

## BREVE ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE E O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Vinicius Pires CHAVES<sup>1</sup>

**RESUMO:** o presente artigo analisa brevemente o direito à saúde constitucionalmente, com a finalidade de melhor compreensão deste direito social, dever do Estado e direito de todos. Demonstra o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sua constituição e suas consequências ao ordenamento jurídico. Apresenta breve discussão do financiamento do Sistema Único de Saúde no tocante às suas fontes e finalidades. Finaliza com análise de algumas das mudanças efetuadas pela Lei Complementar nº 141/2012 e a Emenda Constitucional nº 86/2015 principalmente os percentuais mínimos de aplicação na saúde de cada ente da federação.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. SUS. Financiamento.

### INTRODUÇÃO

A pesquisa enfocou o direito à saúde apresentando os preceitos constitucional relacionados à tal direito social, bem como analisou o Sistema Único de Saúde e seu financiamento, principalmente no tocante as modificações efetuadas nos percentuais mínimos de aplicação de cada ente federativo. Tratou-se de importante estudo, já que se tem a necessidade de esclarecimento das consequências destas modificações para o ordenamento jurídico brasileiro.

Utilizou-se o método dedutivo, tendo em vista que se partiu do geral para o específico. A análise começou do direito à saúde, demonstrando como este direito social está apresentado na Constituição Federal.

No segundo tópico, foi abrangido o Sistema Único de Saúde, apresentando sua criação, preceitos e bases, bem como suas consequências ao ordenamento jurídico.

---

<sup>1</sup> Advogado. Especializando em Interesses Difusos e Coletivos pelo Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. Especialista em Direito Civil e Processo Civil pelo Centro Universitário “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. E-mail: vpeschaves@gmail.com

O terceiro tópico apresentou o financiamento de tal Sistema, demonstrando cada uma das importantes fontes de financiamento, principalmente os impostos e contribuições sociais. Também foi abrangido os percentuais mínimos de aplicação de recursos de cada ente da federação e as recentes modificações efetuadas nesses percentuais.

A pesquisa bibliográfica e doutrinária foram os recursos utilizados para a pesquisa em questão. Não houve centralização no estudo da matéria, sendo realizadas interpretações complementares do ordenamento jurídico, juntamente com acompanhamentos e doutrinários a fim de atualizar a matéria em questão para a situação prática enfrentada.

## **1 O DIREITO À SAÚDE**

Para esta breve análise do financiamento do Sistema Único de Saúde e suas recentes modificações apresentadas pela Lei Complementar nº 141/2012 e pela Emenda Constitucional nº 86/2015, principalmente no tocante ao percentual mínimo de aplicação na saúde, é necessário analisar o direito à saúde em si. Tal análise resta na importância de melhor entendimento deste direito dentro do ordenamento jurídico, principalmente mediante verificação de preceitos constitucionais.

Para analisar o direito à saúde, é necessário primeiro entender como a saúde está apresentada na Constituição Federal. Este direito está abrangido no artigo 196 da Constituição Federal com a seguinte previsão:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Verifica-se, então, que a saúde é entendida pela Constituição Federal como um dever propriamente do Estado e um direito de todos, devendo ser garantida por diversas políticas públicas, econômicas ou sociais. Além disso, deve estar pautado na igualdade de acesso, bem como universalidade deste, para devida recuperação, promoção e proteção desta saúde.

Ao analisar o direito à saúde sob a ótica dos direitos fundamentais, Mônica de Almeida Magalhães Serrano (2009, p. 63) explicita que:

O direito à saúde está, indubitavelmente, situado no marco dos direitos sociais, também denominados de direitos fundamentais da segunda geração, que são congêntos ao Estado de Bem-Estar Social, cuja ideação, emergente na primeira metade do século passado, teve como nota característica a negação das premissas do individualismo liberal. Com efeito, com a decadência do liberalismo, passou o Estado a ser chamado para gerir a crise social, de forma a intervir na sociedade para concretização dos direitos fundamentais dos cidadãos, por meio basicamente dos serviços públicos.

Analisando entre as gerações dos direitos fundamentais, o direito à saúde está situado na segunda geração, os chamados direitos sociais. Tal geração deve como característica a negação de premissas do liberalismo, característica dos direitos de primeira geração. Nessa situação, o Estado precisou administrar a crise social instaurada, sendo necessária intervenção na sociedade.

É exatamente tal entendimento que está expressamente previsto no artigo 6º da Constituição Federal ao prever que a saúde é direito social, juntamente com outros também de efetiva importância como a educação, a alimentação e a previdência social, por exemplo.

De forma a efetivar o direito à saúde, Mônica de Almeida Magalhães Serrano (2009, p. 65) ressalta que “a Constituição de 1988, inovando na esfera dos direitos sociais, criou o SUS, além de permitir completamente o ingresso do setor privado na saúde, desde que esta área não envolve atuação exclusivamente pública”. Com base nos chamados direitos sociais, a Constituição Federal inovou e criou o Sistema Único de Saúde, bem como permitiu a atuação de empresas privadas na saúde, desde que não haja previsão de atuação exclusiva do Estado.

Tal previsão da atuação privada na saúde está expressa no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, demonstrado abaixo:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.  
§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Há previsão, assim, de atuação livre por empresas privadas na saúde no Brasil, bem como podendo atuar de forma complementar ao SUS, mediante as diretrizes deste serviço, conforme os critérios e requisitos estabelecidos na

Constituição Federal: convênio ou contrato público, com preferência às filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos.

Todo o serviço de saúde, seja ele privado ou público, caberá cerca influência do Poder Público, conforme escreve José Afonso da Silva (2011, p. 833) ao explicar que:

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à *regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público*, nos termos da lei, a que cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Já que os serviços e ações de saúde são de importância e relevância pública, estarão sujeitos à controle, regulamentação e fiscalização do Poder Público. Tal situação se aplica tanto ao que for exercido diretamente pelo Poder Público, por pessoas jurídicas de direito privado, bem como as pessoas físicas.

Tal controle por parte do Poder Público está relacionado às agências reguladoras, conforme escreve Mônica de Almeida Magalhães Serrano (2009, p. 65) ao ditar que o surgimento destas “acompanhou o movimento social que pleiteava a presença do Estado com mínima intervenção na sociedade, com atividade preponderantemente fiscalizadora, em especial nas áreas econômicas”. Em algumas áreas, principalmente econômicas, houve o surgimento das agências reguladoras para fiscalizar tais atividades, não intervindo o Estado de forma excessiva.

Há de se destacar, após esta breve análise do direito à saúde, que tal direito está garantido constitucionalmente no artigo 6º da Constituição Federal, sendo explicitado e abrangido no artigo 196 de nossa *Magna Carta*. Entende-se este direito social como dever do Estado e direito de todos, devendo ser aplicado mediante políticas públicas com a finalidade de diminuição do risco de doenças, bem como acesso universal e igualitário à tais ações.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Após breve análise do direito em si, convém apreciar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a forma como é constituído e suas consequências ao ordenamento jurídico, principalmente no tocante à evolução do entendimento do direito social em questão, a saúde.

Ao realizar um histórico, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques (1997, p. 25) realiza os seguintes comentários acerca da situação prévia à criação do Sistema Único de Saúde:

A Constituição prevê **o direito de todos à saúde**, sem discriminação de nenhuma natureza, ao contrário do que existia anteriormente, em que serviços do extinto INAMPS e os contratados (os chamados conveniados) por ele somente davam acesso a quem se incluísse no mercado formal de trabalho e seus dependentes. Ficava de fora uma multidão crescente de trabalhadores do mercado informal, desempregados e seus familiares, que ganhavam o odioso rótulo de “indigentes”, obrigados a depender dos poucos serviços públicos estaduais ou municipais (estes últimos praticamente inexistentes) e da famosa filantropia.

Conforme já explicado, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 prevê a universalidade de atendimento a todos, sendo a saúde dever do Estado. Entretanto, não era assim que acontecia anteriormente. Previamente à criação do Sistema Único de Saúde, e sua previsão constitucional, somente possuía acesso ao serviço público de saúde aqueles vinculados ao mercado de trabalho. Aqueles que trabalhavam informalmente, bem como os desempregados eram chamados de indigentes, dependendo de poucos serviços públicos de saúde disponíveis e as entidades filantrópicas.

Sendo assim, o Estado precisou constituir o Sistema Único com a finalidade de cumprir o estabelecido constitucionalmente, conforme explica José Afonso da Silva (2011, p. 833):

*O sistema único de saúde, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no pólo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo.*

O Sistema Único de Saúde se trata de uma rede hierarquizada e regionalizada das ações e serviços de saúde previstos no ordenamento jurídico, sendo este que por meio deste o Estado cumpre o dever previsto constitucionalmente da saúde, devendo abranger a qualquer pessoa e a própria comunidade em todo sentido de proteção e promoção à saúde.

Foi necessário complementar o que estava previsto na Constituição Federal por meio do ordenamento infraconstitucional, conforme João Batista Lazzari (2003, p. 37) abrange:

O Legislativo aprovou duas leis básicas para a regulamentação do Sistema Único de Saúde, são elas: a Lei n. 8.080, de 19.9.1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a Lei n. 8.142, de 28.12.1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Duas leis adentraram o ordenamento jurídico para auxiliar e guiar o Sistema Único de Saúde em sua aplicação e atuação. A Lei nº 8080/90, a chamada Lei Orgânica da Saúde expõe acerca da forma que será promovida, protegida e recuperada a saúde, bem como como será organizado o SUS. A Lei nº 8142/90, por sua vez, abrange como haverá a participação da comunidade dentro da gestão do SUS, bem como sobre como serão realizadas as transferências entre as esferas de governo para financiamento deste sistema.

Com estas mudanças trazidas com a Constituição Federal, bem como suas regulamentações infraconstitucionais, verifica Clarice Melamed (2011, p. 62) que a “saúde deixa de ser um conceito negativo, o estado de não doença, para ser sinônimo de qualidade de vida, de ‘bem-estar físico, social e mental’, conforme expressamente formulado na Lei nº 8.080/90”. Sendo assim, não se entende mais a saúde no sentido negativo, o da não doença, passando a ser uma relação direta com a qualidade da vida das pessoas e todo o bem-estar físico, social e mental.

Tal sistema abrange todas as esferas do governo, bem como possui alguns princípios norteadores, conforme escreve José Afonso da Silva (2011, p. 833):

O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da *descentralização*, com direção única em cada esfera do governo, do *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, e da *participação da comunidade*, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro.

Todas as esferas do governo estão abrangidas no Sistema Único de Saúde, qual seja, desde serviços federais à serviços municipais, estando tal sistema vinculado, principalmente aos princípios da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, confirmando este a saúde como o direito social previsto constitucionalmente. Tais princípios estão dispostos, entre outros, no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).

Ao verificar a situação anteriormente ao SUS, percebe-se que a Constituição Federal e o ordenamento jurídico infraconstitucional abrangem o direito à saúde de forma a abranger de forma positiva o bem-estar de toda pessoa, devendo todas as esferas de governo trabalharem de forma descentralizada, porém de forma coerente, para atender integralmente este direito social.

### **3 O FINANCIAMENTO DO SUS**

Após estudar brevemente a criação e atuações do Sistema Único de Saúde, advém entrar no principal objetivo deste estudo, qual seja, compreender como se dá o financiamento de tal importante sistema dentro da situação fática e jurídica atual do Brasil.

Conforme alerta João Batista Lazzari (2003, p. 25), o financiamento de todo o Sistema Único de Saúde precisa ser suficiente para abranger as atribuições previstas na Constituição Federal:

Para que se tornem viáveis os programas sociais necessários ao cumprimento das atribuições previstas constitucionalmente ao Sistema Único de Saúde, são necessários investimentos vultosos por todas as esferas de governo. Destaca-se, assim, a importância do princípio da diversidade da base de financiamento como forma de captação dos recursos indispensáveis ao custeio das ações e serviços de saúde.

Para financiar o Sistema Único de Saúde e suas atribuições previstas na Constituição Federal, bem como seus diversos programas e políticas sociais, investimentos substanciais são necessários. Sendo assim, é de fundamental importância a previsão geral de nossa *Magna Carta* no inciso VI em seu artigo 194 da diversidade da base de financiamento para a seguridade social no todo, no qual a saúde está incluída.

O CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011, p. 12) lembra que nem sempre havia proteção ao direito à saúde no tocante a seu financiamento e garantia de recursos:

Até outubro de 1988, o sistema oficial de saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, a partição dos recursos entre as três áreas (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) [...].

Na segunda arena, a do orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde concorriam com educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União, inclusive os Poderes Legislativo e Judiciário.

Antes da Constituição Federal, o sistema público de saúde dividia os recursos federais em duas facetas: primeiramente na esfera da seguridade social, bem como no orçamento fiscal dentro dos programas de responsabilidade do Ministério de Saúde. Com o advento da Constituição Federal de 1988, diversas garantias passaram ser previstas com a finalidade de abranger a saúde da forma que o novo arcabouço jurídico a prevê.

Tal situação começa a ser verificada no *caput* do artigo 195 da Constituição Federal ao estabelecer que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta”. De forma geral, ao estabelecer critérios básicos à seguridade social, nosso ordenamento jurídico constitucional prevê que a saúde deverá ser financiada pela própria sociedade, sendo indireta ou diretamente.

A própria Constituição continua em seu artigo 198, §1º e estabelece que “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Aqui há regra específica ao Sistema Único de Saúde e seu financiamento, devendo ser seguido os preceitos estabelecidos no referido artigo 195, abrangendo o orçamento da seguridade social de todos os entes federativos.

O CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011, p. 63) escreve que “os gastos realizados pela administração pública para financiar políticas sociais e outras despesas governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas”. Verifica-se que o gasto com a saúde será, conforme a própria Constituição Federal, decorrente de diversas fontes, inclusive os impostos, contribuições e taxas.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) em seu artigo 32 traz rol de outras fontes que serão destinadas ao financiamento da Saúde, conforme abaixo relacionado:

- Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:  
[...]  
II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;  
III - ajuda, contribuições, doações e donativos;



- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Além dos impostos e contribuições, a Lei Orgânica da Saúde traz o rol acima elencado, abrangendo, entre outros, as taxas arrecadadas dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como rendas eventuais, comerciais e industriais, por exemplo.

Entre as diversas fontes apresentadas, o CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011, p. 72) lembra que o grupo principal, historicamente, com relação ao financiamento federal da saúde são as contribuições sociais:

As contribuições sociais têm sido, de longe, o grupo hegemônico de fontes no financiamento do MS. Somente em três anos – 1995, 1996 e 1999 –, a participação desse grupo de fontes ficou abaixo de 70%. Em 2005, no seu pico, superior 88% das receitas [...].

A participação de cada fonte varia no tempo. Em 1995, a Cofins correspondia a quase 50% do total das contribuições destinadas ao MS. A CPMF teve seu apogeu em 2002 (36%), enquanto, em 2005, a participação da Contribuição sobre o Lucro Líquido foi a mais importante (39,7%).

Com base nos dados apresentados, é possível verificar que as contribuições têm sido o grupo principais dentre as fontes de financiamento do Ministério da Saúde são as contribuições sociais, sendo que a participação de cada contribuição varia conforme o tempo.

A aplicação de tais recursos, segundo explicitado pelo Ministério da Saúde (2002, p. 22) será fiscalizado pelo Conselho de Saúde utilizando-se de Fundos de Saúde:

O gasto em saúde é efetuado mediante o Fundo de Saúde. A Constituição Federal e as legislações federais do setor determinam a existência de um Fundo de Saúde enquanto *Conta Especial* (conjunto de diferentes contas bancárias da Saúde), onde são depositados e movimentados os recursos financeiros do sistema sob a fiscalização do Conselho de Saúde (artigo 33 da Lei N.º 8.080/90 e incisos I e V do artigo 4º da Lei N.º 8.142/90).

Conforme explicitado, os gastos da saúde são efetuados por meio de Fundos de Saúde que serão geridos, movimentados sob fiscalização do Conselho de Saúde. Tal previsão está também disposta no artigo 77, §3º do ADCT que foi

adicionado pela Emenda Constitucional 29/2000, embora já estivesse prevista nas leis 8080/90 e 8142/90.

O Ministério da Saúde (2002, p. 22) dita que a importância de tal Fundo: a utilização este “garante que seus recursos financeiros não se misturem aos outros recursos da administração geral, possibilitando autonomia quanto à utilização dos recursos da área da Saúde em relação às demais, e maior agilidade na sua alocação”. Não havendo confusão de recursos da administração geral, há maior controle, agilidade, autonomia e conseqüente eficiência na utilização dos recursos exclusivos e destinados à saúde.

Entretanto, João Batista Lazzari (2003, p. 28) alerta que a Constituição Federal de 1988, em sua redação original, não fazia previsão de “parâmetros precisos, ficando os entes federados livres para aplicar os recursos que entendiam adequados”. Não estando os parâmetros mínimos e precisos acerca do financiamento específico da saúde previstos no ordenamento, os entes da federação ficavam livres para aplicar o que julgavam como adequados para a saúde.

Para suprir essa lacuna na Constituição Federal, foi promulgada a Emenda Constitucional 29 de 2000, que segundo José Afonso da Silva (2011, p. 833) traz a seguinte inovação quanto à aplicação de recursos mínimos:

A EC-29/2000, dando nova redação ao art. 198, previu que essas entidades apliquem, anualmente, em ações e serviços de saúde pública recursos do produto de suas arrecadações tributárias e de transferências em percentagens e critérios estabelecidos em lei complementar, mas o art. 77 do ADCT, acrescido pela mesma Emenda, já estabelece o percentual de 5% para a União, 12% para os Estados e 15% para os Municípios e Distrito Federal, até a promulgação da referida lei complementar.

É possível constatar que a Emenda Constitucional 29 supre, parcialmente, a lacuna que existia acerca da previsão do mínimo a se gastar com a saúde pública, devendo tal situação ser prevista em lei complementar. Acrescenta-se, no entanto, visto o histórico demorado para as devidas regulamentações, a própria Emenda Constitucional adicionou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias estabelecendo provisoriamente o percentual mínimo de 5% para a União, 12% aos Estados e 15% para Municípios e ao Distrito Federal.

Além disso, complementa João Batista Lazzari (2003, p. 39) que mais uma modificação foi estabelecida pela referida Emenda Constitucional: “por meio da EC n.29/2000 foi estabelecido que o orçamento federal para a saúde terá reajustes

automáticos segundo a variação do valor nominal do PIB”. Sendo assim, o orçamento federal possuindo reajustes automáticos, conforme a variação nominal do PIB, fica impedido e dificultado a diminuição do valor a ser gasto com saúde anualmente.

Após muito debate nas Casas do Congresso Nacional, a Emenda Constitucional 29/2000 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, que, entre diversos outros assuntos vinculados à saúde, passou a estabelecer patamares mínimos de gastos aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, conforme *caput* dos artigos 6º e 7º:

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

[...]

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Com base no artigo 6º da referida Lei Complementar, fica vinculado à ações e serviços de saúde 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos dos Estados, incluídas aí eventuais transferências realizadas aos Municípios, e 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos dos próprios Municípios. Quanto ao Distrito Federal, devido à sua situação híbrida, ambos os percentuais se aplicam, dependendo dos impostos previstos nos artigos mencionados. Não houve mudança significativa com o que estava previsto no artigo 77 do ADCT.

Entretanto, a Lei Complementar em questão não estabeleceu uma vinculação mínima à União. Somente com a Emenda Constitucional 86/2015 tal situação foi finalmente regulamentada:

§2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

Finalmente passa a estar expressamente previsto o percentual mínimo de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde pela União, sendo

o percentual de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida do exercício financeiro. Houve aumento considerável comparado aos 5% (cinco por cento) previsto pelo ADCT.

Visto tal situação de aumento de porcentagem, a Emenda Constitucional 86/2015 em seu artigo 2º cria alíquotas progressivas para diminuir o impacto na aplicação dos recursos, conforme abaixo:

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Conforme já mencionado e é possível constatar pela leitura do artigo acima, a Emenda Constitucional 86 cria alíquotas progressivas, começando por 13,2% em 2016, atingindo os 15% previstos no artigo 198 somente em 2020, finalmente estando previsto expressamente os percentuais mínimos à União.

As recentes modificações ao financiamento do Sistema Único de Saúde, principalmente no tocante aos percentuais mínimos de cada ente da federação, vem auxiliar na melhor aplicação dos recursos para resultar em melhor eficiência no serviço público da saúde no Brasil.

## **4 CONCLUSÃO**

Com o advento da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde está expressamente como direito social dentro do ordenamento jurídico brasileiro, sendo efetivado por meio do Sistema Único de Saúde. Tal sistema permite que o Estado possa cumprir seu dever constitucional, garantindo o direito de todos. Cada ente da

federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) tem sua parcela de responsabilidade e deve cumprir os papéis estabelecidos por nossa *Magna Carta*.

Visto que o financiamento do Sistema Único de Saúde é abrangente, englobando os impostos, contribuições sociais e taxas, bem como outras fontes determinadas pela Constituição Federal e pelo ordenamento jurídico infraconstitucional, tal controle e efetivação do direito à saúde é complexo e necessita de quantia mais que suficiente para completar sua universalidade e igualdade de acesso.

Conclui-se que as recentes modificações efetuadas pela Lei Complementar nº 141/2012 e a Emenda Constitucional nº 86/2015 no tocante à expressa previsão de percentuais mínimos de aplicação dos recursos, principalmente dos impostos, especialmente federais, irá garantir que tal direito social tão importante, o direito à saúde, receba maiores aplicações e recursos para sua completa efetivação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

A OPERACIONALIZAÇÃO da emenda constitucional nº 29: relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da emenda constitucional nº 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 51 p. (Série D : reuniões e conferências ; 17)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

FACULDADES INTEGRADAS “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”. **Normalização de apresentação de monografias e trabalhos de curso**. Presidente Prudente, 2009. 116 p.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha. SUS: Qual a novidade?. In: CAMPOS, Florianita Coelho Braga; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha (coord.).

**Contra a maré a beira-mar: a experiência do SUS em Santos.** 2. ed., rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 1997.

LAZZARI, João Batista. **As fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: LTr, 2003.

MELAMED, Clarice. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do sistema único de saúde: dos anos 90 aos 2000. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (org.). **Políticas públicas e financiamento federal do sistema único de saúde.** Brasília: IPEA, 2011.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O sistema único de saúde e suas diretrizes constitucionais.** São Paulo: Verbatim, 2009.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** 34. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2011.