ÁREA TEMÁTICA: [Gestão de Pessoas]

CATEGORIA: ENANGRAD Pleno

LIDERANÇA EM CRISES EM SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE BRASIL E COREIA DO SUL EM DESASTRES CLIMÁTICOS, EPIDEMIAS E CONFLITOS ASSISTENCIAIS

Resumo

As crises em saúde desafiam organizações e sistemas assistenciais a responderem de forma rápida, coordenada e adaptativa diante de cenários marcados por elevada complexidade e incerteza. Nesse contexto, a liderança desempenha papel central na articulação de pessoas, recursos e processos capazes de assegurar a continuidade do cuidado. Este estudo tem como objetivo analisar comparativamente as práticas de liderança em situações de crise em saúde no Brasil e na Coreia do Sul, buscando compreender como diferentes arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança e, consequentemente, as estratégias de coordenação, comunicação e adaptação organizacional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e comparativa, fundamentada em revisão da literatura científica, complementada por observações de campo em hospitais de alta complexidade na Coreia do Sul. A análise temática permitiu identificar seis categorias centrais: liderança adaptativa, comunicação institucional, integração entre níveis decisórios, coordenação organizacional, capacidade de resposta em situações críticas e influência de fatores culturais e institucionais nas práticas de liderança. Os resultados evidenciam que, embora ambos os países tenham desenvolvido respostas relevantes às crises sanitárias, as estratégias adotadas refletem diferentes configurações institucionais. Enquanto a Coreia do Sul apresenta maior centralização, padronização e integração tecnológica, o contexto brasileiro se caracteriza pela mobilização em rede, flexibilidade operacional e protagonismo das lideranças locais. O estudo contribui para ampliar a compreensão sobre como diferentes contextos institucionais influenciam as práticas de liderança em crises em saúde, oferecendo subsídios para o fortalecimento da governança e da resiliência dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Liderança em crises; Gestão em saúde; Resiliência organizacional; Governança em saúde; Análise comparativa.

Abstract

Health crises challenge healthcare organizations and systems to respond rapidly, in a coordinated manner, and adaptively to scenarios marked by high complexity and uncertainty. In this context, leadership plays a pivotal role in coordinating the people, resources, and processes necessary to ensure the continuity of care. This study aims to conduct a comparative analysis of leadership practices during health crises in Brazil and South Korea, seeking to understand how different institutional arrangements influence leadership practices and, consequently, strategies for coordination, communication, and organizational adaptation. This is a qualitative, descriptive, and comparative study based on a review of scientific literature, complemented by field

observations in high-complexity hospitals in South Korea. Thematic analysis identified six core categories: adaptive leadership, institutional communication, integration across decision-making levels, organizational coordination, response capacity in critical situations, and the influence of cultural and institutional factors on leadership practices. The results show that, although both countries developed significant responses to health crises, the strategies adopted reflect different institutional configurations. While South Korea exhibits greater centralization, standardization, and technological integration, the Brazilian context is characterized by network-based mobilization, operational flexibility, and the prominent role of local leadership. The study contributes to a broader understanding of how different institutional contexts influence leadership practices during health crises, offering insights to strengthen the governance and resilience of health systems.
Keywords: Crisis leadership; Health management; Organizational resilience; Health governance; Comparative analysis.

1. Introdução

As crises em saúde representam desafios complexos para os sistemas assistenciais, exigindo respostas rápidas, coordenação intersetorial e lideranças capazes de atuar sob cenários de elevada incerteza e pressão institucional. Eventos recentes, como a pandemia de COVID-19, o surto da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) na Coreia do Sul em 2015, a crise assistencial associada à greve de estudantes e médicos residentes sul-coreanos em 2024, decorrente das políticas de expansão das vagas em medicina, e as enchentes no Rio Grande do Sul em 2024 evidenciaram a necessidade de modelos de liderança e gestão capazes de assegurar a continuidade do cuidado e responder de forma adaptativa a contextos críticos.

Brasil e Coreia do Sul constituem contextos particularmente relevantes para essa discussão. Embora ambos tenham enfrentado crises sanitárias recentes, suas respostas foram construídas em sistemas de saúde organizados sob diferentes arranjos institucionais, modelos de governança e processos de tomada de decisão. No contexto brasileiro, especialmente durante as enchentes no Rio Grande do Sul, observou-se a necessidade de reorganização rápida dos fluxos assistenciais, mobilização comunitária e articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde. Na Coreia do Sul, por sua vez, experiências anteriores, como a epidemia de MERS, impulsionaram reformas estruturais voltadas ao fortalecimento da governança sanitária, ao uso de tecnologias de rastreamento e à integração público-privada em situações de emergência (Kwon et al., 2020). Entretanto, a recente crise relacionada às políticas de expansão acelerada da formação médica evidenciou fragilidades institucionais mesmo em um sistema altamente organizado, incluindo sobrecarga hospitalar, conflitos entre governo e profissionais em formação e dificuldades na manutenção da assistência (Shin et al., 2024).

Mais do que identificar diferenças entre os dois países, interessa compreender como essas diferentes configurações institucionais influenciam as práticas de liderança mobilizadas em situações de crise em saúde. Embora a produção científica sobre liderança e gestão em crises tenha crescido significativamente nos últimos anos, predominam estudos centrados em experiências nacionais específicas. Comparações entre diferentes sistemas de saúde ainda permanecem menos

frequentes, limitando a compreensão sobre como distintos arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança em contextos críticos.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar comparativamente as práticas de liderança em situações de crise em saúde no Brasil e na Coreia do Sul, buscando compreender como diferentes arranjos institucionais influenciam essas práticas de liderança. Para tanto, realiza-se uma análise comparativa da literatura científica, complementada por observações de campo em hospitais brasileiros e sul-coreanos, buscando identificar convergências, especificidades e aprendizagens que possam contribuir para o fortalecimento da liderança, da gestão e da governança em saúde.

Além desta introdução, o artigo está organizado em quatro seções. A primeira apresenta o referencial teórico que fundamenta a análise; a segunda descreve os procedimentos metodológicos; a terceira apresenta e discute os resultados da análise comparativa entre Brasil e Coreia do Sul; e, por fim, são apresentadas as considerações finais, as contribuições do estudo, suas limitações e possibilidades para pesquisas futuras.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Aprendizagem institucional em crises sanitárias

As crises sanitárias constituem eventos críticos capazes de revelar fragilidades preexistentes e, simultaneamente, impulsionar processos de aprendizagem institucional. Em cenários de elevada incerteza, os sistemas de saúde são desafiados a reorganizar processos, revisar protocolos e transformar experiências emergenciais em capacidades permanentes de resposta. Nessa perspectiva, a aprendizagem institucional ultrapassa a aquisição de conhecimentos individuais, envolvendo mudanças nas estruturas de governança, nos mecanismos de coordenação e nas práticas organizacionais.

A pandemia de COVID-19 evidenciou diferentes trajetórias de aprendizagem institucional no Brasil e na Coreia do Sul. No contexto sul-coreano, a experiência acumulada com a epidemia de MERS, em 2015, impulsionou reformas voltadas ao fortalecimento da governança sanitária, da capacidade diagnóstica e da coordenação entre governo, hospitais e setor privado (Park & Chung, 2021; Hong, 2024). Estudos recentes indicam, entretanto, que a consolidação dessas capacidades não eliminou desafios relacionados à força de trabalho e à sustentabilidade dos serviços de saúde (Choi et al., 2025).

No Brasil, a aprendizagem institucional ocorreu de forma predominantemente descentralizada, apoiada na atuação de estados, municípios, hospitais e universidades, que reorganizaram serviços e desenvolveram estratégias para responder às demandas impostas pela pandemia (Arrais, Corcioli & Medina, 2021). Ao mesmo tempo, a diversidade dessas respostas evidenciou desafios relacionados à coordenação intergovernamental e às desigualdades regionais, reforçando a importância do fortalecimento permanente das capacidades institucionais (Jatobá et al., 2026; Paschoalotto et al., 2026).

Assim, compreender como diferentes sistemas de saúde transformam experiências críticas em capacidades permanentes de resposta constitui elemento central para analisar as práticas de liderança mobilizadas em contextos de crise.

2.2 Liderança e resiliência organizacional em contextos de crise

As crises sanitárias e os desastres socioambientais colocam as organizações de saúde diante de cenários marcados por elevada complexidade, pressão temporal

e necessidade de respostas rápidas. Nesses contextos, a liderança ultrapassa o exercício da autoridade formal e passa a envolver a construção de confiança, a coordenação de pessoas e recursos e a produção de sentido diante da instabilidade (Cabral & Freitas Junior, 2024).

A literatura destaca a liderança adaptativa como competência essencial em situações críticas, pois exige capacidade para revisar pressupostos, reorganizar processos, redistribuir equipes e responder a problemas que extrapolam procedimentos previamente estabelecidos. Sob essa perspectiva, a resiliência organizacional corresponde à capacidade de absorver impactos, adaptar operações, preservar funções essenciais e aprender com experiências adversas (Cabral & Brustolin, 2010).

Outro aspecto central refere-se à tomada de decisão e à comunicação institucional. Em situações de crise, líderes precisam decidir sob condições de elevada pressão e informações incompletas, mobilizando evidências, avaliando riscos e promovendo ações coordenadas (Comfort et al., 2020). Da mesma forma, a comunicação clara e transparente favorece a coordenação das equipes e a construção da confiança, enquanto a articulação entre governos, organizações de saúde e demais atores institucionais fortalece a capacidade de resposta, especialmente em sistemas descentralizados (Barberia & Gómez, 2020; Paschoalotto et al., 2026).

A literatura também evidencia que a liderança em crises possui importante dimensão ética e relacional. Além das competências técnicas, líderes são chamados a acolher pessoas, apoiar equipes, mediar conflitos e favorecer ambientes de cooperação, aspectos fundamentais para a construção da confiança e da ação coletiva (Riggio & Newstead, 2023).

Nesse sentido, liderança, aprendizagem institucional e resiliência organizacional constituem dimensões complementares da capacidade adaptativa das organizações. Evidências produzidas durante a pandemia demonstram que hospitais capazes de aprender, reorganizar processos e mobilizar suas equipes apresentaram maior capacidade de manter a continuidade da assistência e responder aos desafios impostos pela crise (De Araújo Oliveira et al., 2023; Dagenais et al., 2023).

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e comparativo, desenvolvida por meio de revisão da literatura científica sobre práticas de liderança em crises em saúde no Brasil e na Coreia do Sul. Como estratégia complementar de contextualização e interpretação dos resultados, utilizaram-se observações de campo realizadas em hospitais brasileiros e sul-coreanos, bem como fontes jornalísticas de reconhecida credibilidade.

A coleta da literatura foi realizada na base PubMed. Para o contexto brasileiro, utilizou-se a estratégia de busca ((Brazil) AND (leadership)) AND (crisis); para a Coreia do Sul, empregou-se ((South Korea) AND (leadership)) AND (crisis). Em ambas as buscas foram aplicados os filtros Free Full Text e o recorte temporal correspondente aos últimos dez anos (2016–2026).

A busca identificou 36 estudos referentes ao Brasil e 32 à Coreia do Sul. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados 10 artigos sobre o contexto brasileiro e 13 sobre o contexto sul-coreano para compor o corpus analítico. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente à liderança clínica individual, pesquisas laboratoriais, revisões sem relação com gestão ou resposta a crises, publicações

desenvolvidas em contextos distintos do campo da saúde e artigos que não abordavam pelo menos um dos temas centrais da pesquisa — liderança, gestão hospitalar, resposta institucional ou organização assistencial em contextos de crise — ou que não apresentavam metodologia claramente descrita.

Além da literatura científica, foram utilizados registros provenientes de observações de campo realizadas pela pesquisadora durante estágios em hospitais brasileiros e sul-coreanos, bem como fontes jornalísticas de reconhecida credibilidade. Esses materiais não integraram o corpus principal de análise, sendo empregados exclusivamente para contextualizar eventos recentes e subsidiar a interpretação dos resultados.

Os dados foram organizados por meio de análise temática de conteúdo, inspirada em Bardin (2011), orientada pela comparação entre os contextos brasileiro e sul-coreano. Inicialmente, identificaram-se palavras-chave e expressões semanticamente associadas às categorias analíticas previamente definidas (Quadro 1). Em seguida, as evidências extraídas dos estudos foram organizadas em matrizes de análise, possibilitando a interpretação comparativa e a compreensão de como diferentes arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança em crises em saúde nos dois países.

Quadro 1. Categorias analíticas centrais da pesquisa

Categoria Analítica	Descrição	Aspectos Observados
Liderança adaptativa	Capacidade das lideranças de reorganizar processos e equipes diante de cenários críticos e imprevisíveis.	Flexibilidade na tomada de decisão, reorganização de fluxos, rapidez de resposta, competências de liderança em situações de pressão.
Comunicação institucional	Estratégias de comunicação utilizadas entre gestão, equipes assistenciais e população durante as crises.	Clareza das informações, transparência institucional, alinhamento entre setores, fluxo comunicacional em emergências.
Integração entre níveis decisórios	Articulação entre diferentes níveis de gestão e setores do sistema de saúde.	Relação entre governo, hospitais e equipes clínicas; coordenação público-privada; alinhamento institucional.
Coordenação organizacional	Capacidade institucional de manter a continuidade assistencial e reorganizar serviços em situações críticas.	Redistribuição de equipes, adaptação hospitalar, gerenciamento de recursos, manutenção do atendimento.
Capacidade de resposta em situações críticas	Eficiência e rapidez das instituições frente a cenários de crise em saúde.	Implementação de protocolos emergenciais, resiliência organizacional, adaptação operacional.
Influência cultural e institucional nas práticas de liderança	Impacto de fatores culturais, estruturais e organizacionais sobre os modelos de liderança adotados.	Centralização versus flexibilidade, hierarquia institucional, diferenças entre modelos orientais e ocidentais de gestão.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Com base nesse percurso metodológico, a seção seguinte apresenta os resultados da análise comparativa entre Brasil e Coreia do Sul, a partir das categorias analíticas previamente definidas.

4. Análise e Discussão dos Resultados

4.1 Evidências do contexto brasileiro

A análise dos estudos referentes ao contexto brasileiro permitiu identificar práticas de liderança mobilizadas em resposta às crises em saúde, organizadas em seis categorias analíticas: liderança adaptativa, comunicação institucional, integração entre níveis decisórios, coordenação organizacional, capacidade de resposta em situações críticas e influência de fatores culturais e institucionais nas práticas de liderança.

4.1.1 Liderança adaptativa

A liderança adaptativa destacou-se como uma das principais características da resposta brasileira às crises em saúde. A ausência de uma liderança federal coesa durante a pandemia levou estados e municípios a assumirem protagonismo na gestão da crise, favorecendo respostas mais flexíveis e aderentes às necessidades locais, embora também tenham evidenciado desigualdades regionais e limitações na articulação entre os diferentes níveis de governo (Arrais, Corcioli & Medina, 2021; Paschoalotto et al., 2026). No ambiente hospitalar, essa capacidade manifestou-se na reorganização de fluxos assistenciais, elaboração de protocolos, redistribuição de equipes e gestão da escassez de recursos, com protagonismo de enfermeiros e gestores (Dagenais et al., 2023; Varanda et al., 2024).

4.1.2 Comunicação institucional

A comunicação institucional mostrou-se central para a coordenação das respostas e para a construção da confiança pública. Sistemas independentes de informação e estratégias de comunicação transparente contribuíram para reduzir a desinformação, enquanto conflitos entre governo federal, estados e comunidade científica produziram mensagens contraditórias e dificultaram a adesão às medidas sanitárias (Barberia & Gómez, 2020). No âmbito do SUS, dados confiáveis e mecanismos de accountability favoreceram a implementação das ações de saúde pública, enquanto universidades e hospitais exerceram papel relevante na produção e disseminação de informações científicas (Paschoalotto et al., 2026; Arrais, Corcioli & Medina, 2021). No contexto hospitalar, a comunicação também orientou mudanças assistenciais, reduziu incertezas e fortaleceu o trabalho em equipe (Varanda et al., 2024).

4.1.3 Integração entre níveis decisórios

A integração entre os diferentes níveis decisórios constituiu simultaneamente uma fortaleza e uma fragilidade da resposta brasileira. A descentralização do SUS favoreceu o protagonismo de estados e municípios e respostas mais aderentes às especificidades regionais. Entretanto, a ausência de mecanismos robustos de coordenação intergovernamental, financiamento equitativo e definição clara de responsabilidades limitou a construção de respostas nacionais mais integradas (Paschoalotto et al., 2026).

4.1.4 Coordenação organizacional

A coordenação organizacional foi marcada pela rápida reorganização dos hospitais diante das exigências da pandemia. Os estudos relatam ampliação de leitos, reorganização das equipes, implantação de protocolos emergenciais e adaptação das rotinas assistenciais. A resiliência hospitalar esteve associada à ampliação de recursos, fortalecimento das redes de apoio, educação continuada e atuação proativa

das lideranças (De Araújo Oliveira et al., 2023). Destacam-se ainda a reestruturação dos processos de trabalho e o protagonismo das equipes de enfermagem na sustentação da assistência (Rebello et al., 2024). Embora estudos indiquem melhor desempenho de estados governados por mulheres na adoção de medidas não farmacológicas, os próprios autores atribuem esses resultados principalmente a diferenças estruturais, como maior investimento prévio em saúde e maior capacidade instalada (Bruce et al., 2022).

4.1.5 Capacidade de resposta em situações críticas

A capacidade de resposta brasileira caracterizou-se pela coexistência de resiliência organizacional e vulnerabilidades estruturais. Entre os aspectos positivos destacam-se a rápida adaptação dos hospitais, a implementação de protocolos emergenciais e a mobilização de recursos por estados, municípios e instituições hospitalares (De Araújo Oliveira et al., 2023). Em contrapartida, persistiram dificuldades relacionadas à escassez inicial de equipamentos de proteção, sobrecarga das equipes, adoecimento dos profissionais e redução da assistência não relacionada à COVID-19. Os relatos dos trabalhadores também evidenciaram insuficiência de preparo institucional e impactos psicossociais significativos (Kendall et al., 2023).

4.1.6 Influência dos fatores culturais e institucionais nas práticas de liderança

As práticas de liderança foram fortemente influenciadas pelas características institucionais do SUS, especialmente seus princípios de universalidade, descentralização, participação social e responsabilidade compartilhada. Os estudos também apontam uma cultura organizacional baseada na cooperação, mobilização em rede, solidariedade entre equipes e flexibilidade operacional, reforçando uma concepção de liderança voltada ao engajamento das pessoas e à reorganização contínua dos processos de trabalho (Varanda et al., 2024; Silva et al., 2021). Por outro lado, subfinanciamento, desigualdades regionais e disputas políticas limitaram a efetividade dessas práticas em diferentes contextos.

4.2 Evidências do contexto sul-coreano

A análise dos estudos referentes à Coreia do Sul evidenciou práticas de liderança fortemente influenciadas pela experiência acumulada em crises sanitárias anteriores e por um arranjo institucional caracterizado pela elevada coordenação entre governo, sistema de saúde e organizações hospitalares. Assim como no contexto brasileiro, os resultados foram organizados nas seis categorias analíticas definidas para o estudo.

4.2.1 Liderança adaptativa

A liderança adaptativa destacou-se pela capacidade de mobilizar rapidamente recursos, revisar protocolos e reorganizar os serviços de saúde diante da emergência sanitária. A experiência adquirida durante a epidemia de MERS, em 2015, favoreceu o desenvolvimento de capacidades institucionais posteriormente mobilizadas na pandemia de COVID-19, especialmente no planejamento, na coordenação e na rápida implementação de medidas de contenção (Lee, Hwang & Moon, 2020; Park & Chung, 2021). No âmbito hospitalar, a adaptação esteve associada à reorganização das equipes, redefinição das escalas de trabalho e gestão da força de trabalho de enfermagem, evidenciando o papel estratégico das lideranças na manutenção da capacidade assistencial (Choi et al., 2025).

4.2.2 Comunicação institucional

A comunicação institucional constituiu um dos principais diferenciais da resposta sul-coreana. A divulgação rápida de informações, a transparência na comunicação de risco e a utilização intensiva de tecnologias digitais favoreceram a confiança da população e a adesão às medidas sanitárias (Heo et al., 2020; Hong,

2024). A articulação entre governo, autoridades sanitárias e meios de comunicação fortaleceu a coordenação das ações em escala nacional. Embora tenham sido identificados debates sobre privacidade e uso de tecnologias de rastreamento, prevaleceu a percepção de que a comunicação consistente contribuiu para a efetividade da resposta institucional.

4.2.3 Integração entre níveis decisórios

Os estudos evidenciam elevada articulação entre governo central, autoridades sanitárias, hospitais e setor privado. A coordenação nacional permitiu a rápida implementação de estratégias de testagem, rastreamento de contatos e compartilhamento de informações, favorecendo respostas integradas (Park & Chung, 2021; Jae Moon et al., 2021). Esse modelo evidencia como mecanismos institucionais de coordenação favorecem decisões mais ágeis e maior alinhamento entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

4.2.4 Coordenação organizacional

No contexto hospitalar, a coordenação organizacional caracterizou-se pela rápida reorganização dos serviços e utilização de protocolos previamente estruturados. Os estudos destacam a capacidade dos hospitais para redistribuir recursos, reorganizar fluxos assistenciais e ampliar a capacidade de atendimento, mantendo elevados níveis de coordenação entre equipes e gestores (Choi et al., 2025; Yun et al., 2024). Também foram identificados desafios relacionados à sobrecarga dos profissionais e às mudanças nas condições de trabalho, especialmente entre as equipes de enfermagem.

4.2.5 Capacidade de resposta em situações críticas

A capacidade de resposta da Coreia do Sul apoiou-se em planejamento prévio, aprendizagem institucional e coordenação nacional. A rápida implementação de estratégias de testagem, vigilância epidemiológica, rastreamento digital e isolamento contribuiu para reduzir a disseminação da doença nas fases iniciais da pandemia (Heo et al., 2020; Hong, 2024). Os estudos também registram desafios relacionados à sustentabilidade das equipes de saúde, à sobrecarga dos profissionais e às tensões decorrentes da prolongada duração da crise, indicando que mesmo sistemas altamente estruturados permanecem sujeitos a limitações operacionais.

4.2.6 Influência dos fatores culturais e institucionais nas práticas de liderança

As práticas de liderança foram fortemente influenciadas por fatores culturais e institucionais que valorizam coordenação, disciplina coletiva, confiança nas instituições públicas e elevada capacidade estatal de organização. A experiência acumulada em crises anteriores favoreceu a incorporação de mecanismos permanentes de preparação e resposta, fortalecendo a aprendizagem institucional e a coordenação entre os diferentes atores envolvidos (Lee, Hwang & Moon, 2020; Hong, 2024). Ao mesmo tempo, os estudos apontam desafios relacionados à centralização das decisões e às condições de trabalho dos profissionais de saúde, indicando que elevados níveis de coordenação coexistem com tensões inerentes à gestão de crises prolongadas.

4.3 Discussão comparativa

Os resultados evidenciam que Brasil e Coreia do Sul desenvolveram respostas consistentes às crises em saúde por caminhos institucionais distintos. Embora ambos os contextos tenham mobilizado práticas de liderança voltadas à reorganização dos serviços, coordenação das equipes e manutenção da assistência, a análise comparativa demonstra que essas práticas foram fortemente condicionadas pelos diferentes arranjos institucionais, históricos e culturais que caracterizam seus respectivos sistemas de saúde.

A experiência sul-coreana revela um modelo de liderança apoiado em processos contínuos de aprendizagem institucional. As reformas implementadas após a epidemia de MERS fortaleceram mecanismos de governança, vigilância epidemiológica, coordenação interinstitucional e utilização de tecnologias digitais, constituindo capacidades organizacionais posteriormente mobilizadas durante a pandemia de COVID-19. Esses achados corroboram a perspectiva de que a aprendizagem institucional amplia a capacidade dos sistemas de saúde para responder de forma coordenada a cenários de elevada incerteza (Lee, Hwang & Moon, 2020; Hong, 2024).

No Brasil, por sua vez, a liderança assumiu características predominantemente adaptativas e descentralizadas. A limitada coordenação nacional ampliou o protagonismo de estados, municípios, hospitais e universidades, favorecendo respostas construídas a partir das especificidades locais. Ao mesmo tempo em que essa dinâmica estimulou inovação, flexibilidade e capacidade de reorganização dos serviços, também evidenciou desigualdades regionais e limitações na articulação entre diferentes níveis de governo. Esses resultados reforçam a compreensão de que sistemas descentralizados favorecem soluções contextualizadas, mas dependem de mecanismos consistentes de governança para garantir respostas coordenadas em situações críticas (Paschoalotto et al., 2026).

A comparação entre os dois contextos indica que os arranjos institucionais influenciam não apenas a velocidade das respostas, mas também a forma como a liderança é exercida. Na Coreia do Sul, a liderança encontra suporte em protocolos consolidados, estruturas de coordenação previamente estabelecidas e mecanismos formais de integração entre os diferentes atores do sistema de saúde. No Brasil, ao contrário, observa-se maior protagonismo das relações colaborativas, da mobilização das equipes e da capacidade de adaptação construída no cotidiano das organizações. Essas diferenças sugerem que a liderança em crises não constitui apenas um atributo individual, mas uma capacidade desenvolvida na interação entre pessoas, organizações e instituições.

Apesar dessas diferenças, os dois contextos apresentam importantes convergências. Comunicação institucional, coordenação entre diferentes níveis decisórios, reorganização dos serviços e aprendizagem contínua mostraram-se elementos fundamentais para a manutenção da assistência e para o enfrentamento das crises sanitárias. Esses resultados dialogam com a literatura que compreende a liderança como um processo relacional, sustentado pela construção de confiança, pela coordenação da ação coletiva e pela capacidade de produzir sentido em ambientes marcados pela incerteza (Comfort et al., 2020; Riggio & Newstead, 2023).

Da mesma forma, os achados reforçam a compreensão de que a resiliência organizacional não decorre exclusivamente da disponibilidade de recursos estruturais, mas da capacidade de aprender com experiências anteriores, reorganizar processos, mobilizar pessoas e fortalecer mecanismos permanentes de coordenação institucional. Sob essa perspectiva, liderança, aprendizagem institucional e resiliência organizacional constituem dimensões complementares de um mesmo processo adaptativo, conforme discutido por Cabral e Brustolin (2010), Dagenais et al. (2023) e De Araújo Oliveira et al. (2023).

Em síntese, a análise comparativa evidencia que diferentes arranjos institucionais produzem diferentes formas de exercer a liderança em crises. Enquanto o contexto sul-coreano demonstra o potencial de sistemas fortemente coordenados e institucionalizados, a experiência brasileira evidencia a relevância da adaptação local, da cooperação entre organizações e da capacidade das lideranças de construir

respostas diante de cenários marcados por elevada complexidade e imprevisibilidade. Mais do que identificar um modelo superior, os resultados sugerem que práticas de liderança efetivas emergem da interação entre capacidades individuais, aprendizagem organizacional e condições institucionais, oferecendo elementos relevantes para a compreensão da liderança em crises em diferentes sistemas de saúde.

O Quadro 2 sintetiza os principais achados da análise comparativa, evidenciando como diferentes arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança em crises em saúde e reforçando a contribuição analítica do estudo para a compreensão desse fenômeno.

Quadro 2. Síntese comparativa das práticas de liderança em crises em saúde: Brasil e Coreia do Sul

Categoria Analítica	Brasil	Coreia do Sul	Pontos convergentes	Pontos divergentes	Contribuições para a compreensão da liderança em crises
Liderança adaptativa	Adaptação local, protagonismo de estados, municípios e hospitais.	Adaptação apoiada em capacidades institucionais previamente desenvolvidas.	Flexibilidade, reorganização rápida e aprendizagem contínua.	No Brasil, a adaptação emerge da descentralização; na Coreia, do planejamento institucional prévio.	A liderança adaptativa resulta da interação entre competências das lideranças e capacidades institucionais construídas ao longo do tempo (Riggio & Newstead, 2023; Cabral & Freitas Junior, 2024).
Comunicação institucional	Comunicação descentralizada e marcada por diferentes atores institucionais.	Comunicação centralizada, coordenada e apoiada por tecnologias digitais.	Comunicação como condição para coordenação das equipes e construção da confiança.	Predomínio de mensagens heterogêneas no Brasil e maior padronização na Coreia.	A comunicação constitui uma capacidade estratégica da liderança para produzir confiança, coordenação e ação coletiva em cenários de crise (Comfort et al., 2020; Barberia & Gómez, 2020).
Integração entre níveis decisórios	Cooperação federativa com forte autonomia regional.	Elevada articulação entre governo, sistema de saúde e setor privado.	Necessidade de coordenação entre múltiplos atores institucionais.	Diferenças no grau de centralização e integração das decisões.	A efetividade da liderança depende da qualidade da governança e da articulação entre diferentes níveis decisórios (Paschoalotto et al., 2026; Park & Chung, 2021).
Coordenação organizacional	Reorganização rápida dos hospitais, com protagonismo das equipes assistenciais.	Reorganização baseada em protocolos previamente estabelecidos.	Continuidade da assistência sustentada pela reorganização dos serviços.	Maior padronização dos processos na Coreia e maior flexibilidade adaptativa no Brasil.	A resiliência organizacional emerge da combinação entre liderança, coordenação, aprendizagem e capacidade adaptativa (Dagenais et al., 2023; De Araújo Oliveira et al., 2023).

Categoria Analítica	Brasil	Coreia do Sul	Pontos convergentes	Pontos divergentes	Contribuições para a compreensão da liderança em crises
Capacidade de resposta em situações críticas	Elevada mobilização institucional coexistindo com limitações estruturais.	Resposta rápida apoiada em preparação institucional prévia.	Ambos reorganizaram seus sistemas para preservar a assistência.	Diferentes níveis de preparação e infraestrutura institucional.	A capacidade de resposta reflete processos acumulados de aprendizagem institucional e desenvolvimento organizacional (Hong, 2024; Kendall et al., 2023).
Influência cultural e institucional nas práticas de liderança	Cultura de cooperação, flexibilidade e mobilização em rede.	Cultura de coordenação, disciplina institucional e confiança nas organizações públicas.	A liderança é condicionada pelas características históricas e institucionais dos sistemas de saúde.	Predominância de liderança relacional e adaptativa no Brasil e de liderança institucionalmente coordenada na Coreia.	As práticas de liderança são socialmente construídas e expressam a interação entre cultura, governança e capacidades institucionais (Lee, Hwang & Moon, 2020; Cabral & Brustolin, 2010).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em conjunto, os achados reforçam que diferentes configurações institucionais produzem distintas formas de exercício da liderança, sem que isso implique modelos superiores ou inferiores. Ao contrário, evidenciam que a liderança em crises deve ser compreendida como um fenômeno relacional, contextual e institucionalmente situado, cuja efetividade resulta da interação entre capacidades individuais, estruturas organizacionais e mecanismos de coordenação construídos socialmente.

5. Conclusão e Contribuições

Este estudo teve como objetivo comparar Brasil e Coreia do Sul, buscando compreender como diferentes arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança mobilizadas em crises em saúde. A análise comparativa evidenciou que, embora ambos os países tenham desenvolvido respostas relevantes à pandemia de COVID-19, essas respostas foram sustentadas por distintos modelos de organização institucional, coordenação e exercício da liderança.

No Brasil, destacaram-se a capacidade de adaptação das lideranças locais, a mobilização das equipes e a reorganização dos serviços em um sistema descentralizado. Na Coreia do Sul, por sua vez, sobressaíram estruturas institucionais previamente consolidadas, protocolos padronizados, elevada coordenação entre os diferentes atores do sistema de saúde e processos contínuos de aprendizagem institucional.

A principal contribuição do estudo consiste em demonstrar que as práticas de liderança em crises não podem ser compreendidas isoladamente das condições institucionais em que se desenvolvem. Mais do que competências individuais, a liderança emerge como um fenômeno relacional e contextual, resultante da interação entre pessoas, organizações e sistemas de governança, influenciando processos de coordenação, comunicação, tomada de decisão e adaptação organizacional.

Do ponto de vista prático, os resultados oferecem subsídios para gestores públicos, dirigentes hospitalares e formuladores de políticas ao evidenciar que o fortalecimento da liderança em crises depende não apenas do desenvolvimento dos

líderes, mas também do investimento em capacidades institucionais de coordenação, comunicação, aprendizagem organizacional e preparação para emergências sanitárias.

Como limitações, o estudo fundamenta-se em revisão da literatura indexada na base PubMed e em observações de campo realizadas pela pesquisadora, não contemplando outras bases de dados nem evidências empíricas produzidas especificamente para esta investigação. Além disso, a comparação restringe-se a dois contextos nacionais, recomendando cautela na generalização dos resultados.

Por fim, sugerem-se estudos que ampliem a comparação para outros sistemas nacionais de saúde, incorporem evidências empíricas produzidas em diferentes contextos organizacionais e aprofundem a compreensão dos mecanismos pelos quais os arranjos institucionais influenciam as práticas de liderança em situações de crise.

Referências

ARRAIS, C. A.; CORCIOLI, G.; MEDINA, G. D. S. The role played by public universities in mitigating the coronavirus catastrophe in Brazil: solidarity, research and support to local governments facing the health crisis. Frontiers in Sociology, Lausanne, v. 6, art. 610297, 2021. DOI: 10.3389/fsoc.2021.610297.

BARBERIA, L. G.; GÓMEZ, E. J. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. The Lancet, London, v. 396, n. 10248, p. 367-368, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31681-0.

BRUCE, R.; CAVGIAS, A.; MELONI, L.; REMÍGIO, M. Under pressure: Women's leadership during the COVID-19 crisis. Journal of Development Economics, Amsterdam, v. 154, p. 102761, 2022. DOI: 10.1016/j.jdeveco.2021.102761.

CABRAL, Patrícia Martins Fagundes; BRUSTOLIN, Patrícia Karabasch da Silva. Desenvolvimento da capacidade de resiliência: uma alternativa frente aos desafios da contemporaneidade? In: BITENCOURT, Cláudia et al. Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. p. 285-295.

CABRAL, Patrícia Martins Fagundes; FREITAS JUNIOR, José Carlos da Silva. Competências de liderança para intervir na crise: acolher pessoas, mitigar impactos. Revista Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2024. DOI: 10.5935/sbpot/2024.2.06.

CHOI, J.; BYUN, H. M.; YUN, E. K.; WOO, K. A. Challenges in planning the hospital nursing workforce under the government-led response to COVID-19 in South Korea: a descriptive, qualitative study. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 81, n. 12, p. 8859-8870, 2025. DOI: 10.1111/jan.16941.

COMFORT, L. K. et al. Crisis decision-making on a global scale: transition from cognition to collective action under threat of COVID-19. Public Administration Review, Hoboken, v. 80, n. 4, p. 616-622, 2020. DOI: 10.1111/puar.13252.

DAGENAIS, C. et al. Lessons learned from field experiences on hospitals' resilience to the COVID-19 pandemic: a systematic approach. Health Systems & Reform, Philadelphia, v. 9, n. 2, art. 2231644, 2023. DOI: 10.1080/23288604.2023.2231644.

DE ARAÚJO OLIVEIRA, S. R. et al. Potential strengths and weaknesses in hospital resilience in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: a case study. Health Systems & Reform, Philadelphia, v. 9, n. 2, art. 2177242, 2023. DOI: 10.1080/23288604.2023.2177242.

HEO, K.; LEE, D.; SEO, Y.; CHOI, H. Searching for digital technologies in containment and mitigation strategies: experience from South Korea COVID-19. Annals of Global Health, New York, v. 86, n. 1, art. 109, 2020. DOI: 10.5334/aogh.2993.

HONG, S. A. Toward better pandemic governance and preparedness: South Korea's whole-of-nation approach to COVID-19. BMC Public Health, London, v. 24, n. 1, p. 2126, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-19655-8.
JAE MOON, M.; SUZUKI, K.; PARK, T. I.; SAKUWA, K. A comparative study of COVID-19 responses in South Korea and Japan: political nexus triad and policy responses. International Review of Administrative Sciences, London, 2021. DOI: 10.1177/0020852321997552.
JATOBÁ, A. A. et al. Assessing the institutional capacities for the resilience of the SUS based on the World Health Organization's Building Blocks. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026312.21722025en.
KENDALL, C. et al. Reports from the frontline: health workers describe COVID-19 risks and fears in five cities in Brazil. BMC Health Services Research, London, v. 23, n. 1, p. 276, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09118-y.
LEE, S.; HWANG, C.; MOON, M. J. Policy learning and crisis policy-making: quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea. Policy and Society, Oxford, v. 39, n. 3, p. 363-381, 2020. DOI: 10.1080/14494035.2020.1785195.
LIM, S.; PRAKASH, A. Pandemics and citizen perceptions about their country: did COVID-19 increase national pride in South Korea? Nations and Nationalism, Hoboken, v. 27, n. 3, p. 623-637, 2021. DOI: 10.1111/nana.12749.
MAO, Y. Why do democracies respond differently to COVID-19? A comparison of the United States and South Korea. Frontiers in Public Health, Lausanne, v. 11, art. 1285552, 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1285552.
PARK, H.; LEE, Y. M.; HO, M. J.; HAN, H. C. How the coronavirus disease 2019 pandemic changed medical education and deans' perspectives in Korean medical schools. Korean Journal of Medical Education, Seoul, v. 33, n. 2, p. 65-74, 2021. DOI: 10.3946/kjme.2021.187.
PARK, J.; CHUNG, E. Learning from past pandemic governance: early response and public-private partnerships in testing of COVID-19 in South Korea. World Development, Oxford, v. 137, p. 105198, 2021. DOI: 10.1016/j.worlddev.2020.105198.
PASCHOALOTTO, M. A. C. et al. Governance for health system resilience: lessons from Brazil's decentralized health system. Health Policy, Amsterdam, v. 167, p. 105586, 2026. DOI: 10.1016/j.healthpol.2026.105586.
REBELLO, P. D. et al. Qualitative analysis of nurses' performance and experiences in hospital management in the face of COVID-19. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, e05052024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024298.05052024.
RIGGIO, R. E.; NEWSTEAD, T. Crisis leadership. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, Palo Alto, v. 10, p. 201-224, 2023. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-020420-103200.
SANTOS, E. S. et al. Ações da administração pública diante da crise causada pela COVID-19: uma revisão sistemática. Oikos, v. 36, n. 2, 2025. DOI: 10.31423/oikos.v36i2.18670.
SHIN, D.; SHIN, D.-J. 6 months on: South Korean medical students still on leave. The Lancet, London, v. 404, n. 10456, p. 932, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01680-5.
SILVA, V. G. F. et al. The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, supl. 1, e20200594, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0594.
SONG, S.; CHOI, Y. Differences in the COVID-19 pandemic response between South Korea and the United States: a comparative analysis of culture and policies. Journal

of Asian and African Studies, London, v. 58, n. 2, p. 196-213, 2023. DOI: 10.1177/00219096221137655.
VARANDA, P. A. G. et al. Nurses' perceptions of leadership in Brazilian hospitals during COVID-19 through Kotter's conception. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 32, e4281, 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.7151.4281.
WANG, X. et al. A comparative retrospective study of COVID-19 responses in four representative Asian countries. Risk Management and Healthcare Policy, Auckland, v. 15, p. 13-25, 2022. DOI: 10.2147/RMHP.S334326.
YOON, J. H.; KWON, I. H.; PARK, H. W. The South Korean health-care system in crisis. The Lancet, London, v. 403, n. 10444, p. 2589, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00766-9.
YUN, M.; KIM, W.; YU, B.; CHOI, E. H. A Delphi study on the changes in work, organizational culture, and health issues of nurses at tertiary hospitals in South Korea during the COVID-19 pandemic. Journal of Nursing Management, London, 2024. DOI: 10.1155/2024/9421360.