LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

REESTRUTURAÇÃO SEM MARCO NORMATIVO: OS APORTES AOS HOSPITAIS FEDERAIS DO RIO DE JANEIRO ENTRE DEZEMBRO DE 2024 E AGOSTO DE 2026 (R$ 170 MILHÕES EM 2025; R$ 1,17 BILHÃO A ANDARAÍ E BONSUCESSO EM 2026) E O USO COMBINADO DE TETO MAC E REPASSE EM PARCELA ÚNICA

RESTRUCTURING WITHOUT NORMATIVE FRAMEWORK: CONTRIBUTIONS TO FEDERAL HOSPITALS IN RIO DE JANEIRO BETWEEN DECEMBER 2024 AND AUGUST 2026 (R$ 170 MILLION IN 2025; R$ 1.17 BILLION TO ANDARAÍ AND BONSUCESSO IN 2026) AND THE COMBINED USE OF MAC CEILING AND SINGLE-INSTALLMENT TRANSFER

REESTRUCTURACIÓN SIN MARCO NORMATIVO: LOS APORTES A LOS HOSPITALES FEDERALES DE RÍO DE JANEIRO ENTRE DICIEMBRE DE 2024 Y AGOSTO DE 2026 (R$ 170 MILLONES EN 2025; R$ 1.170 MILLONES A ANDARAÍ Y BONSUCESSO EN 2026) Y EL USO COMBINADO DE TECHO MAC Y TRANSFERENCIA EN PARCELA ÚNICA

https://doi.org/10.56238/levv17n64-111

Data de submissão: 07/08/2026 **Data de publicação:** 18/09/2026

João Ricardo Costa e Souza
Graduando em Medicina
E-mail: jr754957@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3345229516348241

RESUMO

Entre dezembro de 2024 e agosto de 2026, a rede de hospitais federais do Rio de Janeiro, símbolo histórico da crise de gestão do SUS, foi objeto da mais intensa injeção de recursos e da mais profunda reorganização de sua história recente: a gestão do Hospital Federal de Bonsucesso foi confiada ao Grupo Hospitalar Conceição, os hospitais do Andaraí e Cardoso Fontes passaram à gestão municipal mediante acordo com repasse de R$ 150 milhões em parcela única e incorporação de R$ 610 milhões de Teto MAC ao município, R$ 170 milhões adicionais foram anunciados em setembro de 2025 para os institutos e o Hospital da Lagoa, e, em 2026, Andaraí e Bonsucesso somaram R$ 1,17 bilhão em aportes, decompostos em R$ 406,9 milhões de Teto MAC e R$ 200 milhões em parcela única para o primeiro e R$ 263,7 milhões e R$ 300 milhões para o segundo. Este artigo reconstitui esse ciclo e analisa sua característica estrutural: a reestruturação avançou inteiramente por acordos de cooperação, portarias de repasse e atos administrativos, sem lei ou decreto que institua o novo modelo de governança da rede. A investigação, qualitativa e documental, articulou as comunicações e os dados oficiais do Ministério da Saúde com a literatura sobre gestão e financiamento do SUS, a partir de buscas conduzidas em setembro de 2026. Os resultados mostram efeitos assistenciais expressivos, com internações crescendo 14,28% no Andaraí e 38,92% em Bonsucesso e cirurgias avançando 44,39% e 36,30% entre 2024 e 2025, cerca de 5,9 mil profissionais contratados e a reabertura progressiva de leitos, e caracterizam o desenho financeiro híbrido, que combina o incremento permanente do Teto MAC com repasses ad hoc em parcela única. Conclui-se que a flexibilidade infralegal explica a velocidade do ciclo e constitui, simultaneamente, sua fragilidade: sem marco normativo, o novo arranjo

permanece reversível por ato de vontade, com metas e responsabilidades pactuadas fora do alcance do controle social, e a agenda pendente é converter o experimento bem-sucedido em modelo institucionalizado.

Palavras-chave: Hospitais Federais. Financiamento do SUS. Governança em Saúde.

ABSTRACT

Between December 2024 and August 2026, the network of federal hospitals in Rio de Janeiro, a historical symbol of the SUS management crisis, was the object of the most intense injection of resources and the deepest reorganization in its recent history: the management of the Bonsucesso Federal Hospital was entrusted to the Conceição Hospital Group, the Andaraí and Cardoso Fontes hospitals passed to municipal management through an agreement with a transfer of R$ 150 million in a single installment and the incorporation of R$ 610 million of MAC Ceiling to the municipality, an additional R$ 170 million was announced in September 2025 for the institutes and Lagoa Hospital, and, in 2026, Andaraí and Bonsucesso totaled R$ 1.17 billion in contributions, broken down into R$ 406.9 million of MAC Ceiling and R$ 200 million in a single installment for the former and R$ 263.7 million and R$ 300 million for the latter. This article reconstructs this cycle and analyzes its structural characteristic: the restructuring advanced entirely through cooperation agreements, transfer ordinances and administrative acts, without a law or decree establishing the new governance model of the network. The qualitative, documentary investigation articulated official communications and data from the Ministry of Health with the literature on SUS management and financing, based on searches conducted in September 2026. The results show expressive care effects, with hospitalizations growing 14.28% at Andaraí and 38.92% at Bonsucesso and surgeries advancing 44.39% and 36.30% between 2024 and 2025, about 5.9 thousand professionals hired and the progressive reopening of beds, and characterize the hybrid financial design, which combines the permanent increase of the MAC Ceiling with ad hoc single-installment transfers. It is concluded that infra-legal flexibility explains the speed of the cycle and simultaneously constitutes its fragility: without a normative framework, the new arrangement remains reversible by act of will, with goals and responsibilities agreed beyond the reach of social control, and the pending agenda is to convert the successful experiment into an institutionalized model.

Keywords: Federal Hospitals. SUS Financing. Health Governance.

RESUMEN

Entre diciembre de 2024 y agosto de 2026, la red de hospitales federales de Río de Janeiro, símbolo histórico de la crisis de gestión del SUS, fue objeto de la más intensa inyección de recursos y de la más profunda reorganización de su historia reciente: la gestión del Hospital Federal de Bonsucesso fue confiada al Grupo Hospitalar Conceição, los hospitales del Andaraí y Cardoso Fontes pasaron a la gestión municipal mediante acuerdo con transferencia de R$ 150 millones en parcela única e incorporación de R$ 610 millones de Techo MAC al municipio, R$ 170 millones adicionales fueron anunciados en septiembre de 2025 para los institutos y el Hospital de la Lagoa, y, en 2026, Andaraí y Bonsucesso sumaron R$ 1,17 mil millones en aportes, descompuestos en R$ 406,9 millones de Techo MAC y R$ 200 millones en parcela única para el primero y R$ 263,7 millones y R$ 300 millones para el segundo. Este artículo reconstruye ese ciclo y analiza su característica estructural: la reestructuración avanzó enteramente por acuerdos de cooperación, portarías de transferencia y actos administrativos, sin ley o decreto que instituya el nuevo modelo de gobernanza de la red. La investigación, cualitativa y documental, articuló las comunicaciones y los datos oficiales del Ministerio de la Salud con la literatura sobre gestión y financiamiento del SUS, a partir de búsquedas conducidas en septiembre de 2026. Los resultados muestran efectos asistenciales expresivos, con internaciones creciendo 14,28% en el Andaraí y 38,92% en Bonsucesso y cirugías avanzando 44,39% y 36,30% entre 2024 y 2025, cerca de 5,9 mil profesionales contratados y la reapertura progresiva de camas, y caracterizan el diseño financiero híbrido, que combina el incremento permanente del Techo MAC con transferencias ad hoc en parcela única. Se concluye que la flexibilidad infralegislativa explica la velocidad del ciclo y constituye, simultáneamente, su fragilidad: sin marco normativo, el nuevo arreglo permanece

reversible por acto de voluntad, con metas y responsabilidades pactadas fuera del alcance del control social, y la agenda pendiente es convertir el experimento exitoso en modelo institucionalizado.

Palabras clave: Hospitales Federales. Financiamiento del SUS. Gobernanza en Salud.

1 INTRODUÇÃO

Nenhum conjunto de equipamentos do SUS condensa tanto a história inacabada da descentralização quanto os hospitais federais do Rio de Janeiro. Herança da rede previdenciária que a Constituição de 1988 mandou integrar ao sistema único sob gestão descentralizada, as seis unidades cariocas, Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Ipanema, Lagoa e Servidores do Estado, ao lado dos institutos especializados, permaneceram por décadas sob administração direta do Ministério da Saúde, num arranjo que nenhuma das regras de regionalização previu, e colecionaram os sintomas conhecidos da indefinição: leitos fechados, obras paradas, déficit crônico de pessoal e crises recorrentes que a literatura de gestão do SUS associa à falta de profissionalização e à descontinuidade administrativa (Brasil, 1990; Lopatiuk *et al.*, 2026). Sucessivos governos anunciaram soluções, da entrega à empresa de serviços hospitalares à municipalização, e recuaram; a rede seguiu, na expressão consagrada, como o problema sem dono do SUS.

O ciclo aberto em dezembro de 2024 rompeu a inércia por uma via peculiar, que este artigo toma por objeto. Em vez de um marco normativo, uma lei ou um decreto desenhando o novo modelo, o governo operou por instrumentos de gestão e de financiamento: o Hospital Federal de Bonsucesso, fechado em parte desde o incêndio de 2020, teve a gestão confiada ao Grupo Hospitalar Conceição, empresa pública federal, a partir de outubro de 2024; os hospitais do Andaraí e Cardoso Fontes passaram à gestão da Prefeitura do Rio por acordo firmado em dezembro de 2024, acompanhado de repasse de R$ 150 milhões em parcela única, R$ 100 milhões ao primeiro e R$ 50 milhões ao segundo, e da incorporação de R$ 610 milhões de Teto MAC ao município, com a meta de reabrir cerca de mil leitos nas unidades do plano (Brasil, 2024a; 2024b; Agência Gov, 2024). Os aportes prosseguiram em camadas: R$ 170 milhões anunciados em setembro de 2025 para reestruturar os institutos federais e o Hospital da Lagoa, e, em 2026, o pacote que dá título a este estudo, R$ 1,17 bilhão somados por Andaraí e Bonsucesso, decompostos oficialmente em R$ 406,9 milhões de incremento de Teto MAC e R$ 200 milhões em parcela única para o Andaraí, e R$ 263,7 milhões e R$ 300 milhões, respectivamente, para Bonsucesso (Brasil, 2025; 2026). Em agosto de 2026, o Ministério completou o ciclo alterando por ato administrativo a estrutura de cargos das unidades (O Tempo, 2026).

A pergunta de pesquisa que orienta o estudo é dupla: como se estruturou, em instrumentos, valores e resultados, o ciclo de reestruturação dos hospitais federais do Rio entre dezembro de 2024 e agosto de 2026, e quais são os alcances e os riscos de uma reestruturação conduzida inteiramente sem marco normativo, pela combinação de acordos de gestão, incrementos de Teto MAC e repasses em parcela única? A justificativa opera em três planos. No plano científico, o caso oferece material raro para a análise de políticas de saúde: uma reforma de governança de escala bilionária executada por via exclusivamente infralegal, cujo desenho financeiro híbrido ainda não foi sistematizado pela literatura; no plano social, estão em jogo hospitais que servem à região metropolitana mais adensada do país, e

os resultados assistenciais do ciclo, crescimento de dois dígitos em internações e cirurgias, afetam diretamente filas e vidas; no plano institucional, a sustentabilidade do arranjo interessa à União, ao município e ao controle, porque o que se fez por portaria pode, por portaria, ser desfeito. O objetivo geral é analisar o ciclo de reestruturação dos hospitais federais do Rio de Janeiro entre dezembro de 2024 e agosto de 2026, com foco nos instrumentos financeiros utilizados e na ausência de marco normativo. São objetivos específicos: reconstituir a linha do tempo dos acordos e aportes; caracterizar o desenho financeiro que combina Teto MAC e parcela única; dimensionar os resultados assistenciais disponíveis; e discutir os riscos da via infralegal e as condições de institucionalização do modelo.

2 METODOLOGIA

O estudo é qualitativo, de natureza documental e bibliográfica, com etapa de levantamento conduzida segundo o percurso da revisão integrativa, da definição da questão norteadora à busca sistematizada, à seleção por critérios explícitos e à síntese crítica das fontes (Souza; Silva; Carvalho, 2010)

As buscas foram realizadas em setembro de 2026, nas bases SciELO, Scopus, Google Scholar e DOAJ, e nos repositórios oficiais do Ministério da Saúde, da Agência Gov, da Prefeitura do Rio de Janeiro e do Diário Oficial da União. Os descritores utilizados, em português e inglês, foram: hospitais federais do Rio de Janeiro; reestruturação hospitalar; Teto MAC; média e alta complexidade; municipalização; financiamento federal do SUS; hospital governance; federal hospitals; health financing. As combinações empregaram os operadores AND e OR, como em hospitais federais AND reestruturação, e SUS AND financiamento AND média e alta complexidade.

O corpus compreendeu as comunicações oficiais do Ministério da Saúde e da Agência Gov sobre o ciclo de reestruturação, do acordo de dezembro de 2024 ao balanço de agosto de 2026, com seus valores, instrumentos e resultados declarados; a Lei nº 8.080, de 1990, e a Portaria de Consolidação nº 6, de 2017, que estruturam as transferências federais e o limite financeiro de média e alta complexidade; registros jornalísticos complementares sobre atos de estrutura; e artigos revisados por pares sobre gestão e fortalecimento do SUS e sobre a efetividade dos marcos de contratação pública. O recorte temporal do objeto vai de outubro de 2024, início da gestão do Grupo Hospitalar Conceição em Bonsucesso, a agosto de 2026. Foram incluídos documentos oficiais, atos normativos vigentes e artigos revisados por pares; foram excluídos textos opinativos sem revisão por pares. A extração organizou-se por eixos: linha do tempo, desenho financeiro, resultados assistenciais e institucionalização. Não se apresentam quantitativos de documentos triados, pois o levantamento não seguiu protocolo censitário. Registram-se como limitações metodológicas a dependência de dados oficiais autodeclarados para os resultados assistenciais, sem auditoria independente disponível, e a

indisponibilidade pública consolidada das portarias individuais de cada repasse, supridas pelas comunicações oficiais que as anunciam e decompõem.

3 A LINHA DO TEMPO, O DESENHO FINANCEIRO E OS RESULTADOS

3.1 DE PROBLEMA SEM DONO A CANTEIRO DE REFORMAS: A LINHA DO TEMPO 2024-2026

O Quadro 1 reconstitui o ciclo. Seu traço distintivo é a segmentação pragmática: em vez de uma solução única para a rede, o governo distribuiu as unidades por três trilhas de gestão. Bonsucesso, a maior e mais danificada unidade, foi entregue à expertise de uma empresa pública federal de serviços hospitalares, o Grupo Hospitalar Conceição, com a missão inicial de reabrir 200 leitos; Andaraí e Cardoso Fontes foram municipalizados por acordo, na aposta de que a gestão local, dona da regulação e da atenção básica, integraria as unidades à rede da cidade; e as demais unidades e institutos permaneceram sob gestão federal direta, reformada por dentro, com aportes próprios e, em agosto de 2026, reorganização administrativa de cargos (Agência Gov, 2024; Brasil, 2024a; O Tempo, 2026). O financiamento acompanhou a segmentação em camadas sucessivas: os R$ 150 milhões de partida em parcela única e os R$ 610 milhões de Teto MAC incorporados ao município em dezembro de 2024; os R$ 170 milhões de setembro de 2025 para institutos e Lagoa; e o pacote de 2026, com R$ 1,17 bilhão concentrados nas duas unidades-símbolo (Brasil, 2024b; 2025; 2026). A meta física declarada na largada, cerca de mil leitos reabertos nas três unidades principais, e as entregas parciais documentadas ao longo de 2025 e 2026, de centros cirúrgicos reformados a emergências reabertas, completam o quadro de um ciclo que, ao contrário dos anteriores, saiu do anúncio (Agência Gov, 2024; Brasil, 2026).

Quadro 1. Linha do tempo da reestruturação dos hospitais federais do Rio (out. 2024-ago. 2026)

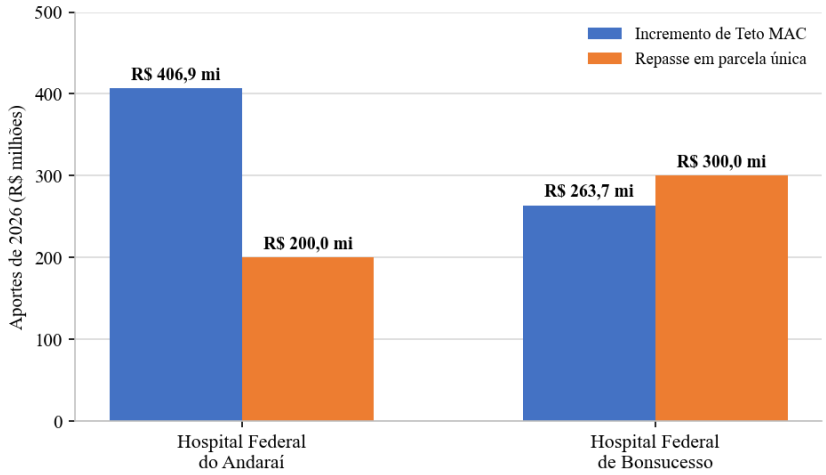
Marco	Conteúdo
Out. 2024	Gestão do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) confiada ao Grupo Hospitalar Conceição, com meta inicial de reabrir 200 leitos
Dez. 2024	Acordo de gestão transfere Andaraí (HFA) e Cardoso Fontes (HFCF) à Prefeitura do Rio; repasse de R$ 150 milhões em parcela única (R$ 100 mi ao HFA e R$ 50 mi ao HFCF); incorporação de R$ 610 milhões de Teto MAC ao município; plano de reestruturação de quatro unidades com meta de cerca de mil leitos reabertos
Jan.-dez. 2025	Reaberturas e entregas progressivas: leitos, emergências e centros cirúrgicos reformados nas unidades do plano
Set. 2025	Anúncio de R$ 170 milhões para reestruturar, modernizar e contratar profissionais nos institutos federais e no Hospital da Lagoa
2026	Aportes de R$ 1,17 bilhão a HFA e HFB: R$ 406,9 milhões de Teto MAC e R$ 200 milhões em parcela única ao Andaraí; R$ 263,7 milhões e R$ 300 milhões a Bonsucesso
Ago. 2026	Balanço oficial com resultados assistenciais de 2024-2025; reorganização administrativa da estrutura de cargos das unidades por ato do Ministério

Fonte: elaboração própria com base em Agência Gov (2024), Brasil (2024a; 2024b; 2025; 2026) e O Tempo (2026).

3.2 O DESENHO FINANCEIRO: TETO MAC E PARCELA ÚNICA EM COMBINAÇÃO

O instrumento central do ciclo é um desenho financeiro híbrido, que o Gráfico 1 apresenta na sua expressão de 2026 e o Quadro 2 caracteriza. O Teto MAC, o limite financeiro de média e alta complexidade que estrutura as transferências federais fundo a fundo no bloco de manutenção, é o instrumento da permanência: incrementá-lo, como se fez nos R$ 610 milhões incorporados ao município em 2024 e nos R$ 406,9 milhões e R$ 263,7 milhões destinados a Andaraí e Bonsucesso em 2026, significa elevar de forma continuada o custeio da produção assistencial, sinalizando às novas gestões que a operação ampliada terá lastro recorrente (Brasil, 2017; 2024b; 2026). O repasse em parcela única é o instrumento do impulso: os R$ 150 milhões de dezembro de 2024 e os R$ 200 milhões e R$ 300 milhões de 2026 injetam, de uma vez, o capital de partida que obras, equipamentos e contratações emergenciais exigem e que o fluxo mensal do teto não comporta (Brasil, 2024b; 2026). A combinação é financeiramente racional, espelhando a distinção clássica entre investimento e custeio, e sua calibragem por unidade é reveladora: no Andaraí, municipalizado e em rampa de produção, o peso maior está no teto, dois terços do aporte de 2026; em Bonsucesso, em reconstrução física desde o incêndio, a parcela única supera o incremento de teto, refletindo a fase de capital do projeto (Brasil, 2026). O que a racionalidade financeira não fornece, e a análise da seção seguinte cobra, é o envelope institucional: ambos os instrumentos são atos de gestão, editáveis e revogáveis pelo mesmo caminho administrativo que os criou.

Gráfico 1. Composição do aporte de R$ 1,17 bilhão a Andaraí e Bonsucesso em 2026



Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2026).

Quadro 2. Os dois instrumentos financeiros do ciclo e sua lógica

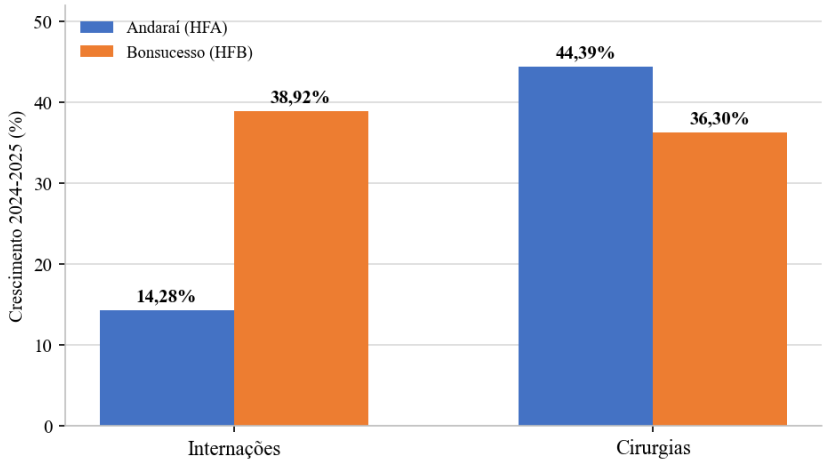
Instrumento	Natureza	Função no ciclo
Incremento de Teto MAC	Elevação do limite financeiro de média e alta complexidade, transferido fundo a fundo de forma continuada	Lastro permanente do custeio da produção ampliada; sinal de sustentabilidade às novas gestões
Repasse em parcela única	Transferência ad hoc, de uma só vez, para providências determinadas	Capital de partida para obras, equipamentos e contratações emergenciais
Combinação	Camadas sucessivas por unidade, calibradas à fase de cada projeto	Velocidade e flexibilidade sem passagem legislativa; reversibilidade pela mesma via administrativa

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2017; 2024b; 2026).

3.3 OS RESULTADOS ASSISTENCIAIS DISPONÍVEIS

O balanço oficial de agosto de 2026 permite aferir a resposta assistencial do biênio, que o Gráfico 2 apresenta para as duas unidades-símbolo. Entre 2024 e 2025, as internações cresceram 14,28% no Andaraí e 38,92% em Bonsucesso, e a produção cirúrgica avançou 44,39% e 36,30%, respectivamente, invertendo anos de queda; a base humana da retomada foi a contratação de cerca de 3.400 trabalhadores para o Andaraí e 2.500 para Bonsucesso, e a base física, a reativação progressiva de leitos, com uma centena reaberta em Bonsucesso rumo à meta de 212, dentro do objetivo geral de cerca de mil leitos do plano original (Brasil, 2026; Agência Gov, 2024). A leitura desses números pede as cautelas de praxe: são dados autodeclarados pela gestão, medem produção e não desfecho, e partem de bases deprimidas pela crise, o que infla percentuais; a meta pactuada para o Andaraí, dobrar a produção até alcançar 167 mil procedimentos anuais em 2026, oferece a régua contra a qual o próximo balanço deverá ser lido (Prefeitura do Rio, 2024). Ainda assim, a direção é inequívoca e converge com o que a literatura de gestão do SUS prevê: unidades com comando definido, capital de partida e custeio lastreado produzem, e o gargalo histórico da rede carioca era exatamente a ausência simultânea das três condições (Lopatiuk *et al.*, 2026).

Gráfico 2. Crescimento das internações e cirurgias em Andaraí e Bonsucesso, 2024-2025 (%)



Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2026).

3.4 A AUSÊNCIA QUE DEFINE O CICLO: REESTRUTURAÇÃO SEM MARCO NORMATIVO

O traço que singulariza o ciclo, e que o título deste artigo destaca, é o seu suporte jurídico: tudo o que se descreveu, transferências de gestão, bilhões em aportes, reorganização de cargos, foi feito sem uma lei ou decreto que institua o novo modelo da rede, apoiando-se em acordos de cooperação entre entes, em portarias de incremento de teto e repasse editadas no fluxo ordinário do financiamento e em atos administrativos de estrutura (Brasil, 2024a; 2026; O Tempo, 2026). O Quadro 3 organiza o contraste entre o que existe e o que falta. A escolha tem racionalidade evidente: a via legislativa que naufragou reformas anteriores foi contornada, e a velocidade do ciclo, do acordo à reabertura de leitos em semanas, seria impensável sob um processo de lei. Mas o preço da leveza é a precariedade institucional em três camadas. Primeira, a reversibilidade: acordos de gestão podem ser denunciados e tetos podem ser remanejados por portaria, de modo que o arranjo vive da vontade convergente de cada mandato federal e municipal. Segunda, a opacidade das obrigações: as metas, como os mil leitos ou os 167 mil procedimentos, constam de anúncios e acordos, não de instrumento normativo público com consequências pactuadas, o que dificulta a cobrança pelo controle social e pelos órgãos de contas. Terceira, a assimetria federativa: a municipalização de fato transfere responsabilidade sanitária permanente sobre a base de um lastro financeiro juridicamente provisório, reeditando, agora no nível do caso, a tensão clássica do federalismo sanitário entre encargo transferido e financiamento garantido (Brasil, 1990; Lopatiuk *et al.*, 2026).

Quadro 3. O suporte institucional do ciclo: o que existe e o que falta

Camada	O que sustenta o arranjo atual	O que um marco normativo acrescentaria
Gestão das unidades	Acordos de cooperação (municipalização de HFA e HFCF) e designação de empresa pública federal (HFB ao GHC)	Modelo estável de governança da rede, com competências e prazos definidos em norma
Financiamento	Portarias de incremento de Teto MAC e repasses em parcela única	Garantias plurianuais de custeio vinculadas às responsabilidades transferidas
Metas e responsabilização	Compromissos declarados em anúncios e acordos (mil leitos; 167 mil procedimentos no HFA)	Metas públicas vinculantes, com monitoramento independente e consequências
Estrutura administrativa	Atos ministeriais de reorganização de cargos	Carreiras e quadros definidos em norma, protegidos da descontinuidade
Controle social	Participação pelas instâncias ordinárias do SUS, sem instrumento específico do ciclo	Transparência ativa dos acordos, valores e resultados em formato auditável

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2024a; 2024b; 2026), O Tempo (2026) e Lopatiuk *et al.* (2026).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro resultado da análise é o reconhecimento do que o ciclo demonstrou: o problema dos hospitais federais do Rio nunca foi de diagnóstico, foi de instrumento, e a combinação encontrada, comando de gestão definido por unidade, parcela única como capital de partida e Teto MAC como lastro de custeio, provou-se capaz de fazer em vinte meses o que duas décadas de anúncios não fizeram.

A segmentação pragmática das trilhas de gestão merece destaque analítico: em vez de disputar a tese única, municipalizar tudo, estatizar em empresa, manter e reformar, o desenho tratou cada unidade conforme sua condição, e os primeiros resultados, com Bonsucesso liderando a retomada de internações e o Andaraí a de cirurgias, sugerem que a heterogeneidade de soluções, herética para os marcos uniformes, foi funcional (Brasil, 2026). Para a literatura de gestão do SUS, o caso oferece um contraponto empírico ao pessimismo institucional: a descontinuidade administrativa é vencível quando o desenho financeiro alinha, no mesmo ato, quem manda, quem paga e quem produz (Lopatiuk *et al.*, 2026).

O segundo resultado é a caracterização do custo dessa vitória, que o título nomeia: a reestruturação é juridicamente leve porque é institucionalmente precária. A análise do Quadro 3 mostra que cada componente do arranjo repousa em ato revogável pela mesma caneta que o editou, e a experiência brasileira de políticas sustentadas por portaria recomenda levar o risco a sério: o que o consenso de dois governos alinhados construiu, o dissenso de dois governos desalinhados pode desmontar sem passar pelo Congresso, e os hospitais voltariam à condição de problema sem dono com uma década de leitos reabertos a fechar. A comparação com o debate geral das contratações públicas é instrutiva: a literatura sobre a efetividade dos marcos recentes insiste que a fase decisiva é a gestão contratual, com metas, fiscalização e consequências, exatamente a camada que, no caso carioca, permanece em anúncios e acordos sem estatuto (Reginato *et al.*, 2025). A ausência de marco não é, portanto, um detalhe formal: é a diferença entre um programa de governo bem-sucedido e uma política de Estado, e o próprio êxito assistencial do biênio, ao elevar o custo político de qualquer retrocesso, cria a janela para fechá-la.

O terceiro resultado converte a janela em agenda, com três movimentos de institucionalização compatíveis com a flexibilidade que deu certo. O primeiro é contratualizar o que está anunciado: converter metas físicas e assistenciais, leitos, produção, filas, em contratos de gestão públicos entre União, município e Grupo Hospitalar Conceição, com indicadores, prazos e consequências, dando ao controle social e aos tribunais de contas o objeto verificável que hoje falta. O segundo é estabilizar o financeiro: transformar os incrementos de Teto MAC do ciclo em garantias plurianuais vinculadas às responsabilidades transferidas, protegendo o custeio da produção ampliada das reprogramações ordinárias, na linha do que a distinção entre impulso e lastro do Quadro 2 já pratica informalmente. O terceiro é normatizar o modelo: levar ao Congresso, agora com resultados e não apenas promessas, o desenho da rede, trilhas de gestão, competências federativas e regime de pessoal, convertendo em lei o que o experimento validou. Se o ciclo 2024-2026 for lembrado como o momento em que os hospitais federais do Rio voltaram a funcionar, terá cumprido sua metade; a outra metade, fazer com que não dependam nunca mais de uma conjunção astral de mandatos para continuar funcionando, é o que a

ausência de marco normativo deixa, deliberadamente, para o próximo capítulo (Brasil, 2026; Lopatiuk *et al.*, 2026).

5 LIMITAÇÕES E LACUNAS CIENTÍFICAS

Os limites deste estudo derivam das fontes e do momento. Os valores e resultados provêm das comunicações oficiais do Ministério da Saúde e da Agência Gov, sem acesso consolidado às portarias individuais de cada repasse nem a auditoria independente da produção assistencial declarada; os percentuais de crescimento partem de bases deprimidas pela crise e medem produção, não qualidade nem desfecho. A reconstituição normativa apoiou-se nos atos noticiados, e um levantamento exaustivo do Diário Oficial poderia refinar a cronologia instrumental. O ciclo está em curso, e conclusões sobre sustentabilidade são, por definição, provisórias. Entre as lacunas científicas abertas estão: o mapeamento completo, no Diário Oficial, das portarias de teto e repasse do ciclo, com sua tipologia jurídica; a avaliação independente dos resultados assistenciais, incluindo filas, tempos de espera e desfechos, frente às metas anunciadas; o estudo comparado das três trilhas de gestão, municipalização, empresa pública e administração direta reformada, sobre custos e produção; a análise fiscal da sustentabilidade dos incrementos de Teto MAC no orçamento federal da média e alta complexidade; e o acompanhamento da institucionalização, verificando se e como acordos e anúncios se converterão em contratos, garantias e norma, teste final da tese aqui sustentada.

6 CONCLUSÃO

As duas perguntas postas na introdução encontraram resposta. Quanto à estrutura do ciclo: entre outubro de 2024 e agosto de 2026, a reestruturação distribuiu as unidades por três trilhas de gestão, Bonsucesso ao Grupo Hospitalar Conceição, Andaraí e Cardoso Fontes ao município, as demais reformadas sob gestão federal, e as financiou em camadas que combinaram repasses em parcela única, R$ 150 milhões na partida e R$ 500 milhões dentro do pacote de 2026, com incrementos permanentes de Teto MAC, R$ 610 milhões ao município em 2024 e R$ 670,6 milhões às duas unidades-símbolo em 2026, além dos R$ 170 milhões de 2025 aos institutos e à Lagoa, somando em Andaraí e Bonsucesso o R$ 1,17 bilhão do título; os resultados declarados, internações e cirurgias crescendo entre 14% e 44%, milhares de contratações e leitos reabertos, indicam que o desenho produziu. Quanto aos alcances e riscos da via infralegal: ela explica a velocidade e condena o arranjo à precariedade, reversível por ato administrativo, com metas fora de estatuto vinculante e responsabilidade sanitária transferida sobre lastro juridicamente provisório, riscos que a agenda de institucionalização proposta, contratos de gestão públicos, garantias plurianuais e norma para o modelo, permitiria fechar. Os objetivos específicos foram percorridos: a linha do tempo reconstituída, o desenho financeiro caracterizado, os resultados dimensionados e as condições de institucionalização discutidas.

A síntese final devolve o caso ao seu significado para o SUS. Os hospitais federais do Rio foram, por décadas, a prova viva de que dinheiro sem desenho não cura instituições; o biênio 2024-2026 acaba de provar o inverso possível, que desenho com dinheiro cura depressa, e o fez com os instrumentos mais prosaicos do sistema, um teto que se eleva e uma parcela que se paga. Falta a última prova, que é também a mais brasileira delas: demonstrar que uma solução que nasceu da vontade convergente de governos pode sobreviver à divergência dos próximos, e essa prova não se faz com mais aportes, faz-se com norma. Até lá, cada leito reaberto no Andaraí e em Bonsucesso carrega a mesma condição silenciosa: funciona, desde que ninguém mude de ideia, e um sistema universal que aspire à maturidade não pode deixar seus hospitais, nem seus pacientes, pendurados na cláusula da boa vontade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA GOV. Com reestruturação, hospitais federais no RJ vão reabrir mil leitos a partir de janeiro de 2025. Brasília, DF: Empresa Brasil de Comunicação, dez. 2024. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202412/com-reestruturacao-de-hospitais-federais-mil-leitos-devem-ser-reabertos-em-janeiro-de-2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal e Prefeitura do Rio fecham acordo de gestão para dois hospitais federais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/governo-federal-e-prefeitura-do-rio-fecham-acordo-de-gestao-para-dois-hospitais-federais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospitais federais no Rio de Janeiro recebem reformas e novos equipamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ago. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-ms/2026/agosto/hospitais-federais-no-rio-de-janeiro-recebem-reformas-e-novos-equipamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde anuncia R$ 170 milhões para ampliar atendimento na rede federal de saúde no Rio de Janeiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/saude-anuncia-r-170-milhoes-para-ampliar-atendimento-na-rede-federal-de-saude-no-rio-de-janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde repassa R$ 150 milhões à prefeitura do Rio para hospitais do Andaraí e Cardoso Fontes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/saude-repassa-r-150-milhoes-a-prefeitura-do-rio-para-hospitais-do-andarai-e-cardoso-fontes.

LOPATIUK, C. *et al.* Políticas públicas e gestão em saúde: estratégias para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Lumen et Virtus, São José dos Pinhais, v. 17, n. 62, e13680, 2026. DOI: 10.56238/levv17n62-003.

O TEMPO. Ministério da Saúde reestrutura cargos em hospitais federais do Rio de Janeiro. Belo Horizonte: O Tempo, 20 ago. 2026. Disponível em: https://www.otempo.com.br/politica/2026/8/20/ministerio-da-saude-reestrutura-cargos-em-hospitais-federais-do-rio-de-janeiro.

PREFEITURA DO RIO. Município assume gestão dos hospitais federais do Andaraí e Cardoso Fontes. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, dez. 2024. Disponível em: https://prefeitura.rio/noticias/prefeitura-do-rio-assume-gestao-dos-hospitais-federais-do-andarai-e-cardoso-fontes-em-jacarepagua/.

REGINATO, A. O.; RODRIGUES, C. R.; NOGUEIRA, D. A. M.; MENDES, I. C. P. A.; FONSECA, P. V. dos S. A nova lei de licitações em foco: uma análise dos obstáculos à sua efetividade na gestão pública. Aracê, São José dos Pinhais, v. 7, n. 8, e7393, 2025. DOI: 10.56238/arev7n8-179.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134.