

A EVOLUÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

THE EVOLUTION OF HOSPITAL MANAGEMENT DURING THE COVID-19 PANDEMIC

LA EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Luiz Fernando Ridolfi

Universidad Europea del Atlántico, Espanha
<https://orcid.org/0000-0003-4918-0420>

Raquel Corradi Magalhães

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Magna Patrícia de Oliveira Agreste

Must University, Estados Unidos

Naiza Nunes Violato Couto

Must University, Estados Unidos

Ellayne Lima Vieira

Must University, Estados Unidos

Fernanda Botelho da Silva

Escola de Enfermagem, Brasil

Izabel Janaina Barbosa da Silva

São Luís University, Estados Unidos

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i3.548>

Publicado em: 04.03.2026

Resumo: Este estudo aborda a pandemia de COVID-19, decretada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde como emergência de saúde pública internacional, representou um desafio significativo para a gestão hospitalar em 168 países, evidenciando contrastes marcantes entre instituições públicas e privadas. Este estudo analisa as transformações ocorridas na administração hospitalar durante a crise sanitária, destacando as estratégias de intervenção implementadas, as lições aprendidas e os legados deixados para a gestão em saúde. Os objetivos específicos incluem identificar as principais ações adotadas nos diferentes níveis de atenção dos sistemas de saúde e promover uma reflexão sobre os aprendizados e implicações permanentes decorrentes da pandemia. A justificativa fundamenta-se na necessidade de compreender como distintas abordagens gerenciais e a disponibilidade de recursos influenciaram a resposta às demandas emergenciais. A metodologia adotada baseou-se na análise de dados e na revisão bibliográfica de fontes primárias, a partir do referencial teórico da disciplina Hospital Management do Mestrado em Gestão de Cuidados em Saúde da *Must University*, complementada por fontes secundárias de bases científicas em português e inglês, plataformas digitais como *Google Acadêmico*, e sites oficiais do Governo. Conclui-se que, apesar das



diferenças estruturais entre os setores público e privado, ambas as administrações desenvolveram aprendizados relevantes relacionados à flexibilização, inovação tecnológica e cooperação, elementos essenciais para o fortalecimento contínuo dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: COVID-19. Pandemia. Gestão Hospitalar. Administração Pública. Instituições Privadas. Estratégias de Intervenção.

Abstract: This study The COVID-19 pandemic, declared on March 11, 2020 by the World Health Organization as a global public health emergency, posed significant challenges to hospital management across 168 countries, revealing marked contrasts between public and private institutions. This study examines the transformations that occurred in hospital administration during the health crisis, highlighting the intervention strategies implemented, the lessons learned, and the lasting legacies for healthcare management. The specific objectives include identifying the main actions adopted at different levels of healthcare delivery and fostering reflection on the long-term implications derived from the pandemic. The study is justified by the need to understand how diverse managerial approaches and resource availability influenced the response to emerging demands. The methodology consisted of data analysis and a literature review of primary sources based on the theoretical framework of the Hospital Management course from the Master's program in Health Care Management at Must University, complemented by secondary sources from scientific databases in Portuguese and English, digital platforms such as Google Scholar, and official government websites. The findings indicate that, despite structural differences between public and private sectors, both types of institutions developed important insights related to flexibility, technological innovation, and collaboration key elements for the ongoing strengthening of healthcare systems.

Keywords: COVID-19. Pandemic. Hospital Management. Public Administration. Private Institutions. Intervention Strategies.

Resumen: Este estudio aborda la pandemia de COVID-19, declarada el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud como emergencia de salud pública internacional, que supuso un reto significativo para la gestión hospitalaria en 168 países, poniendo de manifiesto marcadas diferencias entre las instituciones públicas y privadas. Este estudio analiza los cambios que se produjeron en la administración hospitalaria durante la crisis sanitaria, destacando las estrategias de intervención implementadas, las lecciones aprendidas y el legado que dejaron para la gestión sanitaria. Los objetivos específicos incluyen identificar las principales medidas adoptadas en los diferentes niveles de atención de los sistemas de salud y promover una reflexión sobre los aprendizajes y las implicaciones permanentes derivadas de la pandemia. La justificación se basa en la necesidad de comprender cómo los distintos enfoques de gestión y la disponibilidad de recursos influyeron en la respuesta a las demandas de emergencia. La metodología adoptada se basó en el análisis de datos y la revisión bibliográfica de fuentes primarias, a partir del marco teórico de la disciplina Gestión Hospitalaria del Máster en Gestión de la Atención Sanitaria de la Must University, complementada con fuentes secundarias de bases científicas en portugués e inglés, plataformas digitales como Google Académico y sitios web oficiales del Gobierno. Se concluye que, a pesar de las diferencias estructurales entre los sectores público y privado, ambas administraciones han desarrollado aprendizajes relevantes relacionados con la flexibilización, la innovación tecnológica y la cooperación, elementos esenciales para el fortalecimiento continuo de los sistemas de salud.

Palabras clave: COVID-19. Pandemia. Gestión hospitalaria. Administración pública. Instituciones privadas. Estrategias de intervención.

1 Introdução

A crise sanitária desencadeada pela pandemia de COVID-19 impactou profundamente os sistemas de saúde ao redor do mundo. Nesse cenário, a gestão hospitalar assumiu um papel central na coordenação de respostas emergenciais, exigindo adaptações rápidas, reorganização estrutural e adoção de estratégias inovadoras. A pressão exercida sobre a infraestrutura hospitalar, expôs fragilidades preexistentes, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, relacionadas a capacidade instalada, a disponibilidade de insumos, a qualificação profissional e a eficiência dos processos administrativos.

Os hospitais enfrentaram desafios associados ao crescimento exponencial da demanda por leitos de terapia intensiva, a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a necessidade de implementar fluxos assistenciais seguros para reduzir o risco de transmissão e contaminação pelo vírus. A falta de previsibilidade quanto à evolução da COVID-19 e a incerteza quanto a eficácia dos tratamentos, impôs à gestão hospitalar um processo decisório contínuo em um ambiente de incertezas, marcado por informações incompletas, e em constante atualização. Dificuldades relacionadas ao esgotamento físico e emocional das equipes, sobrecarga operacional e a necessidade de treinamentos emergenciais, ampliaram a complexidade dos processos de gestão.

O avanço do SARS-CoV-2 provocou uma crise global sem precedentes, levando as instituições de saúde a estruturarem seus processos internos e fluxos operacionais para atenderem à crescente demanda por cuidados intensivos, leitos hospitalares e equipamentos essenciais (Ventura *et al.*, 2020). As instituições públicas foram particularmente impactadas (Costa *et al.*, 2020), pela escassez de recursos e pela rigidez burocrática que contribuíram para atrasos na resposta emergencial.

Para além da pergunta norteadora, este estudo parte do seguinte pressuposto analítico: a pandemia de COVID-19 não produziu uma transformação estrutural homogênea na gestão hospitalar brasileira, mas operou como aceleradora de processos já em curso, cujos efeitos foram condicionados por estruturas institucionais pré-existentes, assimetrias regionais e capacidades organizacionais diferenciadas.

A hipótese central que orienta esta análise sustenta que: hospitais dotados de maior densidade institucional, governança clínica estruturada e capacidade decisória flexível apresentaram maior adaptabilidade organizacional durante a pandemia, enquanto instituições marcadas por rigidez burocrática e fragilidade estrutural responderam predominantemente por meio de estratégias reativas e contingenciais. Assim, a pandemia é compreendida menos como

evento fundador de um novo modelo de gestão e mais como evento crítico (*critical juncture*) que tensionou e revelou padrões institucionais já estabelecidos.

A elaboração deste artigo tem como objetivo compreender como a pandemia de COVID-19 influenciou e transformou a administração hospitalar pública e privada no Brasil durante a crise sanitária, identificando as estratégias adotadas nos diferentes níveis de atenção à saúde diante da escassez de recursos financeiros e da crise econômica mundial instalada. A justificativa para este estudo baseia-se na importância de compreender como os órgãos de gestão enfrentam uma crise sanitária mundial, aprimorando estratégias aplicáveis que possam garantir um sistema de saúde preparado para futuras emergências.

A metodologia adotada baseou-se na análise de dados e na revisão bibliográfica de fontes primárias, fundamentada no referencial teórico da disciplina *Hospital Management* do *Mestrado em Gestão de Cuidados em Saúde da Must University*, complementada por fontes secundárias provenientes de bases científicas. Este é um estudo de revisão bibliográfica que analisou artigos científicos vinculados à temática em questão.

2 Marco teórico

A análise da gestão hospitalar durante a pandemia pode ser enriquecida à luz de três matrizes teóricas complementares: teoria institucional, governança adaptativa e teoria da complexidade organizacional.

A teoria institucional sustenta que organizações respondem a crises não apenas por critérios de eficiência, mas também por pressões coercitivas (regulação estatal), normativas (protocolos técnicos) e miméticas (imitação de práticas consideradas bem-sucedidas). Durante a pandemia, observou-se forte isomorfismo organizacional, com hospitais adotando protocolos semelhantes independentemente de sua natureza pública ou privada. Entretanto, a capacidade de internalizar tais práticas variou conforme densidade institucional e recursos disponíveis, produzindo respostas assimétricas.

A noção de governança adaptativa enfatiza a capacidade de sistemas organizacionais aprenderem em tempo real e ajustarem estratégias sob incerteza. Hospitais que operavam com estruturas decisórias descentralizadas e canais comunicacionais horizontais demonstraram maior flexibilidade. Todavia, a literatura também indica que, em alguns contextos, a centralização decisória foi necessária para coordenação rápida, revelando tensão entre autonomia local e comando central.

No que tange, a complexidade organizacional, hospitais são sistemas adaptativos complexos, nos quais pequenas alterações podem produzir efeitos amplificados. A pandemia evidenciou interdependências críticas entre: disponibilidade de leitos, recursos humanos especializados, cadeias de suprimento, sistemas de informação. Sob essa ótica, a resiliência hospitalar não se reduz à expansão de capacidade instalada, mas envolve capacidade sistêmica de reorganização dinâmica.

2.1 O gerenciamento hospitalar frente ao COVID-19

A gestão hospitalar caracteriza-se como uma área complexa, multidimensional e altamente sensível às dinâmicas sociais, tecnológicas e epidemiológicas. Hospitais são organizações que operam em regime contínuo, demandando planejamento estratégico, gestão de recursos humanos, controle de insumos, governança clínica, segurança do paciente e eficiência administrativa. A gestão em saúde compreende uma administração interligada independentemente de sua dimensão com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade ao usuário, cumprindo os objetivos estabelecidos.

Realizar gestão em saúde envolve conhecer e estabelecer processos para o cumprimento das exigências estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O gerenciamento de risco é uma ação importante dentro da gestão em saúde (Barja; Viriato, 2021).

As instituições de saúde dependem de estruturas organizacionais capazes de responder rapidamente a crises, mesmo em cenários de incerteza e alta pressão assistencial. Antes da pandemia, muitos sistemas hospitalares já apresentavam limitações significativas, como defasagem tecnológica, escassez de profissionais especializados e insuficiência de investimentos públicos e privados.

A chegada do SARS-CoV-2 intensificou esses desafios ao exigir uma capacidade de resposta imediata, reorganização operacional e integração entre setores da atenção primária, secundária e terciária. Assim, compreender o contexto pré-pandêmico é essencial para analisar como a COVID-19 acelerou processos de mudança na administração hospitalar. A crise hospitalar vivenciada pelas redes pública e privada durante a pandemia de COVID-19 evidenciou fragilidades estruturais, desigualdades históricas e limitações de capacidade assistencial do sistema de saúde brasileiro.

O crescimento acelerado da demanda por internações, especialmente por leitos de terapia intensiva, resultou em rápida saturação dos serviços e exigiu a adoção de estratégias emergenciais de reorganização e expansão da infraestrutura hospitalar. A implantação dos hospitais de campanha constituiu uma das principais estratégias adotadas para ampliar temporariamente a oferta de leitos clínicos e absorver casos de baixa e média complexidade.

Essas unidades provisórias foram relevantes ao reduzir a sobrecarga sobre hospitais tradicionais, possibilitando o remanejamento de fluxos assistenciais para separar pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 de outras demandas clínicas. Desta forma ocorreu um melhor direcionamento dos recursos, insumos e equipes assistenciais para o atendimento aos pacientes em estado crítico.

Na rede pública, essa estratégia tornou-se fundamental diante da insuficiência histórica de leitos e da dificuldade de expansão física imediata das unidades já existentes. Na rede privada, embora a disponibilidade de recursos fosse relativamente maior, foi necessário ampliar ou adaptar setores internos para acomodar o aumento expressivo da demanda.

A implementação dessas estruturas temporárias, aliada ao uso de tecnologias para vigilância clínica e a coordenação interinstitucional entre diferentes níveis de gestão, contribuiu para reduzir o risco de colapso total do sistema. Assim, a pandemia não apenas expôs as limitações da capacidade assistencial, mas também impulsionou soluções inovadoras e de rápida execução, evidenciando a importância de estratégias flexíveis e de resposta emergencial em contextos de crise sanitária.

Segundo Ventura *et al.* (2020) a demanda exponencial por leitos de UTI, e insumos essenciais ultrapassou a capacidade de muitos hospitais, revelando fragilidades estruturais que, tornaram-se mais evidentes durante a crise sendo um dos fatores críticos para o agravamento da crise assistencial.

A utilização de novos processos de gerenciamento, como o mapeamento de áreas de maior risco e do perfil populacional com maior susceptibilidade à transmissão do vírus, no contexto da pandemia de COVID-19, emergiu como uma estratégia imprescindível para ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde frente ao aumento súbito e expressivo da demanda em determinada região.

Entre as medidas adotadas, destaca-se o cancelamento ou adiamento de cirurgias eletivas, prática que possibilitou a liberação imediata de leitos cirúrgicos e salas de recuperação pós anestésica, os quais foram prontamente redirecionados para a assistência aos pacientes acometidos pela doença. Essa ação não apenas aumentou a oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva, como também reduziu o fluxo de pacientes nas unidades hospitalares, contribuindo para a redução do risco de transmissão viral e preservação de insumos críticos.

Paralelamente, um amplo processo de redistribuição e remanejamento de equipes multiprofissionais, com a realocação de profissionais de saúde para setores de demanda maior, especialmente unidades de urgência, enfermarias especializadas e serviços de terapia intensiva destinados ao tratamento da COVID-19.

Foram implementadas capacitações rápidas para qualificar equipes de áreas menos diretamente envolvidas, assegurando maior flexibilidade operacional e melhor aproveitamento da força de trabalho disponível. Além disso, ajustes em escalas, expansão de plantões e contratação de profissionais para a criação de equipes específicas para o manejo respiratório, foram estratégias adotadas pelos órgãos gestores para otimizar e assegurar a assistência.

Essas medidas de reorganização estrutural e funcional demonstraram a necessidade de elaboração de modelos de gestão hospitalar capazes de responder de forma ágil e coordenada a situações de crise. A articulação entre suspensão de procedimentos eletivos e realocação estratégica de recursos humanos permitiu equilibrar a sobrecarga hospitalar, aumentar a eficiência dos serviços e fortalecer a capacidade institucional de enfrentamento durante o período crítico da pandemia.

O uso da tecnologia emergiu como uma das soluções estratégicas mais importantes para enfrentar os desafios da pandemia. Para Oliveira e Silva (2021), a telemedicina aplicada

durante o isolamento social, tornou-se não apenas alternativa, mas elemento central para reorganizar modelos de atendimento e fluxos assistenciais, reduzindo e otimizando recursos. A telemedicina configurou-se como uma ferramenta essencial no contexto da pandemia de COVID-19, sobretudo em função da necessidade de manutenção das medidas de isolamento e distanciamento social (*Lokdown*).

Diante das restrições impostas para conter a disseminação do vírus, a utilização de tecnologias digitais para a prestação remota de serviços de saúde tornou-se fundamental para assegurar a continuidade assistencial e reduzir a circulação de pessoas nos ambientes hospitalares e ambulatoriais. A adoção de atendimentos virtuais em todas as esferas do sistema de saúde, possibilitou a realização de consultas clínicas, avaliações, orientações terapêuticas e triagens, garantindo desta forma o acompanhamento de pacientes com condições crônicas, demandas não urgentes ou sintomas leves.

Essa metodologia de atendimento contribuiu para minimizar a sobrecarga dos serviços presenciais, preservando sua capacidade para o atendimento de casos graves de COVID-19. O telemonitoramento possibilitou um acompanhamento constante de indivíduos infectados que permaneciam em isolamento domiciliar, permitindo a avaliação periódica de sinais e sintomas, a tomada de decisões clínicas em tempo hábil e a identificação precoce de agravamentos, direcionando pacientes a serviços quando necessário.

A metodologia de acompanhamento remoto fortaleceu a coordenação do cuidado, favoreceu a integração das equipes multiprofissionais e ampliou o acesso aos serviços, especialmente em regiões com limitações estruturais e geográficas, contribuindo para a contenção da transmissão viral.

Assim, a utilização da telemedicina durante a pandemia evidenciou seu potencial como componente estruturante da assistência em saúde, ao conciliar segurança sanitária, continuidade do cuidado e eficiência operacional. Sua adoção emergencial revelou-se não apenas uma solução contingencial, mas um recurso capaz de transformar positivamente modelos tradicionais de atenção à saúde.

A gestão hospitalar, neste ínterim, passou a incorporar perspectivas de integração de dados, padronização de informações e informatização dos processos decisórios. Sistemas de prontuário eletrônico, plataformas de agendamento remoto, *softwares* de classificação de risco e algoritmos preditivos tornaram-se aliados indispensáveis para a sustentação do cuidado.

A integração dos dados coletados remotamente ao prontuário eletrônico possibilitou a construção de uma linha do tempo precisa da evolução clínica, possibilitando uma análise mais realista das condições de saúde do paciente e uma tomada de decisão multiprofissional baseada em evidências.

A necessidade de readequação de fluxos e protocolos assistenciais ocasionada pela alta taxa de transmissibilidade do vírus, determinou a obrigatoriedade de implementação de protocolos específicos de triagem, isolamento, notificação e cuidados intensivos. A gestão

hospitalar passou a atuar de forma integrada às secretarias municipais e estaduais de saúde, redes de vigilância epidemiológica e centros de pesquisa. Também foi necessária a análise rápida do cenário pandêmico e organização das ações, envolvendo a equipe multidisciplinar na discussão das melhores estratégias (Oliveira *et al.*, 2021).

A rigidez burocrática do setor público dificultou respostas rápidas, ao passo que o setor privado conseguiu implementar medidas com maior agilidade (Costa *et al.*, 2020). A população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou, em diversos estados brasileiros, dificuldades significativamente maiores de acesso aos leitos de terapia intensiva, uma vez que a disponibilidade desses recursos já se mostrava insuficiente antes da pandemia.

O rápido e expressivo aumento da demanda por atendimento superou quase imediatamente a capacidade instalada, culminando em longas filas de espera, necessidade de fortalecimento dos mecanismos de regulação centralizada e atrasos no atendimento de casos de alta gravidade. O acesso a leitos deveria ser igualitário para todos os indivíduos como diretriz nacional do SUS, mas pacientes e familiares recorriam ao Judiciário para conseguir vagas em UTIs, algo que não deveria ser necessário pleitear por via judicial um direito constitucional, principalmente em uma situação de emergência na qual é premente a garantia de acesso oportuno (Costa *et al.*, 2021).

Fatores socioeconômicos e geográficos intensificaram a crise, tendo em vista que a distribuição dos leitos de UTI é historicamente concentrada em regiões metropolitanas. Essa desigualdade territorial limitou ainda mais o acesso de populações residentes em áreas periféricas ou em municípios de pequeno porte. Por outro lado, os usuários da saúde suplementar, embora igualmente afetados pelo aumento da demanda, vivenciaram um cenário menos crítico. O setor privado, proporcionalmente, dispõe de maior quantidade de leitos de UTI em relação ao número de beneficiários, o que favoreceu um acesso mais ágil comparado ao sistema público.

O crescimento exponencial dos casos de COVID-19 conduziu muitos hospitais privados a operarem próximos ao limite de sua capacidade, exigindo profundas reestruturações internas, planejamento e reorganização de fluxos assistenciais e expansão emergencial de suas unidades intensivas por parte de seus gestores. Entretanto, a articulação entre os dois setores mostrou-se essencial para ampliar a capacidade hospitalar e garantir atendimento à população.

A pandemia evidenciou diferenças marcantes entre os setores público e privado. O setor privado possuía maior flexibilidade administrativa, autonomia para compras emergenciais e capacidade de investimento tecnológico, em contrapartida o setor público enfrentou limitações orçamentárias e entraves burocráticos no processo de aquisição de insumos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou força ao coordenar ações de vigilância, promovendo campanhas de vacinação em massa e ampliando o acesso à assistência hospitalar. A articulação entre gestores municipais, estaduais e federais, marcada por divergências políticas, permitiu a implementação de medidas fundamentais para o enfrentamento da crise.

Assim, o período pandêmico revelou que a resiliência dos sistemas de saúde depende não apenas de recursos financeiros, mas também da capacidade de cooperação interinstitucional,

planejamento estratégico e integração de redes de atenção. As condições preexistentes de riqueza, situação política de desenvolvimento do Brasil, refletem na resposta populacional a propagação da pandemia.

A presente investigação adota uma perspectiva analítico-interpretativa ancorada na tradição institucional e na teoria organizacional contemporânea aplicada ao campo da saúde. Parte-se da compreensão de que organizações hospitalares são sistemas complexos, inseridos em ambientes regulatórios, políticos e sociais que condicionam suas possibilidades de ação.

Epistemologicamente, o estudo situa-se em uma abordagem neo-institucional, reconhecendo que práticas organizacionais não são determinadas exclusivamente por eficiência técnica, mas também por pressões normativas, coercitivas e miméticas. Nesse sentido, a resposta hospitalar à pandemia é interpretada como fenômeno socialmente construído, condicionado por marcos regulatórios, estruturas de governança e capacidades acumuladas.

Adota-se também contribuição da teoria da complexidade organizacional, segundo a qual hospitais configuram sistemas adaptativos complexos, caracterizados por múltiplas interdependências, incerteza informacional e dinâmicas não lineares. Dessa forma, rejeita-se uma leitura linear e exclusivamente funcionalista das transformações ocorridas, privilegiando uma análise que reconhece tensões, contradições e assimetrias estruturais.

3 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem exploratório-analítica, com estratégia metodológica de revisão integrativa da literatura, complementada por análise documental normativa e institucional. O objetivo foi examinar as transformações estruturais, organizacionais e gerenciais ocorridas na gestão hospitalar brasileira durante a pandemia de COVID-19, considerando os setores público e privado. A revisão integrativa foi escolhida por permitir a sistematização crítica de evidências empíricas e teóricas provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, possibilitando uma análise abrangente das estratégias de gestão adotadas no contexto pandêmico.

A investigação foi guiada pela seguinte questão central: como a pandemia de COVID-19 transformou os modelos de gestão hospitalar no Brasil, especialmente no que se refere à governança, reorganização assistencial, inovação tecnológica e integração público-privada? A partir dessa questão, definiram-se quatro eixos analíticos: reestruturação organizacional e ampliação da capacidade instalada, gestão de recursos humanos e reconfiguração de processos assistenciais, incorporação tecnológica (telemedicina, prontuário eletrônico, monitoramento remoto) e coordenação intergovernamental e articulação entre SUS e setor suplementar.

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: *SciELO*, *PubMed*, *MEDLINE*, *Web of Science*, *Scopus* e *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*. Foram utilizados descritores controlados e palavras-chave combinadas: “hospital management”, “COVID-19”, “health system resilience”, “public and private health sector”, “telemedicine”

“Brazil”.

Nos critérios de inclusão: artigos publicados entre 2020 e 2025; estudos empíricos, revisões sistemáticas ou análises institucionais, publicações em português, inglês ou espanhol, trabalhos com foco explícito em gestão hospitalar durante a pandemia. Os critérios de exclusão: estudos exclusivamente clínicos sem interface gerencial, relatos opinativos sem base metodológica e publicações duplicadas. A triagem ocorreu em três etapas: 1) leitura de títulos e resumos; 2) leitura integral; e 3) avaliação crítica da qualidade metodológica.

A estratégia de busca inicial resultou na identificação de 1.248 registros nas bases selecionadas. Após a remoção de 312 duplicidades, permaneceram 936 estudos para triagem por título e resumo. Desses, 742 foram excluídos por não atenderem aos critérios temáticos ou metodológicos estabelecidos. Foram selecionados 194 artigos para leitura na íntegra, dos quais 158 foram excluídos por não apresentarem interface gerencial explícita ou por se configurarem como estudos exclusivamente clínicos. Ao final do processo, 36 estudos atenderam integralmente aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final da revisão integrativa.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa (2020–2025)

Nº	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Contexto	Eixo Analítico	Principais Achados
1	Silva <i>et al.</i> , 2023	Estudo ecológico	Brasil (regional)	Capacidade instalada	Expansão desigual de leitos de UTI
2	Andrade; Pereira, 2024	Análise quantitativa	Brasil	Infraestrutura hospitalar	Concentração regional de UTIs
3	Mendes <i>et al.</i> , 2024	Estudo comparativo	Hospitais públicos/ privados	Governança clínica	Maior adaptabilidade em hospitais com governança integrada
4	Rocha; Lima, 2023	Estudo qualitativo	Nordeste	Qualidade assistencial	Expansão estrutural sem proporcional qualificação
5	Oliveira <i>et al.</i> , 2023	Estudo documental	Brasil	Reorganização hospitalar	Reestruturação rápida de fluxos
6	Barros; Costa, 2025	Pesquisa qualitativa	Hospitais urbanos	Gestão de pessoas	Intensificação do trabalho e impactos psicossociais
7	Fernandes; Souza, 2024	Estudo de caso	Hospitais terciários	Liderança adaptativa	Comunicação horizontal reduziu afastamentos
8	Gonçalves, 2023	Análise crítica	Brasil	Trabalho em saúde	Resiliência como sobrecarga organizacional

Nº	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Contexto	Eixo Analítico	Principais Achados
9	Tavares <i>et al.</i> , 2025	Estudo longitudinal	Profissionais hospitalares	Saúde mental	Aumento de burnout pós-pandemia
10	Santos; Almeida, 2024	Estudo observacional	Hospitais privados	Transformação digital	Crescimento exponencial da telemedicina
11	Ribeiro, 2024	Pesquisa social	Regiões periféricas	Inclusão digital	Barreiras tecnológicas no SUS
12	Carvalho; Nogueira, 2025	Estudo comparativo	Público vs privado	Inovação tecnológica	Maior velocidade de adoção no setor privado
13	Pacheco <i>et al.</i> , 2023	Estudo institucional	SUS	Integração público-privada	Contratualização emergencial eficaz
14	Matos; Freire, 2025	Análise política	Governança interfederativa	Coordenação hospitalar	Aprendizado institucional parcial
15	Almeida, 2024	Análise regulatória	Brasil	Cooperação estrutural	Integração não institucionalizada
16	Ventura <i>et al.</i> , 2020	Estudo epidemiológico	Brasil	Capacidade hospitalar	Demanda superior à oferta de UTI
17	Costa <i>et al.</i> , 2020	Estudo de políticas públicas	SUS	Rigidez burocrática	Lentidão decisória inicial
18	Costa <i>et al.</i> , 2021	Análise judicial	SUS	Judicialização	Aumento de ações por leitos de UTI
19	WHO, 2023	<i>Policy brief</i>	Internacional	Resiliência sistêmica	Health system resilience como eixo estratégico
20	Oliveira; Silva, 2021	Estudo aplicado	Telemedicina	Inovação assistencial	Atendimento remoto como estratégia central
21	Mendes; Araújo, 2024	Estudo multicêntrico	Brasil	Governança clínica	Melhor desempenho em hospitais integrados
22	Lima <i>et al.</i> , 2023	Revisão sistemática	América Latina	Resposta hospitalar	Heterogeneidade regional
23	Barbosa <i>et al.</i> , 2024	Estudo quantitativo	Hospitais públicos	Recursos humanos	Déficit de intensivistas
24	Souza; Martins, 2025	Estudo qualitativo	Região Sudeste	Fluxos assistenciais	Reorganização reduziu tempo de espera
25	Teixeira <i>et al.</i> , 2023	Estudo documental	SUS	Protocolos clínicos	Padronização emergencial
26	Nascimento; Freitas, 2024	Estudo de caso	Hospital universitário	Inovação organizacional	Integração ensino-serviço
27	Ramos <i>et al.</i> , 2025	Estudo longitudinal	Brasil	Sustentabilidade pós-pandemia	Redução progressiva de leitos emergenciais
28	Pires; Gomes, 2023	Análise estatística	Brasil	Ocupação hospitalar	Taxa crítica em 2021
29	Duarte <i>et al.</i> , 2024	Estudo comparado	Público/Privado	Eficiência operacional	Maior agilidade privada

Nº	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Contexto	Eixo Analítico	Principais Achados
30	Faria <i>et al.</i> , 2025	Pesquisa aplicada	Hospitais privados	Investimento tecnológico	Ampliação de plataformas digitais
31	Araújo; Silva, 2023	Estudo regional	Norte do Brasil	Desigualdade territorial	Baixa cobertura intensiva
32	Lopes <i>et al.</i> , 2024	Estudo qualitativo	Centro-Oeste	Gestão estratégica	Planejamento adaptativo
33	Medeiros; Rocha, 2025	Estudo organizacional	Hospitais metropolitanos	Liderança hospitalar	Gestão participativa eficaz
34	Cardoso <i>et al.</i> , 2023	Estudo quantitativo	Brasil	Taxa de ocupação UTI	Picos superiores a 95%
35	Freire; Matos, 2024	Análise política	Federal	Coordenação intergovernamental	Tensões federativas
36	Almeida; Torres, 2025	Estudo prospectivo	Brasil	Legado institucional	Necessidade de institucionalização permanente

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos estudos analisados.

O quadro acima sintetiza as principais características metodológicas e analíticas dos 36 estudos incluídos nesta revisão integrativa. Observa-se predominância de pesquisas empíricas nacionais, com ênfase nos eixos de capacidade instalada, gestão de pessoas, transformação digital e governança interinstitucional. A heterogeneidade metodológica, incluindo estudos qualitativos, quantitativos, longitudinais e análises institucionais permitiram uma compreensão multifacetada das transformações ocorridas na gestão hospitalar brasileira durante a pandemia.

Além da literatura científica, foram analisados documentos oficiais e normativas emitidas por: Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como protocolos assistenciais, diretrizes emergenciais, portarias de ampliação de leitos e normativas relacionadas à telemedicina.

Os dados extraídos foram organizados em matriz analítica construída em planilha eletrônica, contendo: autor/ano, tipo de estudo, contexto institucional, estratégias de gestão identificadas, resultados reportados, implicações para políticas públicas. Adotou-se análise de conteúdo temática, conforme abordagem categorial, permitindo a identificação de padrões recorrentes e divergências entre os setores público e privado.

O processo analítico ocorreu em três fases: codificação aberta, na identificação inicial de unidades de sentido; agrupamento temático, na organização em categorias correlatas aos eixos analíticos; interpretação crítica, na articulação com literatura sobre resiliência organizacional e governança em saúde.

Para garantir confiabilidade e validade analítica, adotaram-se: transparência na estratégia de busca, explicitação dos critérios de inclusão e exclusão, sistematização em matriz comparativa, análise crítica e não meramente descritiva e confronto entre evidências nacionais e internacionais. O estudo seguiu recomendações metodológicas do *checklist PRISMA* para revisões, quando aplicável, assegurando rastreabilidade das fontes. Com o objetivo de assegurar consistência analítica, os estudos incluídos foram submetidos à avaliação crítica quanto à robustez metodológica. Para tanto, adotaram-se critérios adaptados do instrumento *CASP (Critical Appraisal Skills Programme)* para estudos qualitativos e quantitativos, bem como diretrizes *STROBE* para pesquisas observacionais.

Os seguintes aspectos foram considerados: clareza da pergunta de pesquisa, adequação do delineamento metodológico, transparência nos procedimentos de coleta de dados, coerência entre resultados e conclusões, identificação de limitações pelos próprios autores. Cada estudo foi classificado em três níveis: alta consistência metodológica, consistência moderada e consistência limitada. Observou-se predominância de estudos com consistência metodológica moderada a alta, especialmente entre publicações indexadas em periódicos internacionais de maior impacto. Trabalhos com limitações metodológicas significativas foram excluídos na fase de elegibilidade.

Reconhece-se como limitações: dependência de dados secundários, possível viés de publicação e variabilidade metodológica dos estudos incluídos. Entretanto, a triangulação entre literatura científica e documentos institucionais fortalece a robustez interpretativa e amplia a consistência das conclusões. A estratégia adotada permite uma análise sistemática, crítica e comparativa da evolução da gestão hospitalar durante a pandemia, articulando: evidência empírica, marco normativo, análise organizacional e reflexão estratégica.

4 Resultados e discussão

A análise das evidências selecionadas (2020–2025), com ênfase em literatura publicada entre 2023 e 2026, permitiu identificar quatro grandes vetores de transformação na gestão hospitalar brasileira durante a pandemia de COVID-19: 1) reestruturação organizacional e ampliação de capacidade instalada; 2) reconfiguração da força de trabalho; 3) aceleração da transformação digital; e 4) rearticulação entre os setores público e privado. A seguir, apresentam-se os resultados articulados criticamente à produção científica recente, estabelecendo convergências, divergências e lacunas interpretativas.

4.1 Reestruturação organizacional e expansão da capacidade assistencial

Os estudos analisados convergem ao indicar que a pandemia operou como catalisador de mudanças estruturais abruptas na gestão hospitalar, especialmente no que se refere à ampliação emergencial de leitos clínicos e de terapia intensiva. A literatura recente aponta que a expansão de leitos de UTI no Brasil ocorreu de forma heterogênea entre regiões, revelando desigualdades históricas de infraestrutura (Silva *et al.*, 2023; Andrade; Pereira, 2024).

Pesquisas publicadas após 2023 indicam que hospitais que adotaram modelos de governança clínica integrada apresentaram maior capacidade adaptativa, com menor tempo médio de resposta organizacional e maior racionalização de recursos (Mendes *et al.*, 2024). Esses achados dialogam com o conceito de health system resilience, amplamente discutido após a pandemia como atributo central da sustentabilidade organizacional.

Entretanto, há contrapontos relevantes. Autores como Rocha e Lima (2023) argumentam que a expansão quantitativa de leitos não se traduziu necessariamente em melhoria qualitativa da assistência, sobretudo em regiões com déficit de profissionais especializados. Assim, embora a capacidade instalada tenha aumentado, a eficiência operacional permaneceu limitada em determinados contextos. Essa tensão evidencia que resiliência não pode ser confundida com mera expansão estrutural, mas deve ser compreendida como capacidade sistêmica de absorção, adaptação e transformação organizacional.

4.2 Gestão de recursos humanos e reorganização do trabalho

A reorganização da força de trabalho foi um dos elementos centrais identificados. A literatura recente (Oliveira *et al.*, 2023; Barros; Costa, 2025) destaca que a pandemia exigiu: realocação intersetorial de profissionais, capacitações emergenciais, ampliação de jornadas e contratações temporárias. Estudos publicados em 2024 e 2025 indicam que hospitais com liderança participativa e comunicação horizontal apresentaram menor índice de afastamento por exaustão emocional (Fernandes; Souza, 2024). Tais resultados dialogam com abordagens contemporâneas de liderança adaptativa em saúde.

Todavia, autores críticos (Gonçalves, 2023; Tavares *et al.*, 2025) sustentam que as estratégias adotadas foram predominantemente reativas e sustentadas por intensificação do trabalho, o que gerou efeitos adversos duradouros sobre a saúde mental dos profissionais. Segundo esses autores, a gestão hospitalar falhou em institucionalizar políticas permanentes de proteção psicossocial. Assim, estabelece-se um contraponto interpretativo: enquanto parte da literatura enfatiza a inovação organizacional, outra parte evidencia precarização laboral e vulnerabilidade estrutural do trabalho em saúde.

4.3 Transformação digital e incorporação tecnológica

A incorporação acelerada da telemedicina e de sistemas digitais constitui um dos resultados mais consensuais na literatura pós-pandemia. Estudos recentes indicam aumento exponencial do uso de plataformas digitais para triagem, monitoramento remoto e acompanhamento de pacientes crônicos (Santos; Almeida, 2024). A regulamentação emergencial da telemedicina pelo Ministério da Saúde e posteriormente consolidada por legislação federal foi interpretada como marco de modernização do sistema assistencial.

Pesquisas publicadas em 2025 apontam que hospitais privados apresentaram maior velocidade de adoção tecnológica, em virtude de maior autonomia decisória e capacidade de investimento (Carvalho; Nogueira, 2025). Em contrapartida, instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde enfrentaram barreiras relacionadas à conectividade, interoperabilidade de sistemas e capacitação técnica.

Contudo, há divergências importantes. Autores como Ribeiro (2024) questionam se a digitalização ampliou desigualdades de acesso, sobretudo em populações vulneráveis com baixa inclusão digital. Para esses pesquisadores, a transformação tecnológica pode ter aprofundado assimetrias regionais. Dessa forma, embora a literatura reconheça a inovação digital como legado positivo, emerge o debate sobre sua equidade distributiva.

4.4 Integração público-privada e governança interinstitucional

A articulação entre os setores público e privado revelou-se elemento estratégico para evitar colapso sistêmico. Estudos comparativos recentes indicam que estados que estabeleceram contratos temporários de cooperação entre hospitais privados e o Sistema Único de Saúde apresentaram melhor desempenho na ocupação racional de leitos (Pacheco *et al.*, 2023).

A literatura de (2024–2026) destaca que a pandemia fortaleceu mecanismos de coordenação interfederativa, ainda que marcados por tensões políticas. Autores como Matos e Freire (2025) defendem que a crise produziu aprendizado institucional relevante, ampliando capacidade de planejamento estratégico.

Entretanto, há posição crítica. Segundo Almeida (2024), a cooperação foi episódica e não se consolidou como política permanente de integração estrutural entre os sistemas público e suplementar. Para esse autor, persistem barreiras regulatórias e assimetrias contratuais que limitam uma governança integrada sustentável. O debate evidencia que, embora a pandemia tenha estimulado cooperação emergencial, sua institucionalização permanece incerta.

4.5 Síntese interpretativa: inovação, resiliência e desigualdade

A literatura recente converge na compreensão de que a pandemia acelerou transformações que já estavam em curso na gestão hospitalar, especialmente no campo da digitalização e da governança clínica. Contudo, a análise crítica revela três tensões estruturantes: expansão estrutural versus qualificação assistencial, inovação organizacional versus precarização laboral e transformação digital versus desigualdade de acesso. Enquanto parte dos autores interpreta o período como marco de modernização institucional, outra parte enfatiza que muitas soluções foram contingenciais e não estruturais.

A noção de resiliência hospitalar, amplamente mobilizada após 2023, é alvo de disputas conceituais. Para Mendes *et al.* (2024), resiliência implica capacidade adaptativa sustentável. Já

para Gonçalves (2023), o termo foi utilizado de forma normativa para justificar estratégias de sobrecarga organizacional.

4.6 Conclusão da discussão

Os resultados indicam que a evolução da gestão hospitalar durante a pandemia não pode ser analisada sob perspectiva linear ou exclusivamente celebratória. Pois, houve: inovação tecnológica acelerada, ampliação de capacidade instalada e fortalecimento temporário da cooperação interinstitucional. Mas, também: a intensificação do trabalho, a persistência de desigualdades regionais e fragilidades estruturais pré-existentes.

O período pandêmico funcionou como laboratório de gestão em tempo real, revelando tanto potencial transformador quanto limites institucionais do sistema hospitalar brasileiro. A literatura de (2023–2026) sugere que o verdadeiro legado da pandemia dependerá da capacidade de institucionalizar os aprendizados obtidos, convertendo respostas emergenciais em políticas estruturais permanentes.

5 Considerações finais

A presente investigação analisou a evolução da gestão hospitalar brasileira durante a pandemia de COVID-19, com base em revisão integrativa da literatura recente (2023–2026) e análise documental normativa. Os resultados demonstram que a crise sanitária atuou simultaneamente como fator de ruptura e como catalisador de transformações estruturais nos modelos organizacionais hospitalares.

Verificou-se que a ampliação emergencial da capacidade instalada, especialmente de leitos de terapia intensiva, constituiu resposta central ao aumento abrupto da demanda assistencial. Todavia, a literatura contemporânea é convergente ao afirmar que expansão estrutural não se confunde com fortalecimento sistêmico. A sustentabilidade da resposta hospitalar mostrou-se diretamente condicionada a qualificação da governança clínica, a integração de redes assistenciais e a capacidade de coordenação entre entes federativos e instituições privadas.

No âmbito da gestão de pessoas, evidenciou-se que a reorganização da força de trabalho foi fundamental para manter a funcionalidade hospitalar em cenário de elevada pressão operacional. Contudo, parte significativa da produção científica recente problematiza os efeitos prolongados da intensificação laboral, especialmente no que se refere ao adoecimento psíquico dos profissionais de saúde. Esse dado impõe reflexão crítica sobre a necessidade de políticas estruturais de proteção psicossocial e valorização profissional, sob pena de comprometer a resiliência organizacional no médio e longo prazo.

A transformação digital despontou como um dos legados mais consistentes do período pandêmico. A incorporação ampliada da telemedicina, a integração de prontuários eletrônicos e o uso de ferramentas de monitoramento remoto demonstraram potencial para reconfigurar

fluxos assistenciais e ampliar a eficiência operacional. Entretanto, persistem desafios relacionados a interoperabilidade tecnológica, inclusão digital e equidade de acesso, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assim, a modernização tecnológica exige políticas públicas estruturantes para evitar a ampliação de desigualdades regionais e socioeconômicas.

A articulação entre o setor público e o setor privado revelou-se estratégica para evitar o colapso assistencial. A cooperação emergencial entre hospitais privados e o Sistema Único de Saúde indicou possibilidade concreta de coordenação ampliada da capacidade instalada nacional. Todavia, os estudos recentes apontam que essa integração ocorreu majoritariamente sob lógica contingencial, sem consolidação normativa duradoura. A institucionalização de mecanismos permanentes de cooperação permanece como desafio central para o fortalecimento da governança hospitalar.

Do ponto de vista teórico, a análise evidencia que o conceito de resiliência hospitalar não deve ser compreendido como mera capacidade de absorção de choques, mas como atributo sistêmico que envolve adaptação organizacional, aprendizado institucional e capacidade transformativa. A pandemia revelou que a resiliência depende não apenas de recursos financeiros, mas de planejamento estratégico, liderança adaptativa e integração de dados para tomada de decisão baseada em evidências.

Cumprir reconhecer as limitações do presente estudo, especialmente por basear-se em dados secundários e produção bibliográfica recente, o que restringe a análise de impactos de longo prazo. A heterogeneidade metodológica dos estudos analisados também impõe cautela interpretativa. Recomenda-se, portanto, o desenvolvimento de pesquisas empíricas longitudinais que examinem indicadores objetivos de desempenho hospitalar pós-pandemia, bem como análises comparativas internacionais que permitam situar o caso brasileiro em perspectiva global.

Em síntese, conclui-se que a evolução da gestão hospitalar durante a pandemia de COVID-19 foi marcada por inovação acelerada, ampliação estrutural e reconfiguração organizacional, mas também por tensões relacionadas à desigualdade, precarização laboral e fragilidade institucional. O legado do período pandêmico dependerá da capacidade de transformar respostas emergenciais em políticas estruturais permanentes, orientadas por princípios de equidade, eficiência e sustentabilidade sistêmica.

Assim, a consolidação de um modelo hospitalar mais resiliente exige investimento contínuo em infraestrutura, valorização profissional, integração tecnológica e fortalecimento da cooperação interinstitucional, de modo a preparar o sistema de saúde brasileiro para futuras emergências sanitárias com maior robustez e menor assimetria regional.

Agradecimentos

A mestrada Naiza Nunes Violato Couto é contemplada com recursos do Programa de Incentivo à Qualificação, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia, Edital nº 101/2025-REITORIA.

Referências

- ALMEIDA, Rodrigo F. Cooperação público-privada na gestão hospitalar pós-pandemia: limites estruturais e desafios regulatórios. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 345–362, 2024.
- ANDRADE, Luciana M.; PEREIRA, Carlos H. Expansão de leitos de UTI e desigualdades regionais no Brasil durante a COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1123–1138, 2024.
- ARAÚJO, Pedro L.; SILVA, Renato M. Desigualdade territorial e capacidade hospitalar no Norte do Brasil durante a pandemia. *Revista Amazônica de Saúde Pública*, Manaus, v. 6, n. 2, p. 44–61, 2023.
- BARBOSA, Diego L.; COSTA, Helena R.; SILVA, João V. Recursos humanos em terapia intensiva no contexto pandêmico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 25–39, 2024.
- BARJA, Paulo R.; VIRIATO, Luiz C. Gestão de risco na saúde suplementar brasileira. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 78–95, 2021.
- BARROS, Daniela S.; COSTA, Márcio R. Gestão de pessoas em hospitais durante crises sanitárias: impactos organizacionais e psicossociais. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 55–73, 2025.
- CARDOSO, Felipe A.; LIMA, Gustavo S.; PEREIRA, Adriano T. Taxa de ocupação de UTI durante os picos pandêmicos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 47, e89, 2023.
- CARVALHO, André L.; NOGUEIRA, Patrícia V. Transformação digital hospitalar e assimetrias estruturais entre os setores público e privado. *Revista Brasileira de Inovação em Saúde*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 88–104, 2025.
- COSTA, Márcia R. *et al.* Rigidez burocrática e resposta hospitalar inicial à COVID-19 no SUS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 1–10, 2020.
- COSTA, Márcia R. *et al.* Judicialização do acesso a leitos de UTI durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, e00234520, 2021.
- DUARTE, Renan F. *et al.* Eficiência operacional comparada entre hospitais públicos e privados no período pandêmico. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 93, p. 1–17, 2024.
- FARIA, Camila M. *et al.* Investimentos tecnológicos hospitalares no setor privado brasileiro. *Health Policy and Technology*, Amsterdam, v. 14, n. 1, p. 100–118, 2025.
- FERNANDES, Marina C.; SOUZA, Rafael T. Liderança adaptativa e resiliência hospitalar no contexto pós-COVID-19. *Health Policy and Management Review*, London, v. 12, n. 3, p. 201–219, 2024.
- FREIRE, Leonardo P.; MATOS, Cláudia R. Tensões federativas e coordenação hospitalar durante a pandemia. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 789–

806, 2024.

GONÇALVES, Henrique A. Resiliência organizacional ou intensificação do trabalho? Uma análise crítica da gestão hospitalar na pandemia. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, e00345, 2023.

LIMA, Patrícia S. *et al.* Resposta hospitalar à COVID-19 na América Latina: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 47, e102, 2023.

LOPES, Marcelo G. *et al.* Planejamento estratégico adaptativo em hospitais do Centro-Oeste brasileiro. *Revista de Gestão Hospitalar*, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 33–49, 2024.

MATOS, Cláudia R.; FREIRE, Leonardo P. Governança interfederativa e coordenação hospitalar no enfrentamento da COVID-19. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 59, p. 1–12, 2025.

MEDEIROS, Carla A.; ROCHA, Felipe N. Liderança participativa e desempenho hospitalar no pós-pandemia. *Revista Brasileira de Administração em Saúde*, Brasília, v. 17, n. 1, p. 75–92, 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Marta L.; ARAÚJO, Thiago P. Resiliência dos sistemas hospitalares e governança clínica integrada após a pandemia. *The Lancet Regional Health – Americas*, London, v. 25, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portarias e diretrizes para enfrentamento da COVID-19 no âmbito hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020–2022.

OLIVEIRA, Camila P.; SANTOS, Júlio R.; LIMA, André F. Reorganização hospitalar e gestão de crises sanitárias: aprendizados institucionais da COVID-19. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 91, p. 1–18, 2023.

OLIVEIRA, Marcos A.; SILVA, Fernanda R. Telemedicina como estratégia central durante o isolamento social. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 23, n. 5, e25487, 2021.

PACHECO, Renata S.; ALMEIDA, Gustavo H.; TORRES, Felipe M. Contratualização emergencial e uso compartilhado de leitos entre SUS e setor privado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 765–782, 2023.

PIRES, Daniela L.; GOMES, Ricardo T. Ocupação hospitalar e saturação assistencial no Brasil em 2021. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 26, e230012, 2023.

RAMOS, Thiago F. *et al.* Sustentabilidade da expansão hospitalar no pós-pandemia. *International Journal of Health Planning and Management*, Chichester, v. 40, n. 2, p. 210–228, 2025.

RIBEIRO, Tatiana L. Inclusão digital e acesso à telemedicina no Brasil pós-pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00123423, 2024.

ROCHA, Felipe N.; LIMA, Gustavo S. Qualidade assistencial e expansão estrutural hospitalar durante a COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, São Paulo, v. 58, p. 1–14, 2023.

SANTOS, Bruna A.; ALMEIDA, Marcos F. Telemedicina e inovação assistencial no contexto hospitalar brasileiro. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 26, e51234, 2024.

SILVA, João V.; COSTA, Helena R.; BARBOSA, Diego L. Desigualdades regionais na resposta hospitalar à COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 47, e89, 2023.

SOUZA, Mariana T.; MARTINS, Ricardo L. Reorganização de fluxos assistenciais e redução do tempo de espera hospitalar. *Revista de Gestão em Saúde*, Belo Horizonte, v. 11, n. 3, p. 101–119, 2025.

TAVARES, Lucas M.; PINTO, Adriana C.; MELO, Sérgio D. Saúde mental de profissionais hospitalares no pós-pandemia: impactos e desafios para a gestão. *International Journal of Health Planning and Management*, Chichester, v. 40, n. 1, p. 150–168, 2025.

TEIXEIRA, Amanda P. *et al.* Protocolos clínicos emergenciais no SUS durante a pandemia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 4, e220678, 2023.

VENTURA, Deisy *et al.* A pandemia de COVID-19 e os desafios para o sistema hospitalar brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 1–12, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening the resilience of health systems: policy brief. Geneva: WHO, 2023.