrário de uma estrutura mais rígida e hierárquica que retardaria o fluxo de conhecimento (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015; MINTZBERG, 1992; NONAKA; TAKEUCHI, 1991).

O *design* organizacional pode impactar o sucesso das organizações na perspectiva da divisão do trabalho e das responsabilidades dentro da organização, abrangendo, também, o gerenciamento e coordenação do trabalho, objetivando a promoção de aprendizagem e a solução de problemas (ARUNDEL *et al.*, 2007; INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015). Isso inclui decisões sobre como o trabalho será dividido entre as diferentes unidades organizacionais, como as atividades serão coordenadas, como as pessoas serão supervisionadas e como as informações serão gerenciadas. Isso pode afetar diretamente a eficiência, eficácia e a capacidade de adaptação da empresa, considerando que o *design* organizacional, propriamente dito, pode variar de acordo com o tamanho, a complexidade e a natureza das atividades da organização.

Nas práticas relacionadas à dimensão tecnologia da informação e comunicação, as TICs referem-se à dimensão que engloba recursos para aprimorar estratégias e processos de trabalho, como infraestrutura, tanto física de tecnologia da informação, dando apoio à GC, como habilidades tácitas dos técnicos em TI (ANJOS, 2020). Os autores Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) utilizaram uma amostra de empresas finlandesas para analisar a adoção de tecnologias de informação, como sistemas de gestão do conhecimento e intranets, analisando como podem melhorar a gestão do conhecimento e, conseqüentemente, o desempenho organizacional. Eles encontraram evidências de que a adoção dessas TIC tem um impacto positivo na gestão do conhecimento e no desempenho organizacional. Destacam a importância das TIC como uma ferramenta que atenda às necessidades da gestão do conhecimento e da infraestrutura organizacional, o que corrobora com os estudos de Chua e Goh (2008).

As práticas de TIC podem ser um fator influenciador no desempenho de uma empresa, alinhado com os achados de Yang, Marlow e Lu (2009) que relatam que o suporte de TIC para colaboração, comunicação, busca de informações, aprendizado em tempo real, simulação e previsão seriam extremamente benéficos para o desempenho de uma empresa. Assim, a gerência deve considerar a TIC não apenas como um sistema de suporte, mas, também, como um meio de alcançar maior capacidade e desempenho da empresa. Essas afirmações estão alinhadas com as descobertas de Kianto (2012) enquanto Alavi e Leidner (2001) voltam-se ao trabalhador do conhecimento, afirmando que as TIC oferecem uma grande ajuda quando são utilizadas na busca e descoberta de informações e no estabelecimento de canais de comunicação novos e eficientes entre as partes interessadas internas e externas de uma empresa. Por fim, a TIC também pode ser usada para estabelecer novos tipos de capacidade de coleta e análise de informações críticas de negócios, a fim de auxiliar positivamente na tomada de decisão (CODY *et al.*, 2002).

A dimensão relacionada às práticas de recrutamento, treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho e de compensação baseada no conhecimento é considerada como gestão de recursos humanos no estudo de Inkinen, Kianto e Vanhala (2015). Afirmando que o [...] "objetivo final da gestão de recursos humanos é encontrar e selecionar funcionários mais adequados e fazer uso da remuneração, treinamento e mecanismos de avaliação adequados para retenção de talentos. Trazendo à tona o que há de melhor em cada um deles e no todo" (INKINEN; KIANO; VANHALA, 2015, p. 435). Recrutamento e treinamento, são elementos fundamentais para empresas. Nesse sentido, novos talentos devem ser trazidos pensando na substituição de vagas *sêniores* abertas por diversas razões, oportunizando o fluxo de entrada de

conhecimentos, assim como a retenção de conhecimento organizacional. Os autores abordam as práticas de gestão de recursos humanos, com foco em GC, relacionadas ao desempenho inovador tendo em vista quatro aspectos:

- 1) ao prestar atenção ao conhecimento dos candidatos e suas habilidades sociais, já no processo de recrutamento, as organizações aumentam a disponibilidade de uma força de trabalho experiente para produzir um desempenho eficaz e eficiente em tarefas intensivas em conhecimento;
- 2) as organizações que planejam e organizam ativamente cursos, seminários e outros treinamentos para seus funcionários tendem a manter sua base de conhecimento atualizada e competitiva;
- 3) a avaliação de desempenho é uma revisão regular do desempenho do funcionário, assim como desenvolvimento de carreira entre funcionário e seu superior (ponderando que, tradicionalmente, os funcionários são avaliados com base em seu desempenho econômico); e
- 4) uma estrutura de compensação baseada em atividades de conhecimento aumenta a probabilidade de os funcionários se envolverem mais nas atividades.

Em geral, quando há programas de gratificações e incentivos, os funcionários são remunerados tendo como base determinado valor e um valor variável dependente de seu desempenho, como metas atingidas e a superação de cotas de vendas, o que resulta em compensação, por resultado atingido, baseada em incentivo monetário. Os autores propõem, tendo como suporte o resultado do estudo, que as organizações estariam sendo impactadas positivamente se baseassem o sistema de incentivo/compensação em atividades de conhecimento. Sugerem a substituição de indicadores tradicionais, economicamente falando (metas e vendas), por indicadores como criação, compartilhamento e utilização de conhecimento, sinalizando maior probabilidade de os funcionários se envolverem com essas atividades e, portanto, melhorando o desempenho de toda a empresa (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015). Tais práticas podem ser um plano de compensação (incentivo) reconfigurado, como participação e atuação em programas de treinamento, avaliação e desenvolvimento de sistemas mais apropriados, visando aumentar e extrair o valor do capital humano adquirido ou em aquisição de talentos-chave, conduzindo melhor o processo de gestão de recursos humanos, pessoas certas para preencher as posições certas (CAMELO-ORDAZ *et al.*, 2011).

A dimensão que aborda o trabalho de supervisão, define-o como sendo um fator crucial no desenvolvimento da cultura organizacional (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015, p. 434), sendo que o “[...] nível de gestão tem um impacto direto na forma como os demais, na empresa, lidam com atividades em geral, ou, por exemplo, com atividades de GC, pressupondo que atuam como criadores de exemplos naturais”. Os autores argumentam que, se a gestão não assumir a maior responsabilidade pela GC, é muito improvável que essa se expanda para todos os níveis da organização (DETIENNE *et al.*, 2004). A liderança é considerada um catalisador para inspirar, orientar, dar exemplos, indo além na responsabilidade de criar uma atmosfera de confiança e respeito, instalando uma cultura criativa, estabelecendo uma visão onde se possa ouvir, aprender, ensinar e compartilhar conhecimento (HOLSAPPLE; SINGH, 2001). Estão relacionadas a essas práticas as atitudes dos líderes de permitir o erro e aprender com o mesmo e a valorização das ideias dos colaboradores com a promoção de debates no ambiente de trabalho (ANJOS, 2020; INKINEN; Kianto, VANHALA, 2015).

Estudos empíricos revelaram que os supervisores que participam, inspiram, delegam e apoiam são membros organizacionais valiosos, pois seu envolvimento está relacionado com o desempenho positivo da empresa (HUSSINKI *et al.*, 2017). Pesquisadores mostraram que uma estratégia de GC bem elaborada e uma unidade de GC especializada apoia o trabalho de supervisão (LEE; HO; CHIU, 2008). Todavia, o efeito sobre o desempenho da empresa pode ser pronunciado se o trabalho de supervisão for combinado com suporte tecnológico suficiente, política de remuneração e regime específicos de GC (HUSSINKI *et al.*, 2017; KAMHAWI, 2012).

E, por fim, a dimensão das práticas relacionadas aos mecanismos de aprendizagem incluem rotinas que oportunizam o desenvolvimento da aprendizagem individual e coletiva, contato entre os funcionários, assim como o compartilhamento de ideias entre os setores das organizações (ANJOS, 2020; INKINEM; Kianto; VANHALA, 2015). Os mecanismos de aprendizagem estão relacionados com a aprendizagem organizacional, processo dinâmico que acontece entre a assimilação da nova aprendizagem e na utilização daquilo que já foi aprendido, ação que acontece não somente ao longo do tempo mas entre os vários níveis da organização (CROSSAN; LANE; WHITE, 1999). Para Steil (2006), a aprendizagem organizacional deve ser tratada como um processo que obtém ações que se alinhem com os objetivos propostos pelas organizações, por meio de conhecimento gerado e armazenado no indivíduo. Portanto, entender esse processo e possibilitar a compreensão de um modelo operacional facilita o seguimento das etapas e, conseqüentemente, os resultados identificados pela organização.

Empresas que enfatizam a aprendizagem investem em aprimoramento da qualidade e da quantidade de conhecimento organizacional, sendo uma faceta fundamental de uma organização efetiva baseada em conhecimento. Investem, igualmente, na transferência de conhecimento entre funcionários, assim como em níveis organizacionais (HUSSINKI *et al.*, 2017; VANHALA; RITALA, 2016). Funcionários motivados a aprender se envolvem em comportamento extra papel e desenvolvimento pessoal, considerando o compartilhamento de conhecimento como uma oportunidade de expandir sua competência em interação com outros membros da organização (RHEE; CHOI, 2016). Sendo assim, os mecanismos de aprendizagem garantem que a organização retenha e circule o conhecimento experiencial de seus funcionários, podendo avançar a criatividade, estimulando o fluxo de conhecimento e expandindo o repositório de conhecimento disponível dentro da organização (HUSSINKI *et al.*, 2017). Ao construir sistemas e práticas de trabalho, baseadas em conhecimento, que permitam a aprendizagem contínua, as empresas tendem a aumentar o desempenho organizacional, desenvolvendo conhecimento para benefício da organização (INKINEN; Kianto, VANHALA, 2015).

Esses mecanismos de aprendizagem abordam o aumento do conhecimento e da competência organizacional pela experiência, pelo aprender fazendo ou observando o comportamento dos colegas de trabalho (ARGOTE; MIRON-SPEKTOR, 2011).

Considerando-se os desafios que a prestação de assistência à saúde precisa superar na tradução do conhecimento, na transformação e habilitação do conhecimento para ação, no alinhamento de entendimento estratégico, levando segurança e confiança aos cuidados de saúde, surge a necessidade de medidas que melhor beneficiem a organização de saúde no contexto de suas particularidades e complexidades. É necessário, também, ampliar o conhecimento de como aumentar o desempenho das organizações por meio do engajamento em práticas de GC. É preciso buscar a sustentabilidade dessas empresas, que dependem do uso eficaz dos ativos e recursos do conhecimento, assim como estruturas gerenciais que proporcionem e impactem o desempenho organizacional.

Debruçando-se sobre o entendimento de que processos de certificação são conjuntos de normas destinadas a apoiar a gestão eficiente e eficaz, diminuir custos e aumentar a segurança e que as práticas de GC são destinadas a apoiar a gestão consciente, eficiente e eficaz do conhecimento para benefício organizacional, julga-se que há lacunas, no conhecimento existente, a serem estudadas.

A partir das afirmações apresentadas nesta seção, a hipótese foi proposta:

H: Existe relação positiva entre práticas de GC e os níveis de organizações de saúde certificadas

Sintetizando esse conjunto de definições encontradas na literatura para os constructos a serem estudados, entende-se o conceito de certificação, proposto por Nicklin *et al.* (2014), como um processo de avaliação externa, utilizado para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia das organizações de saúde e produzir serviços de saúde de maior qualidade em um ambiente mais seguro.

O objeto deste estudo são as organizações de saúde que prestam serviço de fisioterapia, contempladas com o *status* de certificadas, tendo conquistado o “Selo de Certificação de Qualidade”. Essas organizações estudadas participam de um Programa de Certificação de Qualidade, conseqüentemente foram submetidas a avaliações externas de auditoria.

A intervenção é o resultado dos descritores da metodologia de avaliação da qualidade utilizado por este programa de certificação, o qual abrange diversos aspectos das organizações, tanto na estrutura física quanto administrativa, avaliação dos processos de prestação de serviço que englobam: aprendizagem, protocolos assistenciais, avaliação de resultados, objetivos de tratamento, dentre outros, assim como um pilar de satisfação dos clientes interno e externo.

Adota-se, para esta tese, o entendimento de Andreeva e Kianto (2012) de que práticas de GC são um conjunto de atividades de gerenciamento que permitem à empresa agregar valor a partir de seus ativos baseados em conhecimento. Acrescenta-se, a isso, o objetivo da qualidade, que é a promoção de serviços mais eficientes, eficazes e integrados que atendam às necessidades da população, gerando valor à organização (DONABEDIAN, 2002; GARVIN, 2002; PORTER; TEISBERG, 2006), executando procedimentos que diminuam os riscos, centrados no paciente, proporcionando a gestão da melhoria contínua com o objetivo da gestão, que é criar condições para majorar a flexibilidade e a capacidade de adaptação aos processos contínuos de mudanças organizacionais sem perda de eficiência (LANDON; PADIKKALA; HORWITZ, 2021; PORTER; TEISBERG, 2006).

Para atingir o objetivo central desta tese que é analisar a relação entre práticas de GC com a evolução da qualidade em organizações de saúde, é necessário, conhecer a evolução dos descritores de qualidade assim como identificar a presença das práticas estratégicas de GC nas organizações estudadas. Desta forma, apresenta-se a metodologia utilizada para dar fundamento a esta pesquisa.

3 METODOLOGIA

Considerando que esta tese tem como objetivo **analisar a relação entre práticas estratégicas de gestão do conhecimento com a evolução das organizações de saúde a partir da mensuração da qualidade**, a presente pesquisa tem uma abordagem quantitativa em toda sua estrutura, da compreensão epistemológica às estratégias e métodos de investigação. Está inserida no paradigma filosófico pós-positivista, de visão de mundo determinística, acreditando que as causas provavelmente determinam os efeitos ou os resultados e que o conhecimento se desenvolve através da observação e da mensuração da realidade objetiva (CRESWELL, 2010).

Dessa forma, a pesquisa parte da transformação de ideias em hipóteses a serem testadas. E, conforme já mencionado, o objetivo principal busca verificar a hipótese que acredita na existência de associação entre a utilização de práticas de GC e o desempenho de organizações de saúde a partir da evolução de descritores de qualidade em organizações prestadoras de serviços de fisioterapia, com certificação de qualidade. Assim, tem-se como hipótese:

H: *Existe relação positiva entre as práticas de GC e os níveis de organizações de saúde certificadas.*

Para testar a hipótese, a pesquisa utiliza-se do método de levantamento observacional, implementado com a utilização de dois instrumentos:

- 1) *checklist* de verificação dos descritores para avaliar sua evolução; e
- 2) questionário estruturado de práticas de GC para identificar as práticas de GC utilizadas nas organizações de saúde avaliadas.

A pesquisa de levantamento proporciona uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população, estudando uma amostra dela (CRESWELL; CRESWELL, 2021; FOWLER, 2008). Entretanto, em virtude de limitações da amostra de organizações participantes, conforme apresentado na seção 3.2, os resultados assumem, do ponto de vista da análise estatística, caráter descritivo e exploratório e menos inferencial e generalizável, em função do tamanho da amostra escolhida. A Figura 2 apresenta as características da pesquisa.

Figura 2 - Caracterização da pesquisa

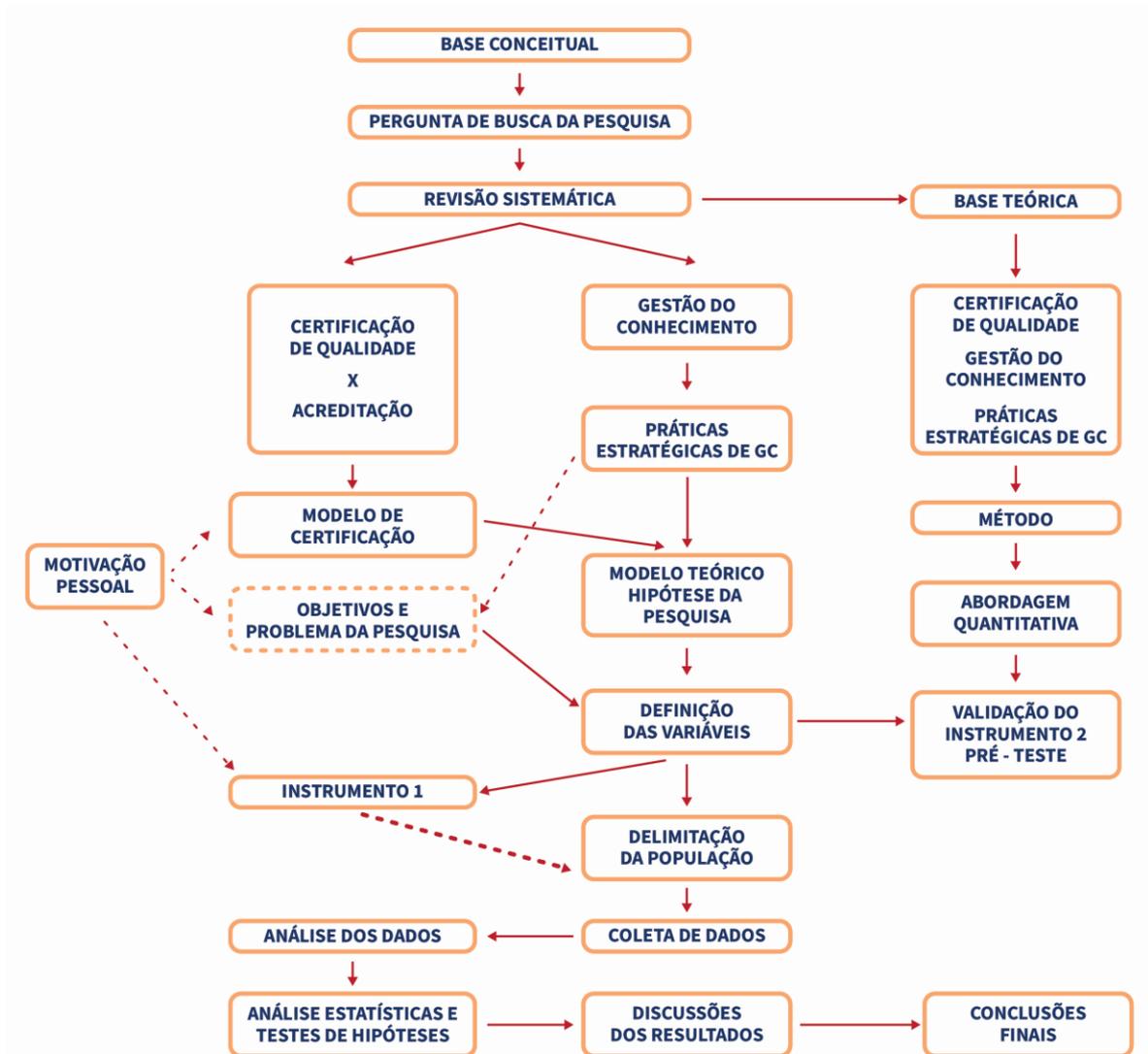


Fonte: Elaborado pela Autora.

No âmbito do paradigma e da estratégia de investigação aqui utilizados, empregou-se os métodos que serão apresentados a seguir e que estão organizados conforme as etapas de execução da pesquisa: 1) base conceitual; 2) planejamento e delimitação da população e amostra; 3) Mensuração (identificação) da evolução dos descritores; 4) mensuração das práticas de GC; e 5) análises estatísticas e testes de hipóteses.

A Figura 3 apresenta as etapas da pesquisa executadas neste trabalho.

Figura 3 - Fluxograma das etapas do processo de pesquisa



Fonte: Elaborado pela Autora.

3.1 BASE CONCEITUAL

Esta etapa contou com a realização da revisão sistemática de literatura, com o objetivo de visualizar e sistematizar uma construção que possibilitasse a obtenção de resultados mais robustos em relação aos termos estudados, conceituada como “processo de busca, análise e descrição de um corpo de conhecimento buscando resposta a uma pergunta específica” (BIBLIOTECA, 2015).

A estratégia de busca foi realizada em duas etapas: primeiramente foi-se aos tesouros das bases de dados da área da saúde e às bases multidisciplinares à procura dos cabeçalhos de assunto que representassem a pergunta de pesquisa. Feito isso, percebeu-se a inexistência de um conjunto de termos que representava, na totalidade, a pergunta de pesquisa. Para que a busca

fosse exequível optou-se, na segunda etapa, por utilizar a linguagem natural, partindo de um processo de mapeamento de termos, iniciando com buscas individualizadas nas bases de dados estrategicamente escolhidas. A fim de expandir os resultados da busca optou-se por combinar a linguagem controlada em conjunto com a linguagem natural. Esta busca às bases de dados foi atualizada em 30 de março de 2023, seguindo a estratégia planejada, e foi apresentada no Capítulo 1.

A relação dos artigos encontrados e analisados encontra-se disponível, organizada por temática e constructos explorados (APÊNDICE A). Uma análise foi empreendida por meio de leitura exploratória para identificar os documentos merecedores de leitura crítica, cujo critério de exclusão, conforme citado no Capítulo 1, diz respeito a estudos que fazem referência direta a resultados clínicos, isto é, à resolutividade da qualidade da assistência fisioterapêutica propriamente dita. A definição dos documentos deu-se a partir do título e resumo e a análise e seleção ocorreram por meio de padrões, categorias e interpretações do pesquisador (CRESWELL, 2010).

Com base na análise dos documentos realizou-se uma síntese buscando pontos de convergência, divergência ou complementares em relação à terminologia utilizada nas bases das Ciências da Saúde (*Embase, Medline e Lilacs*) e nas bases de dados Multidisciplinares (*Scopus e Web of Science*). Ao se explorar as bases de dados das Ciências da Saúde encontrou-se referências relacionadas à gestão do conhecimento e compartilhamento de conhecimento, representados pelas expressões “conhecimento para ação”, “tradução do conhecimento” e “mobilização do conhecimento”. Mais recentemente, em 2021, começam a surgir artigos referindo-se a práticas de GC em hospitais como facilitadores de acesso ao recurso conhecimento. Nas bases multidisciplinares, ao direcionar a pesquisa para gestão da qualidade, percebeu-se referências com as expressões “acreditação”, “certificação” e “credenciamento” assim como “gestão do conhecimento”. Dessa análise adveio o entendimento de que, para a tradução do conhecimento em ação, faz-se necessário entender os processos estabelecidos nas organizações, traduzidos em programas de certificação. Esses, contudo, não devem tornar-se soluções burocráticas, mas dar possibilidade de acesso fácil ao conhecimento, de forma dinâmica, estratégica e flexível, como exige o ambiente da saúde, sem perder de vista que o indivíduo deve estar no centro do cuidado. Emergiu, então, a necessidade de estudos de práticas de GC associadas a programas de qualidade (AKDERE, 2009; BRAITHWAITE *et al.*, 2018; KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020; MITCHELL *et al.*, 2020; NICKLIN *et al.*, 2017; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021).

3.2 PLANEJAMENTO, DELIMITAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

Partindo dos objetivos e da hipótese, a delimitação para esta pesquisa teve início ao se estabelecer como universo de interesse de análise, ou população alvo, as organizações de saúde que prestam serviços de fisioterapia no Brasil e que, voluntariamente, iniciaram um processo de certificação e submeteram-se à avaliação externa de processos organizacionais. As organizações selecionadas para esta pesquisa foram escolhidas de maneira intencional, por participarem do programa de certificação específico para fisioterapia no Brasil. Estão localizadas nas regiões norte, nordeste, centro oeste e sul do país, distribuídas em oito (8) estados do Brasil: Pará, Maranhão, Pernambuco, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Paraná e Santa Catarina (BRASIL, 2023). Essas organizações prestam serviços de fisioterapia tanto na área ambulatorial como hospitalar (FENAFISIO, 2018).

A escolha dessas organizações se justifica na esfera pessoal, por fazerem parte do escopo de trabalho e pesquisa desta autora. A pesquisadora construiu o modelo de avaliação da qualidade, em sua dissertação de mestrado (MANDELLI, 2016). O modelo possibilitou a implementação de um programa de certificação de qualidade no Brasil para empresas prestadoras de serviços de fisioterapia (FENAFISIO, 2018). A pesquisadora é sócia fundadora do Instituto de Pesquisa e Intervenção Interdisciplinar, empresa que operacionaliza o programa de certificação, e detentora da metodologia de avaliação da qualidade. Esta pesquisa aprofunda os estudos dos impactos organizacionais com o modelo de certificação utilizado, atrelado à geração de valor de um programa de certificação de qualidade no Brasil. Entende-se a necessidade de estudos nessa área em função das demandas de serviços de fisioterapia no Brasil e no mundo. Corroborando com essa afirmativa, destaca-se um estudo, publicado em 2020, que apresenta estimativas de que pelo menos uma em cada três pessoas no mundo precisa de serviços de fisioterapia ou reabilitação em algum momento durante o curso de sua doença (CIEZA *et al.*, 2020).

Do grupo de empresas certificadas, foi coletado informações de uma amostra, obtida de maneira não probabilística, de 24 organizações associadas da FENAFISIO, que são detentoras do *Selo de Certificação de Qualidade*. Ressalta-se que as 24 organizações tiveram informações registradas no âmbito dos níveis dos descritores, mas apenas 22 responderam ao questionário de utilização de práticas de gestão do conhecimento, sendo que os dois gestores não respondentes justificaram a ausência por motivos particulares.

As 24 organizações participantes são organizações de saúde prestadoras de serviços de fisioterapia, sendo que 19 ofertam serviços ambulatoriais (clínicas de fisioterapia) e 5, serviços hospitalares. Essas organizações de saúde obtiveram o Selo de Certificação de Qualidade entre os anos de 2018 e 2022, e estão inseridas no contexto da saúde suplementar e apenas uma delas presta serviço ao sistema único de saúde.

Dessa forma, para que os resultados gerados a partir da amostra aqui investigada, em virtude da natureza não probabilística do levantamento (MEYER, 1983), sejam passíveis de generalização para o universo de interesse, será necessário admitir o pressuposto de que as organizações investigadas são representativas da população alvo no que concerne às características associadas às variáveis de interesse da pesquisa. Ainda, para que margens de erro dos resultados possam ser calculadas, será necessário admitir que a amostra é equivalente a uma obtida por meio de um método de amostragem probabilística, no caso, o aleatório simples (CRESWELL; CRESWELL, 2021).

3.3 MENSURAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS DESCRITORES DE QUALIDADE

Para que fosse possível verificar a evolução dos descritores (padrões de qualidade estabelecido pela metodologia pesquisada) se fez necessário, inicialmente, avaliar e capturar os níveis em que se encontravam as organizações em dois momentos: 1) quando foi realizado o diagnóstico situacional de qualidade das organizações; e 2) quando foi realizada a auditoria.

Para esse fim, foi utilizado o documento da metodologia de certificação estudada, ou seja, a Lista de Verificação dos Descritores de Qualidade (APÊNDICE B), que é um *checklist* da auditoria de qualidade. Esse documento apresenta a metodologia de avaliação da qualidade do Instituto de Pesquisa e Intervenção Interdisciplinar e faz parte do programa de certificação da qualidade da FENAFISIO, denominado de “*Selo de Certificação de Qualidade FENAFISIO*”. É um documento sigiloso, de caráter confidencial, cuja base é o “*Modelo construtivista para mensuração da qualidade em serviços de fisioterapia pela perspectiva do gestor*” (MANDELLI, 2016). O referido documento encontra-se devidamente registrado junto ao Ministério da Cultura – Fundação Biblioteca Nacional – Escritório de Direitos Autorais, sob o nº 753.931, livro 1.461, fl. 374, e no Cartório de Títulos e Documentos da cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Cada um dos 43 descritores de qualidade avaliados na pesquisa encontra-se nesse *checklist*, sendo medidos em uma escala de conformidades de 1 a 5. Os 43 descritores estão divididos em três (3) grupos principais: 1) Infraestrutura: infraestrutura física e administrativa;

2) Prestação de Serviço: domínio profissional, eficiência e eficácia; e 3) Satisfação: cliente interno e externo. Os itens do *checklist* que foram avaliados são apresentados na lista dos descritores de qualidade no Quadro 8.

Quadro 8 - Lista dos descritores de qualidade – *Checklist*

Grupos	Subgrupos	Descritores individualmente	Unidade de medida	Autores
Infraestrutura	Estrutura física	Barulho, iluminação, ventilação, temperatura, tamanho, privacidade, organização, limpeza, espaço ergonômico, acessibilidade interna, acessibilidade externa, quantidade de equipamentos e calibração.	Escala de conformidades medida em níveis de 1 a 5, sendo 1 o nível mais baixo de conformidade e 5 mais alto.	Mandelli (2015). Documento oficial do Programa de Certificação de Qualidade pesquisado.
	Estrutura administrativa	Modelo de gestão, gestão financeira, atendimento ao cliente, programa de integração e capacitação, normatização de processos administrativos e assistenciais.		
Prestação de serviço	Domínio profissional	Agendamento, tempo de atendimento, número de pacientes por hora, grau de especialização, desempenho, aperfeiçoamento externo, vínculo terapeuta-paciente, gerenciamento de risco, conformidade com órgãos regulatórios, utilização de EPIs, protocolos clínicos, prontuário.		
	Eficiência e eficácia	Plano de tratamento, tempo de tratamento, objetivos alcançados, adesão aos protocolos.		
Satisfação	Satisfação do profissional	Flexibilidade de honorários, programa de educação continuada, remuneração, plano de carreira.		
	Satisfação do cliente	Capacidade de envolver o paciente nas decisões, capacidade de escuta, registro de reclamações, questionário de satisfação.		

Fonte: Mandelli (2016).

Definidas pela metodologia de avaliação específica para serviços de fisioterapia, essas informações são coletadas por avaliadores parceiros da FENAFISIO, que auditam as organizações com as avaliações realizadas em dois momentos, diagnóstico e auditoria, com 6 meses de intervalo, em média, entre um momento e o outro (Figura 4).

Figura 4 - Representação das etapas de avaliação da metodologia de certificação



Fonte: Elaborado pela Autora.

Apesar de, originalmente, ser somente em nível de mensuração ordinal, o que impossibilita a utilização de métricas destinadas a variáveis quantitativas, como uma simples média, ao se adotar, aqui, um terceiro pressuposto, de que os níveis da escala são equidistantes e isso é claramente transmitido aos participantes do programa de certificação, se faz possível assumir o nível de mensuração intervalar para a escala utilizada, tornando, agora, viável a utilização de um leque maior de medidas estatísticas quando do processo de análise (NORMAN, 2010).

A coleta foi realizada de forma documental e reflete os dados dessas organizações entre os anos de 2018 e 2022. Os dados coletados fazem parte de pesquisas que utilizam dados que não receberam, ainda, um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da nova pesquisa (GIL, 2009). O programa de certificação, que resulta na conquista do Selo de Certificação de Qualidade é o processo pelo qual as organizações, voluntariamente, decidem se submeter a uma avaliação externa, sendo uma representação de garantia de processos que gera segurança e credibilidade.

A metodologia de avaliação da qualidade estudada, considera a diferença entre os descritores, isto é, estabelece graus de obrigatoriedade para a presença dos mesmos e o nível de conformidade atingido na escala (*checklist*), caracterizados como descritores obrigatórios, descritores de qualidade I e descritores de qualidade II. Essas organizações podem receber, ao

final do processo, diferentes níveis de certificação, representadas pelos selos – Ouro, Prata ou Bronze – dependendo do quanto cada organização pontua na escala de conformidades dos descritores (*checklist*) e quais descritores são evidenciados no momento das avaliações (diagnóstico e auditoria).

Para que a organização alcance o Nível “Certificado”, e seja considerada “Selo Bronze”, ela precisa ter evidenciado seus processos dos descritores chamados de obrigatórios pontuados na escala de conformidades (*checklist*) nível 2 e entendidos, dentro do programa, como critérios minimamente estabelecidos de qualidade dentro de uma organização.

Para que a organização alcance o Nível “Certificado Pleno”, e seja considerada “Selo Prata”, ela precisa ter evidenciado seus processos dos descritores chamados de obrigatórios pontuados na escala de conformidades (*checklist*) nível 3 e mais evidências dos descritores considerados de qualidade I pontuados no nível 2.

Para que a organização alcance o Nível “Certificado com Excelência”, e seja considerada “Selo Ouro”, ela precisa ter seus processos dos descritores obrigatórios pontuados na escala de conformidades (*checklist*) nível 4, mais evidências dos descritores considerados de qualidade I pontuados no nível 3 e os descritores de qualidade II pontuados no nível 3 (KOEHLER *et al.*, 2020).

Dependendo do selo conquistado, é possível fazer referência ao desempenho organizacional a partir da avaliação da qualidade atingida em seus processos organizacionais, pois um selo de qualidade é uma representação de uma avaliação externa que garante processos organizacionais.

E, assim, de posse dos registros dos níveis das organizações, nos momentos do diagnóstico e da auditoria, foi possível medir e comparar a evolução das organizações quanto aos descritores, através dos cálculos de variação absoluta e relativa, para o conjunto de 24 organizações, para o nível médio geral de todos os itens de descritores e, também, para os níveis médios de cada um dos grupos de descritores.

3.4 IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Para a definição do instrumento de pesquisa para identificação da existência de práticas de GC, optou-se pelo instrumento de pesquisa apresentado no estudo de Inkinen, Vanhala e Kianto (2015), tendo em vista que é validado e, também, com estudos dentro do grupo de pesquisa. Após cumprida a etapa de definição do questionário de GC, realizou-se um pré-teste

que foi aplicado para 4 gestores das empresas de fisioterapia e com 2 pesquisadores do Núcleo de Gestão para Sustentabilidade, da Universidade Federal de Santa Catarina, utilizando como recurso o *Google Forms*. A testagem piloto teve o propósito de verificar o tempo de duração para responder ao questionário e analisar a consistência e a clareza dos termos utilizados (CRESWELL; CRESWELL, 2021). Na sequência, fez-se as adaptações identificadas como relevantes ao questionário.

As primeiras 7 perguntas do instrumento estão relacionadas a características da organização e à função do respondente dentro da organização, assim como o nível do Selo de Certificação de Qualidade – Ouro, Prata ou Bronze –, as demais perguntas são avaliadas utilizando uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre pontos extremos, em que 1 significa discordo totalmente, 5 representa concordo totalmente e 3 que é o ponto neutro da escala (MALHOTRA, 2012). O questionário utilizado está apresentado no APÊNDICE C. Assim como no *checklist* dos descritores, os níveis da escala estão sendo pressupostos equidistantes, informação clarificada aos respondentes, viabilizando assumir nível de mensuração intervalar para a escala e a consequente utilização de técnicas de análise estabelecidas para dados quantitativos (NORMAN, 2010). Dessa forma, é possível calcular o nível médio de cada organização no que diz respeito à utilização de práticas de GC total e por diferentes dimensões de práticas.

O instrumento utilizado agrupa as práticas de GC, em nove dimensões: 1) trabalho de supervisão (TS); 2) avaliação de desempenho baseado no conhecimento (ADC); 3) compensação baseada no conhecimento (CBC); 4) *design* organizacional (DEO); 5) gestão estratégica do conhecimento (GEC); 6) recrutamento baseado em conhecimento (RBC); 7) tecnologia da informação e comunicação (TIC); 8) treinamento e desenvolvimento baseado no conhecimento (TDC); e 9) mecanismos de aprendizagem (MA) (INKINEN; VANHALA; Kianto, 2015).

As nove (9) dimensões do instrumento escolhido para este estudo contemplam trinta e nove (39) práticas, apresentadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Instrumento para identificar as práticas de GC

Dimensão	Indicador	Práticas de GC
Trabalho de Supervisão (TS)	TS1	Incentivo aos funcionários para compartilhar conhecimentos no local de trabalho, por parte do supervisor.
	TS2	Incentivo aos funcionários o questionamento do conhecimento existente.

	TS3	Entendimento de que os funcionários cometem erros e veem-nos como oportunidades de aprendizagem.
	TS4	Valorização de ideias e pontos de vista dos colaboradores, considerando as mesmas.
	TS5	Promoção de discussão de forma igualitária no local de trabalho.
	TS6	Compartilhamento do conhecimento de maneira aberta e igualitária por parte da supervisão.
	TS7	Atualização contínua dos supervisores quanto aos seus conhecimentos.
Avaliação de desempenho baseado no conhecimento (ADC)	ADC1	O compartilhamento do conhecimento é um dos nossos critérios para avaliação do desempenho do trabalho.
	ADC2	A criação de novos conhecimentos é um dos nossos critérios para avaliação do desempenho do trabalho.
	ADC3	A capacidade de aplicar o conhecimento adquirido de outras pessoas é um dos nossos critérios para o trabalho.
Compensação baseada no conhecimento (CBC)	CBC1	A empresa recompensa os funcionários por compartilhar conhecimento.
	CBC2	A empresa recompensa os funcionários pela criação de novos conhecimentos.
	CBC3	A empresa recompensa os funcionários pela aplicação do conhecimento.
<i>Design</i> Organizacional (DEO)	DEO1	Os funcionários têm a oportunidade de participar da tomada de decisão na empresa.
	DEO2	Os deveres de trabalho são definidos de forma a permitir a tomada de decisão independente.
	DEO3	A interação informal é ativada entre os membros da nossa organização.
	DEO4	As reuniões presenciais são organizadas quando necessário. Se for preciso, forma-se grupos de trabalho com membros que possuem habilidades e conhecimento em uma variedade de campos.
	DEO5	Grupos de trabalho constituídos por membros que possuem habilidades e conhecimento em uma variedade de campos.
	DEO6	Quando necessário, nossa empresa faz uso de várias comunidades especializadas.
Gestão estratégica do conhecimento (GEC)	GEC1	A estratégia é formulada e atualizada com base no conhecimento e nas competências da empresa.
	GEC2	A estratégia aborda o desenvolvimento de conhecimento e competências.
	GEC3	O conhecimento estratégico e a competência são sistematicamente comparados com os concorrentes.
	GEC4	A responsabilidade pela gestão estratégica do conhecimento foi claramente atribuída a uma pessoa específica.
Recrutamento baseado em	RBC1	Atenção especial à experiência relevante.
	RBC2	Atenção especial à capacidade de aprendizagem e desenvolvimento.

conhecimento (RBC)	RBC3	A capacidade dos candidatos de colaborar e trabalhar em várias redes é avaliada.
Tecnologia da informação e comunicação (TIC)	TIC1	A tecnologia é utilizada para permitir busca e descoberta eficiente de informações.
	TIC2	A tecnologia é utilizada para permitir a comunicação interna em toda a organização.
	TIC3	A tecnologia é utilizada para se comunicar com partes externas interessadas
	TIC4	A tecnologia é utilizada para analisar o conhecimento, a fim de tomar melhores decisões.
	TIC5	A tecnologia é utilizada para coletar conhecimento comercial relacionado a seus concorrentes, clientes e ambiente operacional, por exemplo.
	TIC6	A tecnologia é utilizada para desenvolver novos produtos e serviços com partes externas interessadas.
Treinamento e desenvolvimento baseado no conhecimento (TDC)	TDC1	Os funcionários têm a oportunidade de aprofundar e expandir seus conhecimentos.
	TDC2	A empresa oferece treinamento que fornece aos funcionários conhecimento atualizado.
	TDC3	Os funcionários têm a oportunidade de desenvolver sua competência por meio de treinamento adaptado às suas necessidades específicas.
	TDC4	As necessidades de desenvolvimento dos funcionários são discutidas regularmente com eles.
Mecanismo de Aprendizagem (MA)	MA1	Coleta sistemática das melhores práticas e lições aprendidas.
	MA2	Utilização sistemática das melhores práticas e lições aprendidas.
	MA3	Transferência de conhecimento de funcionários experientes para inexperientes por meio de mentorias, aprendizagem e orientação para o trabalho.

Fonte: Inkinen, Kianto e Vanhala (2015).

Os dados correspondentes às práticas de GC foram coletados pelo método de levantamento de dados tipo *Survey*, com auxílio do *Google Forms*, com envio do questionário por meio *on-line*, utilizando *e-mail* e *Whatsapp*, de forma individual, aos gestores das 24 organizações certificadas, entre os meses de fevereiro e março de 2023. De acordo com Creswell e Creswell (2021), projetos de levantamento ajudam os pesquisadores a responderem quantitativamente tendências, atitudes e opiniões de uma população ou testes para associações entre variáveis de uma população. Obteve-se 22 respostas distribuídas entre gestores e gestores fisioterapeutas, sendo que os últimos representam o grupo de respondentes que acumula as duas funções na organização: fazer a gestão e manter a prestação de serviço na assistência fisioterapêutica.

Na coleta adotou-se um enfoque transversal, ocorrendo em um período determinado (FINK, 2009). Sendo assim, as análises apresentadas refletem as organizações de saúde quando o estudo foi realizado. As respostas foram avaliadas de forma confidencial e anônima.

A coleta de dados foi realizada considerando o nível organizacional, tendo como objetivo obter as informações dos gestores dessas organizações, sendo considerados nível estratégico e/ou gerencial. Muitos gestores, entretanto, atuam também como fisioterapeutas, na prática de assistência dessas organizações.

A Figura 5 apresenta os dois instrumentos de pesquisa, representando o contexto para o qual eles foram utilizados.

Figura 5 - Etapas da coleta de dados



Fonte: Elaborado pela Autora.

3.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS E TESTES DE HIPÓTESES

As análises dos dados foram realizadas com apoio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, da *International Business Machines (IBM)* versão 23. A aplicação das técnicas estatísticas está descrita nas seções a seguir.

3.5.1 Estatísticas descritivas

Para caracterizar a situação das organizações em relação aos escores dos descritores, nos momentos de diagnóstico e auditoria, assim como as práticas de gestão do conhecimento, foram calculadas médias e variâncias, respectivamente, com a média fornecendo uma noção de

tendência central das respostas obtidas e a variância uma noção de dispersão do quão homogêneas são as respostas obtidas nos descritores. Da mesma forma, foram construídos gráficos com a distribuição relativa dos escores percebidos em cada item.

Para a quantificação e análise dos dados que permitem observar o avanço (desempenho) de cada organização analisada, nos descritores do momento do diagnóstico para a auditoria, foram calculadas as diferenças relativas entre os escores médios dos descritores, em cada organização, para o total e para os grupos de itens.

Em seguida, foram calculadas as correlações de postos de Spearman (SPEARMAN, 1904) para que fosse possível quantificar a direção e a intensidade da relação monótona entre as respostas de cada par de itens de descritores tanto no diagnóstico quanto na auditoria.

Da mesma forma, utilizando também o coeficiente de Spearman, foram calculadas as associações entre o avanço relativo das organizações nos descritores do diagnóstico para a auditoria e, também, o nível médio de utilização de práticas de gestão do conhecimento geral para todos os itens de descritores. Ou seja, associando todas as dimensões de práticas investigadas com todos os descritores de qualidade analisados e práticas de GC para pares de grupos de descritores e de práticas de GC. O intuito foi de perceber a existência, ou não, de relação entre a utilização de práticas de GC e os avanços nos descritores, possibilitando, também, a percepção de relação entre práticas, em diferentes dimensões de itens de GC, com o avanço em grupos específicos de descritores.

Nesse momento, foram calculados, ainda, os resultados para diferentes universos de organizações, descritos por:

- 1) Geral: contempla todas as 22 organizações com registro de descritores e práticas de GC;
- 2) Entre diferentes níveis da escala alcançada dos descritores no momento inicial (diagnóstico situacional de qualidade).
 - Nível 1: contempla as 11 organizações com registro de descritores e práticas de GC que apresentaram os menores níveis médios gerais nos itens de descritores no momento de diagnóstico (ponto de partida mais baixo);
 - Nível 2: contempla as 11 organizações com registro de descritores e práticas de GC que apresentaram os maiores níveis médios gerais nos itens de descritores no momento de diagnóstico (ponto de partida mais elevado);

3) Entre os diferentes tipos de resultados alcançados após a auditoria final, isto é o Selo conquistado

- Selo Bronze: contempla as 4 organizações com registro de descritores e práticas de GC que apresentaram selo bronze nos níveis dos itens de descritores no momento de diagnóstico;
- Selo Prata: contempla as 11 organizações com registro de descritores e práticas de GC que apresentaram selo prata nos níveis dos itens de descritores no momento de diagnóstico;
- Selo Ouro: contempla as 7 organizações com registro de descritores e práticas de GC que apresentaram selo ouro nos níveis dos itens de descritores no momento de diagnóstico.

Em termos teóricos, o coeficiente de correlação de postos de Spearman (SPEARMAN, 1904) é entendido como uma medida de correlação não paramétrica, aplicável a variáveis em nível de mensuração de razão, intervalar ou ordinal. Ou seja, pode, também, ser calculado para variáveis qualitativas, capturando relações monótonas, com valores que variam entre -1 e 1. Quanto mais próximo de -1 for o valor do coeficiente calculado, mais forte (relação bem definida) e negativamente (inversamente) relacionadas de forma monótona são as variáveis. Quanto mais próximo de 1, mais forte e positivamente relacionadas são as variáveis ou seja quando há aumento em uma espera-se encontrar valores mais altos na outra. Quanto mais próximo de zero for o valor do coeficiente, menos monotonamente relacionadas são as variáveis analisadas (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003).

Para fins de classificação da magnitude da associação, foram considerados as seguintes referências, conforme Quadro 10.

Quadro 10 - Relação de grupos de práticas de gestão do conhecimento e quantidade de itens de cada

Coeficiente de Spearman	Classificação
Abaixo de $ 0,10 $	Muito fraca
De $ 0,10 $ a $ 0,30 $	Fraca
Entre $ 0,30 $ e $ 0,70 $	Moderada
De $ 0,70 $ a $ 0,90 $	Forte
Acima de $ 0,90 $	Muito forte

Fonte: Elaborado pela Autora.

3.5.2 Testes de hipóteses

Na sequência da análise estatística, foram conduzidos testes de hipóteses, cabendo destacar que um teste de hipóteses é uma técnica de estatística inferencial e que, portanto, tem por objetivo utilizar evidências amostrais para se chegar a conclusões sobre parcelas maiores, um todo referenciado por população alvo de interesse (BUSSAB; MORETTIN, 1987).

No presente caso, é como se fossem conduzidos testes de hipóteses para poder concluir que as hipóteses validadas com a amostra de organizações investigadas devem, provavelmente, existir no universo total de clínicas e serviços hospitalares de fisioterapia que compõem a população alvo da pesquisa

Mais especificamente, foram utilizados testes não paramétricos. Uma classe de testes de hipóteses que não consideram pressupostos sobre o modelo de distribuição que define o comportamento das variáveis em análise. Nesse sentido, são adequados e muito utilizados em contextos de distribuições desconhecidas, amostras pequenas e variáveis, de interesse qualitativo (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003).

Para que as conclusões sejam confiáveis, parte-se do pressuposto de que a amostra de clínicas e serviços hospitalares investigada foi definida seguindo uma amostragem probabilística, com método aleatório simples. Nesse contexto, como a amostra é pequena, os testes de hipóteses só vão concluir pela significância das alterações, entre os dois períodos analisados, em caso de evidências amostrais suficientemente grandes, com decisões sustentadas pela teoria da probabilidade (MEYER, 1983).

No momento de testar a existência de alterações significativas dos descritores, foram considerados os testes de hipóteses não paramétricos para duas amostras pareadas do sinal dos postos de Wilcoxon (SIEGEL; CASTELLAN, 1988) e do coeficiente de concordância de Kendall (SIEGEL; CASTELLAN, 1988), ambos adequados para o contexto de interesse: comparar as notas atribuídas pelos respondentes entre os momentos de diagnóstico e de auditoria (duas amostras), sendo as unidades amostrais, clínicas e serviços hospitalares, as mesmas em ambas as mensurações (amostras pareadas).

O primeiro, teste do sinal dos postos de Wilcoxon (SIEGEL; CASTELLAN, 1988), compara os registros obtidos nos dois momentos para fins de testar a seguinte hipótese nula (H₀): **H₀** - *A mediana dos valores registrados no item é igual no diagnóstico e na auditoria.*

Com tal hipótese nula sendo rejeitada quando houver indícios suficientes de diferenças significativas entre as medianas, com conclusão em favor da hipótese alternativa (H1) definida por: **H1** - *A mediana dos valores registrados no item é diferente no diagnóstico e na auditoria.*

Quando rejeitarmos H0, portanto, tem-se evidências suficientes para crer que há, de fato, uma alteração na mediana das notas do item do momento do diagnóstico para o momento da auditoria, no universo de clínicas e serviços hospitalares que passam pelo processo.

O segundo, teste para o coeficiente de concordância de Kendall (SIEGEL; CASTELLAN, 1988) serve, também, para a comparação de registros de variáveis de duas amostras pareadas, porém com hipótese nula (H0) definida por: **H0** - *A distribuição dos valores registrados no item é igual no diagnóstico e na auditoria*, contrastada por uma hipótese alternativa (H1) que diz: **H1** - *A distribuição dos valores registrados no item é diferente no diagnóstico e na auditoria.*

Sob outra ótica, é como se o teste estivesse considerando, sob hipótese nula, que as duas amostras são derivadas de uma mesma população, ou de populações com mesmo comportamento em relação à variável. Caso haja evidências amostrais suficientes para se rejeitar H0, a conclusão indicará que deve, certamente, haver uma alteração no comportamento da distribuição de valores do item no momento do diagnóstico para o momento da auditoria, no universo de clínicas e serviços hospitalares que passam pelo processo.

Em seguida, foi realizado um teste não mais com o intuito de comparação das notas dos itens entre os momentos de diagnóstico e auditoria, mas sim com interesse na comparação entre grupos. Ou seja, para fins de detectar a existência de diferenças nas notas atribuídas aos itens de cada grupo. Para tanto, foram construídas novas variáveis, uma para cada grupo, geradas a partir da nota média atribuída por cada clínica ou serviço hospitalar para os dois itens do grupo.

Nesse sentido, foi realizado outro teste de hipóteses, não paramétrico, pelos mesmos motivos anteriores. E como estão sendo comparados mais de dois grupos (mais de duas amostras) relacionados (pareadas), um teste adequado é a Análise de Variância (ANOVA) por postos, de Friedman, para amostras relacionadas (SIEGEL; CASTELLAN, 1988), executado em quatro contextos:

- 1) comparação, entre grupos 1, da distribuição dos valores médios registrados nos itens no diagnóstico;

- 2) comparação, entre grupos 1, da distribuição dos valores médios registrados nos itens na auditoria;
- 3) comparação, entre grupos 2, da distribuição dos valores médios registrados nos itens no diagnóstico;
- 4) comparação, entre grupos 2, da distribuição dos valores médios registrados nos itens na auditoria.

Com hipóteses nula (H_0) e alternativa (H_1) estabelecidas por: **H_0** - *A distribuição dos valores médios registrados é igual em todos os grupos de itens* e **H_1** - *A distribuição dos valores médios registrados é diferente em pelo menos um grupo de itens*.

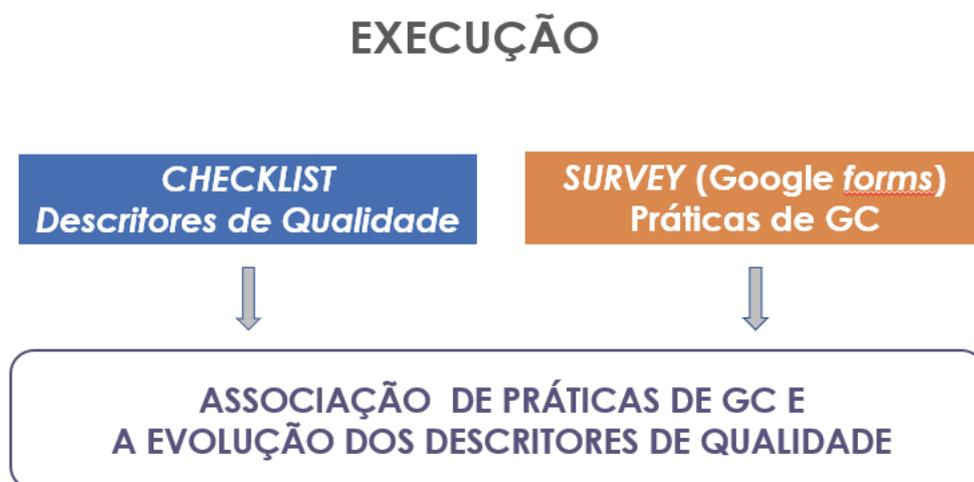
No momento de testar a existência de associação entre os níveis médios dos descritores nos momentos de diagnóstico e auditoria, assim como a existência de associação entre a utilização de práticas de GC e os avanços nos níveis dos descritores do diagnóstico para a auditoria, a técnica utilizada foi o teste de hipóteses para o coeficiente de correlação de postos não paramétrico de Spearman, que atua com fins de testar a seguinte hipótese nula (H_0): **H_0** - *O coeficiente de Spearman é igual a 0 (inexistência de associação entre as variáveis)*.

Com tal hipótese nula sendo rejeitada quando houver indícios suficientes de associação significativa entre as variáveis, com conclusão em favor da hipótese alternativa (H_1) definida por: **H_1** - *O coeficiente de Spearman é diferente de 0 (existência de associação entre as variáveis)*.

Quando se rejeita H_0 , portanto, tem-se evidências suficientes para crer que há, efetivamente, uma associação entre as variáveis consideradas no âmbito da população alvo de interesse da pesquisa.

Os métodos e técnicas apresentados suportam e possibilitam realizar a análise da hipótese proposta para esta tese, sendo que os resultados serão descritos e interpretados no Capítulo 4. Importante entender que os construtos práticas de GC e descritores de qualidade foram as variáveis ordinais e contínuas utilizadas para fins de quantificação da associação entre elas (SPEARMAN, 1904). Tem-se, assim, como quantificar a força da associação entre a realização de práticas no âmbito de cada grupo de descritores analisados. A Figura 6 demonstra as etapas de execução da pesquisa, representando os dois instrumentos utilizados e a associação investigada entre eles.

Figura 6 - Etapas de execução da pesquisa

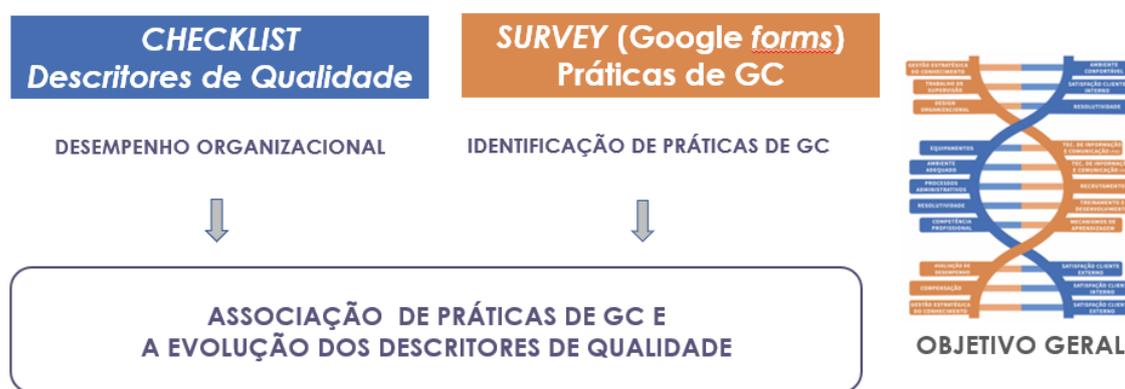


Fonte: Elaborado pela Autora.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados e a análise da pesquisa. Iniciando com a caracterização da amostra das organizações participantes da pesquisa, seguindo com a apresentação das análises das estatísticas de forma descritiva e, por fim, o estudo dos testes de hipóteses, permitindo a realização das associações pretendidas. Finaliza-se com a apresentação das discussões dos resultados desta tese. A Figura 7 mostra as etapas em que os resultados da pesquisa serão apresentados na sequência da caracterização da amostra

Figura 7 - Etapas de apresentação dos resultados



Fonte: Elaborado pela Autora.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS

A amostra desta pesquisa é caracterizada por 22 organizações de saúde prestadoras de serviços de fisioterapia, consideradas intensivas em conhecimento no Brasil (ALVESSON, 2004), que participam de Programa de Certificação de Qualidade, sendo que todas conquistaram o Selo de Certificação de Qualidade em diferentes níveis (FENAFISIO, 2018). Os motivos pelos quais as organizações, voluntariamente, buscam por um selo de qualidade é variado. No entanto, uma certificação sinaliza quais organizações fornecem serviços aceitáveis para consumidores, financiadores e partes interessadas, identificando desempenho organizacional ruim, satisfatório ou excelente (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). A ANS incentiva o setor de saúde no entendimento de uma melhor entrega de assistência ao usuário final, assim como estabelece políticas de variabilidade de reajuste contratual entre as partes quando as organizações são certificadas.

O tempo médio de atuação das organizações certificadas no mercado de saúde é de 21 (vinte e um) anos atuando na prestação de serviços de fisioterapia, com variação de 45 (quarenta

e cinco) anos no mercado, para a mais antiga, e, a mais nova, 4 (quatro) anos de atuação. Em relação ao número de colaboradores, as organizações informaram a média de 51 (cinquenta e um) colaboradores, com uma variação de 7 a 270 colaboradores, entre as áreas administrativa e técnica. Outra questão relevante em relação às clínicas de fisioterapia e serviços de fisioterapia hospitalares é a forma de contratação: 1) para a área administrativa, muitos colaboradores são contratados pela legislação trabalhista vigente, com exceção de serviços de contabilidade e, muitas vezes, as áreas de faturamento, que são terceirizadas; 2) os profissionais da área técnica operacional variam entre contratação pela legislação trabalhista, contratação como pessoa jurídica, como profissional liberal ou profissional autônomo.

No Brasil, dados do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) registraram 30.389 empregados na atividade de fisioterapia no ano de 2021 (SEBRAE, 2021). As microempresas agruparam 53,6% do total de empregados, as pequenas empresas agruparam 24,5%, as grandes empresas agruparam 18,3% e as médias empresas agruparam 3,59% do total de empregados. Do total de empresas com registro até 2023, 85,2% correspondem a Microempresa (ME), 5,84% correspondem a Empresa de Pequeno Porte (EPP) e 9% correspondem a outros. Em relação ao gênero 84,3% da força de trabalho é feminina. As pesquisas do SEBRAE apontam que, em 2023, foi registrada uma taxa de criação de empresas de 75,5 % na atividade de fisioterapia.

Essa variabilidade pode ser relevante e impactar em decisões estratégicas, assim como no contexto de modelo de gestão e na parte de recursos humanos.

Quanto ao perfil dos respondentes, o questionário foi enviado aos gestores das organizações pesquisadas. Desses, 51,4% dos respondentes são fisioterapeutas que assumiram a função exclusiva de gestor de sua empresa e os demais são gestores e fisioterapeutas, característica dessa amostra. Ressalta-se que, na grande maioria, o gestor é fisioterapeuta e que assume a responsabilidade de gestão, deixa de atuar como fisioterapeuta, por ser o fundador e ou sócio fundador da organização. São profissionais sem formação primária de gestão e que, empiricamente, assumem a gestão de seu próprio negócio.

Das organizações pesquisadas, 65,52% possuem de 7 a 49 colaboradores que, segundo a classificação adotada pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2021), são empresas de pequeno porte; e 34,48 % são de médio porte, tendo de 50 a 270 colaboradores.

Em relação à certificação de qualidade e ao selo propriamente conquistado, o programa de certificação define 3 (três) níveis de selo: 1) nível de Excelência: Ouro; 2) nível Pleno: Prata; e 3) nível Certificado: Bronze. No Quadro 11, exibe-se a descrição das organizações, o tipo de serviço prestado e o nível de selo conquistado.

O modelo de avaliação da qualidade analisado é um modelo desenvolvido especificamente para serviços de fisioterapia, considerando as especificidades da profissão (MANDELLI, 2016). Com isso, quando avaliados os serviços prestados em locais de terceiros, como dentro de hospitais, alguns descritores podem não contemplar determinado critério de qualidade, como os do grupo de estrutura física, por se entender que não há gerenciamento desses itens, no caso, pela empresa terceirizada.

Quadro 11 - Caracterização da amostra da pesquisa

Tipo de Prestação de Serviço	Quantidade	Estados	Nível de Certificação	Porte da Empresa
Serviços Hospitalares	5	Belém	3 Nível Ouro	3 empresas de médio porte
		Maranhão		
		Distrito Federal		
		Pernambuco	2 Nível Prata	1 empresas de pequeno porte
		Paraná		1 empresa de médio porte
Serviços Ambulatoriais	17	Distrito Federal	4 Nível Ouro	1 empresa de grande porte
		Paraná		3 empresa de médio porte
		Santa Catarina		
		Pernambuco	9 Nível Prata	1 microempresa
		Distrito Federal		7 empresas de pequeno porte
		Paraná		1 empresa de médio porte
		Santa Catarina		
		Pernambuco	4 Nível Bronze	1 microempresa
		Goiás		2 empresas de pequeno porte
Mato Grosso	1 empresa de médio porte			

Fonte: Elaborado pela Autora.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO AOS DESCRITORES DE QUALIDADE

Inicialmente, fez-se a mensuração da evolução dos descritores de qualidade nas organizações, de modo a verificar mudanças a partir da medição dos resultados da qualidade. O estudo estatístico contemplou análises estatístico-descritivas e testes de hipóteses não paramétricos, utilizando o *Software SPSS*. O tratamento dos dados coletados foi realizado por

meio de testes de métricas (antes x depois), gráficos por distribuição das respostas de cada descritor no momento do diagnóstico e da auditoria, considerando os níveis de escala de conformidades. Também foram utilizados testes de hipóteses não paramétricos (antes x depois) e testes de hipóteses não paramétricos entre os grupos de descritores onde aplicou-se análise de variância (ANOVA) por postos, de Friedman, para amostras relacionadas (SIEGEL; CASTELLAM, 1988). Os resultados são apresentados de forma descritiva, sendo que, nesta etapa, foram investigadas todas as organizações certificadas pela FENAFISIO no Brasil, ou seja, 24 organizações.

Os itens avaliados relacionados à qualidade, neste estudo denominados descritores de qualidade, são padrões (critérios) específicos de uma metodologia de certificação. Esses critérios retratam, gerencialmente, através da confirmação de adoção de processos organizacionais que garantem que determinado procedimento está sendo realizado dentro da organização, conforme estabelecido, com isso, garantindo segurança e confiabilidade, premissa de programas de certificação. Avaliando o desempenho organizacional nos aspectos da qualidade, social e humano.

A identificação da especificidade dessa metodologia de certificação, assim como a confirmação da evolução dos descritores dentro da escala de conformidades, torna-se relevante por ser uma metodologia que representa aspectos técnico-científicos da assistência fisioterapêutica em organizações prestadoras de serviços de fisioterapia. Os descritores de qualidade são padrões (critérios) que compõem a definição de qualidade sob a perspectiva do fisioterapeuta e as particularidades inerentes à prestação de assistência fisioterapêutica como um todo, aspectos assistenciais, gerenciais e estruturais, que representam a gestão em serviços de fisioterapia. Para finalizar este tópico, identifica-se os descritores e seus respectivos grupos (Quadro 12), que representam especificamente a existência de processo organizacional definido e relacionado aos aspectos relevantes e indicativos de qualidade em uma organização de saúde, que são avaliados na metodologia pesquisada (FENAFISIO, 2018; MANDELLI, 2016).

Quadro 12 - Descritores e seus respectivos grupos

Grupo	Grupo	Descritores
Estrutura Física	Ambiente confortável G1	Barulho, iluminação, ventilação, temperatura, tamanho.
Estrutura Física	Ambiente adequado G2	Privacidade, organização, limpeza, espaço ergonômico, acessibilidade interna, acessibilidade externa.
Estrutura Física	Equipamentos G3	Quantidade de equipamentos, equipamentos calibrados.
Estrutura Administrativa	Processos administrativos G4	Modelo de gestão, gestão financeira, atendimento ao cliente, programa de integração e capacitação,

		normatização de processos assistenciais, normatização de processos administrativos.
Prestação de Serviço	Equidade G5	Agendamento, tempo de atendimento, paciente por hora.
Prestação de Serviço	Competência profissional G6	Grau de especialização, desempenho profissional, aperfeiçoamento externo, vínculo terapeuta-paciente.
Prestação de Serviço	Segurança G7	Gerenciamento de risco, conformidades com órgãos regulatórios, utilização de EPIs, protocolos clínicos, prontuário.
Prestação de Serviço	Resolutividade G8	Plano de tratamento, tempo de tratamento, objetivo de tratamentos alcançados, adesão aos protocolos.
Satisfação	Satisfação cliente interno G9	Flexibilidade de horários, educação continuada, remuneração, plano de carreira.
Satisfação	Satisfação cliente externo G10	Capacidade de envolver o paciente nas decisões, capacidade de escutar o paciente, registro de reclamações, questionário de satisfação.

Fonte: Elaborado pela Autora.

Esses dados estão descritos na Tabela 1, que apresenta métricas (antes x depois), sintetizando e comparando a média e a variância dos escores de cada item, isto é, cada descritor de qualidade, no momento do diagnóstico e da auditoria, sendo que sua análise viabiliza a percepção por descritor, com maior e menor nível de evolução entre os dois períodos (diagnóstico situacional e auditoria final). Ponderando que a média proporciona uma noção de tendência central das respostas obtidas em cada descritor, a variância fornece uma noção de dispersão, do quão homogêneas são as respostas obtidas em cada descritor. O “n”, indica a quantidade de respostas observadas em cada descritor, observando que serviços hospitalares não respondem a todos os descritores.

Tabela 1 - Medidas descritivas dos itens avaliados no diagnóstico e na auditoria

Continua

Média, variância e variação das notas por descritor, grupo 1 e grupo 2, no diagnóstico e na auditoria.								
Item	Grupo 1	Grupo 2	Diagnóstico			Auditoria		
			Média	Variância	n	Média	Variância	n
Barulho			4,47	0,78	19	4,79	0,38	19
Iluminação	Ambiente confortável		4,32	0,85	19	4,74	0,40	19
Ventilação			4,58	0,77	19	4,63	0,55	19
Temperatura			3,42	1,51	19	4,74	0,30	19
Tamanho		Estrutura física	4,79	0,38	19	4,79	0,38	19
Privacidade			4,63	0,55	19	4,79	0,38	19
Organização	Ambiente		4,05	1,00	19	4,26	0,93	19
Limpeza	adequado		4,16	2,13	19	4,84	0,24	19
Espaço ergonômico			3,74	2,19	19	4,16	0,98	19

Item	Grupo 1	Grupo 2	Diagnóstico			Conclusão		
			Auditoria			Média	Variância	n
			Média	Variância	n			
Acessibilidade interna			4,32	0,43	19	4,68	0,32	19
Acessibilidade externa			4,26	0,83	19	4,89	0,20	19
Quantidade de equipamentos			3,91	0,99	22	4,65	0,57	23
Equipamentos								
Equipamentos Calibrados			3,75	1,69	24	4,77	0,27	22
Modelo de gestão			2,46	2,66	24	3,67	1,89	24
Gestão financeira			3,75	0,94	24	4,13	0,44	24
Atendimento ao cliente			3,43	2,77	23	4,60	0,64	20
Programa de integração e capacitação	Processos	Estrutura	3,13	1,28	24	4,17	1,06	24
Normatização de processos administrativos	administrativos	administrativa	2,83	0,89	24	3,92	0,74	24
Normatização de processos assistenciais			2,96	1,37	24	3,92	1,16	24
Agendamento			5,00	0,00	20	5,00	0,00	19
Tempo de atendimento	Equidade		4,00	2,00	24	4,50	0,75	24
Número de pacientes por hora			3,83	1,64	24	4,58	0,66	24
Grau de especialização			2,38	2,65	24	3,58	0,58	24
Tempo de experiência	Competência		1,58	0,74	24	3,08	0,91	24
Aperfeiçoamento externo	profissional		1,21	0,33	24	2,08	0,49	24
Vínculo terapeuta-paciente			2,46	1,16	24	3,88	1,11	24
Gerenciamento de risco		Prestação de	1,92	2,58	24	3,74	1,15	23
Conformidade com órgãos regulatórios		serviços	3,17	2,64	24	4,67	0,56	24
Utilização de EPI's	Segurança		3,29	0,49	21	3,71	0,68	21
Protocolos clínicos			2,29	1,87	24	3,21	1,75	24
Prontuário			4,58	0,58	24	4,79	0,25	24
Plano de tratamento			2,67	3,06	24	3,67	2,64	24
Tempo de tratamento	Resolutividade		1,61	0,93	23	2,33	1,75	21
Objetivos alcançados			1,67	1,64	24	2,21	2,08	24
Adesão aos protocolos			1,63	1,73	24	2,25	2,35	24
Flexibilidade de horários			3,26	0,45	23	3,73	0,93	22
Programa de educação continuada	Satisfação de		1,50	1,08	24	3,54	1,33	24
Remuneração	clientes internos		3,50	0,25	24	3,50	0,50	24
Plano de carreira		Satisfação	1,33	0,56	24	2,79	2,00	24
Envolver o paciente nas decisões	Satisfação de		1,33	0,89	24	3,71	1,62	24
	clientes externos							
Capacidade de escuta			1,33	0,89	24	3,71	1,62	24
Registro de reclamações			2,54	2,58	24	3,63	1,15	24
Questionário de satisfação			3,00	2,83	24	4,46	0,83	24

Fonte: Elaborado pela Autora.

A sintetização e a comparação da média e da variância dos escores dos descritores dos subgrupos no momento do diagnóstico e da auditoria são apresentados na Tabela 2. Observe-se que a variação percentual indica o quanto a média e a variância dos descritores, em cada grupo, cresceram (+) ou diminuíram (-) do diagnóstico para auditoria. Sua análise viabiliza a percepção dos descritores dentro de um grupo.

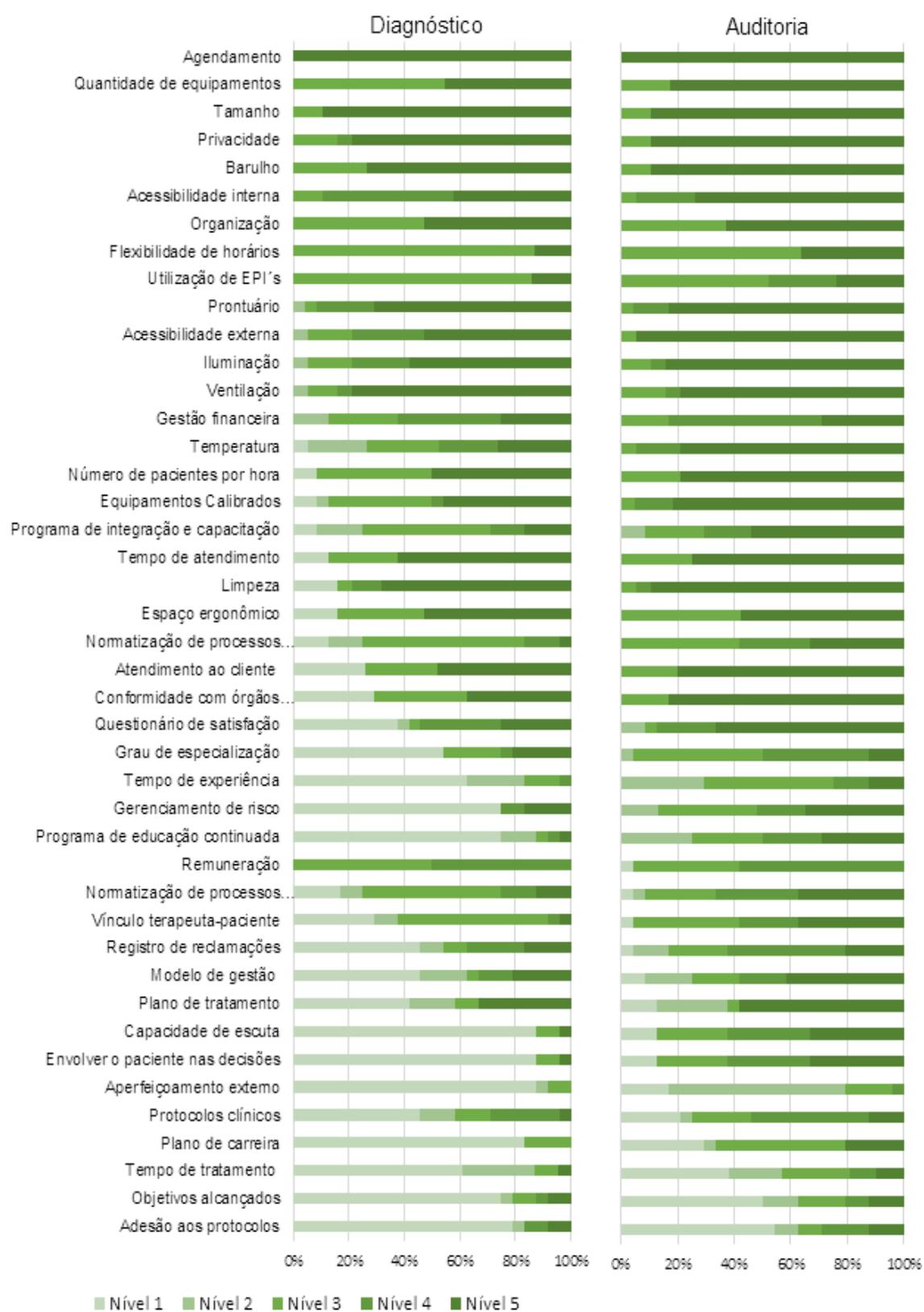
Tabela 2 - Medidas descritivas dos itens avaliados nos grupo 1 no diagnóstico e na auditoria

Grupo 1	Diagnóstico		Auditoria		Variação (%)	
	Média	Variância	Média	Variância	Média	Variância
Ambiente confortável	4,32	1,08	4,74	0,40	9,8	-62,5
Ambiente adequado	4,19	1,26	4,61	0,59	9,8	-53,2
Equipamentos	3,83	1,36	4,71	0,43	23,1	-68,6
Processos administrativos	3,09	1,82	4,05	1,08	31,0	-40,8
Equidade	4,24	1,53	4,67	0,55	10,3	-64,2
Competência profissional	1,91	1,50	3,16	1,24	65,6	-17,7
Segurança	3,04	2,54	4,03	1,26	32,6	-50,4
Resolutividade	1,89	2,05	2,62	2,60	38,5	26,7
Satisfação de clientes internos	2,39	1,56	3,38	1,32	41,6	-15,5
Satisfação de clientes externos	2,05	2,34	3,88	1,42	88,8	-39,3

Fonte: Elaborado pela Autora.

A sintetização e comparação da distribuição das respostas obtidas nos itens de cada grupo, por níveis de escala, no momento do diagnóstico e da auditoria, são apresentados em forma de gráficos de distribuição, representados no Gráfico 2. Sua análise viabiliza a percepção da evolução da distribuição das respostas entre os dois períodos. Esse formato de apresentação permite, também, a percepção de quais descritores são mais bem avaliados e quais menos. Os níveis de 1 a 5 correspondem às possíveis categorias de respostas dos itens avaliados, de 1 (pior) a 5 (melhor), e as barras coloridas indicam o percentual de respostas dos itens em cada nível.

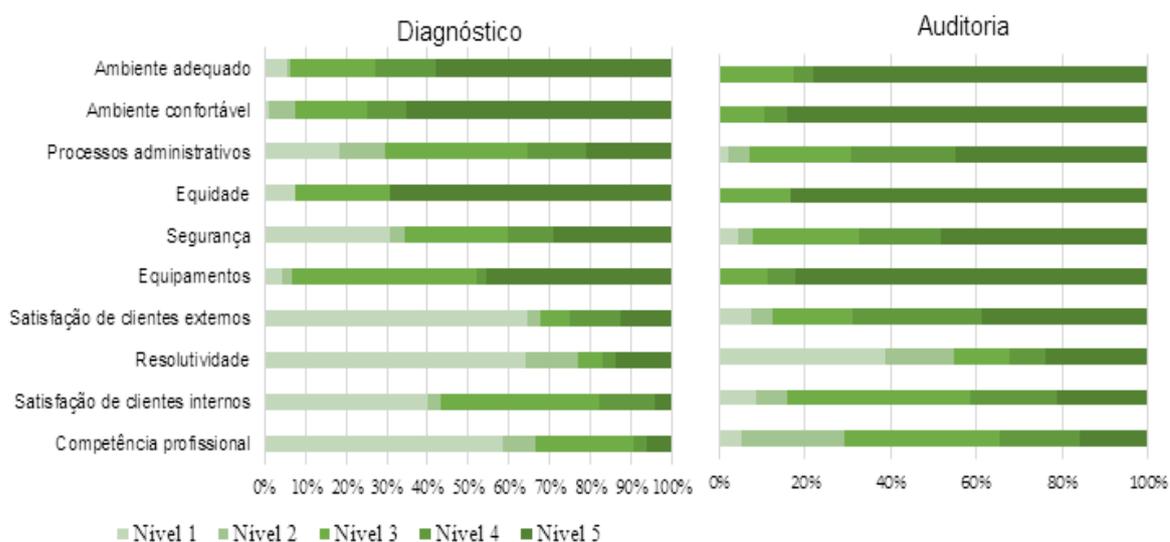
Gráfico 2 - Distribuição (%) das respostas de cada item no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala de conformidade



Fonte: Elaborado pela Autora.

Apresenta-se a mesma forma de análise, a mesma sintetização e comparação das respostas obtidas, agora nos descritores por subgrupos, mantendo-se a análise por níveis de escala de conformidade, no momento do diagnóstico e da auditoria. A ordenação por grupo, permite perceber quais são melhor e quais são pior avaliados (Gráfico 3).

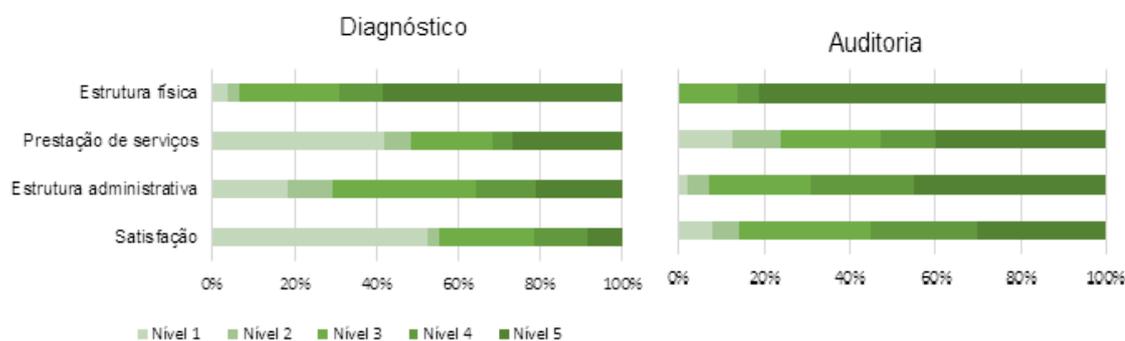
Gráfico 3 - Distribuição (%) das respostas dos subgrupos no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala



Fonte: Elaborado pela Autora.

E, por fim, Gráfico 4, apresenta-se a representação por grupos, por níveis de escala de conformidades no momento do diagnóstico e da auditoria, viabilizando a percepção da evolução da distribuição das respostas entre os dois períodos, sendo que a ordenação por grupos permite perceber quais são mais bem avaliados e quais menos.

Gráfico 4 - Distribuição (%) das respostas dos grupos 2 no diagnóstico e na auditoria, por níveis de escala



Fonte: Elaborado pela Autora.

Os testes de hipóteses não paramétricos pareados foram os escolhidos em função do tamanho da amostra e com o fim de evidenciar alterações estatisticamente significativas nas

notas atribuídas pelos respondentes entre os momentos do diagnóstico e da auditoria. As hipóteses construídas para essas análises foram apresentadas no Capítulo 3.

A seguir, estão listados os resultados por subgrupos e por grupos, Tabela 3 e Tabela 4, respectivamente. Os testes não paramétricos em relação a todos os descritores podem ser verificados no APÊNDICE D.

Tabela 3 - Significância dos testes não paramétricos de Wilcoxon e de Kendall, por subgrupos

Grupo 1	P-valor (significância)	
	Wilcoxon	Kendall
Ambiente confortável	0,001	0,000
Ambiente adequado	0,001	0,000
Equipamentos	0,000	0,000
Processos administrativos	0,000	0,000
Equidade	0,017	0,052
Competência profissional	0,000	0,000
Segurança	0,000	0,000
Resolutividade	0,000	0,000
Satisfação de clientes internos	0,000	0,000
Satisfação de clientes externos	0,000	0,000

Fonte: Elaborado pela Autora.

As informações representadas acima são descritas na análise onde P-valor (significância) é a métrica que indica a significância do teste para cada descritor, ou seja, permitiu concluir pela rejeição de H_0 , em favor da existência de uma diferença significativa na mediana (teste de Wilcoxon) ou na distribuição dos dados (teste de Kendall) em cada descritor e depois em cada subgrupo e grupo, entre os momentos de diagnóstico e de auditoria, ou não, pela aceitação de H_0 , quando não houver indícios amostrais suficientes para rejeitá-la. Toda vez que o p-valor for menor que o nível de significância do teste (usualmente definido como 0,05 ou 5%), a hipótese nula para aquele item específico será rejeitada.

Tabela 4 - Significância dos testes não paramétricos de Wilcoxon e de Kendall, por grupos

Grupo 2	P-valor (significância)	
	Wilcoxon	Kendall
Estrutura física	0,00	0,00
Estrutura administrativa	0,00	0,00
Prestação de serviços	0,00	0,00
Satisfação	0,00	0,00

Fonte: Elaborado pela Autora.

Os descritores marcados em negrito, na Tabela 3 e na Tabela 4, foram considerados significativos ao nível de 5%, sendo assim, apresentaram alteração significativa (de mediana e/ou distribuição) do diagnóstico para a auditoria. Mais especificamente houve alterações do momento do diagnóstico até a auditoria no universo total de clínicas e serviços hospitalares que passam pelo processo de certificação.

Cabe observar que não houve evidências amostrais suficientes para rejeitarmos H₀, no grupo equidade, mostrado na tabela 3. Esse descritor representa itens de avaliação da qualidade como a forma de agendamento de paciente e o tempo de atendimento. Esses descritores, muitas vezes, estão estabelecidos no modelo de gestão e no modelo de serviço estruturado e são características que não podem e/ou não precisam, de fato, ser alterados para melhorar a qualidade, pois já estão em um nível alto dentro da escala de conformidade no momento do diagnóstico.

Com os resultados analisados e descritos é possível atingir o primeiro objetivo específico: a existência de evolução dos descritores de qualidade. Pode-se observar a evolução individual de cada descritor e por grupo de descritores. Os dados revelam que as organizações que participam da certificação expandem o desempenho partindo da avaliação da qualidade que entregam. Com isso, reforça-se a possibilidade de programas de certificação serem entendidos como ferramentas de gestão. A pesquisa de Nicklin *et al.* (2017) corrobora que programas de certificação, incluindo a estrutura de qualidade, padrões, processos de avaliação e visitas de auditoria, servem para melhorar a qualidade, diminuindo a variação na prática operacional, tanto clínica quanto administrativa, fortalecendo uma cultura de qualidade. Isso alinha-se com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) que afirma que programas de certificação de qualidade na área da saúde são instrumentos aceitos e importantes nas atividades de melhoria da qualidade

Quando se observa os grupos de descritores que apresentam evolução mais significativa, ressalta-se aqueles relacionados à gestão de recursos humanos, que identificam como as organizações de saúde acompanham o desenvolvimento de seus times, assim como acompanham seus treinamentos internos e externos à organização e a existência de programas de seleção, integração e capacitação. Esses achados estão de acordo com Zimlichman *et al.* (2021), os quais consideram que o papel de programas de certificação é influenciar na construção de padrões de qualidade que permitem a avaliação de desempenho, discutem a necessidade de sistemas de aprendizagem contínua e citam a importância da análise do contexto

no qual essas organizações estão inseridas para identificar alavancas que podem influenciar esses padrões, facilitando a transferência de conhecimento.

Quanto ao grupo de descritores representativos de conformidades relacionadas à comunicação com o cliente interno e externo, esses são pontos que deveriam ser constantemente acompanhados. Observa-se, entretanto, uma evolução significativa desse grupo, o que, para a qualidade, dialoga com Nicklin; Engel e Stewart (2021) que justificam que a certificação deve contribuir para uma experiência de cuidado positivo para o usuário, mas que não se alcança esse objetivo sem o envolvimento ativo dos usuários do serviço, precisando abraçar totalmente o conceito de cuidado centrado na pessoa. Esse grupo de descritores representa um dos diferenciais dessa metodologia de certificação, que estimula a criação da comunicação entre as partes dando espaço para que os interesses dos clientes sejam levados em consideração. Esse ponto, de certa maneira, pode parecer redundante na área da saúde, mas muitos estudos discutem o papel do cliente, como ele participa e é envolvido no processo, e a responsabilidade de seu cuidado (FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015).

Gestores de organizações de saúde podem criar mecanismos para aumentar a qualidade, melhorar o desempenho e satisfazer os pacientes, assim como outras partes interessadas. Ainda, fornecer e implementar projetos que produzam dados adequados acerca da satisfação do envolvimento do cliente sobre a característica do serviço pode ajudar os sistemas e reconhecer o tamanho da influência do cliente interno (AKDERE, 2009; FARAJI-KHIAVI; GHOBADIAN; MORADI-JOO, 2015).

Os resultados desta pesquisa possibilitam confirmar que a metodologia utilizada nas organizações pesquisadas propicia uma evolução organizacional, a partir da avaliação de descritores de qualidade. Esse resultado encontra respaldo em Bernardino (2017), que relata que a metodologia de certificação é aplicada no nível organizacional e inclui todos os sistemas de prestação de serviços assistenciais e de gerenciamento. Esses achados impactam nas pesquisas em relação ao entendimento da repercussão gerada nas organizações de saúde a partir da participação em programas de certificação, mostrando que a implementação de metodologias de avaliação da qualidade gera melhorias factíveis nas organizações certificadas.

Após a apresentação descritiva dos dados analisados é possível reforçar, com autores como Braithwaite *et al.* (2006), Greenfield e Braithwaite (2008), Nicklin *et al.* (2017), Popa e Stefan (2019), Mitchell, Graham e Nicklin (2020) e Nicklin, Engel e Stewart (2021), que há necessidade de mais pesquisas na direção do entendimento do impacto e valor gerado para

organizações de saúde com a implementação de programas de certificação, ponderando que, sim, programas de certificação, certamente, proporcionam evolução nas organizações. Sendo assim, a próxima seção apresenta os resultados da etapa de identificação de práticas de gestão do conhecimento.

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DE GC

Para que pudesse ser confirmada a hipótese, isto é, se existe associação positiva de práticas de GC e os níveis de organizações de saúde certificadas, com a implementação de uma metodologia de certificação, foi preciso cumprir com o segundo objetivo específico: identificar as práticas de GC nas organizações de saúde participantes da pesquisa. Para isso, foi aplicado o questionário de práticas de GC apresentado no capítulo da metodologia. Das 24 organizações certificadas com o selo de qualidade, 22 responderam ao questionário de práticas de GC. Os dois gestores que não responderam ao questionário, justificaram motivos pessoais.

Os métodos estatísticos utilizados estão especificados no Capítulo 3, sendo assim, apresenta-se neste tópico, o resultado das análises da identificação da existência de práticas de GC nas organizações; na seção 4.3 tem-se os achados do cruzamento dos dados da evolução dos descritores de qualidade e da presença de práticas de GC nas organizações que fazem parte desta pesquisa.

A Tabela 5 mostra, de forma sintetizada, a média e a variância dos escores de cada dimensão avaliada nas organizações no que diz respeito à utilização de práticas de gestão do conhecimento. Sua análise viabiliza a percepção das dimensões de práticas e a quantidade de práticas em cada dimensão. De forma descritiva, os itens indicam a quantidade de práticas gerenciais observadas em cada dimensão de prática de GC verificada. A média fornece uma noção de tendência central das respostas obtidas em cada dimensão de práticas; a variância, fornece uma noção de dispersão, do quão homogêneas são (quanto maior, mais heterogênea) as respostas obtidas em cada dimensão e, por fim, “n” indica a quantidade de respostas observadas em cada dimensão de práticas de GC.

Tabela 5 - Medidas descritivas dos grupos de itens avaliados no questionário de práticas de gestão do conhecimento

Práticas de Gestão do Conhecimento	Itens	Média	Variância	n
Trabalho de Supervisão (TS)	7	3,89	1,78	22
Gestão Estratégica do Conhecimento (GEC)	4	4,29	0,63	22
Recrutamento Baseado em Conhecimento (RBC)	3	4,29	0,63	22
Treinamento e Desenvolvimento baseado no Conhecimento (TDC)	4	4,65	0,46	22
Avaliação de Desempenho baseada no Conhecimento (ADC)	3	4,09	1,11	22
Compensação Baseada no Conhecimento (CBC)	3	3,53	1,73	22
Mecanismo de Aprendizagem (MA)	3	4,29	0,93	22
Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)	6	4,47	0,51	22
Design Organizacional (DEO)	6	4,44	0,72	22
Geral	39	4,35	0,93	22

Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação aos resultados do questionário de práticas de GC respondido pelos gestores, apresenta-se, a seguir, de forma descritiva, o que emergiu dos respondentes. Destacase as dimensões investigadas, as práticas de GC especificamente questionadas e o percentual de respostas na escala *likert*, isto é, o percentual de concordo totalmente (escore 5) ao discordo totalmente (escore 1). Salienta-se que as dimensões de trabalho de supervisão e treinamento baseado em conhecimento, tiveram respostas acima de 80% com concordância total (escore 5) com a prática de GC investigada. O Quadro 13 descreve as práticas estratégicas de GC investigadas, referentes à dimensão trabalho de supervisão e o percentual de respondentes em cada uma delas.

Quadro 13 - Dimensão trabalho de supervisão x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
Incentivo aos colaboradores a compartilhar conhecimento no local de trabalho.	91%	8,6%	0	0	0
Incentivo aos colaboradores o questionamento do conhecimento existente.	80%	11,4%	5,7%	2,9%	0
Supervisores valorizam as ideias e o ponto de vista dos colaboradores levando-os em consideração.	91,4%	8,6%	0	0	0

Supervisores promovem a discussão de forma igualitária no local de trabalho.	82,9%	14,3%	0	0	0
Compartilham o conhecimento de maneira aberta e igualitária.	91,4%	8,6%	0	0	0
Os supervisores permitem a ocorrência de erros e veem como oportunidade de aprendizagem.	54,3%	40%	5,7%	0	0
Os supervisores atualizam continuamente seus próprios conhecimentos.	71,4%	22,9%	5,7%	0	0

Fonte: Elaborado pela Autora.

Observa-se intensidade considerável da existência de práticas de GC relacionadas, principalmente, na dimensão de trabalho de supervisão. As práticas de GC que representam esta dimensão são as práticas gerenciais que Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) vinculam à forma como essas organizações estabelecem sua cultura organizacional, dialogando com os autores que relacionam o trabalho de supervisão como fator crucial no desenvolvimento da cultura organizacional (INKINEN, 2016). Sustentadas na liderança, essas práticas de GC oportunizariam a criação de uma atmosfera de confiança e respeito entre os colaboradores da organização, proporcionando uma cultura criativa, construindo uma possibilidade de compartilhamento de conhecimento (ANJOS, 2020; HOLSAPPLE; SINGH, 2001). A gerência propiciando a implantação de uma cultura corporativa baseada em cooperação, e não na competição, formando líderes e, conseqüentemente, equipes multifuncionais, construindo ambientes e estabelecendo facilitadores para GC, para atividades que possibilitariam a transformação do conhecimento em ação (KARAMITRI *et al.*, 2020).

Esses resultados revelam o engajamento de como a organização lida com a gestão do conhecimento. Todavia, observou-se uma menor percepção de oportunidade de melhoria a partir de erros cometidos, o que, para organizações de saúde, sugere que o compartilhamento de lições aprendidas é, sem dúvida, fator relevante na qualidade da assistência. A gestão do conhecimento pode ajudar a reduzir erros e o controle efetivo, alcançado com o uso de sistemas de apoio à decisão clínica, tendem a resultar na redução de erros na prática clínica, assistencial, podendo impactar na melhoria da prestação de cuidados de saúde e na qualidade percebida (KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020).

Descreve-se, Quadro 14, as práticas estratégicas de GC investigadas, referentes à dimensão treinamento e desenvolvimento e o percentual de respondentes em cada uma delas.

Quadro 14 - Dimensão treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
Os colaboradores têm a oportunidade de aprofundar e expandir seu conhecimentos.	88,6 %	11,4%	0	0	0
A empresa oferece treinamentos que proporcionam aos colaboradores conhecimento atualizado.	82,9 %	5,7%	8,6%	2,9%	0
Os colaboradores têm a oportunidade de desenvolver competências por meio de treinamento adaptado às suas necessidades específicas.	79,4 %	8,8%	11,8%	0	0
As necessidades de desenvolvimento dos colaboradores são discutidas com eles regularmente.	60%	34,3%	5,7%	0	0

Fonte: Elaborado pela Autora.

As dimensões treinamento e desenvolvimento, recrutamento, avaliação de desempenho e compensação baseada em conhecimento estão relacionadas à gestão de recursos humanos. Esse conjunto de práticas pode ser definido como fatores habilitadores para gestão de recursos humanos em relação à gestão do conhecimento. Na dimensão treinamento e desenvolvimento foi identificado percentuais relevantes de existência de práticas que representam aplicação de cursos e seminários para a formação do colaborador, confirmando o que foi encontrado na literatura em relação a compartilhamento de conhecimento em organizações de saúde intensivas em conhecimento (DOROW *et al.*, 2019; KOTHARI *et al.*, 2011; POPA; STEFAN, 2019). Treinamento e desenvolvimento influenciam a base do conhecimento da organização, mantendo-a competitiva e atualizada (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015; SENGE, 1994), corroborando com Karamitri, Kitsios e Talias (2020) ao observarem que as organizações de saúde devem usar práticas de GC orientadas para recursos humanos. Tornando-se organizações mais conscientes da importância dos colaboradores para obter e manter vantagem competitiva e sustentável, justificando que a prestação de serviços de

saúde depende de tecnologias, mas a tomada de decisão final, no entanto, é feita por profissionais de saúde. Ou seja, é o conhecimento individual mobilizado em conhecimento organizacional.

Em relação à dimensão avaliação de desempenho baseado em conhecimento, exhibe-se, Quadro 15, as práticas estratégicas de GC investigadas e o percentual de respondentes em cada uma delas.

Quadro 15 - Dimensão avaliação de desempenho baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
O compartilhamento de conhecimento é um dos nossos critérios de avaliação do desempenho no trabalho.	51,4 %	22,9%	17,1	5,7%	2,9%
A criação de novos conhecimentos é um dos nossos critérios de avaliação do desempenho no trabalho.	51,4%	20%	14,3%	5,7%	8,6%
A capacidade de aplicar o conhecimento adquirido de outras pessoas é um dos critérios para o avaliação do desempenho no trabalho.	42,9 %	34,3%	17,1%	5,7%	0

Fonte: Elaborado pela Autora.

Especificamente em relação às práticas relacionadas à avaliação de desempenho pode-se analisar uma intensidade de respostas de escore 3, 2 e 1, onde o escore 3 representa o neutro, demonstrando a inabilidade das organizações em relação à avaliação da criação, compartilhamento e aplicação do conhecimento. O não envolvimento de atividades de GC relacionadas a identificar e utilizar o conhecimento. Essas práticas possibilitam a revisão regular do desempenho do colaborador, consideram o desenvolvimento de carreira dentro da organização e abordam a capacidade do indivíduo de criar, utilizar e disseminar o conhecimento, dentro da organização, fazendo uma ponte, inclusive, com as práticas de aprendizagem (ANJOS, 2020; INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015).

As práticas de GC relacionadas à dimensão recrutamento baseado em conhecimento são apresentadas no Quadro 16, assim como o percentual de respostas para cada prática estratégica questionada.

Quadro 16 - Dimensão recrutamento baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
Valorizamos especialmente o conhecimento relevante.	34,3%	37,1%	25,7%	0	2,9%
Valorizamos especialmente a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento.	68,6 %	25,7%	5,7	0	0
Valorizamos especialmente a capacidade dos candidatos de colaborar e trabalhar em várias redes.	51,4%	17,1%	31,4%	0	0

Fonte: Elaborado pela Autora.

A baixa intensidade de práticas na dimensão recrutamento baseado em conhecimento pode estar identificando uma inabilidade organizacional em relação às atividades de GC nestes aspectos da gestão de recursos humanos. Pondera-se que práticas que envolvem o recrutamento e treinamento são elementos fundamentais para a empresa. A capacidade de buscar novos talentos proporciona a entrada de conhecimentos, além da retenção de conhecimento organizacional com treinamento e desenvolvimento (VANHALA; RITALA, 2016).

Falta de motivação, resistência a mudanças, conhecimento específico da área não qualificado, falta de vontade de compartilhar informações, agregado à falta de comprometimento com a alta administração, uma estrutura sem suporte, não aprender com erros do passado, treinamentos inadequados, indisponibilidade de tempo e cultura organizacional são identificadas como barreiras para implementação de GC por Karamat *et al.* (2019).

O Quadro 17 mostra as práticas de GC relacionadas à dimensão compensação baseada em conhecimento e o percentual de respondentes para cada prática.

Quadro 17 - Dimensão compensação baseada em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
A empresa recompensa os colaboradores por compartilharem conhecimento.	34,3 %	17,1%	20%	17,1%	11,4%
A empresa recompensa os colaboradores pela criação de novos conhecimentos.	25,7 %	17,1%	34,3%	8,6%	14,3%
A empresa recompensa os colaboradores pela aplicação do conhecimento.	31,4 %	17,1%	34,3%	5,7%	11,4%

Fonte: Elaborada pela Autora.

As práticas de gestão de recursos humanos são entendidas como a maneira como é feita a gestão dos colaboradores dentro das organizações. Observa-se, na dimensão compensação baseada em conhecimento, atividades de GC relacionadas à forma de reconhecimento e recompensa que nem sempre precisam ser em valores monetários e econômicos, como normalmente acontece. Funções de GRH, que incluem, além de recrutamento, remuneração, avaliação de desempenho e treinamento e desenvolvimento possuem a missão de encontrar e selecionar colaboradores mais adequados e usar mecanismos adequados de remuneração e compensação para reter e extrair o melhor dos colaboradores. Inkinen, Kianto e Vanhala (2015) argumentam que, tradicionalmente, os colaboradores são avaliados com base em seu desempenho econômico, porém um sistema baseado em GC poderia destacar atividades de conhecimento, como compartilhamento, criação e utilização de conhecimento. Os autores enfatizam que a probabilidade de os colaboradores contribuírem para atividades de conhecimento aumenta quando eles são valorizados tanto ou mais do que quando recompensados em valor econômico e desempenho econômico.

Apresenta-se abaixo, Quadro 18, as práticas de GC relacionadas à dimensão mecanismos de aprendizagem baseados em conhecimento e o percentual de respostas para cada uma delas.

Quadro 18 - Dimensão mecanismos de aprendizagem baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
O conhecimento é transferido de colaboradores experientes para inexperientes por meio de mentoria,	65,7 %	20%	8,6%	5,7%	0

aprendizagem e orientação para o trabalho.					
A empresa coleta, sistematicamente, as melhores práticas e lições aprendidas.	40%	34,3%	20%	0	5,7%
A empresa faz uso, sistemático, das melhores práticas e lições aprendidas.	51,4 %	34,3%	11,4%	0	2,9%

Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação à dimensão aprendizagem baseada em conhecimento, foi identificado presença considerável de respostas relacionadas à transferência de conhecimento entre os colaboradores. Esse resultado é reforçado pela literatura no que tange às organizações de saúde, onde o conhecimento assistencial precisa ser transferido para que a assistência à saúde e o atendimento ao cliente seja realizado. Popa e Stefan (2019) observam que o conhecimento é particularmente importante para os profissionais da saúde, considerando a natureza de seu trabalho e a sua cultura profissional. Práticas colaborativas são incentivadas nessas organizações para conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito, pontuam os autores. Entretanto, observa-se que as respostas de escore 1 apresentam uma oportunidade de melhoria em coleta e, pode-se dizer também, de armazenamento sistemático e/ou de rotina das melhores práticas e lições aprendidas.

Criação, compartilhamento, armazenamento e utilização do conhecimento são especialmente desafiadores nas organizações de saúde, em função da natureza do conhecimento manifestado pela complexidade do sistema, pelo impacto do erro na assistência à saúde, a disponibilidade de conhecimento envolvido na prática assistencial e o alto custo da prestação de cuidados em saúde (EL MORR; SUBERCAZE, 2010; POPA; STEFAN, 2019).

Karamat *et al.* (2019) discutem barreiras que dificultam a adoção de GC pelas organizações de saúde. De acordo com os autores, barreiras organizacionais influenciam negativamente a adoção de GC na área da saúde. Apontam a falta de confiança entre os colaboradores, indisponibilidade de tempo e restrição no fluxo do conhecimento, falta de recursos financeiros, relutância em usar a tecnologia, conhecimento tecnológico suficiente, alta rotatividade de colaboradores, não ter espaço para discussão de erros e cultura organizacional desfavorável. Dialogam, nesse sentido, com Popa e Stefan (2019) ao observarem que a GC e as práticas de GC em organizações de saúde são evidenciadas na perspectiva da prática baseada

em evidências, na resolatividade assistencial, onde existe conhecimento técnico, científico e de tecnologia disponível em abundância.

Em pesquisa publicada pelo Manpowergroup, o setor de saúde aparece em 4º lugar em escassez de talentos, tanto no Brasil quanto no mundo, e cita atividades como aprendizado, treinamento, recrutamento, seleção, criação de redes de comunidades de talentos fora da organização e o incentivo para o desenvolvimento de carreira como uma estratégia para superar o gargalo da escassez (MANPOERGROUP, 2022).

As práticas relacionadas à tecnologia da informação baseada em conhecimento, são apresentadas no Quadro 19, assim como o percentual de respostas para cada um das práticas investigadas.

Quadro 19 - Dimensão práticas de TI baseado em conhecimento x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
A tecnologia é utilizada para permitir a busca e descoberta de informações eficientes.	68,6 %	20%	11,4%	0	0
A tecnologia é utilizada para permitir a comunicação interna em toda a organização.	65,7%	28,6%	5,7%	0	0
A tecnologia é utilizada para se comunicar com as partes externas interessadas.	71,4 %	22,9%	5,7%	0	0
A tecnologia é utilizada para analisar o conhecimento a fim de tomar melhores decisões.	62,9%	25,7%	11,4%	0	0
A tecnologia é utilizada para coletar conhecimento de negócios relacionados a seus concorrentes, clientes e ambiente operacional.	48,6%	28,6%	20%	2,9%	0
A tecnologia é utilizada para desenvolver novos produtos e serviços com partes externas interessadas.	42,9%	31,4%	20%	2,9%	2,9%

Fonte: Elaborado pela Autora.

Observa-se intensidade significativa de práticas de TI baseadas em conhecimento. Os resultados corroboram com a literatura, quando descrevem GC no ambiente de saúde, onde as

estratégias de tecnologia são estáticas, pouco suportam o compartilhamento de conhecimento, tendo em vista a cultura dominante alicerçada em práticas baseadas em evidência, enfatizando a informação e o acesso à pesquisa, tendo como consequência menos atenção e uso do conhecimento tácito na prestação dos cuidados em saúde (DOROW *et al.*, 2019; KOTHARI *et al.*, 2011).

Os resultados possibilitam inferir que as pequenas e médias empresas tendem a não ter uma política explícita voltada para práticas de GC, tendendo a tratá-las em nível operacional, ou seja, em nível de sistemas e instrumentos (DURST; EDVARDSSON, 2012). Kothari *et al.* (2011) sugerem que as experiências de GC no setor empresarial, em TICs, podem contribuir para o avanço do atual *status quo* de GC na área da saúde. Karamat, *et al.* (2019) exploram as práticas de tecnologia e informação baseadas em conhecimento como habilitadores da GC em organizações de saúde.

No Quadro 20, apresenta-se as práticas de GC relacionadas à dimensão gestão estratégica do conhecimento e competência e o percentual de respostas em cada prática.

Quadro 20 - Dimensão gestão estratégica de conhecimento e competência x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
Nossa empresa é formulada e atualizada com base no conhecimento e nas competências da empresa.	71,4%	25,7%	2,9%	0	0
Nossa estratégia considera o desenvolvimento de conhecimentos e competências.	91,4 %	8,6%	0	0	0
Nosso conhecimento estratégico e nossas competências são sistematicamente comparados com os concorrentes.	20%	28,6%	22,9%	17,1%	11,4%
A responsabilidade pela gestão estratégica do conhecimento foi claramente atribuída a uma pessoa específica.	20%	11,4%	28,6%	17,1%	22,9%

Fonte: Elaborado pela Autora.

Para Durst e Edvardsson (2012), GC em pequenas e médias empresas apresenta como características processos de planejamento de negócios e tomada de decisão limitados a apenas uma pessoa. Observam a especificidade dessas empresas, em especial, o fato de proprietários-gerentes assumirem posição central. Estar envolvidos nas demandas do dia a dia da

organização, assumindo várias funções, resultaria em falta de tempo para questões estratégicas, o que, somado à escassez de recursos financeiros, poderia impactar no fato de a manutenção de grande parte do conhecimento estar nas mentes do proprietário e de alguns colaboradores-chave, não utilizando mecanismos formais de armazenamento de conhecimento, assim como o compartilhamento do mesmo. O que dialoga com os achados desta pesquisa e com as características da amostra estudada. Em pequenas e médias empresas, sublinhar os objetivos estratégicos dos proprietários e, conseqüentemente, a cultura criada é um tema em foco para o crescimento empresarial explorando a capacidade dessas PMEs de absorver e gerir o conhecimento (CIEZA, 2020).

Inkinen (2016) aborda a gestão estratégica de GC associada a resultados de desempenho não apenas financeiros da empresa, mas também associado à liderança, em uma perspectiva de aprendizado e crescimento de processos internos de negócios e uma perspectiva para o cliente.

Popa e Stefan (2019) ressaltam a existência de evidência de que as estratégias de GC, adotadas nas organizações de saúde, beneficiam colaboradores, paciente e a saúde pública em geral.

Assim, entende-se que a competitividade de uma organização da área da saúde depende da eficácia da gestão do conhecimento e o processo de compartilhamento de conhecimento ajuda o engajamento sustentável nesse ambiente (AKDERE, 2009; MITCHELL; GRAHAM; NICKLIN 2020; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021).

O Quadro 21 representa as práticas de GC relacionadas à dimensão *desing* organizacional e as respostas para cada uma das práticas investigadas.

Quadro 21 - Dimensão *desing* organizacional x percentual de respondentes no escore da escala *likert*

Percepção dos Respondentes	Escore 5	Escore 4	Escore 3	Escore 2	Escore 1
Nossos colaboradores têm a oportunidade de participar da tomada de decisão na empresa.	60%	28,6%	11,4%	0	0
A responsabilidade de cada colaborador é definida de uma maneira que permite tomada de decisão autônoma.	54,3%	25,7%	14,3%	2,9%	2,9%
A interação informal é incentivada entre os membros da nossa organização.	68,6%	20%	11,4%	0	0

Reuniões presenciais são organizadas quando necessário.	85,7%	8,6%	2,9%	2,9%	0
Com frequência, utilizamos grupos de trabalho com membros que possuem habilidade e conhecimento de uma variedade de setores.	65,7%	17,1%	8,6%	8,6%	0
Quando necessário, nossa empresa faz uso de comunidade de especialistas.	60%	22,9%	14,3%	2,9%	0

Fonte: Elaborado pela Autora.

Inkinen (2016) aponta que estudos de práticas de gestão do conhecimento, destinadas a apoiar a gestão das organizações, indicam que a criação de funções e unidades específicas foi um fator direcionador de desempenho da empresa mais eficiente do que a descentralização genérica do poder. Observa-se, no Quadro 21, intensidade de atividades de GC por meio de reuniões presenciais ou grupo de trabalhos, corroborando com o referencial de que questões de desenho organizacional facilitarão a alavancagem do conhecimento em uma organização (INKINEN; Kianto; VANHALA, 2015).

Popa e Stefan (2019) observaram que a qualidade da assistência, do atendimento propriamente dito, tem uma influência maior pelos processos de GC do que os resultados econômicos. Além disso, ressaltam como benefício a redução de erros assistenciais, por oferecer ferramentas de apoio à decisão baseadas em regras e raciocínio estabelecidos. Esta pesquisa reforça os estudos de Popa e Stefan (2018) que enfatizam a crescente importância atribuída à identificação dos impactos da GC nos resultados sociais, incluindo a satisfação dos colaboradores, a satisfação e o estado de saúde do paciente e os resultados econômicos, ou seja, desempenho econômico e competitividade.

Em relação à tomada de decisão, Orzano *et al.* (2008) observam que a prestação de cuidados de saúde envolve uma quantidade considerável de informação e conhecimento, nem sempre devidamente sistematizada, acessível ou da melhor forma. Sendo assim, um processo de decisão formalizado ajuda a dar sentido ao conhecimento, incentivando a criação, o acesso e o compartilhamento de novos conhecimentos e apoiando ações coletivas, influenciando na aprendizagem organizacional. Além disso, o estabelecimento e a utilização de equipes multidisciplinares e multifuncionais pode estimular a criação de conhecimento, enquanto uma estrutura rígida e hierárquica retarda os fluxos de conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1995).

Os resultados expostos no Quadro 21 fornecem dados para analisar proposições referentes a possíveis barreiras percebidas para adoção de práticas de gestão do conhecimento e como a gestão da qualidade poderia auxiliar.

Karamat *et al.* (2019) observam que possíveis barreiras organizacionais para implantação de GC nas organizações seriam objetivos de GC conflitantes com objetivos dos colaboradores. Reforçam que a rotatividade frequente de colaboradores, sistema de recompensa monetário inadequado, tarefas organizacionais não claras, falta de equilíbrio entre tecnologia da informação e pessoas somando-se ao custo de implementação da GC, a incerteza da implementação bem-sucedida, a estrutura e cultura sem suporte compõem o impedimento da implantação de GC nas organizações. Esta pesquisa corrobora com as observações feitas pelos autores. Situações, dentro das organizações, como lentidão na transferência de informações, compartilhamento de informações inúteis, informações imprecisas, quantidade demasiada de dados e informações, falta de tempo da equipe técnica para se manter atualizada foram identificadas como barreiras para implantação de GC por Karamitri, Kitsios e Talias (2020).

Neste sentido, Nonaka e Takeuchi (2021, p. 3) observa que “para que o conhecimento seja útil, concluiu-se que a criação do conhecimento deve ser emparelhada com a prática do conhecimento”. O autor refere-se ter percebido que a criação do conhecimento por si só não é suficiente para que seja útil e pondera que a criação do conhecimento pode trazer novos conhecimentos, mas não a sabedoria para usá-las adequadamente e que a criação do conhecimento é sobre adquirir, acessar, acumular, codificar e armazenar conhecimento. Os mesmos podem ser incorporados em novos produtos, sistemas, métodos e novas tecnologias, estruturas organizacionais, assim como outras formas de inovação. Nonaka (2021) diz que a prática do conhecimento está relacionada à aplicação do conhecimento, colocando-o em uso, disseminando-o e convertendo-o em ação.

Os estudos de GC no setor empresarial avançam no desempenho organizacional como forma de utilização do conhecimento como recurso estratégico. Embora as estratégias de GC estejam sendo discutidas fortemente na literatura, o conceito e implementação de GC no setor de saúde floresce, proporcionando uma oportunidade ideal para explorar adequadamente os sistemas de captura, compartilhamento e armazenamento de conhecimento (KOTHARI *et al.*, 2011). Provocando, desse modo, a reflexão profunda sobre como conciliar os conceitos de tradução do conhecimento para ação e gestão do conhecimento para processos e processos de cuidados de saúde ideais e, por fim, resultados em saúde (KOTHARI *et al.*, 2011).

A utilização do conhecimento é a etapa final e a finalidade da GC inserida nos serviços de saúde, sendo que o uso do conhecimento pode ser facilitado por sistemas de apoio à decisão clínica e gerencial (AKDERE, 2009; BOLISANI *et al.*, 2018; POPA; STEFAN, 2019).

Por fim, apresentados os achados em relação às práticas de GC nas organizações de saúde pesquisadas, percebe-se oportunidades de ações gerenciais voltadas ao uso do conhecimento como ativo estratégico gerador de valor, evidenciando possíveis barreiras, facilitadores e habilitadores para implementação da GC nas organizações de saúde com as características desta amostra.

4.4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS EM RELAÇÃO À ASSOCIAÇÃO DE PRÁTICAS DE GC E A EVOLUÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Nesta seção, apresenta-se parte dos dados estatísticos e as análises descritivas dos mesmos, cumprindo com o terceiro objetivo específico, que é a quantificação do grau de associação e aplicação de testes de hipóteses não paramétricos para a significância da associação entre práticas de GC e a evolução nos descritores de qualidade.

Após as análises independentes da mensuração da evolução da qualidade nas organizações e da identificação e descrição das práticas de GC, realizou-se a análise para quantificação da associação entre as duas variáveis: práticas de GC e evolução dos descritores de qualidade.

Contempla-se, aqui, o terceiro objetivo específico e, com isso, responde-se à hipótese proposta pelo estudo:

H1: *Existe associação positiva das práticas de GC e os níveis de organizações de saúde certificadas*

De acordo com as recomendações de Phillips e Burbules (2000), o pesquisador coleta informações usando instrumentos de medição, procurando desenvolver afirmações relevantes e verdadeiras, as quais servem para explicar a situação de interesse ou descrever as relações causais de interesse.

Foi possível identificar os níveis de evolução das organizações de saúde e a média das práticas de GC em cada dimensão, calculando-se o coeficiente de correlação de postos não paramétricos de Spearman, para fins de quantificação da associação entre as duas variáveis. Os resultados se propuseram a quantificar a força da associação entre a realização de práticas no âmbito de cada grupo de descritor analisado e a alteração no nível médio de cada grupo de

descriptor (representando os níveis de evolução das organizações estudadas). O entendimento seria de que a organização com nível médio mais elevado (ou mais baixo) de um grupo de práticas de GC tende a apresentar patamares mais altos (ou mais baixos) de alteração no nível médio de um determinado grupo de descritores (período entre diagnóstico e auditoria).

Para possibilitar as análises, foram numerados os grupos de descritores de qualidade, correspondendo à forma como a metodologia de certificação está construída para avaliação da qualidade nas organizações, assim como está no *checklist* utilizado nas avaliações (diagnóstico e auditoria), objeto de estudo desta tese (Quadro 22).

Quadro 22 - Relação de grupo de descritores de qualidade e quantidade de descritor em cada grupo

Grupo 1	Itens	Grupo 2	Itens
G1. Ambiente confortável	5	G11. Estrutura física	13
G2. Ambiente adequado	6		
G3. Equipamentos	2		
G4. Processos administrativos	6	G22. Estrutura administrativa	6
G5. Equidade	3	G33. Prestação de serviços	16
G6. Competência profissional	4		
G7. Segurança	5		
G8. Resolutividade	4		
G9. Satisfação de clientes internos	4	G44. Satisfação	8
G10. Satisfação de clientes externos	4		
Geral	43	Geral	43

Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação às práticas de GC identificadas, para facilitar a visualização do leitor, apresenta-se (Quadro 23) as dimensões de práticas estratégicas de GC e a quantidade de práticas de cada dimensão investigadas (instrumento 2 da pesquisa).

Quadro 23 - Relação de dimensões de práticas de GC e quantidade de práticas em cada grupo

Grupo	Itens
Trabalho de Supervisão (TS)	7
Gestão Estratégica do Conhecimento (GEC)	4
Recrutamento Baseado em Conhecimento (RBC)	3
Treinamento e Desenvolvimento baseado no Conhecimento (TDC)	4
Avaliação de Desempenho baseada no Conhecimento (ADC)	3
Compensação Baseada no Conhecimento (CBC)	3
Mecanismo de Aprendizagem (MA)	3

Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)	6
Design Organizacional (DEO)	6
Geral	39

Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação aos diferentes níveis das organizações (Selo Ouro, Prata ou Bronze), para facilitar a visualização do leitor, apresenta-se (Quadro 24) a quantidade de organizações e o tipo de Selo conquistado, isto caracteriza os diferentes níveis de padrões de qualidade da amostra. Todavia, para confirmar a evolução das organizações em relação à mensuração dos descritores, optou-se por separar, como mais um dado estatístico, as organizações que apresentavam os descritores de qualidade em um nível inferior, no momento do diagnóstico – Nível 1, e organizações que apresentavam níveis mais altos no momento do diagnóstico – Nível 2. Possibilitando com isso, a visualização de que algumas organizações apresentam processos organizacionais em maior número e em padrões de qualidade mais elevados (dentro da escala de conformidade utilizada pela metodologia de certificação).

Quadro 24 - Relação níveis de certificação das organizações estudadas

Grupo	Organizações
Nível 1	11
Nível 2	11
Selo Bronze	4
Selo Prata	9
Selo Ouro	9
Geral	22

Fonte: Elaborado pela Autora.

As análises foram realizadas tanto para o universo total das 22 organizações que tiveram as práticas de GC identificadas quanto para dois grupos menores, justificando que as organizações Nível 1 correspondem à metade de organizações com menor nível médio geral dentro da escala de conformidades (escala de verificação dos descritores) e as organizações Nível 2, correspondem à outra metade das 22 organizações que apresentaram maior nível médio geral dentro da escala de conformidades. Pode-se, com isso, quantificar a associação da evolução das organizações com a presença de práticas de GC sem relacionar com o nível de certificação alcançado (Ouro, Prata ou Bronze)

Em termos teóricos, o coeficiente de correlação de postos de Spearman (SPEARMAN, 1904) é uma medida de correlação não paramétrica, aplicável a variáveis de mensuração de

razão, intervalar ou ordinal, podendo ser calculado com variáveis qualitativas, capturando relações monótonas, com valores que variam entre -1 e 1. Quanto mais próximo de -1 for o valor do coeficiente calculado, mais forte (relação bem definida) e negativamente (inversamente) relacionadas de forma monótona são as variáveis. Portanto, à medida que os valores de uma aumentam, espera-se encontrar valores mais baixos de outra (e vice-versa). Quanto mais próximo de 1, mais forte e positivamente relacionadas são as variáveis, sendo assim, quando há aumento de uma espera-se encontrar valores mais altos na outra. Todavia, quanto mais próximo de zero for o valor do coeficiente, menos monotonamente relacionadas são as variáveis analisadas (GIBBONS; CHAKRABORTI, 2003). Para fins de classificação da magnitude da associação, foram considerados os referenciais baseados no coeficiente de Spearman que descreve a natureza da associação como negativa ou positiva e a intensidade como, muito fraca, fraca, moderada, forte ou muito forte. As tabelas com os resultados do coeficiente de Spearman, são apresentados nos APÊNDICES E, F, G, H, I, J, K, L, M e N.

Após a verificação da quantificação das associações percebidas na amostra analisada, foram realizados testes de hipóteses, conforme descrito no Capítulo 3, subseção 3.5.2 da metodologia, para validação da hipótese de existência real de associação entre os pares de grupos de práticas de GC e descritores de qualidade.

Na Tabela 6, apresenta-se as associações percebidas nos testes de hipótese.

Tabela 6 - Associações significativas percebidas nos testes de hipóteses

Práticas de Gestão do Conhecimento	Grupo de Descritores	Natureza da Associação	Universo de Organizações
Geral	G8	Positiva forte	Prata
	G9	Positiva forte	Nível 1
Trabalho de Supervisão (TS)	G1	Positiva forte	Nível 1
	G2	Positiva forte	Nível 1
	G6	Positiva moderada	Nível 1
	G9	Positiva forte	Nível 1
Gestão Estratégica do Conhecimento (GEC)	G6	Negativa forte	Nível 2
	G9	Negativa moderada	Nível 2
Recrutamento Baseado em Conhecimento (RBC)	Geral	Positiva forte	Ouro
	G1	Positiva moderada	Todas
	G4	Positiva moderada	Ouro
	G5	Negativa moderada	Nível 1
	G6	Positiva moderada	Todas
	G7	Positiva forte	Ouro
	G22	Positiva moderada	Ouro

Continua

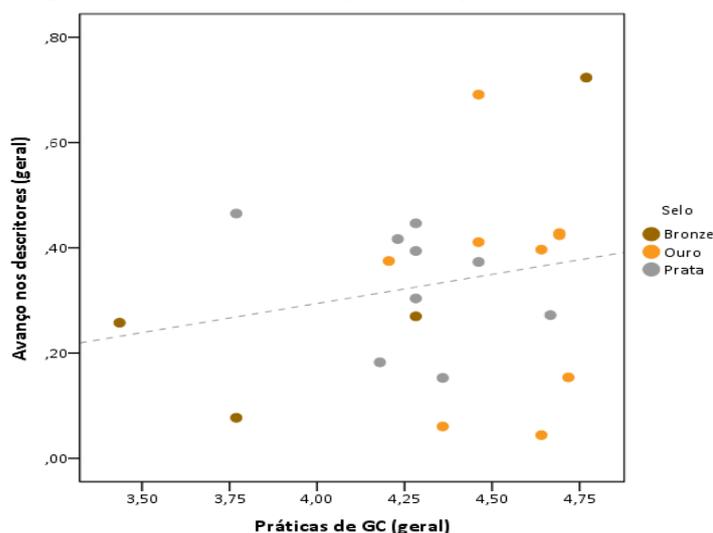
Práticas de Gestão do Conhecimento	Grupo de Descritores	Natureza da Associação	Continuação Universo de Organizações
Treinamento e Desenvolvimento baseado no Conhecimento (TDC)	Geral	Negativa moderada	Prata
	G1	Negativa muito forte	Prata
	G5	Negativa forte	Prata
	G7	Positiva moderada	Nível 1
	G8	Positiva moderada	Todas
	G33	Positiva moderada	Ouro
Avaliação de Desempenho baseada no Conhecimento (ADC)	G2	Negativa moderada	Todas
	G2	Negativa forte	Nível 2
	G2	Negativa muito forte	Prata
Compensação Baseada no Conhecimento (CBC)	-	-	-
Mecanismo de Aprendizagem (MA)	G3	Negativa moderada	Nível 2
	G3	Negativa forte	Prata
	G4	Negativa moderada	Nível 2
	G5	Positiva forte	Nível 2
	G6	Positiva forte	Prata
	G9	Positiva moderada	Todas
	G22	Negativa moderada	Nível 2
	G33	Positiva forte	Prata
Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)	Geral	Positiva moderada	Nível 1
	G1	Positiva muito forte	Nível 1
	G2	Positiva muito forte	Nível 1
<i>Design Organizacional (DEO)</i>	G4	Negativa moderada	Nível 2
	G4	Negativa forte	Prata
	G8	Positiva moderada	Todas
	G8	Positiva forte	Nível 1
	G22	Negativa moderada	Nível 2
	G22	Negativa forte	Prata

Fonte: Elaborado pela Autora.

Os resultados apresentados não demonstram evidências amostrais suficientes para acreditar em associação entre todas as dimensões de práticas de GC e a evolução das organizações considerando todos os descritores de qualidade avaliados.

Para fins de melhor visualização dos resultados, apresenta-se (Gráfico 5) um diagrama de dispersão, permitindo uma análise visual da relação entre as duas variáveis quantitativas medidas no estudo, relacionando o avanço geral dos descritores de qualidade, com as práticas totais investigadas.

Gráfico 5 - Relação entre o nível médio de práticas de GC e o nível médio de avanço nos descritores, nas organizações investigadas, segmentadas por selo de certificação



Fonte: Elaborado pela Autora.

Sugere-se, visualmente, a existência de associação entre as variáveis, organizações com níveis médios de práticas parecem apresentar um nível médio de avanço em geral, mais elevado que as demais. No entanto, o teste de hipótese não paramétrico realizado não detectou significância quando da tentativa de confirmação da existência destas associações como um todo. Os indícios presentes na amostra não foram suficientes para confirmação estatística. Chamou atenção o comportamento das organizações Ouro, que mostraram menor avanço dos descritores, entre o diagnóstico e a auditoria, supondo-se que essas apresentavam um nível mais alto na escala dos descritores no momento do diagnóstico.

Entretanto, quando se analisa a associação de todas as dimensões de práticas de GC com todos os grupos de descritores, percebe-se a relação da quantidade de práticas com a evolução da qualidade nos descritores dos grupos G8 e G9 no âmbito das organizações do tipo Prata e de Nível 1, respectivamente, com destaque para a relação com o grupo G9, detectada como positiva forte. O G8 é o grupo de descritores de qualidade relacionado à existência de processos organizacionais representativos de: plano de tratamento, tempo de tratamento, objetivos de tratamento alcançados e adesão aos protocolos e G9 é um conjunto de descritores

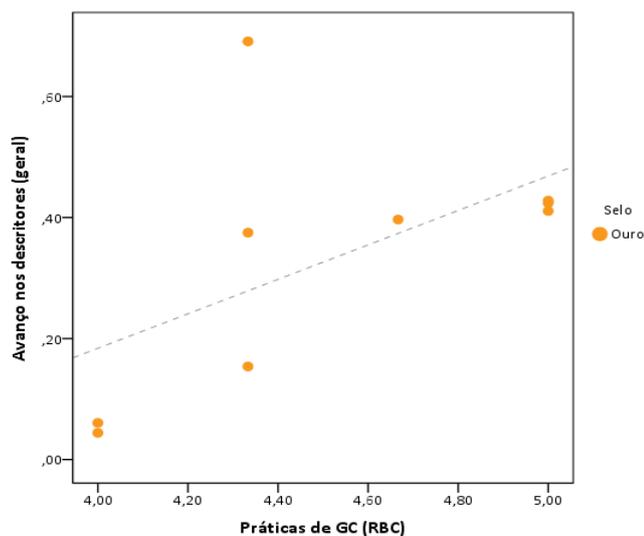
de qualidade relacionados a processos organizacionais representativos de: flexibilidade de horários, educação continuada, remuneração e plano de carreira. Sendo que o nível Prata de certificação de qualidade, é considerado nível pleno de critérios de qualidade, significando que a organização certificada Prata, possui descritores obrigatórios na escala de conformidade 4, descritores de qualidade I, na escala de conformidade 3, e descritores de qualidade III, demonstrando o desempenho organizacional da qualidade.

Assim, demonstrar a existência dessa associação possibilita confirmar a hipótese: há associação positiva entre práticas de GC e os níveis de organizações de saúde certificadas. Aprofundando a compreensão desses achados, resulta considerar-se os grupos de descritores G8 e G9 representativos de uma melhora no desempenho organizacional através da melhoria da qualidade. Ademais, esse conjunto de descritores é considerado representativo de conhecimentos estratégicos nessas organizações, pois representa um grupo de processos viscerais para tomada de decisão baseada no propósito da organização, alinhada com os objetivos do cliente (paciente) externo pois, para que o objetivo de tratamento seja traçado, deve haver um alinhamento com os objetivos do paciente, embasado no conhecimento técnico que pode ser disponibilizado. Outro aspecto são os descritores relacionados a plano de carreira e educação continuada, representando, por parte da organização, a construção de processo, relacionados a gestão de recursos humano, impactando no desenvolvimento do colaborador e, conseqüentemente, alinhando com os objetivos da organização.

Observou-se práticas de GC especificamente das dimensões RBC, TDC e TIC com relação significativa com a evolução dos descritores como um todo, nas organizações do tipo Ouro, Prata e Bronze, com destaque para a associação das práticas do tipo RBC, recrutamento baseado em conhecimento, identificada com positiva forte.

O Gráfico 6 apresenta o diagrama de dispersão com a análise da relação entre as práticas de GC da dimensão recrutamento baseado em conhecimento e a evolução dos descritores de qualidade, desempenho das organizações que conquistaram o nível Ouro.

Gráfico 6 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (RBC) e o nível médio de avanço nos descritores nas organizações de Nível Ouro

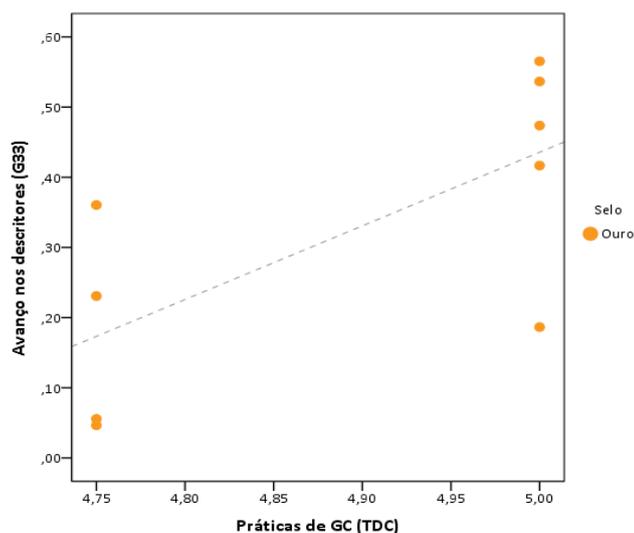


Fonte: Elaborado pela Autora.

Identificou-se relação significativa de práticas de GC, especificamente da dimensão TDC com a evolução dos descritores do grupo 33 (descritores do pilar prestação de serviço), nas organizações do tipo Ouro, identificada com positiva forte, e confirmada com o teste de hipótese não paramétrico (Gráfico 6). Esses resultados dialogam com a literatura quando aborda a gestão do conhecimento nas organizações de saúde como uma forma de compartilhamento de conhecimento (AKDERE, 2009; POPA; STEFAN, 2019).

No Gráfico 7, mostra-se a relação encontrada entre as práticas de GC relacionadas à dimensão treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento e os descritores de qualidade do grupo prestação de serviço (G33) nas organizações que conquistaram o nível Ouro.

Gráfico 7 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (TDC) e o nível médio de avanço nos descritores de G33 nas organizações de Nível Ouro



Fonte: Elaborado pela Autora.

Os achados vão ao encontro da literatura quando se argumenta que organizações de saúde pensam e agem com práticas de GC organizacionais focadas em produzir um bem maior, bem público, bastante intangível que são os cuidados em saúde, sua essência que é a prática assistencial, desfocando o olhar das práticas de GC gerenciais, administrativas e estratégicas (KARAMAT *et al.*, 2019; KOTHARI *et al.*, 2011). Todavia, o comportamento organizacional pode facilitar ou obstruir a adoção das práticas baseadas em evidências, que são justamente as decisões assistenciais baseadas nos resultados apresentados na literatura. Braithwaite *et al.* (2006) argumentam que é preciso identificar e iluminar os processos institucionais que dificultam ou facilitam a utilização e compartilhamento do conhecimento para aumentar a tomada de decisão baseada em evidências científicas de maneira a propagar e harmonizar os indicadores de desempenho clínico em todo setor de saúde, para a otimização e análise das melhores práticas.

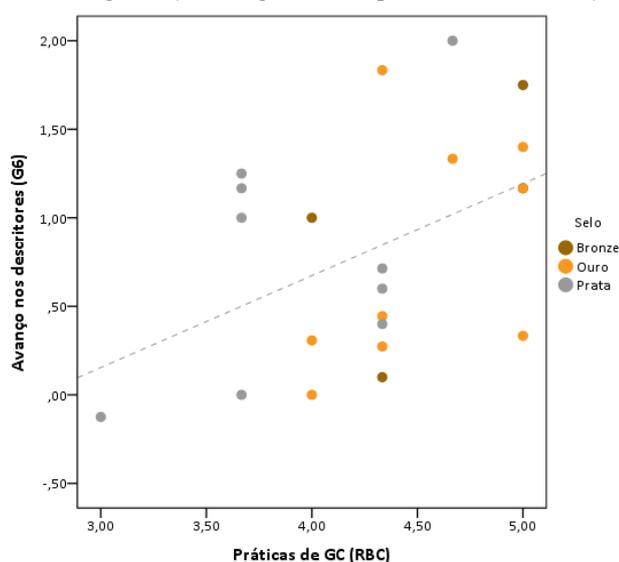
Os resultados do estudo mostram relação fraca de práticas de GC nas dimensões TS, GEC, CBC, sendo que a dimensão CBC, compensação baseada em conhecimento, não aparece em nenhum grupo avaliado, evidenciando o potencial para incorporações de práticas de GC em várias dimensões de conhecimento.

Na perspectiva do universo completo de organizações participantes da pesquisa, foram percebidas associações significativas entre:

I - Práticas da dimensão RBC e critérios de qualidade do grupo G6, relação positiva moderada - G6 é o grupo de critérios de qualidade relacionado à existência de processos organizacionais representativos de grau de especialização, avaliação de desempenho do colaborador, aperfeiçoamento externo e avaliação do vínculo terapeuta-paciente, critérios de qualidade que medem existência de processos organizacionais que avaliam e acompanham a competência profissional.

Gráfico 8 exibe a relação entre o nível médio de práticas de GC (RBC) e o nível médio de avanço nos descritores de G6 nas organizações, segmentadas por selo de certificação. Foi realizada a análise entre os critérios de qualidade do grupo G6 e as práticas de GC da dimensão recrutamento baseado em conhecimento em todos os níveis de evolução das organizações (selo Ouro, Prata e Bronze).

Gráfico 8 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (RBC) e o nível médio de avanço nos descritores de G6 nas organizações, segmentadas por selo de certificação

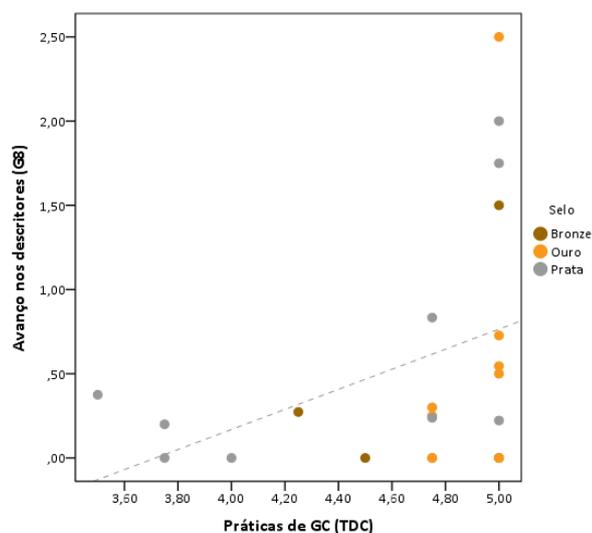


Fonte: Elaborado pela Autora.

II- Práticas da dimensão TDC, treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento e critérios do grupo G8, relação positiva moderada – G8 grupo de critérios de qualidade relacionados à resolutividade. No que tange à treinamento baseado em conhecimento, os achados reforçam o que está posto na literatura, que salienta que há necessidade de as organizações de saúde estarem preocupadas com o treinamento de suas equipes para a garantia de resolutividade (AKDERE, 2009; KOTHARI *et al.*, 2011).

Apresenta-se, Gráfico 9, a relação entre o nível médio de práticas de GC (TDC) e o nível médio de avanço nos descritores de G8 nas organizações, segmentadas por selo de certificação.

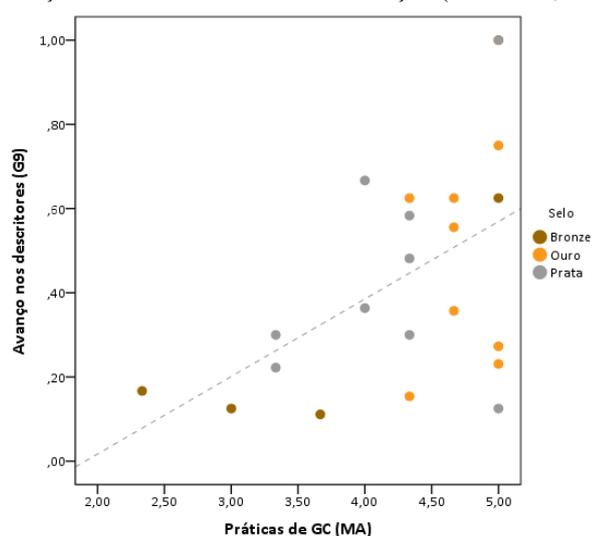
Gráfico 9 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (TDC) e o nível médio de avanço nos descritores de G8 nas organizações, segmentadas por selo de certificação



Fonte: Elaborado pela autora.

III- Práticas da dimensão MA, mecanismos de aprendizagem baseados em conhecimento e critérios do grupo G9, relação positiva moderada, justamente o grupo que tem como critério de qualidade a existência de processos relacionados a programa de educação continuada. No Gráfico 10 está expressa a relação entre o nível de práticas de GC da dimensão mecanismos de aprendizagem com o avanço nos descritores de qualidade do G9, segmentados por selo de certificação.

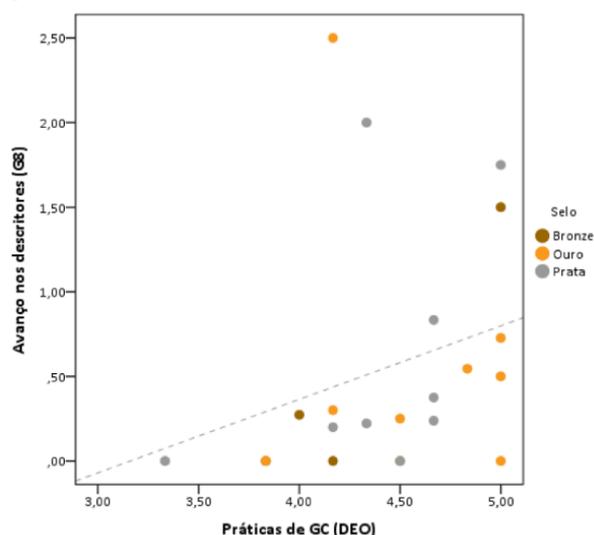
Gráfico 10 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (MA) e o nível médio de avanço nos descritores de G9 nas organizações em todos os níveis de evolução (selo Ouro, Prata e Bronze).



Fonte: Elaborado pela Autora.

IV- Práticas de GC da dimensão DEO, *design* organizacional, baseadas em conhecimento com critérios do grupo G8, relação positiva forte. Este grupo de descritores, representa a existência de processos assistências na organização relacionados a critérios de qualidade que avaliam o acompanhamento da resolutividade do tratamento fisioterapêutico. Impactando diretamente na avaliação da qualidade assistencial, clínica. No Gráfico 11, percebe-se a relação entre o nível de práticas de GC da dimensão *design* organizacional com o avanço dos descritores de qualidade do G8, segmentados por selo de certificação.

Gráfico 11 - Relação entre o nível médio de práticas de GC (DEO) e o nível médio de avanço nos descritores de G8 nas organizações em todos os níveis de evolução (selo Ouro, Prata e Bronze).



Fonte: Elaborado pela Autora.

Pontua-se que os resultados apresentados corroboram com a literatura quando descreve as dimensões gestão estratégica do conhecimento e *design* organizacional relacionadas ao conhecimento estratégico e a estrutura da organização facilitando ou dificultando atividades de GC. Reforçando o que autores trazem na relevância dos aspectos gerenciais nas organizações de saúde, gerando valor e sustentabilidade organizacional (AKDERE, 2009; KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020; NICKLIN; ENGEL; STEWART., 2021; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021).

Como forma de visualizar o todo dos achados nestes estudos, construiu-se um mapa de calor, Gráfico 12, apresentando as variáveis investigadas. De um lado o universo das organizações de saúde pesquisadas e o avanço dos padrões de qualidade e de outro as dimensões de práticas de GC identificadas.

Gráfico 12 - Mapa de calor

Universo: Todas as Organizações		Avanço nos Descritores														
		Geral	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G22	G33	G44
Utilização de Práticas de GC	Geral	0,19	0,18	-0,14	0,27	0,17	-0,24	0,15	0,05	0,39	0,32	0,17	0,01	0,17	0,06	0,28
	TS	0,38	0,35	0,29	0,33	0,24	-0,30	0,36	0,00	0,32	0,39	0,32	0,33	0,24	0,07	0,39
	GEC	-0,23	-0,34	-0,17	-0,14	-0,13	-0,09	-0,04	-0,26	0,17	-0,42	-0,21	-0,34	-0,13	-0,06	-0,34
	RBC	0,34	0,51	0,27	0,12	0,25	-0,28	0,46	0,31	0,23	0,18	0,24	0,28	0,25	0,37	0,29
	TDC	-0,07	0,11	0,02	0,24	0,04	-0,22	-0,19	0,38	0,46	0,27	0,12	0,03	0,04	0,28	0,22
	ADC	0,15	0,20	-0,53	0,34	0,25	-0,05	-0,02	0,25	0,16	0,37	0,14	-0,04	0,25	0,17	0,31
	CBC	-0,03	0,20	-0,09	0,10	-0,08	-0,25	0,06	0,08	0,07	0,22	-0,09	-0,04	-0,08	-0,07	-0,01
	MA	0,31	0,38	-0,07	-0,21	-0,03	0,19	0,34	0,11	0,31	0,45	0,25	-0,14	-0,03	0,32	0,42
	TIC	0,37	0,24	-0,09	0,34	0,29	0,16	0,15	-0,07	-0,10	-0,04	0,21	0,15	0,29	-0,10	0,17
	DEO	-0,07	0,16	-0,04	-0,24	-0,35	-0,01	-0,07	0,08	0,45	0,36	-0,06	-0,22	-0,35	0,07	0,10

Fonte: Elaborado pela Autora.

O Gráfico 12 sintetiza os resultados do coeficiente de Spearman e dos testes de hipóteses, demonstrando a relação de práticas de GC e a evolução das organizações de saúde. O quanto a presença de práticas de GC impacta na evolução das organizações de saúde, no caso a gestão do conhecimento sendo suportada pela presença de processos de qualidade definidos, estabelecidos e acompanhados, dando suporte para o uso do conhecimento como recurso acessível para a tomada de decisão. O campo da gestão do conhecimento e o campo da gestão da qualidade possuem o potencial de complementar os processos e áreas de negócios um do outro, possibilitando a melhoria de seus processos individuais, aumentando a eficácia e o desempenho organizacional. Akdere (2009) corrobora ao considerar a gestão do conhecimento como um elemento-chave no processo de gestão da qualidade. Os resultados apresentados contribuem com a literatura quando relacionam as práticas estratégicas de GC no processo de criação e utilização do conhecimento dentro das organizações de saúde. Assim como, diferente dos estudos que embasam esta tese, onde relatam a gestão do conhecimento para o compartilhamento de conhecimento na prática assistencial, na tradução do conhecimento disponível na literatura para tomada de decisão assistencial (prática baseada em evidência).

Sobre a descrição apresentada, constata-se que as dimensões treinamento e desenvolvimento baseado em conhecimento e mecanismos de aprendizagem apresentam associação positiva moderada e positiva forte, respectivamente, para descritores de qualidade relacionados à resolutividade para a prestação de serviço. Esses resultados atestam o que mostra a literatura: processos institucionais estruturados facilitam o engajamento em práticas de GC e,

consequentemente, a gestão do conhecimento. Constatando que a existência de processos organizacionais definidos, habilitam e mobilizam o conhecimento e, em vista disso, dão suporte às práticas de GC (AKDERE, 2009; KARAMAT *et al.*; 2019; KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020; KOTHARI *et al.*, 2011).

Em se tratando dos descritores de qualidade voltados para a satisfação do cliente externo e interno, onde se evidencia processos que garantem a existência de gerenciamento, por parte da organização, com o cliente, encontrou-se associação de natureza positiva forte na dimensão trabalho de supervisão, reforçando a cultura organizacional como fator estratégico, isto é, a cultura organizacional e práticas de GC, nesta dimensão, impacta no avanço desses critérios na escala de conformidade desse descritor. As respostas demonstram associação dessa dimensão em todas as organizações, direcionando a compreensão de que a metodologia de certificação utilizada habilita um avanço em aspectos da cultura organizacional. Nesse sentido, afirma-se que a mudança das relações de hierarquia na estrutura organizacional, aperfeiçoando as comunicações organizacionais e os arranjos físicos do local de trabalho, contribuem para melhorar a qualidade e aumentar a produtividade e o desempenho, otimizando recursos escassos por meio da gestão da qualidade e da gestão do conhecimento (AKDERE, 2009; KOTHARI *et al.*, 2011; MITCHELL *et al.*, 2020; ZIMLICHMAN *et al.*, 2021).

Por conseguinte, responde-se à pergunta de pesquisa: Como uma metodologia de certificação de qualidade, específica para organizações de saúde, contribui para gerar valor organizacional com a presença de práticas de gestão do conhecimento. O valor advém da habilitação, da mobilização do conhecimento dentro da organização. O valor organizacional é facilitado pela gestão da qualidade que constrói uma base uniforme de informações dentro da organização e, ao relacionar-se com as práticas estratégicas de GC, com atividades e ações organizacionais voltadas à gestão do conhecimento, proporcionando dinamicidade aos processos organizacionais.

Mitchel *et al.* (2020) afirmam que o verdadeiro valor de programas de certificação em saúde reside na contribuição para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, como um meio de estimular e apoiar o conhecimento para ação, valor-chave da certificação que precisa ser articulado. Ressalta, ainda, que a certificação é uma tradução do conhecimento, uma estrutura de ação planejada ou intervenção de implementação que busca melhorar e aumentar a absorção de evidências em organizações de saúde.

Nesta pesquisa, dialoga-se com as afirmações de Mitchel *et al.* (2020) quando se investiga as práticas de GC nessas organizações, onde o conhecimento está sendo utilizado, todavia há oportunidades de avanço na captação e utilização do conhecimento. Os autores reiteram que organizações que leem e aplicam os padrões propostos pelos relatórios da certificação, adquirem acesso a uma riqueza de conhecimento que apoia sua prática para “acompanhar o ritmo” referindo-se ao uso e ciclo de conhecimento para ação, criação, utilização e armazenamento do conhecimento.

Mitchel *et al.* (2020) e Faraji-Khiavi, Ghobadian e Moradi-Joo (2015) questionam a necessidade de olhar o ciclo do conhecimento, como um ganho do processo de certificação. Os resultados desta pesquisa justificam as práticas de GC como rotinas organizacionais que possibilitam a habilitação do conhecimento para utilização a nível individual e organizacional, aumentando, com isso, o impacto para sustentar a mudança de cultura, adentrando na melhoria contínua da qualidade. Nesse sentido, potencializa as organizações de saúde para alcançarem um poderoso e oportuno impacto na entrega dos cuidados em saúde, demonstrando relevância e valor.

Acesso a serviços de qualidade, eficazes e acessíveis a todos é um dos objetivos da OMS para 2030. Alcançar essa cobertura exigirá alinhamento entre vários atores: governo, lideranças, provedores, profissionais e os usuários e uma certificação de qualidade tem o potencial de ajudar a orientar o caminho e fornecer uma estrutura que facilite a prestação de cuidados de qualidade ao paciente (NICKLIN *et al.*, 2017). Utilizar apenas indicadores de qualidade para medição de desempenho de serviços de saúde pode ser um grande risco para governos e organizações, afirma Nicklin *et al.* (2017). Salientam que utilizar padrões de certificação de forma contínua, tendo uma avaliação em tempo real, em relação aos padrões normativos, pode resultar em estratégias de melhoria eficaz e oportuna (CHUANG; HOWLEY; HANCOCK, 2013).

A metodologia de certificação de qualidade pesquisada contribui para a organização como uma ferramenta de gestão, proporcionando uma base de processos estruturados nos aspectos gerenciais e assistenciais, isto é, na melhoria da gestão e na melhoria no tratamento do paciente propriamente. Para tanto, deve-se considerar a estrutura física e administrativa, processos relacionados à prestação de serviço e à satisfação do cliente externo e interno, como os identificados com os descritores avaliados. Sendo assim, a certificação se torna uma estrutura que dá suporte à gestão do conhecimento, oportunizando a construção de uma base de processos

estabelecidos, alinhados com o propósito da organização, sua missão, seus valores, modelo escolhido para gestão, protocolos assistenciais estabelecidos, acompanhamento de adesão aos protocolos, acompanhamento de objetivos de tratamento alcançados, comunicação com o cliente externo e interno, tornando-se facilitadores, habilitadores para a gestão do conhecimento. O conhecimento é entendido como recurso valioso para o crescimento organizacional e individual, gerando valor e sustentabilidade organizacional (KARAMAT *et al.*, 2019; KARAMITRI; KITSIOS; TALIAS, 2020; MITCHELL *et al.*, 2020; NICKLIN *et al.*, 2017; NICKLIN; ENGEL; STEWART, 2021). A certificação possibilita a implementação da gestão do conhecimento como fator crucial para o desenvolvimento sustentável das organizações de saúde (KARAMAT *et al.*, 2019; KOTHARI *et al.*, 2009).

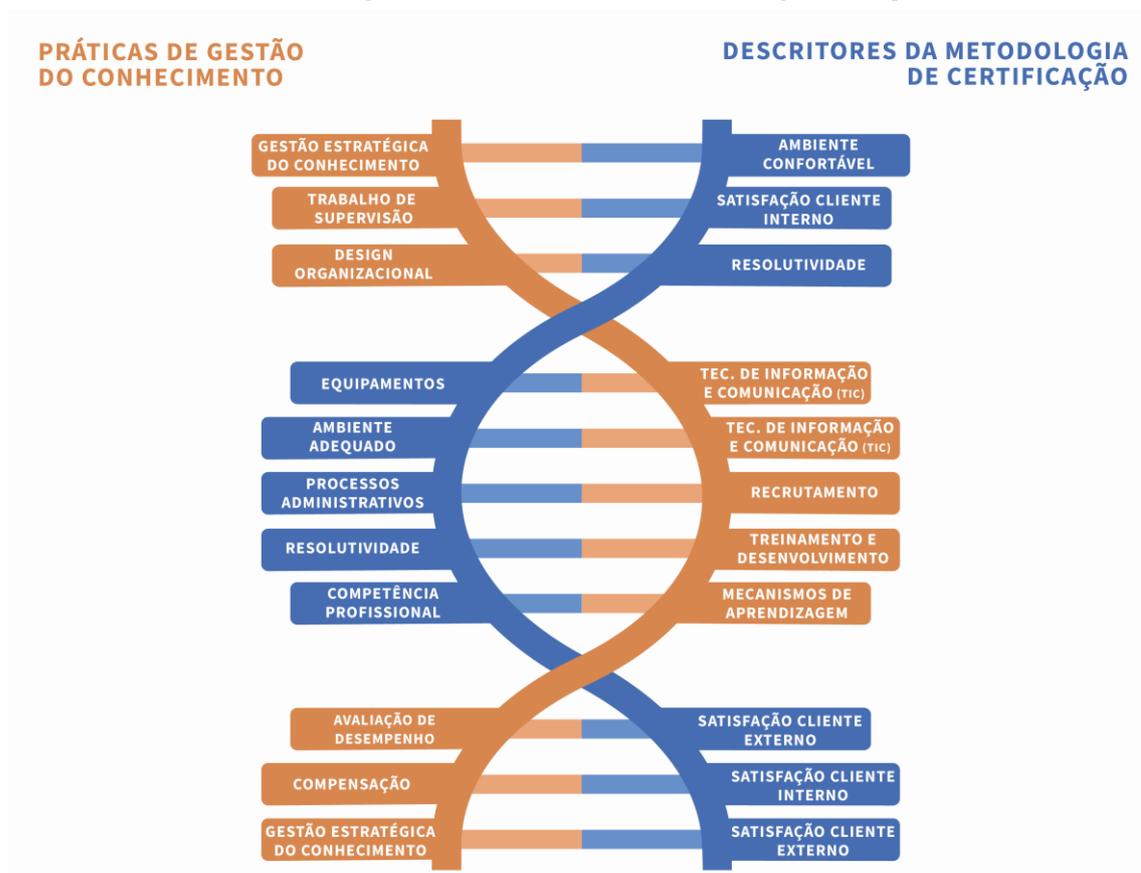
Nesta perspectiva, cabe pontuar que não se identificou a associação de práticas de GC relacionadas à dimensão compensação baseada em conhecimento, considerada por Inkinen, Kianto, Vanhala (2015) como uma das práticas de gestão de recursos humanos. Os resultados contribuem para oferecer aos gestores e gestores fisioterapeutas a oportunidade da compreensão de outras maneiras de reconhecimento, da compensação não somente econômica, mas no aspecto do compartilhamento do conhecimento. Normalmente, os colaboradores são avaliados a partir de seu desempenho econômico, produtivo, entretanto, um sistema baseado em GC realça atividades de conhecimento (compartilhamento, criação e utilização). A tendência de o colaborador contribuir para atividades de conhecimento aumenta quando são valorizados, tanto ou mais do que o desempenho econômico (INKINEN; KIANO; VANHALA, 2015). Há aspectos que permeiam diferentes descritores avaliados relacionados a recursos humanos, como educação continuada, aperfeiçoamento externo, avaliação de desempenho e tempo de experiência profissional. Todos, o recurso conhecimento, como ele pode ser identificado, acessado, compartilhado, armazenado, podem ser utilizados como compensação, gerando valor para a carreira e desempenho do indivíduo e no desempenho desse dentro da organização. (KARAMAT *et al.*, 2019).

Recomenda-se a inserção de descritores de qualidade que avaliem a presença de práticas de GC nas organizações de saúde, contribuindo para o entendimento da importância de estabelecimento de processos de GC.

A Figura 9 caracteriza o pressuposto desta tese, e demonstra a gestão da qualidade dando suporte à gestão do conhecimento, isto é, rotinas organizacionais facilitando a implementação de práticas de GC para a habilitação e utilização do conhecimento em

organizações de saúde, organizações intensivas em conhecimento. Preenchendo a lacuna de pesquisa identificada, que seria: como o conhecimento pode ser acessado para ação nas organizações de saúde. Portanto, criar, utilizar, avaliar, interpretar e compartilhar o conhecimento mais relevante e apropriado para a tomada de decisão pode ser gerenciado com a gestão da qualidade dando suporte à implementação da gestão do conhecimento através das práticas de GC.

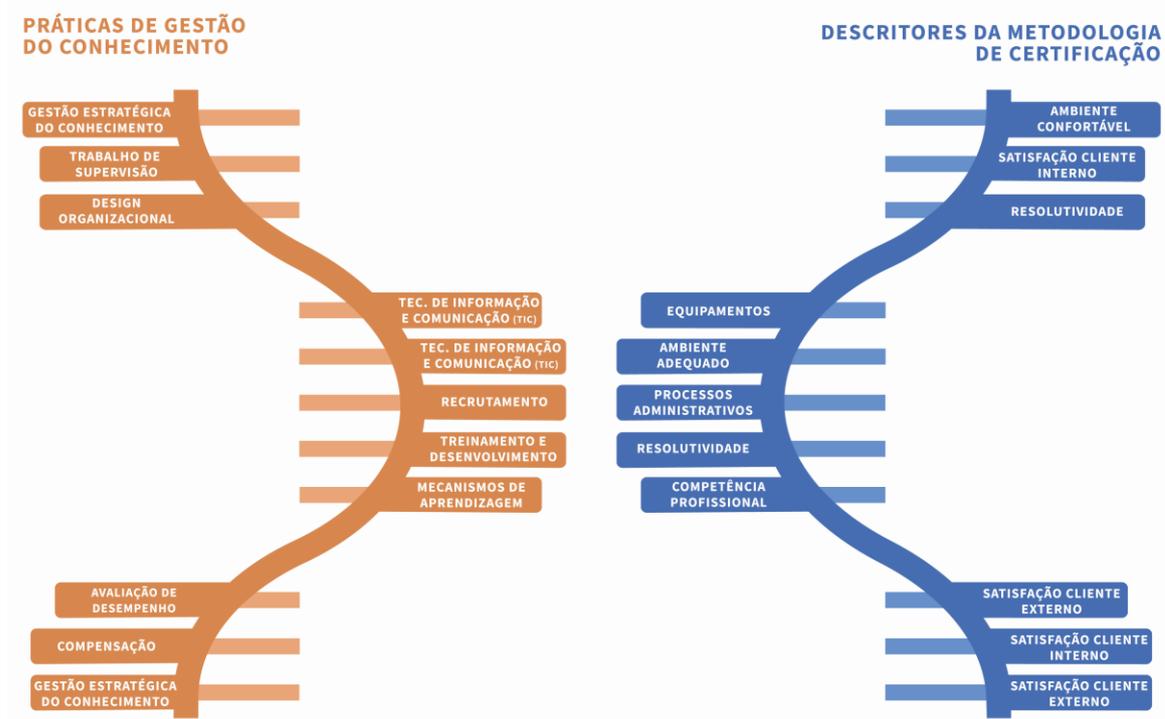
Figura 8 - DNA organizacional, representando a metodologia de certificação estudada contribuindo para o entendimento da gestão do conhecimento relacionada à gestão da qualidade



Fonte: Elaborado pela Autora.

Objetivando representar as dimensões de práticas de gestão do conhecimento que foram identificadas com maior relevância e a relação com os descritores de qualidade que apresentam maior evolução entre o diagnóstico e a auditoria (dentro do processo de certificação de qualidade), isto é, com maior impacto no processo de certificação, apresenta-se (Figura 10) as terminologias individualmente, procurando representar caminhos complexos de forma visualmente descomplicada.

Figura 9 - DNA das práticas de GC e descritores da metodologia de certificação



Fonte: Elaborado pela Autora.

Neste capítulo apresentou-se a descrição dos resultados e testes estatísticos que possibilitaram a confirmação da hipótese levantada na tese, confirmando que existe relação positiva entre as práticas estratégicas de GC e evolução das organizações de saúde, mensurada pela evolução dos descritores de qualidade. Para tanto, avaliou-se o desempenho organizacional representado pela evolução da qualidade, considerando aspectos humanos, sociais e assistenciais de desempenho.

No capítulo seguinte apresentaremos as conclusões, contribuições acadêmicas e gerenciais desta pesquisa, assim como limitações do estudo.

5 CONCLUSÕES, CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS E GERENCIAIS

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões da pesquisa, pontuando-se os principais resultados e contribuições práticas.

Esta tese teve como objetivo principal demonstrar a associação de práticas de gestão do conhecimento com a evolução de organizações de saúde a partir da melhoria dos descritores (critérios) de qualidade avaliados em uma metodologia específica de certificação de qualidade para organizações de saúde. A pesquisa realizou-se por meio de análise documental e *Survey* com 22 organizações de saúde com Selo de Certificação de qualidade para serviços de fisioterapia no Brasil. Essas associações foram percebidas empiricamente no contexto das organizações certificadas participantes do estudo. Os resultados das análises estatísticas permitiram verificar a confirmação da hipótese proposta e responder aos objetivos deste estudo.

Os resultados confirmaram a evolução de descritores de qualidade, corroborando com a literatura que sustenta o reconhecimento de certificações como ferramenta que possibilita a melhora do desempenho organizacional tanto no aspecto clínico, isto é, os processos específicos para assistência à saúde, como os processos administrativos, gerenciais.

O contexto são as organizações que possuem o Selo de Certificação de Qualidade por participarem do programa de certificação, isto é, por submeterem seus serviços a uma auditoria externa que utiliza a metodologia de certificação de qualidade pesquisada, e que agora participaram desta pesquisa. Salienta-se que são empresas prestadoras de serviço de fisioterapia, de pequeno e médio porte, e que ter acesso a ferramentas de gestão, como a metodologia de certificação, é um diferencial competitivo.

Essas organizações possuem como especificidade, além de estarem inseridas no ambiente complexo do sistema de saúde, serem serviços de fisioterapia que começaram com o proprietário fisioterapeuta, que monta sua empresa para prestar assistência fisioterapêutica, ou seja, cuidados em saúde e, assume a função de gestor. Porém, permanece sendo responsável pela assistência fisioterapêutica ou, gradativamente, vai assumindo somente a função de gestor. Os gestores, por sua vez, têm como particularidade pouca experiência gerencial e se inserem no mercado de saúde dinâmico e competitivo. Encaram desafios como a estruturação de um serviço, com necessidades gerenciais e assistenciais, gestão de recursos humanos, gerenciamento de finanças e são capazes de utilizar seus recursos de forma eficaz, sustentável e competitiva.

As organizações estão inseridas dentro do sistema de saúde, público ou privado, onde quem financia o atendimento realizado é, muitas vezes, as operadoras de planos de saúde ou o próprio SUS, sendo que ambos, efetuam os pagamentos após a realização do atendimento ser realizado. Tais características, por si só, exigem o planejamento e ações gerenciais que possam garantir a permanência desse serviço no mercado.

Diante disso, fica explícita a importância da gestão, relacionada à gestão da qualidade neste estudo, pois habilita a auxiliar na criação, definição e implementação de processos alinhados com o propósito da organização e suas demandas específicas. Esses processos localizam-se em toda a linha do cuidado e suportam a tomada de decisão clínica, administrativa e/ou financeira. Assim, ao se discutir a repercussão das organizações de saúde avançarem com uma agenda de gestão do conhecimento, reconhece-se que há variações entre as organizações e faz-se necessário sensibilidade e rigor no entendimento do contexto em que estão inseridas.

Com o primeiro objetivo específico atingido, foi possível identificar e mensurar os grupos de descritores de qualidade que mais evoluíram, assim como distinguir quais grupos de descritores relacionados à avaliação da qualidade avançaram menos dentro da escala de conformidades. Observou-se, também, que os grupos relacionados à avaliação da estrutura física (barulho, iluminação, ventilação, temperatura, tamanho, entre outros) e equidade (forma de agendamento e tempo de atendimento) apresentam pouca evolução dentro da escala de conformidades.

Salienta-se a significância da observação na evolução dos descritores quando analisados também por grupos representativos dos processos administrativos, satisfação dos clientes internos e externos, segurança, competência profissional e resolutividade. Descritores indicativos de adequação das conformidades exigidas na certificação, isto é, a partir do momento em que a instituição implementa processos para atingir os padrões de qualidade solicitados pela metodologia. Os resultados respondem ao primeiro objetivo específico alcançado: a mensuração da evolução dos descritores de qualidade.

A evolução das organizações de saúde prestadoras de serviços de fisioterapia, a partir da evolução da qualidade, associada a práticas gerenciais de GC, foi investigada em análise documental e questionários aplicados aos gestores das organizações. Há poucos estudos que apresentam a existência de práticas de GC em organizações de saúde e a possibilidade de a gestão da qualidade dar suporte a essas práticas no sentido da existência de processos definidos,

estruturados e aplicados para tomada de decisão em organizações de pequeno e médio porte na área da saúde e, principalmente, em serviços de fisioterapia.

A existência de associação de práticas de GC com os níveis de certificação das organizações pesquisadas (Ouro, Prata e Bronze) confirma a hipótese levantada. Os resultados respondem aos objetivos específicos dois e três que são: identificar práticas estratégicas de GC e quantificar a associação entre as práticas e os níveis de qualidade atingido (selo de certificação Ouro, Prata ou Bronze).

Foi possível identificar as principais práticas de gestão do conhecimento que apresentam influência positiva na evolução das organizações de saúde, consolidando os achados empíricos, pressupostos e a hipótese que conduziram este estudo. Do mesmo modo, distinguiu-se as práticas de GC que aparecem com influência negativa e pondera-se que a amostra é pequena. Recomenda-se, contudo, o olhar sobre a imaturidade organizacional, a nível gerencial, no entendimento do impacto para a organização com a adoção das mesmas, e mais a lacuna gerencial e, com isso, oportunidades de melhorias e aprendizados e, até mesmo, mudanças organizacionais importantes ao se olhar o conhecimento como recurso estratégico gerenciável.

Programas de certificação de qualidade são reconhecidos como mecanismos efetivos para melhoria contínua organizacional, confirmando os achados desta tese em relação aos descritores de qualidade investigados. Todavia, evidenciou-se, na literatura, lacunas quanto à dificuldade de medir consistentemente os resultados que são, de fato, importantes para os pacientes, alinhadas a fatores importantes para todos os envolvidos na organização, no desempenho organizacional. Sistemas de saúde são complexos e, como a saúde é uma questão crítica para o desenvolvimento social, deve-se compreender o uso do conhecimento como recurso estratégico organizacional.

Entende-se que mais amplamente analisado dentro das organizações de saúde, referido como conhecimento crítico existente, é o conhecimento voltado para a escolha de técnicas e condutas para assistência à saúde propriamente dita. Esse aparece nas dimensões de recrutamento e treinamento baseados em conhecimento onde aspectos técnicos são considerados. Todavia, quando se verifica a pouca intensidade de práticas de GC de forma estratégica, nas dimensões de *design* organizacional e de gestão estratégica do conhecimento, começa-se a compreender o não uso de conhecimento como ativo estratégico dentro das organizações de forma gerencial no seu contexto sistêmico, assim como o conhecimento como diferencial competitivo. Revela-se a não formalização de processos e práticas de GC e a

imaturidade organizacional para compreensão da magnitude e do valor gerado com a gestão do conhecimento e o uso dele como fator estratégico. O conhecimento é entendido como integrante dos processos de gestão da qualidade para a excelência no desempenho organizacional.

Todavia, o verdadeiro valor da certificação está no alinhamento de práticas relacionadas à qualidade e práticas relacionadas à gestão do conhecimento, uma forma de estabelecimento e implementação de processos que visam habilitar, mobilizar o conhecimento, deixando-o acessível e disponível para melhorar e aumentar a absorção de evidências técnicas e administrativas nas organizações de saúde, gerando mudanças significativas e sustentadas para essas. O não entendimento dessa associação entre práticas de GC e gestão da qualidade, pode ser considerado como uma barreira para atingir os benefícios totais de programas de qualidade, assim como a falta de estrutura organizacional pode ser uma barreira para implementação da GC em organizações de saúde.

Os resultados direcionam para a compreensão de que ao se perceber as médias de práticas de GC encontradas para as dimensões treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento (TDC) e tecnologia da informação e comunicação (TIC), essas aparecem com a maior média de práticas gerenciais de conhecimento, de fato, presentes e identificadas pelos respondentes. Isso reforça o entendimento das organizações acerca da importância do uso do conhecimento técnico e o crescimento do uso da tecnologia para prestação de assistência à saúde diretamente relacionada à resolutividade. Sim, isso é fundamental para o cliente e para a empresa. Entretanto, ao se ampliar a lente para as dimensões mecanismos de aprendizagem (MA) e avaliação do desempenho baseados no conhecimento (ADC), assim como as dimensões de gestão estratégica do conhecimento (GEC), novamente direciona-se a construção do pensamento no sentido de falta de compreensão estratégica do impacto desses fatores, podendo se afirmar que são barreiras para o desenvolvimento dessas organizações. Pondera-se que uma estrutura estabelecida de processos organizacionais constrói uma linha de base, de uniformidade de padrões, que facilitaria a implementação de práticas de GC, oportunizando a mobilização do conhecimento. O estabelecimento de padrões de qualidade deixa claro critérios mínimos, isto é, básicos, para a tomada de decisão, acessados e reconhecidos em todos os níveis da organização – operacional, tático e gerencial – ou equipe técnica e equipe administrativa.

Quando se analisa os achados da associação de práticas de GC com a evolução das organizações pela perspectiva da qualidade, a associação de determinadas práticas de GC com a evolução de determinados grupos dos descritores, foram identificadas associações

significativas nas dimensões de RBC, TBC e TIC, entre o todo das organizações e para os níveis de Certificação Ouro e Prata, para os grupos de descritores relacionados à gestão de recursos humanos e grupos relacionados à estrutura administrativa, proporcionando a análise do conhecimento utilizado como conhecimento técnico para a assistência à saúde. No entanto, no grupo relacionado à satisfação do cliente interno e externo, apesar de ser um dos grupos de descritores de qualidade que mais evoluem, não aparecem, significativamente, práticas de GC. Conjectura-se, com isso, que as organizações, com o uso de programas de qualidade, percebem a necessidade de melhorar a comunicação com o cliente interno e externo, entendendo suas demandas, avançando na implementação de processos voltados para a compreensão da necessidade de mostrar qualidade. Ressalta-se que, contudo, não exploram, pela perspectiva do conhecimento, o impacto que poderia ser alcançado ao se utilizar o conhecimento como recurso, e o valor gerado e agregado para todos os indivíduos envolvidos.

Deste modo, percebe-se, nas empresas que compõem esta amostra de pesquisa, a existência mais significativa, embora ainda tímida, de práticas de GC nas dimensões treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento e recrutamento baseado em conhecimento, trazida no arcabouço teórico desta tese como gestão de recursos humanos, indo ao encontro do grupo de descritores de qualidade concernentes à prestação de serviço, onde aparecem critérios avaliados para conformidades em relação à gestão de pessoas. Corroborando com a perspectiva desta dimensão de práticas de GC onde recrutamento e treinamento são elementos fundamentais para organizações, oportunizando o aumento da disponibilidade de uma força de trabalho experiente, capaz de produzir desempenho eficiente e eficaz em tarefas intensivas em conhecimento. As organizações tendem a manter sua base de conhecimento atualizada e competitiva com treinamentos. Quanto mais a gestão de recursos humanos for desenvolvida sob uma perspectiva orgânica das pessoas, de desenvolvimento e investimento, maior a probabilidade de implementação, com sucesso, de gestão do conhecimento.

Complementar aos achados explanados, a dimensão avaliação de desempenho baseado em conhecimento e a dimensão mecanismos de aprendizagem são importantes na compreensão do conhecimento individual e experiências coletivas, construindo e oportunizando uma gestão dos recursos humanos mais alinhada com os objetivos organizacionais. A habilitação do conhecimento deveria ser vista como uma troca regular e sustentável do conhecimento, promovendo a aprendizagem contínua, oportunizada pela confiança promovendo uma cultura de compartilhamento de conhecimento. Preparando, desse modo, a organização, no ambiente

da saúde, para sua permanência no contexto complexo, incerto e exigente de respostas rápidas e assertivas, emergindo, mais uma vez, o conhecimento como recurso estratégico, ativo valioso e insubstituível.

Recomenda-se um olhar especial para as dimensões que não aparecem de maneira significativa, nesta amostra, como associação negativa, como a dimensão compensação baseada em conhecimento. Em geral, os colaboradores são remunerados e compensados por produtividade, por metas alcançadas em relação ao número de atendimentos realizados, o que estaria alinhado com desempenho econômico. Entretanto, propõe-se, alicerçado pela teoria que suporta este estudo, que as organizações fundamentem o sistema de incentivo/compensações em atividades de conhecimento. Sugere-se, ainda, que se analise a possibilidade de substituição de indicadores econômicos, tradicionais, por indicadores como criação, compartilhamento e utilização de conhecimento, vislumbrando uma maior probabilidade de os colaboradores se envolverem com essas práticas, melhorando o desempenho de toda a organização. Dessa forma, gera-se um plano de compensação remodelado, visando extrair o valor do capital humano adquirido e/ou retido, mapeando e conduzindo melhor o processo de gestão de pessoas.

5.1 CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS E GERENCIAIS

A razão desta pesquisa é dar uma ideia objetiva e simples da implementação de práticas de GC em organizações prestadoras de serviços de fisioterapia no Brasil. As descobertas deste estudo ajudarão gestores, gestores fisioterapeutas, fisioterapeutas e autoridades do serviço público e privado de saúde do Brasil, a obter melhor entendimento das possibilidades gerenciais e assistenciais a partir de uma metodologia de certificação de qualidade associada à implementação de práticas de GC. Os resultados mostram as práticas de GC associadas a um maior nível de certificação de qualidade, isto é, maior desempenho organizacional pela perspectiva da gestão da qualidade. Organizações que alcançaram níveis mais altos de certificação, como Ouro e Prata, foram as que apresentaram intensidade maior de práticas de GC nas dimensões extensamente descritas nas seções anteriores.

A gestão da qualidade e, especificamente, metodologias de certificação, precisam ser tratadas como ferramenta de gestão proporcionadora de mudanças organizacionais. Contudo, implementar descritores de qualidade que evidenciem práticas de GC, como critério de avaliação da qualidade, confirma ser o diferencial gerador de valor para o indivíduo e para a

organização, produzindo, desse modo, sustentabilidade, vantagem competitiva, reduzindo desperdício e gerando saúde.

O impacto e o valor gerado pela metodologia de certificação apresentada, serão alcançados quando: 1) for totalmente reconhecida como uma ferramenta de capacitação contínua; 2) for entendida como ferramenta de habilitação e mobilização de conhecimento; 3) definir-se como um investimento; 4) for entendida como ferramenta de melhoria da qualidade; e 5) percebida como geradora de segurança para o paciente, tendo o indivíduo no centro do cuidado. Diante disso, propõe-se que a metodologia de certificação seja compreendida como diferencial para o desempenho organizacional, incluindo a gestão assistencial (cuidados clínicos da prestação de serviço em saúde) a gestão administrativa e financeira. Sendo assim, um programa de certificação torna-se complementar ao programa de gerenciamento e melhoria contínua de uma organização de saúde.

A pesquisa contribui para que as organizações e gestores da área da saúde percebam que as práticas de gestão do conhecimento podem contribuir para desfecho em diferentes níveis organizacionais, sejam de gestão assistencial, gerencial ou econômica. A gestão da qualidade e a gestão do conhecimento devem ser vistas como estabelecimento de rotinas organizacionais de melhorias e não somente como processos de gerenciamento, visando à excelência no desempenho e sustentabilidade da organização. A gestão do conhecimento e a gestão da qualidade deveriam ser consideradas interdependentes, onde a ausência ou insuficiência de uma pode levar ao insucesso da outra, considerando, desse modo, a prática de GC dentro da estrutura de gestão da qualidade.

Como contribuição acadêmica, entende-se que avança na literatura nas áreas de gestão do conhecimento em organizações de saúde, permitindo preencher as lacunas que evidenciam o uso do conhecimento como recurso estratégico organizacional gerador de valor, na habilitação do conhecimento como resultado da relação das práticas de GC e certificação de qualidade. Desse modo, enfatizando a perspectiva de diferentes disciplinas, compartilhando seus saberes estrategicamente explorados para uma entrega mais assertiva de bens e serviços à sociedade.

Políticas governamentais adequadas podem auxiliar na efetivação de programas de certificação, metodologias estas que possuam critérios de práticas de GC, que estimulem a adoção de GC, na compreensão do conhecimento como agente de mudança organizacional, como recurso para transformação do conhecimento em ação gerencial, assistencial e econômica. Dessa forma, a implementação de GC impactará nas organizações de saúde gerando

vantagem competitiva sustentável, melhorando seu desempenho por meio de uma tomada de decisão eficaz, considerando o ambiente complexo e competitivo em que está inserida, entendendo e entregando valor.

5.2 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

No que tange às limitações e recomendações para pesquisas futuras, esta tese consiste em um primeiro esforço no sentido de identificar a quantificação da associação de práticas de GC e o impacto no desempenho da qualidade de organizações de saúde certificadas no Brasil. Foi pesquisada toda a população certificada no Brasil pelo programa de certificação estudado. Posto isso, evidencia-se a primeira limitação, pois os resultados encontrados revelam-se mais indicativos do que conclusivos. Sendo assim, novos estudos sobre as práticas de GC e a metodologia de certificação podem contribuir para o acesso à assistência à saúde de forma global, com segurança, credibilidade e sustentabilidade, assim como a geração de valor.

Outra limitação seria o caráter transversal da pesquisa. A possibilidade do desenvolvimento de estudos longitudinais, onde a investigação compreende uma linha do tempo na identificação e implementação de práticas de GC e avaliação da qualidade, construindo uma base de dados contínua, poderá ampliar a compreensão da gestão do conhecimento e da gestão da qualidade como complementares no desempenho da organização. Considerando, não unicamente, a perspectiva econômica de desempenho, mas, também, a social e assistencial e humana, atrelado à definição de propósito para a organização, o que entrega de resolutividade e o que é pertinente.

Pondera-se a existência de diferentes metodologias de certificação para organizações de saúde, reconhecidas nacional e internacionalmente, que devem ser consideradas, pois esta pesquisa limitou-se à investigação da metodologia específica e aplicada no Programa de Certificação de Qualidade estudado.

Superar a tendência de pesquisa fragmentada é crucial para melhorar o impacto do sistema de medição da qualidade de metodologias de certificação. Esta tese pode ser vista como base conceitual e direcionadora de novos estudos com maior número de organizações à medida que o programa de certificação avança.

Ademais, compreender, explorar o valor gerado, o impacto pela implementação da metodologia de certificação para os diferentes atores que envolvem o cenário onde as

organizações de saúde estão inseridas, pode contribuir com respostas para prestação de saúde acessível a todos.

Esta tese delineou o imperativo que exige o entendimento adequado da geração de valor para organizações de saúde, com práticas de gestão do conhecimento e metodologia de certificação de qualidade, desvelando a gestão da qualidade e a gestão do conhecimento como complementares à melhoria contínua, como um programa cíclico para um valor crítico contínuo.

Sugere-se, por fim, a implementação de metodologia de certificação de qualidade com descritores que avaliem práticas de GC nas organizações de saúde para alcançar impacto contínuo, incremental e sustentável na qualidade e segurança do paciente e no desempenho eficaz da organização como um todo, para geração do valor.

REFERÊNCIAS

- AKDERE, M. The role of Knowledge management in quality management practices: Achieving performance excellence in organizations. **Advances in Developing Human Resources**, v. 11, n. 3, p. 349-361, 2009.
- ALAVI, M.; LEIDNER, D. E. Knowledge management and knowledge management systems: conceptual foundations and research issues. **Management Information Systems Research Center**, v. 25, n. 1, p. 107-136, 2001.
- ALEGRE, J.; SENGUPTA, K.; LAPIEDRA, R. Knowledge management and innovation performance in a high-tech SMEs industry. **International Small Business Journal**, v. 31, n. 4, p. 454-470, jun. 2013.
- ALVESSON M. Knowledge work and knowledge-intensive firms. OUP Oxford; Mar. 18, 2004.
- ANDREEVA, T.; Kianto, A. Does knowledge management really matter? Linking knowledge management practices, competitiveness and economic performance. **Journal of Knowledge Management**, v. 16, n. 4, p. 617-636, 2012.
- ANJOS, E. C. dos. **Influência das práticas de gestão do conhecimento no desempenho inovador da indústria de Santa Catarina**: dissertação. Dissertação. 2020. Disponível em: <http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2020/06/Edilene-Cavalcanti-dos-Anjos.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.
- APO. **Asian Productivity Organization**. Japan. ISBN 978-92-833-2496-6. Disponível em: <https://www.apo-tokyo.org/publications/wp-content/uploads/sites/5/APO-Productivity-Databook-2020.pdf>. 2020.
- ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. ISSN: 2595-4768. URI: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/52993>. 2020.
- ARGOTE, L.; MIRON-SPEKTOR, E. Organizational Learning: from experience to contexto, **Organization Science**, v. 22, n. 5, p. 1.123-1.137, 2011.
- ARUNDEL, A. *et al.* The organization of work and innovative performance a comparison of the EU-15. **Blue Sky Conference**, p. 1-36, 2007.
- AZEVEDO A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. **Informativo Cqh**, v. 2, n. 6, p. 3, 1993.
- BECKER, M. C. *et al.* Applying organizational routines in understanding organizational change. **Industrial and corporate change**, v. 14, n. 5, p. 775-791, 2005.
- BERNARDINO, M. **Gestão em saúde**: organização interna dos serviços. Coimbra: Almedina, 2017.

BIBLIOTECA professor Paulo de Carvalho Mattos (São Paulo). Faculdade de Ciências Agrônomicas Unesp. **Tipos de Revisão de Literatura**. Botucatu: Unesp, p. 9, 2015.

BISPO, M. de S. Scientific articles' theoretical, practical, methodological, and didactic contributions. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 27, n. 1, e220256, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2023220256.en>.

BITTAR, O. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, p. 70-76, 2000.

BOLISANI, E. *et al.* **The emergence of knowledge management**. Springer International Publishing, 2018.

BRAITHWAITE, J. *et al.* A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]. **BMC health services research**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2006.

BRAITHWAITE, J. *et al.* **Complexity science in healthcare**. Sydney: Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, 2017.

BRAITHWAITE, J. *et al.* The future of health systems to 2030: a roadmap for global progress and sustainability. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 10, p. 823-831, 2018.

BRAITHWAITE, J. *et al.* **Transformational improvement in quality care and health systems: the next decade**. BMC medicine, v. 18, n. 1, p. 1-17, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. ANS. **QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde**. Publicado em: 10 maio 2016, 14h00. Atualizado em: 07 jun. 2023, 08h06. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>.

BRODOLINI, F. G. *et al.* **European network of public employment services: practitioner toolkit on knowledge management**. EU: European Union, 2020.

BRUBAKK, K. *et al.* A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. **BMC Health Serv Res**, 23 jul., 2015, 15:280, DOI: 10.1186/s12913-015-0933-x.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística básica**. 4. ed. São Paulo: Atual, 1987.

CAMELO-ORDAZ, C. *et al.* The influence of human resource management on knowledge sharing and innovation in Spain: the mediating role of affective commitment. **The International Journal of Human Resource Management**. p. 3-49, 2011.

CAYIRTEPE, Z.; FIGEN C. S. The future of quality and accreditation surveys: Digital transformation and artificial intelligence. **International journal for quality in health care**, v. 34, n. 2, mzac025, abr. 2022. Doi: 10.1093/intqhc/mzac025.

CBA. **Consórcio Brasileiro de Acreditação**. Disponível em: <https://cbacred.org.br/site/certificacao/>. 2022.

CEN. Comité Européen de Normalisation. **European Guide to good Practice in Knowledge Management-Part 3: SME Implementation**. Brussels: CEN, 2004.

CHUANG, S.; HOWLEY, P.P.; HANCOCK, S. Using clinical indicators to facilitate quality improvement via the accreditation process: an adaptive study into the control relationship. **International journal for quality in health care**, v. 25, Issue 3. p. 277-283. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt023>, 2013.

CIEZA, A. *et al.* **Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**. *The Lancet*, v. 396, n. 10267, p. 2006-2017, 2020.

CODY, W.F. *et al.* The integration of business intelligence and knowledge management. **IBM Systems Journal**, v. 41 n. 4, p. 697-713, 2002.

COOMBS, R.; HULL, R.; PELTU, M. Knowledge management practices for innovation: an audit tool for improvement. **CRIC, The University of Manchester CRIC Working Paper**, [S.l.], n. 6, 1998.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**; tradução Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 296 páginas, 2010.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Penso Editora, 2021.

CROSSAN, M. M.; LANE, H. W.; WHITE, R. E. An organizational learning framework: from intuition to institution. **Academy of management review**, v. 24, n. 3, p. 522-537, 1999.

DALKIR, K. **Knowledge management in theory and practice**. Boston: Elsevier, 2005.

DARROCH, J. Knowledge management, innovation and firm performance. **Journal of knowledge management**, 2005.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento prático, como as organizações gerenciam o que eles sabem**. Harvard Business School Press, Boston, MA. 1998.

DÁVILA, G. A. *et al.* O ciclo de gestão do conhecimento na prática: um estudo nos núcleos empresariais catarinenses. **International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)**, [S.l.], v. 3, n. 7, p. 43-64, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.47916/ijkem-vol3n7-2014-3>.

DÁVILA, G. A. **Relações entre práticas de gestão do conhecimento, capacidade absorptiva e desempenho: evidências do Sul do Brasil**. 217 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. URI: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172550>.

DÁVILA, G. A.; ANDREEVA, T.; VARVAKIS, G. Knowledge management in Brazil: what governance mechanisms are needed to boost innovation? **Management and Organization Review**, p. 1-30, 2019. DOI: 10.1017/mor.2019.10. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/297033602.pdf>. Acesso em:

DEMING, W. E. **Calidad, productividad y competitividad**. La saída de la crisis, Ed. Díaz de Santos, S. A., Madrid, 1989.

DENYER, D.; TRANFIELD, D.; VAN AKEN, J. E. Developing design propositions through research synthesis. **Organization studies**, v. 29, n. 3, p. 393-413, 2008.

DETIENNE, K. B. *et al.* Toward a model of effective knowledge management and directions for future research: culture, leadership, and CKOs. **Journal of leadership and Organizational Studies**. v. 10. n. 4. P. 26-43. 2004.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. United Kingdom: Oxford University Press, 2002.

DOROW, P. F. *et al.* Practices of knowledge management in health organizations. **Revista ESPACIOS**, v. 40, n. 24, 2019.

DOWNES, T. V. An evaluation of knowledge management practices in nonprofit community services organisations in Australia. Tese de Doutorado. Southern Cross University. 2014.

DRUCKER, P. F. **Post-capitalist society**. New York: Routledge, 1993.

DURST, S.; EDVARDSSON, I. R. Knowledge management in SMEs: a literature review. **Journal of knowledge management**, v. 16, n. 6, p. 879-903, 2012.

EL MORR, C.; SUBERCAZE, J. Knowledge management in healthcare. *In: Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: technological and social perspectives*. IGI Global, p. 490-510, 2010.

ETIMONLYNE. **Etimologia, origem e significado**. Disponível em: <https://www.etymonline.com/pt/word/Credible>.

EUROPEAN COMMISSION. European Network of Public Employment Services: practitioner toolkit on Knowledge Management, written by Klaus North and Ágota Scharle. PES – Public Employment Services. Luxembourg: **ICON Institute Public Sector GmbH**, Fondazione Giacomo Brodolini January 2020. Disponível em: file:///C:/Users/patyc/Downloads/P_S%20KM%20Toolkit.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

FARAJI-KHIAVI, F.; GHOBADIAN, S.; MORADI-JOO, E. The association between effectiveness of the management processes and quality of health services from the perspective of the managers in the university hospitals of Ahvaz, Iran. **Journal of medicine and life**, v. 8, n. Spec Iss 4, p. 219, 2015.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005.

FENAFISIO. **Institucional**. 2018. Disponível em:
<https://www.fenafisio.com.br/qualidade.html>

FIALHO, F. *et al.* **Gestão do conhecimento organizacional**. Florianópolis: UFSC, 2010.

FINK, A. **How to conduct surveys: a step-by-step guide**. California: Sage Publications, 2009.

FIOCRUZ. **Saúde é Desenvolvimento: o Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). Coordenador-geral: Carlos A. G. Gadelha. Rio de Janeiro: Fiocruz – COC, 2022. ISBN 978-65-87465-51-7. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1660>.

FOSS, N.; MICHAILOVA, S. (eds.). **Knowledge Governance: Processes and Perspectives**, Oxford University Press, Oxford. 2009.

FOWLER, F. J. **Survey research methods** (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2008.

FREIRE, P. de Sa. **Aumente a qualidade e quantidade de suas publicações científicas: manual para elaboração de projetos e artigos científicos**. Curitiba: CRV, p. 90, 2013.

FRODEMAN, R.; KLEIN, J. T.; PACHECO, R. C. (ed.). **The Oxford handbook of interdisciplinarity**. [s.l.]: Oxford University Press, 2017.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark ed., 2002.

GIBBONS, J. D.; CHAKRABORTI, S. **Nonparametric Statistical Inference**, Marcel Dekker Inc. 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas. 2009.

GIOVANONI, A. **Programa de Acreditação: o que é e quais seus benefícios para instituições de saúde?** 2019. Disponível em:
<https://qualidadeparasaude.com.br/2019/05/15/programa-de-acreditacao-e-certificacao/>.

GLOET, M.; TERZIOVSKI, M. Exploring the relationship between knowledge management practices and innovation performance. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 15, n. 5, p. 402-409, 2004.

GRANT, K.A. Tacit Knowledge Revisited: we can still learn from Polanyi. **The Electronic Journal of Knowledge Management**. v. 5, p. 173-180, 2007.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International journal for quality in health care**, v. 20, n. 3, p. 172-183, 2008.

HAYES, J.; SHAW, C. D. Implementing Accreditation Systems (23 May 1994, Treviso, Italy). **International Journal for Quality in Health Care**, v. 7, n. 2, p. 165-171, 1995.

HEISIG, P. Harmonisation of Knowledge Management – Comparing 160 KM frameworks around the globe. **Journal of Knowledge**. V. 13. N. 4. P 4-31. 2009.

HOLSAPPLE, C.W.; SINGH, M. The knowledge chain model: activities for competitiveness. **Expert Systems with Applications**. v. 20. n. 1. p. 77-98. 2001.

HUSSINKI, H. *et al.* Intellectual capital, knowledge management practices and firm performance. **Journal of intellectual capital**, 2017.

INKINEN, H. *et al.* (2017) Assessing the universality of knowledge management practices. **Journal of Knowledge Management**, v. 21, n. 6, 1596–1621, 2017.

INKINEN, H. Review of empirical research on knowledge management practices and firm performance. **Journal of Knowledge Management**, v. 20, n. 2, p. 230–257, 2016.

INKINEN, H. T.; Kianto, A.; VANHALA, M. Knowledge management practices and innovation performance in Finland. **Baltic Journal of Management**, v. 10, n. 4, p. 432-455, jun. 2015.

JOINT COMMISSION (org.). **History of the**. 2021. About the. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/history-of-the-joint-commission/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

JURAN, J. M. **Quality Control Handbook**. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 1974.

KAMHAWI, E. M. Knowledge management fishbone: a standard framework of organizational enablers. **Journal of Knowledge Management**, v. 16 n. 5, p. 808-828, 2012.

KARAMAT, J. *et al.* Developing sustainable healthcare systems in developing countries: examining the role of barriers, enablers and drivers on knowledge management adoption. **Sustainability**, v. 11, n. 4, p. 954, 2019.

KARAMITRI, I.; KITSIOS, F.; TALIAS, M. A. Development and Validation of a Knowledge Management Questionnaire for Hospitals and Other Healthcare Organizations. **Sustainability**, v. 12, n. 7, p. 2730, 2020.

KIANTO, A. Development and validation of a survey instrument for measuring organizational renewal capability. **International Journal of Technology Management**. v. 42. n. 1. p. 69-88. 2008.

KIANTO, A.; ANDREEVA, T. Knowledge management practices and results in service-oriented versus product-oriented companies. **Knowledge and Process Management**, v. 21, n. 4, p. 221-230, 2014.

KOEHLER, F. dos S.; MANDELLI, P. G. B.; VIEIRA, M. I. (org.). **Manual de certificação para empresas prestadoras de serviço de Fisioterapia**. 3ª Versão. Maio/2018. Disponível em: <http://www.fenafisio.com.br/manual-certificacao-2019.pdf>. Acesso em:

KOEHLER, F. *et al.* (2020). Modeling of the Certification Process for Physiotherapy services. **International Journal for Innovation Education and Research**, v. 8, n. 10, p. 108–125. <https://doi.org/10.31686/ijer.vol8.iss10.2665>.

KOTHARI, A. *et al.* Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2011.

LANDON, S. N.; PADIKKALA, J.; HORWITZ, L. I. Identifying drivers of health care value: a scoping review of the literature. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, p. 845, 2022.

LEE, C. L., HO, C.T.; CHIU, Y. L. The impact of knowledge management enables on non-financial performance in small and medium enterprises. **International Journal of Technology Management**, v. 43 n. 1/3, p. 266-283, 2008.

MACAU, M; BRITO, L. A. L.; DUARTE, A. L. C.M.; Effects of Knowledge Development and Culture of Competitiveness on the Performance of Service-Oriented and Product-Oriented Firms, **Knowledge and Process Management**, v. 23, n. 3, 219-229, 2016.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Tradução de Lene Belon Ribeiro e Monica Stefani. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MANDELLI, P. G. B. **Modelo construtivista para mensuração da qualidade em serviços de fisioterapia pela perspectiva do gestor**. 227 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas, Mestrado Acadêmico em Administração, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://pergamumweb.udesc.br/biblioteca/index.php>.

MANHÃES, M. C. **Innovativeness and Prejudice**: Designing a Landscape of Diversity for Knowledge Creation. 2015. 401 p. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa.

MANPOWERGROUP. **Escassez de talentos no brasil e no mundo: quem detém o talento, detém o futuro**. Publicado em 20 jul. 2022. Atualizado em 3 out. 2022. Disponível em: https://blog.manpowergroup.com.br/escassez-de-talentos-no-brasil-e-no-mundo-quem-detem-o-talento-detem-ofuturo?utm_campaign=Blog%20ManpowerGroup%20Brasil&utm_source=Social%20Orgânico&utm_medium=post%20social&utm_term=org&utm_content=blog%20escassez%20de%20talentos

MCKEEN, J. D.; ZACK, M. H.; SINGH, S. Knowledge management and organizational performance: An exploratory survey. **In: Annual Hawaii International Conference on System Sciences**, 39, 2006. Proceedings... Kauia: IEEE, 2006.

MERALI, Y. Individual and collective congruence in the knowledge management process. **Journal Of Strategic Information Systems**, [s.i], v. 9, n. 1, p. 213-234, 2000.

MEYER, P. L. **Probabilidade**: aplicações à estatística, segunda edição, Livros técnicos e Científicos Editora. 1983.

MINTZBERG, H. **Structure in Fives: designing effective organizations**, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1992.

MITCHELL, J. I.; GRAHAM, I. D.; NICKLIN, W. The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 32, n. 7, p. 445-455, 2020.

NELSON, R. R.; WINTER, S. G. **An Evolutionary Theory of Economic Change**. Harvard University Press, Cambridge, MA. 1982.

NICKLIN, W. *et al.* **The Value and impact of health care accreditation: a literature review 1**. 2014.

NICKLIN, W. *et al.* Leveraging the full value and impact of accreditation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 2, p. 310-312, 2017.

NICKLIN, W. **The value and impact of health care accreditation: a literature review Accreditation Canada**. 2015.

NICKLIN, W.; ENGEL, C.; STEWART, J. Accreditation in 2030. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 33, n. 1, p. mzaa156, 2021.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. The knowledge-creating company. **Harvard Business Review**, v. 69, n. 6, p. 96-104. 1991.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. A dynamic theory of organizational knowledge creation. **Organization Science**. v. 5, n. 1, p. 14-37. 1994.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **The wise company: how companies create continuous innovation**. Oxford University Press, 2019.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Humanizing strategy**. Long Range Planning, p. 102070, 2021.

NORMAN, G. **Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics**. Advances in health sciences education, v. 15, n. 5, p. 625-632, 2010.

NORTH, K.; KUMTA, G. **Knowledge management: value creation through organizational learning**. Springer, 2018.

NOVAES H. M.; PAGANINI J. M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

NOVAES, H. M. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil, **RAHIS**, v. 12, n. 4, 2015.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Annual Report**. 2003. Disponível em: <https://www.oecd.org/about/2506789.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

- ONA. **Organização Nacional de Acreditação**. 2021. Disponível em: <https://www.ona.org.br/quem-somos/sobre-a-ona#>. Acesso em: 22 de jul. de 2021.
- ORZANO, A. J. *et al.* A knowledge management model: Implications for enhancing quality in health care. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, v. 59, n. 3, p. 489-505, 2008.
- PACHECO, R. C. S. Coprodução em Ciência, Tecnologia e Inovação: fundamentos e visões. In: PEDRO, J. M.; FREIRE, P. S. (Org.). **Interdisciplinaridade: universidade e inovação social e tecnológica**. Curitiba: CRV, p. 21-62, 2016.
- PAN-AMERICANO, Escritório Sanitário *et al.* Manual de acreditação de hospitais para América-Latina e Caribe. In: **Manual de acreditação de hospitais para América – Latina e Caribe**. p.112-112. 1998.
- PEDHAZUR, E. J.; SCHMELKIN, L. P. **Measurement, design, and analysis: an integrated approach**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
- PEDRO J. S. H. *et al.* Quality agencies at the global level: characteristics and functions—a narrative review, **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, Issue 1, p. 2-8 feb. 2017.
- PEMBERTON, J. D.; STONEHOUSE, G. H. Organisational learning and knowledge assets - an essential partnership. **The Learning Organization: An International Journal**, v. 7, n. 4, p. 184-194. 2000.
- PENROSE, E. (1959), **The Theory of the Growth of the Firm**, Oxford University Press, Oxford.
- PES. European Public Employment Service. **Employment, Social Affairs & Inclusion**. 2020. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1100&langId=en>. Acesso em: 20 de maio de 2021.
- POLANYI, M. **The tacit dimension**. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1966.
- POMEY, M. P. *et al.* Accreditation as a tool for organizational change. **Int J Health Care Qual Assur**, v. 17, n. 3, p. 113-124, 2004.
- POMEY, M. P. *et al.* **Does accreditation stimulate change?** A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. **Implementation science**, v. 5, n. 1, p. 1-14, 2010.
- POPA, I.; ŞTEFAN, S. C. Modeling the pathways of knowledge management towards social and economic outcomes of health organizations. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 7, p. 1114, 2019.
- PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Redefining Health Care: creating value-based competition on results**. Harvard Business School Press: Boston, MA, USA, 2006.

REIS, V. **Gestão em saúde: um espaço de diferença**. Lisboa, ENSP, 2007.

RHEE, Y. W.; CHOI, J.N. Knowledge management behaviour and individual creativity: goal orientations as antecedents and in-group social status as moderating contingency. **Journal of Organizational Behavior**, v. 38 n. 6, p. 813-832, 2016.

ROBERTS J. C.; COALE, J. G; REDMAN, M. A. A history of the joint commission of accreditation of hospitals. **JAMA**. v. 258, n. 7, p. 936-40, 1987.

SAUFL, N. M. Joint Commission Update. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 21, n. 4, p. 282-284, 2006.

SAUT, A. M.; BERSANETTI, F. T.; MORENO, M. C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: a quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n. 5, p. 713-721, 2017.

SEBRAE. DataMPE. **Atividades de fisioterapia**. 2021. Disponível em: <https://datampe.sebrae.com.br/profile/industry/atividades-de-fisioterapia>

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. rev. e ampl. São Paulo: Ed. Best Seller, 2002.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences** 2 ed. New York: McGraw-Hill. 1988.

SOUZA, V. P.; RODRIGO B. C. Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 4, n. 2, p. 97-112, jul./dez. 2015.

SPEARMAN, C. The Proof and Measurement of association between Two Things. **The American Journal of Psychology**. v. 15, n. 1, p. 72–101. doi:10.2307/1412159. 1904.

STEIL, A. V. **Competências e aprendizagem organizacional: como planejar programa de capacitação para que as competências individuais auxiliem a organização a aprender**. Instituto Stela, 2006.

SUS. **PROADI: sus. SUS**. 2019. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/sobre-o-programa>. Acesso em: 28 ago. 2021.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. **Gestão do conhecimento**. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Bookman, 2008.

TRETIKOV, A. *et al.* Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters. **International journal of medical informatics**, v. 97, p. 331-340, 2017.

TSOUKAS, H.; VLADIMIROU, E. What is Organizational Knowledge Management Theory and Future Directions. **Knowledge and Process Management**, [s.i], v. 21, n.1, p. 29-41, 2014. DOI: 10.1002/kpm.1429.

VANHALA, M.; RITALA, P. HRM practices, impersonal trust and organizational innovativeness. **Journal of Managerial Psychology**, v. 31, n. 1, p. 95-109, 2016.

VEIGA, C. R. da. **A influência das práticas da gestão do conhecimento na fase do pré-desenvolvimento de produto**: estudo de caso em uma empresa "classe mundial" do setor odontomédico. 2008. Disponível em:
<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91785>.

WHO. World Health Organization *et al.* Applicability of different quality assurance methodologies in developing countries: proceedings of a pre-ISQua meeting, St. Johns, Newfoundland, Canada, May 29-30, 1995. **World Health Organization**, 1996.

WHO. World Health Organization *et al.* **Quality and accreditation in health care services**: a global review. 2003.

WHO. World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical Approach for Developing Policy and Strategy to Improve Quality of Care. **World Health Organization**, Geneva, Switzerland, 2018.

WIIG, K. M. **Knowledge management foundations**: thinking about thinking – how people and organizations represent, create, and use knowledge. Arlington: Schema Press. 1993. ISBN 0-9638925-0-9.

WIGG, K. M. Knowledge management: an introduction and perspective. **Journal of Knowledge Management**, [S.l.], v. 1, n. 1, p.6-14, 1997.

WOLFE, D. L. *et al.* KMN Group. Development of an implementation-focused network to improve healthcare delivery as informed by the experiences of the SCI knowledge mobilization network. **The Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 42, sup1, p. 34-42, 2019.

YAGHOUBI M, JAVADI M, AGHA RAHIMI Z. The Relationship between Knowledge Management and Demographic Features of Students in Isfahan University of Medical Sciences. **Iranian Journal of Medical Education**. v. 10, n. 5, p. 831-8, 2011.

YANG, C. C.; MARLOW, P. B.; LU, C. S. Knowledge management enablers in liner shipping. **Transportation Research**, p.893-903, 2009.

ZACK, M.H. Developing a Knowledge Strategy. **California Management Review**, v. 41, n. 3, p. 125-145, 1999.

ZIMA, T. Accreditation of medical Laboratories – system, process, benefits for labs. **Journal of medical biochemistry**, v. 36, n. 3, p. 231, 2017.

ZIMLICHMAN, E. *et al.* Health Care 2030: The Coming Transformation. **NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery**, v. 2, n. 2, 2021.

APÊNDICE A - ARTIGOS ENCONTRADOS E ANALISADOS

TEMA	ARTIGO	ANO
Gestão do Conhecimento (GC)	Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: Towards an international cooperative agenda for health-systems research	2004
Gestão do Conhecimento (GC)	Location context for knowledge management in healthcare	2010
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters	2017
Gestão do Conhecimento (GC)	Recommended practices for computerized clinical decision support and knowledge management in community settings: A qualitative study	2012
Gestão do Conhecimento (GC)	Organizational factors that affect the implementation of information technology: Perspectives of middle managers in Iran	2014
Gestão do Conhecimento (GC)	Managing knowledge for clinical excellence: Ten building blocks	2001
Gestão do Conhecimento (GC)	An integrated approach for a knowledge-based clinical workstation: Architecture and experience.	1998
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge management in health organizations	2005
Gestão do Conhecimento (GC)	Quality improvement using the Baldrige Criteria for Organizational Performance Excellence	2009
Gestão do Conhecimento (GC)	Building the national health information infrastructure for personal health, health care services, public health, and research.	2003
Gestão do Conhecimento (GC)	The electronic health record--the time is now.	2005
Gestão do Conhecimento (GC)	Scaling up knowledge sharing to speed up quality improvement in healthcare organizations	2019
Gestão do Conhecimento (GC)	How to improve sharing and application of knowledge in care and support for people with intellectual disabilities? A systematic review	2018
Gestão do Conhecimento (GC)	A framework of operating models for interdisciplinary research programs in clinical service organizations.	2008
Gestão do Conhecimento (GC)	Principles of the developmental process and implementation of guidelines	2008
Gestão do Conhecimento (GC)	Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance.	2014
Gestão do Conhecimento (GC)	Dealing With Knowledge Management to Build a Safer Health Care.	2015
Gestão do Conhecimento (GC)	Management of knowledge in the pharmaceutical services of 161ontex.	2017
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge management in the pharmaceutical services	2014
Gestão do Conhecimento (GC)	'Best practice' development and transfer in the NHS: The importance of process as well as product knowledge.	2003

Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge management system for benchmarking performance indicators using statistical process control (SPC) and virtual instrumentation (VI).	2003
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge as process, not data: The role of process-based systems in developing context knowledge.	2005
Gestão do Conhecimento (GC)	Magnet Excellence—One Hospital’s Experience.	2018
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge sharing networks related to hospital quality measurement and reporting.	2008
Gestão do Conhecimento (GC)	Knowledge sharing and organizational learning in the context of hospital infection prevention	2010
Gestão do Conhecimento (GC)	The role of methodologies to improve efficiency and effectiveness of care delivery processes for the year 2013.	2002
Gestão do Conhecimento (GC)	The major barriers and facilitators for the adoption and implementation of knowledge management in healthcare operations	2007
Gestão do Conhecimento (GC)	Realising the value proposition for healthcare by incorporating KM strategies and data mining techniques with the use of information and communication technologies	2006
Gestão do Conhecimento (GC)	Modelo de gestão do conhecimento para apoiar a prática clínica em uma unidade hospitalar	2016
Gestão do Conhecimento (GC)	Development and validation of a knowledge management questionnaires for hospitals and other healthcare organizations	2020
Gestão do Conhecimento (GC)	Modeling the pathways of knowledge management towards social and economic outcomes of health organizations	2019
Gestão do Conhecimento (GC)	Developing sustainable healthcare systems in developing countries: examining the role of barriers, enablers and drivers on knowledge management adoption	2019
Gestão do Conhecimento (GC)	FDA’s new pharmaceutical quality initiative: Knowledge-aided assessment & structured applications.	2019
Gestão do Conhecimento (GC)	The role of CSR in clinical governance and its influence on knowledge sharing	2013
Gestão do Conhecimento (GC)	Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review	2011
Gestão do Conhecimento (GC)	M. What can family medicine practices do to facilitate knowledge management?	2008
Tradução do Conhecimento (TC)	Interventions for knowledge translation in pharmaceutical practice	2018
Tradução do Conhecimento (TC)	Contractual health services performance agreements for responsive health systems: From conception to implementation in the case of Qatar	2018
Tradução do Conhecimento (TC)	Applying a knowledge translation model to the uptake of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system. Women and Birth	2014
Tradução do Conhecimento (TC)	Swiss family physicians’ perceptions and attitudes towards knowledge translation practices.	2015

Tradução do Conhecimento (TC)	Older persons' transitions in care (OPTIC): A study protocol.	2012
Tradução do Conhecimento (TC)	Knowledge translation and health technology reassessment: identifying synergy.	2008
Tradução do Conhecimento (TC)	Funding Opportunities in Knowledge Translation: Review of the AHRQ's "Translating Research into Practice" Initiatives, Competing Funding Agencies, and Strategies for Success	2007
Tradução do Conhecimento (TC)	Investing in nursing research in practice settings: a blueprint for building capacity	2013
Tradução do Conhecimento (TC)	From knowledge translation theory to practice: developing an evidence to care hub in a pediatric rehabilitation setting.	2020
Tradução do Conhecimento (TC)	(Mis)perceptions of continuing education: Insights from knowledge translation, quality improvement, and patient safety leaders.	2013
Tradução do Conhecimento (TC)	Implementing oncology rehabilitation outcome measures into physical therapy practice using a knowledge translation process.	2020
Tradução do Conhecimento (TC)	Successful high-quality knowledge translation research: Three case studies	2011
Tradução do Conhecimento (TC)	Reducing the knowledge to action gap in hospital nutrition care	2021
Tradução do Conhecimento (TC)	A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework	2015
Tradução do Conhecimento (TC)	Patient safety, quality of care, and knowledge translation in the intensive care unit	2010
Tradução do Conhecimento (TC)	The Contextation and implementation of The Netherlands health and social care improvement programmes.	2012
Tradução do Conhecimento (TC)	The SCRIPT project: a knowledge translation approach to improve prescription practice in a general intensive care unit.	2011
Tradução do Conhecimento (TC)	Knowledge translation interventions to sustain direct care provider context change in long-term care: A process evaluation.	2018
Tradução do Conhecimento (TC)	Systematic reviews and knowledge translation.	2006
Conhecimento para ação	Use of deliberative dialogues for the formulation of recommendations for clinical practice guidelines.	2017
Conhecimento para ação	Sustaining and developing movements, like evidence live, in medicine: Lessons to be learnt when does a campaign become a movement-and how do we implement a movement into practice?	2019
Gestão do Conhecimento para ação	Knowledge Management Implementation With Action Research Methodology in Healthcare Organizations.	2016
Mobilização do Conhecimento	Translational networks in healthcare? Evidence on the design and initiation of organizational networks for knowledge mobilization	2015
Gestão do Conhecimento (GC) Compartilhamento	Social capital and knowledge sharing: Effects on patient safety.	2012

Tradução do Conhecimento (TC) Comunidades de práticas	Contextualizing learning to improve care using collaborative communities of practices	2016
Gestão do Conhecimento (GC) APO	Identifying and prioritizing the tools/techniques of knowledge management based on the Asian Productivity Organization Model (APO) to use in hospitals	2017
Qualidade	Process for developing rehabilitation practice recommendations for individuals with traumatic brain injury.	2017
Gestão da Qualidade	Clinical pathology services: Remapping our strategic itinerary	2010
Gestão da Qualidade	Clinical quality improvement: getting physicians involved.	1993
Gestão da Qualidade	A two-level integrated approach to self-assessment in healthcare organisations.	1999
Gestão da Qualidade	Enhancing quality and efficiency in clinical development through a clinical QMS conceptual framework: Concept paper vision and outline	2015
Certificação	Health care 2030: The coming transformation	2021
Acreditação	The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation.	2020
Acreditação	Interorganizational networks: Fundamental to the Accreditation Canada program	2014
Acreditação	Physician preferences for accredited online continuing medical education.	2011
Gestão do Conhecimento (GC) Gestão da Qualidade	The role of knowledge management in quality management practices: achieving performance excellence in organizations	2009
Gestão do Conhecimento (GC) Qualidade	Modeling the pathways of knowledge management towards social and economic outcomes of health organizations.	2019
Gestão do Conhecimento (GC) Gestão da Qualidade	The association between effectiveness of the management processes and quality of health services from the perspective of the managers in the university hospitals of Ahvaz, Iran.	2015
Gestão do Conhecimento (GC) Gestão da Qualidade	The effect of combining knowledge-based practices and healthcare policies on healthcare quality	2019
Gestão da Qualidade Gestão do Conhecimento (GC)	Information services for supporting quality management in healthcare.	2006
Gestão do Conhecimento (GC) Gestão da Qualidade	Knowledge sharing context and intensive care nurse innovation: the moderating role of control of care quality	2016
Gestão da Qualidade Compartilhamento de Conhecimento	Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade TT - Health organizations based on knowledge-intensive work: a study in the high complexity services.	2010
Gestão da Qualidade Compartilhamento de Conhecimento	Wound centres-how do we obtain high quality? The EWMA wound centre endorsement project	2018
Gestão da Qualidade Compartilhamento de Conhecimento	Collaborative networks: helping rural laboratories achieve quality.	2006
Gestão da Qualidade Tradução do Conhecimento (TC)	How best practices are copied, transferred, or translated between health care facilities: A conceptual framework.	2015

Tradução do Conhecimento (TC) Acreditação	You can escape, but did you learn? Using escape rooms to measure knowledge and increase awareness.	2018
Gestão do Conhecimento Acreditação	Development of knowledge management system (A case study: Komisi Akreditasi Rumah Sakit Indonesia).	2015

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Associação entre Práticas de GC e Qualidade nas Organizações de Saúde Prestadores de Serviço de Fisioterapia.

- 1.E-mail
- 2.Função na Empresa
 - Gestor
 - Fisioterapeuta
 - Administrativo
- 3.Tempo de operação na empresa
- 4.Número de Funcionários
- 5.Categoria de Selo de Certificação de Qualidade
 - Ouro
 - Prata
 - Bronze

Para cada assertiva das questões 1 a 10, selecione um valor entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

Trabalho de supervisão

1. Até que ponto as seguintes declarações sobre o trabalho de supervisão se aplicam à sua empresa? (1 discordo totalmente, 5 concordo totalmente)

Os supervisores incentivam os colaboradores a compartilhar conhecimentos no local de trabalho.

Os supervisores incentivam os colaboradores a questionar o conhecimento existente.

Os supervisores permitem que os colaboradores cometam erros e veem os erros como oportunidades de aprendizagem.

Os supervisores valorizam as ideias e pontos de vista dos colaboradores levando-os em consideração.

Os supervisores promovem a discussão igual no local de trabalho.

Supervisores compartilham conhecimento de maneira aberta e igual.

Os supervisores atualizam continuamente seus próprios conhecimentos.

Proteção do conhecimento (esta dimensão não será avaliada)

2. Até que ponto as seguintes declarações sobre proteção do conhecimento se aplicam à sua empresa?

Proteger o conhecimento estratégico das partes interessadas a quem não se destina.

Utilização de patentes, acordos, legislação e outros meios formais.

Utilização de sigilo, orientação de funcionários e outros meios informais.

Gestão estratégica de conhecimento e competência

3. Em que medida as afirmações sobre conhecimento e competências se aplicam à sua empresa?

Nossa estratégia é formulada e atualizada com base no conhecimento e nas competências da empresa.

Nossa estratégia considera o desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Nosso conhecimento estratégico e nossas competências são sistematicamente comparados com os concorrentes.

A responsabilidade pela gestão estratégica do conhecimento foi claramente atribuída a uma pessoa específica.

Recrutamento baseado em conhecimento

4. Em que medida as afirmações sobre recrutamento se aplicam à sua empresa?

Valorizamos especialmente conhecimento relevante.

Valorizamos especialmente a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento.

Valorizamos especialmente a capacidade dos candidatos de colaborar e trabalhar em várias redes.

Treinamento e desenvolvimento baseados em conhecimento

5. Em que medida as afirmações sobre treinamento e desenvolvimento se aplicam à sua empresa?

Nossos colaboradores tem a oportunidade de aprofundar e expandir seus conhecimentos.

Nossa empresa oferece treinamentos que proporcionam aos colaboradores conhecimento atualizados.

Nossos colaboradores tem a oportunidade de desenvolver suas competências por meio de treinamento adaptado às suas necessidades específicas.

As necessidades de desenvolvimento dos nossos colaboradores são discutidas com eles regularmente.

Avaliação de desempenho baseada em conhecimento

6. Em que medida as afirmações sobre gestão de recursos humanos se aplicam à sua empresa?
O compartilhamento de conhecimentos é um dos nossos critérios de avaliação do desempenho laboral.

A criação de novos conhecimentos é um dos nossos critérios de avaliação de desempenho no trabalho.

A capacidade de aplicar o conhecimento adquirido de outras pessoas é um dos nossos critérios para o trabalho avaliação de desempenho.

Compensação baseada no conhecimento

7. Em que medida as afirmações sobre gestão de recursos humanos se aplicam à sua empresa?

A empresa recompensa os colaboradores por compartilharem conhecimento.

A empresa recompensa os colaboradores pela criação de novos conhecimentos.

A empresa recompensa os colaboradores pela aplicação do conhecimento.

Mecanismos de aprendizagem

8. Em que medidas as afirmações sobre práticas de aprendizagem se aplicam à sua empresa?

O conhecimento é transferido de colaboradores experientes para inexperientes por meio de mentoria, aprendizagem e orientação para o trabalho, por exemplo.

A empresa coleta sistematicamente as melhores práticas e lições aprendidas.

A empresa faz uso sistemático das melhores práticas e lições aprendidas.

Práticas de TI

9. Em que medida as afirmações sobre tecnologia da informação se aplicam à sua empresa?

A tecnologia é utilizada para permitir a busca e descoberta de informações eficientes.

A tecnologia é utilizada para permitir a comunicação interna em toda a organização.

A tecnologia é utilizada para se comunicar com as partes interessadas externas.

A tecnologia é utilizada para analisar o conhecimento a fim de tomar melhores decisões.

A tecnologia é utilizada para coletar conhecimento de negócios relacionado a seus concorrentes, clientes, e ambiente operacional, por exemplo.

A tecnologia é utilizada para desenvolver novos produtos e serviços com partes interessadas externas.

Organização do Trabalho

10. Em que medida as afirmações sobre organização do trabalho se aplicam à sua empresa?

Nossos colaboradores têm a oportunidade de participar da tomada de decisões na empresa.

As responsabilidades de cada colaborador são definidas de uma maneira que permite a tomada de decisão autônoma.

A interação informal é incentivada entre os membros da nossa organização.

Reuniões presenciais são organizadas quando necessário.

Com frequência utilizamos grupos de trabalho com membros que possuem habilidade e conhecimentos em uma variedade de campos.

Quando necessário, nossa empresa faz uso de comunidade de especialistas.

APÊNDICE C - LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS DESCRITORES DE QUALIDADE

Lista de Verificação dos Descritores de Qualidade – Selo de Certificação de Qualidade FENAFISIO

(Instrumento de Pesquisa – Descritores de Qualidade)

O *checklist* é composto por um conjunto de 43 descritores, divididos em 3 grandes grupos, quais sejam: (1) Infraestrutura; (2) Prestação de serviço; e (3) Satisfação. Cada um destes, por sua vez, é subdividido em outros grupos, conforme tabela abaixo:

Infraestrutura	Estrutura Física	14 itens de verificação
	Estrutura Administrativa	05 itens de verificação
Prestação de serviços	Domínio Profissional	12 itens de verificação
	Eficiência e Eficácia	05 itens de verificação
Satisfação	Satisfação do Profissional	04 itens de verificação
	Satisfação do Cliente	04 itens de verificação

Obs: Cada descritor é avaliado conforme uma escala de 1 a 5, onde 5 considerado nível de excelência.

BLOCO 1 – AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA

Estrutura Física

Barulho – Nível de ruído no local da prestação de serviço

Iluminação – Quantidade de características de iluminação presentes no ambiente de trabalho

Ventilação – Quantidade de características da ventilação presentes no ambiente de trabalho

Temperatura – Grau de temperatura do ambiente interno e presença de dispositivos de controle

Tamanho – Existência de espaço adequado ao tipo de tratamento proposto, ao número de pessoas que utilizam o espaço e ao número de equipamentos

Privacidade – Presença de espaços privativos

Organização – Existência de ambiente planejado ou adaptado para organização

Limpeza – Quantidade de características que propiciam a limpeza do ambiente

Espaço Ergonômico – Presença de mobiliário específico para tarefa específica – ergonômico

Acessibilidade Interna – Quantidade de características de oferta de acessibilidade interna

Acessibilidade Externa – Quantidade de características de oferta de acessibilidade externa

Quantidade – Quantidade de equipamentos disponíveis para assistência fisioterapêutica

Calibrados – Frequência de calibração dos equipamentos

Estrutura Administrativa

Modelo de Gestão – Utilização de um modelo de gestão validado, com possibilidade de comparação.

Gestão Financeira – Realização de registros financeiros.

Atendimento ao Cliente – Forma de atendimento aos clientes pela área administrativa.

Programa de Integração e Capacitação – Existência de programas de capacitação e integração.

Normatização de Processos Administrativos – Existência de processos administrativos mapeados e descritos

Normatização de Processos Assistenciais – Existência de processos assistenciais mapeados e descritos

BLOCO 2 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**Domínio Profissional**

Agendamento – Capacidade de flexibilizar horários.

Tempo de atendimento – Gestão de tempo de atendimento para cada paciente/cliente.

Número de pacientes por hora – Número de pacientes atendidos por hora em relação à complexidade do paciente e a capacidade do fisioterapeuta

Grau de Especialização – Percentual de profissionais especialistas dentro da organização

Desempenho – Indicadores de desempenho profissional.

Aperfeiçoamento Externo – Número de horas dedicadas a aperfeiçoamento técnico/profissional fora da organização.

Vínculo Terapeuta – Paciente – Avaliação da capacidade dos profissionais de estabelecer vínculo com os pacientes.

Gerenciamento de risco – Participação efetiva em programas de gerenciamento de riscos, gerenciando eventos adversos com o objetivo de melhorias.

Conformidade com Órgãos Regulatórios – Estar em conformidades com a legislação vigente.

Utilização de EPIs – Disponibilização e utilização dos Equipamentos de Proteção Individual para os profissionais.

Protocolos Clínicos – Percentual de descrição de padrões mínimos de assistência fisioterapêutica para tomada de decisão.

Prontuário – Presença de prontuário e preenchimento dos mesmos.

Eficiência e Efetividade

Plano de tratamento – Existência de padronização de registro de plano de tratamento e descrição do mesmo.

Tempo de Tratamento – Registro, mensuração e análise do tempo de tratamento para cada paciente por patologia tratada.

Objetivos Alcançados – Percentual dos objetivos do tratamento que foram alcançados, a partir da prescrição do tratamento.

Adesão aos Protocolos – Percentual dos pacientes que aderem aos protocolos clínicos utilizados.

BLOCO 3 – SATISFAÇÃO

Satisfação Profissional

Flexibilidade de Horários – Existência de flexibilidade de horários da agenda do profissional.

Programa de Educação Continuada – Quantidade de horas de programa de educação continuada interna.

Remuneração – Nível de remuneração e benefícios oferecidos pela organização.

Plano de Carreira – Existência de plano de carreira para os profissionais na empresa.

Satisfação do Cliente

Capacidade de envolver o paciente nas decisões – Utilização e análise de questionário de avaliação da capacidade de envolver os pacientes nas decisões.

Capacidade de escuta – Capacidade de escuta e comunicação do fisioterapeuta com o paciente.

Registro de Reclamações – Percentual de reclamações por mês.

Questionário de Satisfação – Utilização e análise de questionário de satisfação dos pacientes.

APÊNDICE D – TESTES DE HIPÓTESES NÃO PARAMÉTRICOS PAREADOS (ANTES X DEPOIS)

Testes de hipóteses não paramétricos pareados (antes x depois)

Item	Grupo 1	Grupo 2	P-valor (significância)	
			Wilcoxon	Kendall
Barulho			0,083	0,083
Iluminação			0,039	0,025
Ventilação	Ambiente confortável		0,655	1,000
Temperatura			0,002	0,001
Tamanho			1,000	1,000
Privacidade			0,276	0,564
Organização		Estrutura física	0,157	0,157
Limpeza	Ambiente adequado		0,040	0,059
Espaço ergonômico			0,102	0,102
Acessibilidade interna			0,020	0,014
Acessibilidade externa			0,010	0,005
Quantidade de equipamentos			0,003	0,003
Equipamentos Calibrados	Equipamentos		0,003	0,001
Modelo de gestão			0,001	0,000
Gestão financeira			0,007	0,005
Atendimento ao cliente	Processos administrativos	Estrutura administrativa	0,024	0,014
Programa de integração e capacitação			0,001	0,000
Normatização de processos administrativos			0,000	0,000

Normatização de processos assistenciais			0,001	0,000
Agendamento			1,000	1,000
Tempo de atendimento	Equidade		0,130	0,206
Número de pacientes por hora			0,003	0,003
Grau de especialização			0,003	0,016
Tempo de experiência	Competência		0,000	0,000
Aperfeiçoamento externo	profissional		0,000	0,000
Vínculo terapeuta-paciente			0,001	0,000
Gerenciamento de risco		Prestação de	0,000	0,000
Conformidade com órgãos regulatórios		serviços	0,001	0,000
Utilização de EPI's	Segurança		0,014	0,008
Protocolos clínicos			0,003	0,002
Prontuário			0,102	0,083
Plano de tratamento			0,010	0,005
Tempo de tratamento	Resolutividade		0,019	0,034
Objetivos alcançados			0,009	0,005
Adesão aos protocolos			0,011	0,005
Flexibilidade de horários			0,025	0,025
Programa de educação continuada	Satisfação de clientes		0,000	0,000
Remuneração	internos		1,000	0,705
Plano de carreira		Satisfação	0,000	0,000
Envolver o paciente nas decisões	Satisfação de clientes		0,000	0,000
Capacidade de escuta	externos		0,000	0,000

Registro de reclamações	0,011	0,012
Questionário de satisfação	0,001	0,000

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE E - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (Geral)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,066	0,770	0,133	0,697	-0,514	0,106	-1,000	.	-0,647	0,413	-0,312	0,060
Diagnóstico	0,085	0,705	0,321	0,336	0,341	0,305	-0,800	0,200	0,593	0,648	-0,177	0,092
Descritores (geral)	0,191	0,395	0,353	0,287	-0,338	0,309	0,800	0,200	-0,458	0,729	0,135	0,215
Descritores G1	0,181	0,488	0,631	0,129	-0,276	0,439	0,949	0,051	-0,706	0,667	-0,200	0,117
Descritores G2	-0,141	0,588	0,613	0,144	-0,480	0,160	0,400	0,600	-0,203	0,253	-0,500	0,700
Descritores G3	0,266	0,243	0,432	0,212	-0,106	0,757	0,632	0,368	0,111	0,682	0,173	0,775
Descritores G4	0,167	0,457	0,537	0,089	-0,248	0,463	0,400	0,600	-0,043	0,607	0,199	0,913
Descritores G5	-0,241	0,281	-0,514	0,106	0,185	0,585	0,738	0,262	-0,485	0,517	-0,250	0,186
Descritores G6	0,147	0,513	0,432	0,184	-0,567	0,069	0,400	0,600	-0,017	0,948	-0,025	0,965
Descritores G7	0,051	0,821	0,399	0,224	-0,475	0,140	0,800	0,200	0,034	0,913	-0,043	0,931
Descritores G8	0,385	0,077	0,552	0,078	0,212	0,531	0,316	0,684	0,758	0,861	-0,069	0,018
Descritores G9	0,316	0,152	0,796	0,003	-0,311	0,353	0,200	0,800	0,340	0,480	-0,271	0,370
Descritores G10	0,168	0,455	0,378	0,252	-0,188	0,581	0,400	0,600	-0,231	0,983	0,008	0,550
Descritores G11	0,011	0,962	0,350	0,322	-0,530	0,094	0,400	0,600	-0,254	0,690	-0,169	0,509
Descritores G22	0,167	0,457	0,537	0,089	-0,248	0,463	0,400	0,600	-0,043	0,607	0,199	0,913
Descritores G33	0,060	0,790	0,367	0,267	-0,269	0,423	1,000	.	0,254	0,413	-0,312	0,509
Descritores G44	0,280	0,207	0,594	0,054	-0,224	0,507	0,400	0,600	-0,051	0,931	-0,034	0,897

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE F - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TS E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES.

Práticas GC (TS)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	0,143	0,525	0,273	0,416	-0,175	0,607	-1,000	.	-0,030	0,939	-0,138	0,723
Diagnóstico	0,000	0,999	0,053	0,878	0,458	0,156	-0,800	0,200	0,378	0,315	-0,489	0,182
Descritores (geral)	0,378	0,083	0,508	0,111	0,020	0,954	0,800	0,200	-0,359	0,343	0,563	0,115
Descritores G1	0,354	0,163	0,778	0,039	0,017	0,963	0,949	0,051	-0,600	0,208	0,467	0,291
Descritores G2	0,289	0,260	0,778	0,039	0,112	0,759	0,400	0,600	0,507	0,305	0,315	0,492
Descritores G3	0,330	0,144	0,505	0,137	0,088	0,796	0,632	0,368	-0,033	0,933	0,534	0,173
Descritores G4	0,236	0,290	0,450	0,164	0,092	0,787	0,400	0,600	0,220	0,569	0,509	0,161
Descritores G5	-0,299	0,176	-0,489	0,127	-0,047	0,891	0,738	0,262	-0,407	0,277	-0,434	0,243
Descritores G6	0,356	0,104	0,653	0,029	-0,492	0,124	0,400	0,600	0,030	0,939	0,636	0,065
Descritores G7	0,004	0,985	0,125	0,715	-0,241	0,476	0,800	0,200	-0,450	0,224	0,234	0,544
Descritores G8	0,322	0,144	0,441	0,174	0,281	0,403	0,316	0,684	0,490	0,180	-0,103	0,792
Descritores G9	0,388	0,074	0,783	0,004	-0,089	0,794	0,200	0,800	-0,105	0,788	0,176	0,651
Descritores G10	0,319	0,148	0,556	0,076	-0,072	0,833	0,400	0,600	-0,211	0,586	0,500	0,170
Descritores G11	0,325	0,151	0,483	0,157	0,164	0,630	0,400	0,600	-0,159	0,682	0,591	0,122
Descritores G22	0,236	0,290	0,450	0,164	0,092	0,787	0,400	0,600	0,220	0,569	0,509	0,161
Descritores G33	0,068	0,762	0,139	0,684	-0,070	0,839	1,000	.	0,040	0,919	0,037	0,925
Descritores G44	0,389	0,073	0,655	0,029	-0,110	0,748	0,400	0,600	-0,279	0,467	0,386	0,305

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE G - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO GEC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (GEC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,049	0,827	0,190	0,575	-0,113	0,740	0,738	0,262	-0,155	0,691	0,068	0,861
Diagnóstico	0,131	0,562	0,042	0,903	0,520	0,101	0,211	0,789	0,180	0,644	0,231	0,550
Descritores (geral)	-0,229	0,304	-0,274	0,415	-0,536	0,090	-0,949	0,051	-0,120	0,759	-0,197	0,612
Descritores G1	-0,340	0,182	-0,382	0,398	-0,370	0,292	-0,889	0,111	-0,179	0,734	-0,422	0,346
Descritores G2	-0,167	0,523	-0,491	0,263	0,082	0,822	-0,632	0,368	0,265	0,612	-0,569	0,183
Descritores G3	-0,143	0,537	-0,421	0,226	0,068	0,842	-0,833	0,167	-0,159	0,682	-0,059	0,890
Descritores G4	-0,130	0,563	-0,111	0,744	-0,061	0,858	-0,632	0,368	-0,094	0,809	0,030	0,939
Descritores G5	-0,090	0,690	0,049	0,887	-0,344	0,300	-0,889	0,111	-0,083	0,832	0,084	0,829
Descritores G6	-0,043	0,851	0,181	0,593	-0,713	0,014	0,105	0,895	0,205	0,596	-0,325	0,394
Descritores G7	-0,256	0,249	-0,195	0,566	-0,484	0,132	-0,949	0,051	-0,073	0,852	-0,287	0,454
Descritores G8	0,174	0,439	0,259	0,442	-0,014	0,967	-0,389	0,611	0,498	0,172	0,191	0,622
Descritores G9	-0,418	0,053	-0,291	0,385	-0,676	0,022	-0,105	0,895	-0,404	0,281	-0,511	0,160
Descritores G10	-0,209	0,352	-0,256	0,447	-0,134	0,694	-0,632	0,368	-0,073	0,851	-0,262	0,496
Descritores G11	-0,338	0,133	-0,449	0,193	-0,221	0,514	-0,632	0,368	-0,402	0,284	-0,196	0,641
Descritores G22	-0,130	0,563	-0,111	0,744	-0,061	0,858	-0,632	0,368	-0,094	0,809	0,030	0,939
Descritores G33	-0,062	0,785	0,320	0,337	-0,512	0,107	-0,738	0,262	0,265	0,491	-0,137	0,726
Descritores G44	-0,342	0,120	-0,382	0,246	-0,424	0,194	-0,632	0,368	-0,214	0,581	-0,328	0,389

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE H - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO RBC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (RBC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,021	0,924	0,034	0,922	-0,274	0,415	-0,632	0,368	-0,597	0,090	0,511	0,160
Diagnóstico	-0,249	0,264	0,513	0,107	0,307	0,358	-0,949	0,051	0,355	0,349	-0,529	0,143
Descritores (geral)	0,337	0,125	-0,129	0,705	0,418	0,200	0,105	0,895	-0,009	0,982	0,719	0,029
Descritores G1	0,511	0,036	-0,179	0,701	0,477	0,164	0,389	0,611	0,626	0,183	0,611	0,145
Descritores G2	0,266	0,302	-0,179	0,701	0,273	0,445	-0,105	0,895	0,432	0,392	0,296	0,519
Descritores G3	0,121	0,601	-0,095	0,793	-0,262	0,437	0,000	1,000	-0,301	0,431	0,619	0,102
Descritores G4	0,251	0,260	0,144	0,673	-0,152	0,657	-0,105	0,895	0,040	0,918	0,687	0,041
Descritores G5	-0,281	0,205	-0,695	0,018	0,221	0,515	0,056	0,944	-0,213	0,582	-0,588	0,096
Descritores G6	0,463	0,030	0,182	0,591	-0,156	0,646	0,738	0,262	0,381	0,311	0,537	0,136
Descritores G7	0,306	0,166	0,196	0,563	0,039	0,909	0,105	0,895	0,223	0,565	0,723	0,028
Descritores G8	0,232	0,300	0,427	0,191	0,383	0,245	0,056	0,944	0,272	0,480	0,441	0,235
Descritores G9	0,179	0,426	0,533	0,091	-0,097	0,776	0,211	0,789	0,174	0,655	0,487	0,183
Descritores G10	0,239	0,285	-0,140	0,682	0,468	0,146	-0,105	0,895	0,036	0,927	0,548	0,127
Descritores G11	0,281	0,217	-0,196	0,588	0,370	0,263	-0,105	0,895	0,168	0,665	0,519	0,188
Descritores G22	0,251	0,260	0,144	0,673	-0,152	0,657	-0,105	0,895	0,040	0,918	0,687	0,041
Descritores G33	0,367	0,093	0,283	0,400	0,146	0,668	0,632	0,368	0,364	0,336	0,615	0,078
Descritores G44	0,291	0,189	0,123	0,719	0,385	0,242	-0,105	0,895	-0,098	0,803	0,585	0,098

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE I - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TDC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (TDC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,130	0,563	-0,010	0,978	-0,214	0,528	-0,949	0,051	-0,507	0,164	-0,087	0,825
Diagnóstico	0,314	0,155	0,565	0,070	0,240	0,477	-0,632	0,368	0,727	0,027	0,000	1,000
Descritores (geral)	-0,065	0,775	-0,163	0,632	0,166	0,625	0,738	0,262	-0,693	0,039	0,000	1,000
Descritores G1	0,110	0,673	0,045	0,924	-0,089	0,807	0,889	0,111	-0,955	0,003	0,718	0,069
Descritores G2	0,017	0,948	0,089	0,849	-0,100	0,784	0,211	0,789	-0,152	0,774	0,399	0,375
Descritores G3	0,238	0,299	0,327	0,356	0,079	0,818	0,500	0,500	0,384	0,308	0,060	0,888
Descritores G4	0,040	0,861	0,249	0,460	0,057	0,869	0,211	0,789	-0,124	0,750	0,000	1,000
Descritores G5	-0,220	0,326	-0,401	0,222	0,286	0,394	0,889	0,111	-0,729	0,026	0,000	1,000
Descritores G6	-0,193	0,388	-0,130	0,704	-0,361	0,275	0,105	0,895	-0,385	0,307	-0,087	0,825
Descritores G7	0,384	0,077	0,661	0,027	0,039	0,908	0,738	0,262	0,026	0,948	0,617	0,077
Descritores G8	0,460	0,031	0,267	0,427	0,582	0,060	0,056	0,944	0,554	0,122	0,617	0,077
Descritores G9	0,265	0,233	0,296	0,377	0,083	0,808	-0,105	0,895	0,571	0,108	-0,130	0,738
Descritores G10	0,117	0,604	0,188	0,580	0,260	0,440	0,211	0,789	-0,422	0,257	0,391	0,298
Descritores G11	0,030	0,896	0,130	0,720	-0,078	0,819	0,211	0,789	-0,068	0,861	0,169	0,689
Descritores G22	0,040	0,861	0,249	0,460	0,057	0,869	0,211	0,789	-0,124	0,750	0,000	1,000
Descritores G33	0,275	0,216	0,407	0,214	0,230	0,496	0,949	0,051	-0,128	0,742	0,693	0,039
Descritores G44	0,221	0,323	0,303	0,365	0,257	0,445	0,211	0,789	-0,171	0,660	0,262	0,496

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE J - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO ADC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (ADC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	0,108	0,632	0,452	0,163	-0,380	0,248	-0,600	0,400	-0,370	0,326	0,332	0,382
Diagnóstico	0,027	0,904	0,786	0,004	-0,169	0,620	0,000	1,000	0,132	0,735	-0,332	0,382
Descritores (geral)	0,150	0,504	-0,061	0,858	-0,103	0,763	0,800	0,200	-0,316	0,407	0,542	0,132
Descritores G1	0,198	0,447	-0,168	0,718	-0,036	0,922	0,738	0,262	-0,141	0,790	-0,019	0,968
Descritores G2	-0,527	0,030	-0,299	0,514	-0,789	0,007	0,400	0,600	-0,926	0,008	-0,406	0,366
Descritores G3	0,340	0,132	0,554	0,097	-0,045	0,895	0,632	0,368	0,346	0,361	0,438	0,278
Descritores G4	0,247	0,267	0,339	0,308	-0,131	0,700	0,400	0,600	0,000	1,000	0,593	0,093
Descritores G5	-0,046	0,838	-0,354	0,285	0,389	0,237	0,949	0,051	-0,229	0,554	-0,402	0,283
Descritores G6	-0,021	0,926	-0,170	0,617	0,033	0,924	-0,400	0,600	-0,026	0,946	0,192	0,620
Descritores G7	0,250	0,261	0,198	0,560	0,151	0,658	0,800	0,200	0,503	0,168	0,249	0,518
Descritores G8	0,155	0,492	0,236	0,484	0,132	0,699	0,105	0,895	-0,159	0,683	0,480	0,191
Descritores G9	0,371	0,089	0,443	0,172	0,131	0,701	-0,200	0,800	0,529	0,143	0,110	0,779
Descritores G10	0,144	0,523	0,156	0,647	-0,145	0,670	0,400	0,600	-0,252	0,512	0,277	0,471
Descritores G11	-0,037	0,875	0,175	0,629	-0,580	0,062	0,400	0,600	-0,211	0,586	0,074	0,862
Descritores G22	0,247	0,267	0,339	0,308	-0,131	0,700	0,400	0,600	0,000	1,000	0,593	0,093
Descritores G33	0,173	0,441	0,099	0,772	0,187	0,582	0,600	0,400	0,053	0,893	0,166	0,669
Descritores G44	0,312	0,157	0,376	0,254	0,066	0,848	0,400	0,600	0,053	0,893	0,392	0,296

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE K - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO CBC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (CBC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,244	0,273	-0,141	0,679	-0,413	0,207	-1,000	.	-0,744	0,022	-0,313	0,412
Diagnóstico	0,183	0,415	0,461	0,153	0,310	0,353	-0,800	0,200	0,741	0,022	-0,200	0,606
Descritores (geral)	-0,029	0,899	-0,024	0,945	-0,333	0,318	0,800	0,200	-0,443	0,233	-0,096	0,806
Descritores G1	0,195	0,453	0,636	0,125	-0,144	0,691	0,949	0,051	-0,277	0,595	-0,093	0,842
Descritores G2	-0,090	0,732	0,711	0,073	-0,304	0,393	0,400	0,600	0,030	0,954	-0,131	0,780
Descritores G3	0,099	0,668	0,079	0,829	-0,144	0,672	0,632	0,368	-0,056	0,886	0,065	0,878
Descritores G4	-0,077	0,733	0,217	0,522	-0,443	0,172	0,400	0,600	-0,355	0,349	-0,101	0,797
Descritores G5	-0,250	0,262	-0,386	0,241	0,012	0,972	0,738	0,262	-0,565	0,113	-0,391	0,298
Descritores G6	0,060	0,792	0,267	0,428	-0,455	0,160	0,400	0,600	-0,060	0,879	-0,035	0,929
Descritores G7	0,084	0,712	0,523	0,099	-0,480	0,135	0,800	0,200	0,227	0,558	0,044	0,910
Descritores G8	0,067	0,767	0,248	0,462	-0,075	0,827	0,316	0,684	0,658	0,054	-0,655	0,055
Descritores G9	0,218	0,330	0,491	0,125	-0,240	0,477	0,200	0,800	0,607	0,083	-0,197	0,612
Descritores G10	-0,091	0,686	0,045	0,896	-0,343	0,302	0,400	0,600	-0,262	0,496	-0,153	0,694
Descritores G11	-0,038	0,872	0,028	0,939	-0,342	0,304	0,400	0,600	0,043	0,913	-0,195	0,643
Descritores G22	-0,077	0,733	0,217	0,522	-0,443	0,172	0,400	0,600	-0,355	0,349	-0,101	0,797
Descritores G33	-0,071	0,755	0,396	0,229	-0,402	0,220	1,000	.	0,162	0,678	-0,435	0,242
Descritores G44	-0,013	0,955	0,206	0,544	-0,361	0,275	0,400	0,600	-0,102	0,794	-0,307	0,421

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE L - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO MA E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (MA)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	0,247	0,267	0,164	0,631	0,140	0,682	-1,000	.	-0,216	0,577	-0,205	0,597
Diagnóstico	-0,081	0,721	0,112	0,743	-0,014	0,968	-0,800	0,200	-0,146	0,708	-0,018	0,964
Descritores (geral)	0,309	0,162	0,206	0,544	0,111	0,744	0,800	0,200	0,301	0,432	-0,214	0,581
Descritores G1	0,384	0,128	0,655	0,111	0,148	0,682	0,949	0,051	0,119	0,822	0,350	0,441
Descritores G2	-0,066	0,800	0,655	0,111	-0,450	0,192	0,400	0,600	-0,294	0,571	0,487	0,268
Descritores G3	-0,205	0,373	0,037	0,918	-0,684	0,020	0,632	0,368	-0,875	0,002	-0,302	0,467
Descritores G4	-0,029	0,898	0,252	0,454	-0,606	0,048	0,400	0,600	-0,151	0,698	-0,228	0,555
Descritores G5	0,192	0,391	-0,204	0,547	0,822	0,002	0,738	0,262	0,412	0,270	0,293	0,445
Descritores G6	0,336	0,126	0,419	0,199	-0,072	0,833	0,400	0,600	0,799	0,010	0,018	0,964
Descritores G7	0,113	0,617	0,173	0,611	-0,126	0,711	0,800	0,200	-0,078	0,843	0,136	0,727
Descritores G8	0,313	0,157	0,524	0,098	0,112	0,742	0,316	0,684	0,586	0,097	-0,344	0,364
Descritores G9	0,448	0,036	0,475	0,140	0,395	0,230	0,200	0,800	0,220	0,570	0,237	0,539
Descritores G10	0,246	0,271	0,131	0,700	0,088	0,796	0,400	0,600	0,182	0,640	-0,130	0,739
Descritores G11	-0,143	0,538	-0,009	0,980	-0,432	0,185	0,400	0,600	-0,481	0,190	-0,101	0,812
Descritores G22	-0,029	0,898	0,252	0,454	-0,606	0,048	0,400	0,600	-0,151	0,698	-0,228	0,555
Descritores G33	0,323	0,142	0,262	0,437	0,116	0,734	1,000	.	0,842	0,004	0,089	0,820
Descritores G44	0,419	0,052	0,244	0,469	0,240	0,478	0,400	0,600	0,421	0,259	-0,162	0,678

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE M - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO TIC E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (TIC)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,006	0,978	-0,033	0,922	-0,292	0,384	-1,000	.	0,670	0,048	-0,390	0,300
Diagnóstico	-0,363	0,097	-0,636	0,036	0,178	0,601	-0,800	0,200	-0,546	0,128	-0,458	0,215
Descritores (geral)	0,369	0,091	0,621	0,041	-0,535	0,090	0,800	0,200	0,173	0,656	0,237	0,539
Descritores G1	0,236	0,362	0,927	0,003	-0,299	0,401	0,949	0,051	-0,277	0,595	-0,136	0,771
Descritores G2	-0,091	0,728	0,946	0,001	-0,480	0,161	0,400	0,600	-0,213	0,686	-0,391	0,386
Descritores G3	0,339	0,133	0,347	0,326	0,112	0,744	0,632	0,368	0,228	0,556	0,364	0,376
Descritores G4	0,294	0,184	0,335	0,315	-0,109	0,750	0,400	0,600	0,291	0,447	0,409	0,275
Descritores G5	0,157	0,486	0,281	0,402	-0,092	0,787	0,738	0,262	0,354	0,350	-0,149	0,703
Descritores G6	0,145	0,520	0,357	0,281	-0,451	0,163	0,400	0,600	-0,078	0,842	0,305	0,425
Descritores G7	-0,070	0,758	-0,062	0,856	-0,340	0,307	0,800	0,200	-0,265	0,490	-0,155	0,690
Descritores G8	-0,095	0,674	-0,002	0,994	-0,181	0,593	0,316	0,684	-0,409	0,274	-0,397	0,291
Descritores G9	-0,036	0,872	0,164	0,629	-0,221	0,513	0,200	0,800	-0,626	0,071	-0,357	0,345
Descritores G10	0,210	0,349	0,497	0,120	-0,601	0,051	0,400	0,600	0,083	0,832	0,170	0,661
Descritores G11	0,146	0,529	0,602	0,066	-0,493	0,123	0,400	0,600	-0,269	0,485	0,195	0,643
Descritores G22	0,294	0,184	0,335	0,315	-0,109	0,750	0,400	0,600	0,291	0,447	0,409	0,275
Descritores G33	-0,099	0,662	-0,167	0,623	-0,346	0,298	1,000	.	-0,199	0,607	-0,424	0,256
Descritores G44	0,172	0,444	0,386	0,240	-0,527	0,096	0,400	0,600	-0,017	0,965	-0,051	0,896

Fonte: Elaborado pela Autora.

APÊNDICE N - COEFICIENTE DE SPEARMAN E SIGNIFICÂNCIA DOS TESTES DE HIPÓTESES PARA ASSOCIAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GC DO TIPO DEO E OS GRUPOS DE DESCRITORES, EM DIFERENTES SUBGRUPOS DE ORGANIZAÇÕES

Práticas GC (DEO)	Todas as organizações		Nível 1		Nível 2		Bronze		Prata		Ouro	
	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor	Spearman	P-Valor
Colaboradores	-0,088	0,697	0,098	0,774	-0,158	0,643	-0,800	0,200	-0,205	0,596	-0,162	0,676
Diagnóstico	0,396	0,068	0,084	0,806	0,280	0,404	-0,400	0,600	0,528	0,144	0,453	0,221
Descritores (geral)	-0,074	0,743	0,323	0,333	0,065	0,850	1,000	.	-0,392	0,297	-0,402	0,284
Descritores G1	0,159	0,542	0,472	0,284	0,471	0,169	0,949	0,051	-0,118	0,824	-0,280	0,542
Descritores G2	-0,044	0,866	0,283	0,538	-0,163	0,654	0,800	0,200	0,087	0,870	-0,037	0,937
Descritores G3	-0,242	0,291	-0,076	0,834	-0,400	0,223	0,949	0,051	-0,373	0,323	-0,445	0,270
Descritores G4	-0,347	0,114	0,229	0,498	-0,633	0,036	0,800	0,200	-0,765	0,016	-0,622	0,073
Descritores G5	-0,011	0,962	-0,162	0,634	0,414	0,206	0,738	0,262	-0,357	0,346	0,393	0,295
Descritores G6	-0,073	0,747	0,342	0,303	-0,446	0,170	0,200	0,800	0,026	0,948	-0,479	0,192
Descritores G7	0,060	0,790	0,309	0,356	0,075	0,827	1,000	.	0,120	0,759	-0,209	0,590
Descritores G8	0,445	0,038	0,754	0,007	0,117	0,733	0,632	0,368	0,573	0,107	0,157	0,688
Descritores G9	0,355	0,105	0,499	0,118	0,018	0,957	0,400	0,600	0,184	0,636	0,056	0,887
Descritores G10	-0,061	0,789	0,155	0,649	0,088	0,797	0,800	0,200	-0,373	0,322	-0,202	0,603
Descritores G11	-0,219	0,340	-0,164	0,650	-0,097	0,777	0,800	0,200	-0,281	0,464	-0,466	0,244
Descritores G22	-0,347	0,114	0,229	0,498	-0,633	0,036	0,800	0,200	-0,765	0,016	-0,622	0,073
Descritores G33	0,073	0,748	0,510	0,109	-0,014	0,968	0,800	0,200	0,085	0,828	-0,094	0,810
Descritores G44	0,099	0,662	0,350	0,292	0,137	0,689	0,800	0,200	-0,323	0,396	0,022	0,956

Fonte: Elaborado pela Autora.